

PLAN STRATEGIQUE 2015 – 2019

CONTRIBUTION DE
LA COLLEGIALE DE PEDIATRIE

PLAN STRATEGIQUE 2015 – 2019

Synthèse

HOPITAL ANTOINE BECLERE
157, rue de la Porte de
Trivaux
92141 CLAMART cedex
Standard : 01 45 37 44 44

Mr le Professeur L. CAPRON
Président de la CME

Clamart, le 30 janvier 2014

PEDIATRIE GENERALE

Chef de Service
Professeur Philippe LABRUNE
philippe.labrun@abc.aphp.fr
Secrétaire : Monique POUBEAU
Tél. 01-45-37-44-40

Assistant
Professeur Vincent GAJDOS
vincent.gajdos@abc.aphp.fr
Secrétaire : Sylvie COSSE
Tél. 01-45-37-42-72

Chefs de Clinique Assistants
Dr Mélanie COCHEZ
melanie.cochez@abc.aphp.fr
Secrétaire : Chantal SMAGGHE
Tél. : 01.45.37.46.18

Docteur Anna KEROUANTON-AUGUSTE
anna.kerouanton@abc.aphp.fr
Secrétaire : Monique POUBEAU
Tél. : 01-45-37-44.40

Praticiens Hospitaliers
Hôpital de jour
Dr Pascale TRIOCHE-EBERSCHWEILER
pascale.trioche@abc.aphp.fr
Dr Marie-Noëlle DUFOURG
marie-noelle.dufourg@abc.aphp.fr
Secrétaire : Anne-Chantal DELAPORTE
Tél. : 01-45-37-46-05

Consultations
Dr Laure CLECH
laure.clech@abc.aphp.fr
Secrétaire : Sylvie COSSE
Tél. 01-45-37-42-72

Urgences
Dr Francis PERREAUX
francis.perreaux@abc.aphp.fr
Secrétaire : Chantal SMAGGHE
Tél. : 01-45-37-46-18

Psychologues
Carole PEREZ
carole.perez@abc.aphp.fr
Alban SECHEPINE
alban.sechepine@abc.aphp.fr

Assistante Sociale
Noëlle GRANIER
Tél. : 01-45-37-44-25

Cadres de soins
Eyglie FEUR
Mélodie JUILLERET

Fax pédiatrie : 01-45-37-40-20
Fax consultation : 01-45-37-42-99

Monsieur le Président, Cher Collègue et Ami,

Un peu avant l'été 2013, le bureau de la Collégiale de Pédiatrie a demandé à un certain nombre de pédiatres spécialistes de coordonner des groupes de travail afin de faire des propositions dans le cadre du plan stratégique AP-HP 2015-2019.

Nous avons demandé que chaque document fasse état de la situation actuelle, des forces et des faiblesses, des perspectives d'évolution et des éventuelles possibilités et/ou souhaits de réorganisation. Lorsque cela était nécessaire, il avait également été demandé d'intégrer à la réflexion des structures hors AP-HP.

Nous avons ainsi pu obtenir un « état des lieux » et des propositions pratiques pour les différents domaines couverts par notre spécialité.

Tous ces textes sont joints en annexe.

Nous souhaitons mettre en exergue certains points particuliers, spécialité par spécialité.

Concernant les urgences pédiatriques de l'AP-HP, un gros travail a été effectué par le Professeur Jean-Christophe MERCIER qui a visité l'ensemble des sites d'urgences pédiatriques de l'Ile-de-France à une ou deux exceptions près. Nous avons ainsi un véritable état des lieux, tant dans le domaine des activités que dans celui des équipes médicales. Il ressort de ce gros document que le nombre d'enfants augmente en Ile de France, notamment dans le nord de Paris et dans le nord des départements des Hauts-de-Seine et de la Seine Saint Denis. Il ressort également que le nombre de médecins généralistes et de pédiatres continue de diminuer

pour le moment, avant que de nouvelles générations de médecins bien formés puissent être opérationnelles. Il en ressort enfin que les 8 SAU pédiatriques de l'AP-HP et les 31 SAU pédiatriques des centres hospitaliers généraux rencontrent tous, à des degrés divers, des problèmes de personnel médical et d'attractivité. Les recommandations émanant de ce rapport font état de la nécessité de disposer d'un personnel médical suffisant quantitativement et qualitativement (au minimum 8 équivalents temps plein par SAU pédiatrique). Il faut également développer les circuits courts de prise en charge aux urgences (consultations sans rendez-vous, maison médicale de garde ou consultations libérales à proximité des urgences). Enfin, il est nécessaire de créer des réseaux entre SAU pédiatriques de « proximité » et SAU pédiatriques de « recours » et de développer les coopérations entre pédiatres et médecins urgentistes.

Concernant la néonatalogie : le document a été co-rédigé par les Professeurs MITANCHEZ (Hôpital Trousseau) et JARREAU (Port Royal). La réflexion a intégré également les SMUR pédiatriques, le lactarium de Paris. L'AP-HP comporte 7 centres de néonatalogie de niveau 3, 2 centres de niveau 2B, 4 centres de niveau 2A. Sont également étroitement liées à la néonatalogie les activités des 7 centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal, les SAMU et SMUR (Antoine Béclère, Robert Debré, Necker), le lactarium de l'Ile de France (localisé à Necker), le Centre National de Référence en hémobiochimie périnatale localisé à Trousseau, l'activité d'assistance respiratoire par circulation extra-corporelle localisée également à Trousseau. Il ressort de ce rapport un certain nombre de recommandations : toute structure de niveau 3 devrait avoir au moins deux listes de garde de séniors et une liste de garde d'internes et le nombre de médecins présents le week-end devrait pouvoir être augmenté, leur présence étant rémunérée comme une garde. Toute structure de type 2 devrait avoir une liste de garde de séniors et les difficultés pour remplir cette liste de garde pourraient être améliorées voire résolues en mutualisant les gardes avec une autre structure. Il existe également des difficultés démographiques concernant le personnel

infirmier. Il est proposé d'attribuer au service le personnel infirmier correspondant à 100 % des lits autorisés, de créer un pool centralisé d'infirmières et puéricultrices spécialisées en néonatalogie au niveau de l'AP afin de pallier les absences inopinées ou prolongées. Il est également proposé de rattacher tous les pédiatres, y compris ceux exerçant en maternité en niveau 3, au service de néonatalogie, afin de ne considérer qu'une équipe globale dédiée à la prise en charge des nouveau-nés quel que soit leur lieu d'hospitalisation. Il est également demandé de créer des postes attractifs à l'AP-HP, en acceptant la concurrence des hôpitaux publics, et, par conséquent, l'assouplissement des règles de recrutement. Il est enfin souhaité une augmentation du nombre de postes d'internes (il faut noter qu'un véritable effort est fait, à l'heure actuelle, au niveau de la coordination du DES de pédiatrie de l'Ile de France et des néonatalogistes pour rendre les postes de néonatalogie plus attractifs qu'ils ne le sont). Ce rapport propose également des pistes d'action concernant la chirurgie néonatale, la surveillance ophtalmologique des nouveau-nés, la radiologie, l'électro-encéphalographie, la nutrition parentérale. Il insiste également sur la nécessité de recruter dans chaque unité une référente en allaitement maternel afin qu'il soit développé comme il devrait l'être.

Concernant la réanimation pédiatrique, le document a été rédigé par le Professeur DAUGER (Hôpital Robert Debré). Ce document reprend l'état des lieux de la réanimation pédiatrique en Ile-de-France, dans le domaine de l'organisation, de l'activité, du rayonnement régional, national et international. Il propose des modifications de l'organisation. Il est demandé d'augmenter le nombre de lits d'unités de soins continus adossées aux services de réanimation, si et seulement si un personnel médical et paramédical formé et compétent en réanimation pédiatrique est disponible au sein de chaque hôpital. Ce document demande également d'amorcer une réflexion sur le regroupement des USC médicales et chirurgicales à Trousseau, Robert Debré, Bicêtre. Il est également évoqué la possibilité de créer des lits d'USC dans les hôpitaux périphériques. Ce travail a débuté en septembre 2013, sous l'égide de l'ARS. Il nécessite

que, dans chaque hôpital périphérique, le personnel médical et paramédical soit formé de façon adéquate. Il est enfin proposé de créer des lits de réanimation « intermédiaire ». A ce stade, les besoins ont été estimés à 17 lits en Ile-de-France et l'hôpital Raymond Poincaré à Garches pourrait en identifier 10, la réflexion se poursuivant pour répartir les autres à proximité des différents services de réanimation pédiatrique. Il est également demandé de respecter strictement le ratio de personnel infirmier par nombre de lits de réanimation et de surveillance continue tel que décrit dans les décrets de 2006, et de prendre en compte, dans le calcul des effectifs, la nécessaire période de formation lors de l'accueil de nouveaux personnels infirmiers en réanimation. Il est également demandé de renforcer les équipes médicales des services sous-dotés afin d'atteindre un nombre d'équivalents temps-plein permettant de faire fonctionner ces unités correctement (7 équivalents temps-plein pour 800 patients/an) et de renforcer l'encadrement médical universitaire, insuffisant dans cette discipline.

Le document *concernant la pédiatrie générale* a été rédigé par le Professeur Albert FAYE (Robert Debré). Ce document s'est basé sur un questionnaire envoyé aux 8 services de pédiatrie générale de l'AP-HP (3 dans Paris intra-muros et 5 dans la petite couronne). Le nombre d'admissions dans ces 8 services a augmenté de 15 % entre 2009 et 2012. Il en a été de même pour l'activité d'hôpital de jour qui a augmenté de 19 % dans la même période. De façon parallèle, le nombre de passages aux urgences pédiatriques a augmenté de 25 % de 2009 à 2012. Le nombre d'équivalents temps-plein n'a pas varié durant cette période, se situant aux alentours de 33. La pédiatrie générale à l'AP-HP a un certain nombre de forces qui sont pointées dans ce document : organisation (aval des urgences, consultations avancées dans des hôpitaux non pédiatriques), positionnement (absence de concurrence avec le privé, bon maillage entre Paris et la petite couronne, qualité des équipes) et mission (enseignement des futurs pédiatres, mais également des futurs généralistes qui ne sont pas accueillis dans les services de spécialités pédiatriques. La pédiatrie

générale a également des faiblesses qui sont liées à l'amplitude très importante d'activité entre l'été et l'hiver, au manque de certains professionnels (psychomotricien, neuro-psychologue), à des plateaux techniques parfois quantitativement et qualitativement insuffisants, aux difficultés à assurer les listes de garde et les tableaux d'astreintes avec vieillissement des équipes, aux difficultés de recrutement avec rigidité des tutelles et compétition avec les hôpitaux régionaux. Il est proposé d'améliorer l'organisation en développant les réseaux ville/hôpital, la prise en charge ambulatoire, en identifiant et renforçant l'infectiologie pédiatrique, la pédiatrie du développement, l'évaluation et la prise en charge des pathologies congénitales, les activités d'éducation thérapeutique, la prise en charge des adolescents.

Le rapport concernant l'onco-hématologie pédiatrique a été rédigé par le Professeur Judith LANDMAN-PARKER (Hôpital Trousseau) et a inclus dans la réflexion les équipes de l'Institut Curie d'une part, de l'Institut Gustave Roussy d'autre part. Ce rapport pointe le fait que la situation de monopole national dans les activités de greffe pour déficit immunitaire n'est pas souhaitable et qu'un autre service devrait être clairement positionné en région (mais nous sortons là du plan stratégique de l'AP-HP stricto sensu). Il est également évoqué les possibilités de regroupement d'activités et l'ensemble des équipes n'est pas favorable au regroupement en une seule structure en Ile-de-France, la taille et le recrutement de chacune des institutions actuelles étant comparable aux grandes institutions internationales. Le projet d'accueillir, sur le site de Necker, de l'hématologie maligne ou de la cancérologie, justifierait la création d'autres services dans des locaux à ce jour non présents. Ce projet, s'il venait à être discuté, devrait également prendre en compte le devenir spécifique de l'Hôpital Trousseau.

Le rapport concernant la neurologie pédiatrique à l'AP-HP a été rédigé par le Professeur Marc TARDIEU (Hôpital BICETRE). Ce document fait état de l'existence de 5 services de neurologie pédiatrique à l'AP-HP. Ce

document rappelle également que l'activité de neurologie pédiatrique a également lieu en réanimation, en néonatalogie, en pédiatrie générale voire en orthopédie et aux urgences, et qu'il existe de nombreuses interfaces entre la neurologie pédiatrique et la génétique, les maladies métaboliques, la pédo-psychiatrie. Il est également mentionné que les hôpitaux généraux ont une forte demande de consultations avancées et de conseils à distance dans le domaine de la neurologie pédiatrique, tout particulièrement pour l'épilepsie, les troubles envahissants du développement, les retards cognitifs. Dans les cinq années à venir, les essais thérapeutiques multicentriques vont se multiplier dans de nombreux domaines qui touchent de près ou de loin à la neurologie pédiatrique. Les neurologues pédiatres recommandent un regroupement autour de plateaux techniques lourds. L'équipe de Trousseau est prête à étudier un regroupement avec l'un des centres de neuro-pédiatrie existant, sous réserve que la cohérence de l'équipe actuelle soit respectée et que les capacités d'hospitalisation futures soient suffisantes. L'équipe de Raymond Poincaré a une spécificité dans l'évaluation du handicap, et dans le moyen séjour avec scolarisation d'enfants en grande dépendance. L'activité de neurologie pédiatrie de ce site pourrait être faite en relation étroite avec un autre centre de neurologie pédiatrique pour éviter tout isolement. Cela étant, cette réflexion dépend, comme pour un certain nombre d'autres domaines, de la politique de l'AP-HP vis-à-vis des hôpitaux Trousseau et Raymond Poincaré. Il est également fait état de la nécessité d'accroître la formation à la neurologie pédiatrique des pédiatres destinés à travailler en hôpital général, de mieux analyser les relations de la neurologie pédiatrique avec la pédo-psychiatrie d'une part, la génétique d'autre part.

Le rapport concernant la gastro-entérologie et la nutrition pédiatriques a été rédigé par le Professeur Patrick TOUNIAN (Hôpital Trousseau). Ce rapport recommande le maintien d'une activité de gastro-entérologie nutrition dans chacun des trois hôpitaux où elle existe à l'heure actuelle (Necker-Enfants Malades, Trousseau, Robert Debré). Le nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle devrait être maintenu en l'état, des

réductions significatives ayant été effectuées au cours des dernières années, sur les trois sites. Il est souhaité une augmentation du nombre de lits d'hospitalisation de jour, et l'organisation d'activités très spécialisées entre les différents services, comme cela est déjà le cas à l'heure actuelle : transplantation intestinale sur Necker, explorations endoscopiques lourdes et coûteuses sur Robert Debré, obésité morbide et chirurgie bariatrique lourde sur Trousseau. Les effectifs de chacun des services vont du simple au double et doivent être harmonisés.

Le rapport concernant la pneumologie pédiatrique a été rédigé par le Professeur Christophe DELACOURT (Hôpital Necker) et a intégré les 4 hôpitaux d'Ile-de-France (3 au sein de l'Assistance Publique et le Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil). Ce rapport recommande d'optimiser la prise en charge de l'insuffisance respiratoire chronique de l'enfant en renforçant l'accès à des plateaux diagnostiques et d'évaluation, le développement des explorations et de la prise en charge ambulatoires, l'éducation thérapeutique, la coordination ville/hôpital. Ce document insiste sur la nécessaire optimisation de l'accès des enfants à la transplantation pulmonaire, aucune équipe de greffe pulmonaire d'Ile-de-France n'étant spécifiquement pédiatrique. Il est également nécessaire d'améliorer l'offre de soins pour l'asthme et l'allergie, en développant les hospitalisations de jour, les prises en charge à proximité, en liaison avec les structures de pneumologie pédiatrique.

Le rapport concernant l'endocrinologie et diabétologie pédiatriques a été rédigé par le Professeur Agnès LINGLART (Hôpital Bicêtre). Ce rapport propose pour le futur plan stratégique, au vu de l'analyse des activités existantes, de mieux répartir les parcours de soins, de valoriser l'éducation thérapeutique et la télé-médecine, de cibler les investissements (spectrométrie de masse, séquençage de nouvelles générations).

Le rapport concernant l'hépatologie pédiatrique a été rédigé par Madame le Docteur Dominique DEBRAY (Hôpital Necker-Enfants Malades). Ce

rapport pointe la nécessité de développer les structures d'hospitalisation de jour, d'augmenter les possibilités de suivi d'enfants après transplantation hépatique, d'augmenter la formation en hépatologie pédiatrique des futurs pédiatres, afin de développer des réseaux de soins en Ile-de-France.

Enfin, un très court *rapport* a été rédigé par le Professeur DESCHENES (Hôpital Robert Debré) *concernant la néphrologie pédiatrique*. Les activités existantes sont rappelées. Deux hôpitaux gardent l'autorisation de transplantation rénale (Necker-Enfants Malades, Robert Debré). Un projet antérieur de réunion des services de Trousseau et de Robert Debré avait été écrit par les deux Chefs de service. Comme pour d'autres spécialités pédiatriques, l'évolution de l'organisation de la néphrologie pédiatrique dépendra également des projets de l'Assistance Publique pour l'hôpital Trousseau.

Nous espérons que ce document, fruit d'un gros travail des spécialités pédiatriques, permettra à l'Assistance Publique de prendre les décisions conduisant à l'amélioration de la qualité des soins pédiatriques dans notre institution.

Nous sommes, et l'ensemble du bureau de la Collégiale, à ta disposition pour revenir présenter ces documents, participer à des groupes de travail.

Nous te prions de croire, Monsieur le Président, Cher Collègue et Ami, à l'expression de nos sentiments bien cordiaux.

Professeur Pierre-Henri JARREAU
Vice Président de la Collégiale de pédiatrie

Professeur Philippe LABRUNE
Président de la Collégiale de pédiatrie

PLAN STRATEGIQUE 2015 – 2019

Urgences Pédiatriques

Rapport sur les Urgences pédiatriques de l'AP-HP

Professeur Jean-Christophe Mercier
Chef du Service d'Accueil des Urgences pédiatriques
Hôpital Robert Debré

Adresse : 48, Boulevard Sérurier 75019 Paris
Tél. : 01.40.03.21.86
Fax : 01.40.03.47.85
E-mail : jean-christophe.mercier@rdb.aphp.fr

Lettre de mission



PL/MP

HOPITAL ANTOINE BECLERE
157, rue de la Porte de Trivaux
92141 CLAMART cedex
Standard : 01 45 37 44 44

Bureau de la Collégiale

Clamart, le 26.06.2013.

SERVICE DE PEDIATRIE
POLE FEMME-COUPLE-EMBRYON-
ENFANT

Chef de Service
Professeur Philippe LABRUNE
philippe.labrun@abc.aphp.fr
Secrétaire : Monique POUBEAU
monique.poubeau@abc.aphp.fr

Adjoints
Professeur Vincent GAJDOS
vincent.gajdos@abc.aphp.fr
Secrétaire : Sylvie COSSE
sylvie.cosse@abc.aphp.fr

Docteur Francis PERREAUX (urgences)
Secrétaire : Chantal SMAGGHE
chantal.smagghe@abc.aphp.fr

Docteur Pascale TRIOCHE-EBERSCHWEILER
Secrétaire : Anne Chantal DELAPORTE
anne-chantal.delaporte@abc.aphp.fr

Chefs de clinique - Assistants
Docteur Jérémie BLED
Secrétariat : 01 45 37 44 40
jeremie.bled@abc.aphp.fr

Docteur Candice MEYZER
Secrétariat : 01 45 37 46 18
candice.meyzer@abc.aphp.fr

Cadre Supérieure
Mme Grazia BRISSET
grazia.brisset@abc.aphp.fr

Cadres de soins
Valérie DOURINA COURAGE
Eyglène FEUR
Mélodie JUILLERET

FAX pédiatrie : 01 45 37 40 20

Cher(e) Collègue et Ami(e),

L'Assistance Publique va entamer, à l'automne, la rédaction de son prochain plan stratégique 2015/2020. Le Bureau de la Collégiale souhaite que notre Collégiale puisse faire des propositions constructives dans cette optique.

Nous avons pensé qu'il serait utile et nécessaire que chaque spécialité pédiatrique puisse être coordonnée par un de ses membres, chargé de rédiger un document de synthèse et d'en être le rapporteur auprès du bureau. Ce document devra faire état de la situation actuelle, des forces et des faiblesses, des perspectives d'évolution, des perspectives d'activités, des éventuelles possibilités et/ou souhaits de réorganisation. Pour nombre de spécialités, la réflexion doit bien sûr intégrer les structures hors APHP, sans lesquelles rien n'est possible. Ce texte doit être court et synthétique, partir de l'enfant malade et faire des propositions qui découlent de la réflexion commune.

Nous souhaitons te confier la responsabilité de réunir les collègues de ta spécialité. Nous souhaitons vivement que tu acceptes cette proposition et, dans cette optique, que tu puisses nous remettre ce document pour la fin du mois de septembre, en y indiquant avec qui et quand la réflexion aura eu lieu.

Nous te remercions pour ton aide et ta contribution à nos propositions..

Cordialement,

Professeur Philippe LABRUNE
Président de la collégiale de pédiatrie de l'APHP

PS Norm nous avons pensé que le gros travail que tu as effectué durant les 18 derniers mois pourait, pour le moins, servir de base.
Merci de ton aide

| Plan | Pages |
|--|--------------|
| - Introduction | 4 |
| - Etat des lieux | 5 |
| o La population pédiatrique en Île de France..... | 5 |
| ▪ Le nombre des naissances augmente plus dans le Nord de l'Île de France..... | 6 |
| ▪ Les enfants des familles pauvres sont majoritaires au Nord de l'Île de France..... | 6 |
| o La démographie médicale en Île de France..... | 7 |
| ▪ Augmentation des retraités et diminution des actifs..... | 7 |
| ▪ Une surreprésentation des diplômés étrangers..... | 7 |
| ▪ Un mode d'exercice salarié majoritaire..... | 7 |
| ▪ Les médecins généralistes..... | 8 |
| • En nette diminution surtout dans Paris..... | 8 |
| • Une pyramide des âges >60 ans..... | 8 |
| • L'apparition de « déserts médicaux »..... | 8 |
| ▪ Les pédiatres..... | 9 |
| • En moindre diminution, pyramide des âges >55ans..... | 9 |
| • Une concentration à l'Ouest et au Sud..... | 9 |
| • Des bassins de vie Franciliens dépourvus de pédiatres..... | 10 |
| o L'activité des services d'Urgences pédiatriques (méthodologie)..... | 11 |
| ▪ Le territoire de santé 75 comprend 3 SAU pédiatriques de « recours »..... | 12 |
| ▪ 5 SAU pédiatriques de « niveau 2 » AP-HP dans 3 territoires de santé en IdF..... | 14 |
| ▪ Le 77 Nord comprend 3 SAU pédiatriques dont 2 de « niveau 2 »..... | 16 |
| ▪ Le 77 Sud comprend 4 SAU pédiatriques dont 1 de « niveau 2 »..... | 18 |
| ▪ Le 78 comprend 4 SAU pédiatriques dont 2 de « niveau 2 »..... | 20 |
| ▪ Le 91 comprend 5 SAU pédiatriques dont 2-3 de « niveau 2 »..... | 22 |
| ▪ Le 92 comprend 5 SAU pédiatriques dont 3 AP-HP..... | 24 |
| ▪ Le 93 comprend 5 SAU pédiatriques dont 3 de « niveau 2 »..... | 26 |
| ▪ Le 94 comprend 4 SAU pédiatriques tous de « niveau 2 »..... | 28 |
| ▪ Le 95 comprend 5 SAU pédiatriques dont 2 de « niveau 2 »..... | 30 |
| - Constats et Recommandations | 33 |
| o Le constat..... | 33 |
| ▪ Les ratios passages/population enfants suggèrent une centralisation vers Paris 32 | |
| ▪ Nombre de passages médicaux et chirurgicaux (traumatiques) en IdF..... | 33 |
| ▪ Répartition géographique des lits d'aval de pédiatrie en Île de France..... | 33 |
| ▪ Répartition géographique des ETP dans les services d'urgences pédiatriques..... | 34 |
| ▪ Comparaison des chiffres aux statistiques nationales et à Cyberurgences..... | 35 |
| o Les recommandations..... | 36 |
| ▪ Disposer d'un personnel médical quantitativement et qualitativement suffisant | |
| • Normes SAMU-Urgences de France..... | 36 |
| • Objectifs cibles du « Plan Urgences AP-HP »..... | 37 |
| • Cercle « vertueux » ou « vicieux » nombre d'ETP – pénibilité..... | 37 |
| ▪ Développer des « circuits courts » de prise en charge..... | 38 |
| • Consultations sans rendez-vous ou « fast track »..... | 38 |
| • Maisons Médicales de Garde ou Consultations libérales aux Urgences ?..... | 38 |
| ▪ Créer des réseaux entre SAU pédiatriques de « recours » et de « proximité »..... | 40 |
| • Trois secteurs Nord, Sud-Est et Sud-Ouest centrés sur RDB, TRS & NCK..... | 40 |
| • Transfert de malades & transferts de compétences..... | 40 |
| • Création de postes à temps partagé CHU-CHG..... | 41 |
| - Conclusions | 41 |
| - Remerciements aux Chefs de Service et responsables des SAU pédiatriques en IdF..... | 42 |

Introduction

L'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris a initié une large concertation auprès des différentes Collégiales de spécialités afin d'entamer la rédaction de son prochain plan stratégique 2015/2020 qui succède ainsi au précédent plan 2009-2014.¹

La Collégiale de Pédiatrie a pensé qu'il serait utile que chaque spécialité pédiatrique puisse être coordonnée par un de ses membres, chargé de rédiger un document de synthèse et d'en être le rapporteur auprès du bureau.

« Ce document devra faire l'état de la situation actuelle, des forces et des faiblesses, des perspectives d'activité, des perspectives d'évolution et des éventuelles possibilités et/ou souhaits de réorganisation. »

Pour nombre de spécialités, la réflexion doit bien sûr intégrer les structures hors AP-HP, sans lesquelles rien ne serait possible. »

C'est dans cet esprit qu'a été rédigé ce nouveau rapport sur les Urgences pédiatriques de l'AP-HP, prolongeant de fait deux rapports précédemment remis à l'ARS d'Île de France :

1. Le premier intitulé '*Rapport sur la permanence des soins pédiatriques dans les établissements hospitaliers d'Île de France*' datant du 11 Novembre 2011 ;
2. Le deuxième intitulé '*Rapport sur la permanence de soin chirurgicale pédiatrique en Île de France*' datant du 30 Mai 2012.

La lecture de ces rapports permettra au lecteur de mesurer l'évolution des problématiques à travers les chiffres d'activité et de personnel médical communiqués par les différents responsables des services d'urgences pédiatriques d'Île de France entre 2010 et 2012.

Au cours des trois dernières années écoulées, certains constats sont préoccupants :

1. Les passages aux Urgences pédiatriques n'ont fait qu'augmenter d'environ 5% par an, plus d'ailleurs en périphérie qu'à l'AP-HP. Plusieurs raisons l'expliquent: a) *l'augmentation de la population pédiatrique* notamment dans les arrondissements Nord de Paris, dans le 92 Nord et le 93 ; b) les *difficultés socio-économiques* croissantes d'une population souvent immigrée ; c) un certain « *consumérisme médical* » probablement favorisé par la perception fautive de « *soins gratuits* » à l'hôpital public.
2. Le vieillissement de la population médicale notamment des médecins généralistes qui s'est largement désinvestie de la permanence de soins en soirées et les week-ends.
3. Certains hôpitaux sont en souffrance, notamment quand le nombre d'équivalents temps-plein ne permet plus d'assurer le tableau des gardes et astreintes, avec un *cercle vicieux* « *trop peu d'ETP, trop de gardes* » qui rend ces centres peu attractifs.

Afin de rendre ce *cercle vertueux*, il sera proposé trois recommandations :

1. Maintenir un nombre minimal de 8 ETP par centre afin de limiter le nombre de gardes à 1/semaine et des week-ends à 1/mois, ce qui sous-entend des regroupements hospitaliers.
2. Favoriser le développement de « circuits courts » au niveau des Urgences ou de Maisons Médicales de Garde associées aux Urgences, idéalement au sein même de l'établissement.
3. Créer des réseaux entre services d'urgences de « proximité » et de « recours », notamment au Nord, à l'Est et au Sud, qui soient centrés sur les trois Hôpitaux d'enfants parisiens.

¹ La pédiatrie à l'AP-HP : plan stratégique 2009-2014. Groupe de réflexion : Jean-Marie Desmonts, Jacques Légglise, Bertrand Chevallier, Francis Leclerc, Gilles Echardour, Elisabeth Carricaburu. Novembre 2008.

Etat des lieux

La population pédiatrique en Île de France

La région Île de France est une région très fortement peuplée, représentant à elle seule 18,7% de la population française, ce qui en fait la région la plus peuplée (11,74 millions d'habitants) et à la plus forte densité de population (971 habitants/Km²).²

La part des enfants âgés <15 ans est supérieure à la moyenne nationale (18,4%) avec une moyenne régionale de 20% (10,8%-27,3%). Le tableau ci-dessous donne les dernières estimations nationales pour 2013 avec une projection de 16 millions d'enfants <20 ans.³

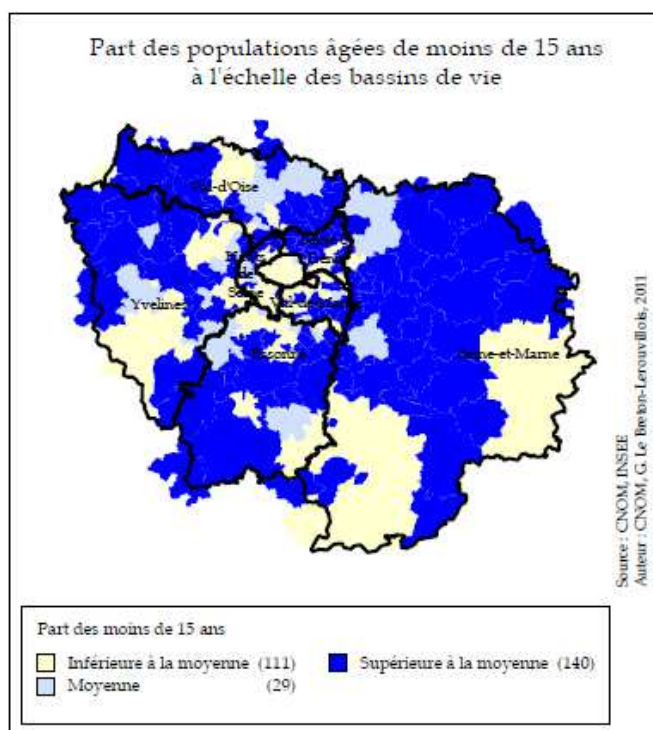
4 Évolution de la population totale par groupe d'âges

| Année | Population au 1 ^{er} janvier (en milliers) | | | | | Proportion (en %) | | |
|----------|---|----------------|----------------|----------------|----------------|-------------------|----------------|----------------|
| | Moins de 20 ans | de 20 à 59 ans | de 60 à 64 ans | 65 ans ou plus | 75 ans ou plus | Moins de 20 ans | de 20 à 64 ans | 65 ans ou plus |
| 2003 | 15 709,9 | 33 474,2 | 2 666,0 | 9 973,9 | 4 713,9 | 25,4 | 58,5 | 16,1 |
| 2009 | 15 977,3 | 34 076,2 | 3 643,5 | 10 607,5 | 5 549,8 | 24,8 | 58,7 | 16,5 |
| 2010 | 16 010,5 | 33 997,2 | 3 873,5 | 10 731,7 | 5 659,5 | 24,8 | 58,6 | 16,6 |
| 2011 (p) | 16 063,4 | 33 919,9 | 4 104,7 | 10 860,5 | 5 752,5 | 24,7 | 58,6 | 16,7 |
| 2012 (p) | 16 116,5 | 33 874,2 | 4 115,3 | 11 174,9 | 5 850,8 | 24,7 | 58,2 | 17,1 |
| 2013 (p) | 16 175,5 | 33 807,6 | 4 106,9 | 11 495,9 | 5 914,3 | 24,7 | 57,8 | 17,5 |

(p) résultats provisoires à fin 2012.

Champ : France hors Mayotte.

Source : Insee, estimations de population.



² Patrick Romestaing, Gwénaëlle Le Breton-Lerouvillois. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Île de France. Situation au 1^{er} Juin 2011. Conseil National de l'Ordre des Médecins.

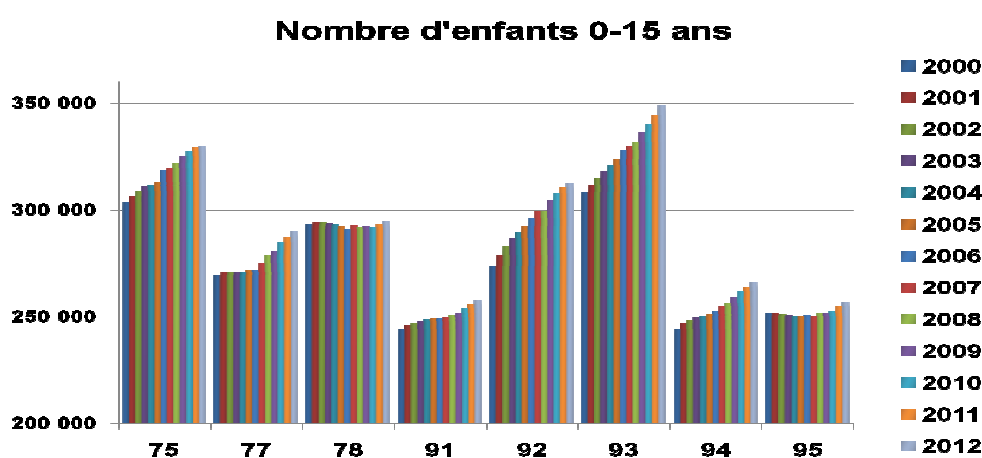
³ Vanessa Bellamy & Catherine Beaumel. Bilan démographique 2012 : La population croît, mais plus modérément. INSEE Première n° 1429, Janvier 2013.

Le tableau ci-dessous donne le nombre d'enfants par tranches d'âge (il est curieux que celles-ci diffèrent pour les départements 93 & 94) www.insee.fr/themes/tableau_local_2010

| | 75 | 77 | 78 | 91 | 92 | | 93 | 94 | 95 | Total |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|--------------|----------------|----------------|----------------|------------------|
| | | | | | | <3ans | 77.063 | 56.729 | | |
| <5 ans | 117.929 | 95.133 | 97.228 | 87.015 | 113.241 | 3-5a | 72.656 | 53.985 | 87.492 | 858.471 |
| 5-9 ans | 105.337 | 95.910 | 97.740 | 84.499 | 100.964 | 6-10a | 110.205 | 85.215 | 84.210 | 764.077 |
| 10-14a | 98.459 | 92.533 | 96.218 | 81.570 | 92.162 | 11-17 | 137.417 | 111.560 | 80.209 | 790.128 |
| Total | 321.725 | 283.576 | 290.186 | 253.084 | 306.367 | Total | 397.341 | 308.399 | 251.911 | 2.412.589 |
| 15-19a | 117.096 | 90.234 | 94.149 | 80.160 | 89.774 | 18-24 | 148.245 | 124.475 | 81.641 | 825.774 |
| Total | 438.821 | 373.810 | 385.335 | 333.244 | 396.141 | | 545.586 | 431.964 | 333.552 | 3.238.453 |

Le nombre des naissances augmente plus rapidement dans le Nord de Paris, le 92 et le 93

Entre 2000 et 2012, le nombre des naissances a augmenté plus rapidement dans les départements 92 (notamment au Nord du département) et 93 et dans une moindre mesure à Paris, en particulier dans les arrondissements Nord de Paris.



Les enfants des familles pauvres sont majoritaires au Nord de l'Île de France

En 2009, un enfant sur cinq vivait dans une famille pauvre (définie par un revenu par unité de consommation <60% du revenu médian des ménages, soit €942/mois) en Île de France.⁴ Un nombre restreint de communes, situées essentiellement en Seine Saint-Denis, héberge une part très importante des familles pauvres.

La mise en regard de la composition familiale, de leur origine immigrée, de l'activité des parents et des aides perçues dans les familles allocataires à bas revenus permet de distinguer six groupes de familles pauvres dont les profils sociodémographiques diffèrent.

Plus de la moitié des familles pauvres vit dans un logement HLM, le taux de pauvreté en logement HLM étant passé de 29% à 32% entre 1996 et 2006. Le taux de pauvreté des enfants dans ce parc locatif est passé de 24% à 28%. Près de 8 enfants de familles pauvres sur 10 vivent ainsi dans un logement surpeuplé. Les enfants des familles pauvres disposent de 9m² de moins en moyenne que les autres enfants. De plus, la moitié des enfants des familles pauvres vivent dans un logement de mauvaise qualité. C'est six points de plus qu'en 2002.

Sur le plan de la santé, si la majorité des enfants est suivie en PMI, cette population d'enfants de familles pauvres n'a souvent comme seul recours de soins que les Urgences pédiatriques.

⁴ www.insee.fr/fr/insee_regions/idf/themes/dossiers/enfants_pauvres/docs/enf_def.pdf

La démographie médicale en Île de France

Les huit départements de la région Île de France recensent 59.520 médecins inscrits au Conseil de l'Ordre en 2013. Ils représentent 22% de l'effectif national.⁵

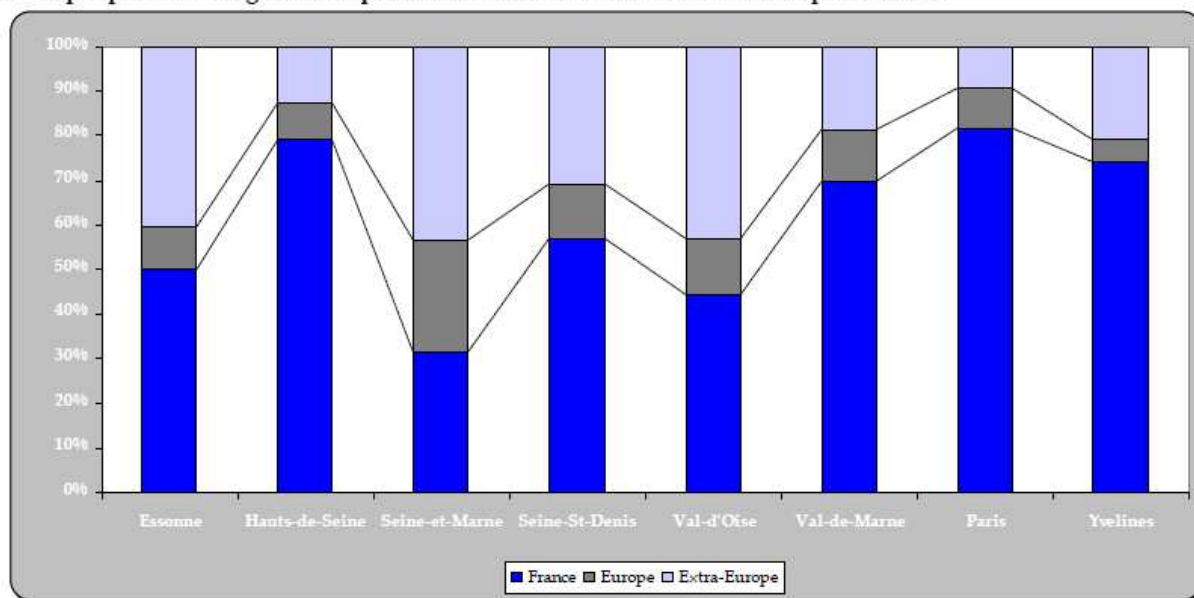
Entre 2007 et 2013, le nombre des médecins retraités a considérablement augmenté et le nombre d'actifs ne s'est maintenu qu'au prix de retraités « actifs ». Mais les effectifs actifs ont plus reculé dans la région Île de France par rapport à la moyenne nationale.

● **Tableau n°1 : Les effectifs en activité générale - région Ile-de-France**

| | 2007 | 2013 | Variation-Région | Variation-France |
|------------------------------|--------------|--------------|------------------|------------------|
| Retraité | 8900 | 10403 | +39,5% | +44,8% |
| Retraité actif | 907 | 3278 | | |
| Temporairement sans activité | 1669 | 1642 | | |
| Remplaçant | 1852 | 1970 | -4,2% | +0,9% |
| Activité régulière | 44334 | 42227 | | |
| Total | 57662 | 59520 | | |

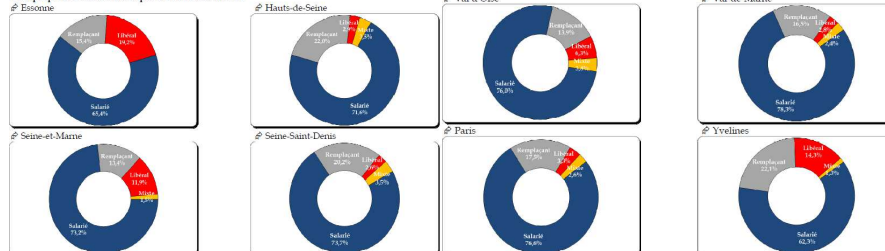
71,4% des médecins nouvellement inscrits en Île de France au cours de l'année 2012 sont titulaires d'un diplôme français, 10,7% d'un diplôme Européen et 17,9% d'un diplôme extra-Européen. A l'échelon départemental, on observe une surreprésentation des diplômes Européens ou extra-Européens dans les territoires de santé 77, 93 et 95.

● **Graphique n°19 : Origine des diplômes des nouveaux inscrits à l'échelle départementale**



Lors de leur première inscription à l'Ordre, 74,6% des médecins ont fait le choix d'exercer dans le secteur salarié et 7,5% ont privilégié un mode d'exercice mixte/libéral (en rouge), avec de grandes variations entre départements : 10-20% au Sud (Yvelines, Essonne, Seine et Marne) contre 3-6% (Paris, Hauts-de Seine, Saint-Denis, Val de Marne et Val d'Oise).

● **Graphique n°21 : Modes d'inscription des nouveaux inscrits**

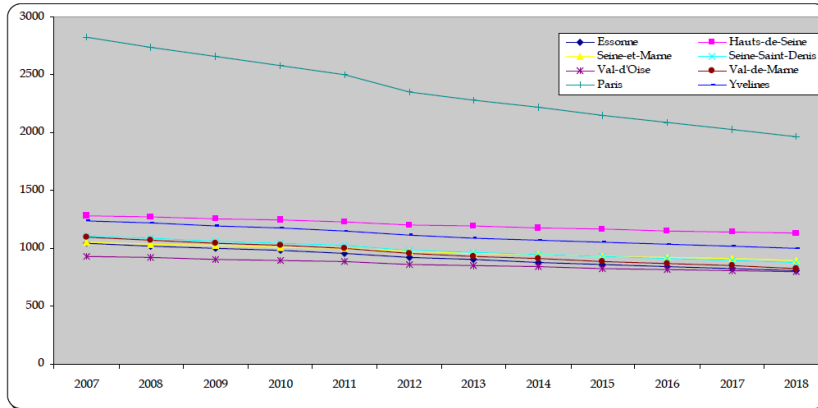


⁵ Gwénaëlle Le Breton-Lerouillois & Jean-François Rault. La démographie médicale en région Île de France. Situation en 2013. www.conseil-national.medecin.fr

Les médecins généralistes

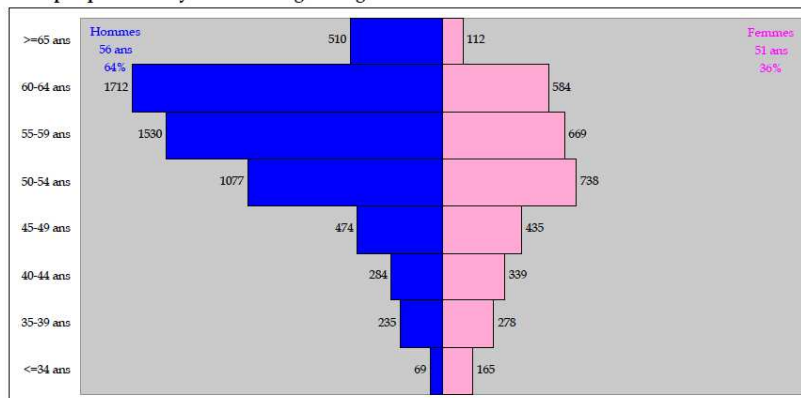
Selon l'article L.4130.1 de la Loi HPST, le médecin généraliste tient une place importante dans les soins de premier recours. Or, actuellement les bassins de vie de la région Île de France recensent 9.211 médecins généralistes et mixtes, soit une baisse des effectifs de 13% ces six dernières années. Cette baisse d'effectifs est encore plus prononcée pour Paris (-28%).

● Graphique n°27 : Les médecins généralistes libéraux et mixtes - de l'observé à l'attendu // Départements



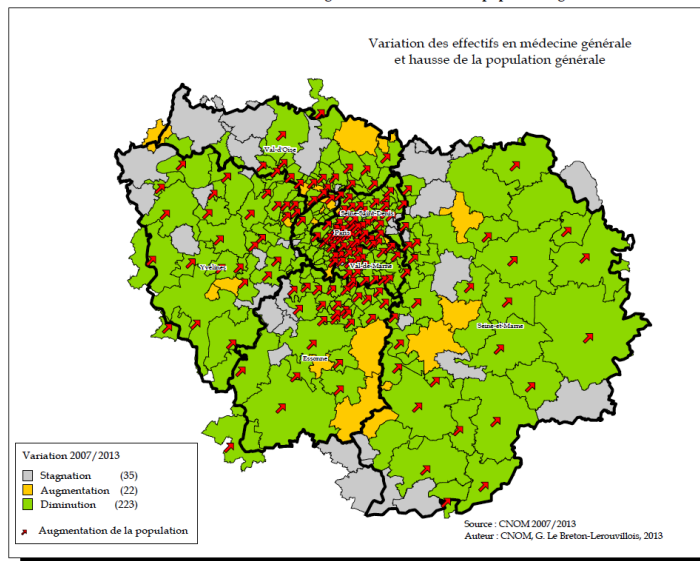
Âgés en moyenne de 54 ans, les hommes représentent 64% des 9.211 médecins généralistes libéraux de la région Île de France. Mais, 31,7% des médecins généralistes sont âgés de 60 ans et plus et 8,1% sont âgés de moins de 40 ans où les femmes représentent 59% des effectifs.

● Graphique n°28 : Pyramide des âges - région Ile-de-France



De plus, la majorité des bassins de vie de la région Île de France où il est attendu une augmentation de la population verra une diminution des effectifs des médecins généralistes.

● Carte n°3 : Variation des effectifs en médecine générale et hausse de la population générale

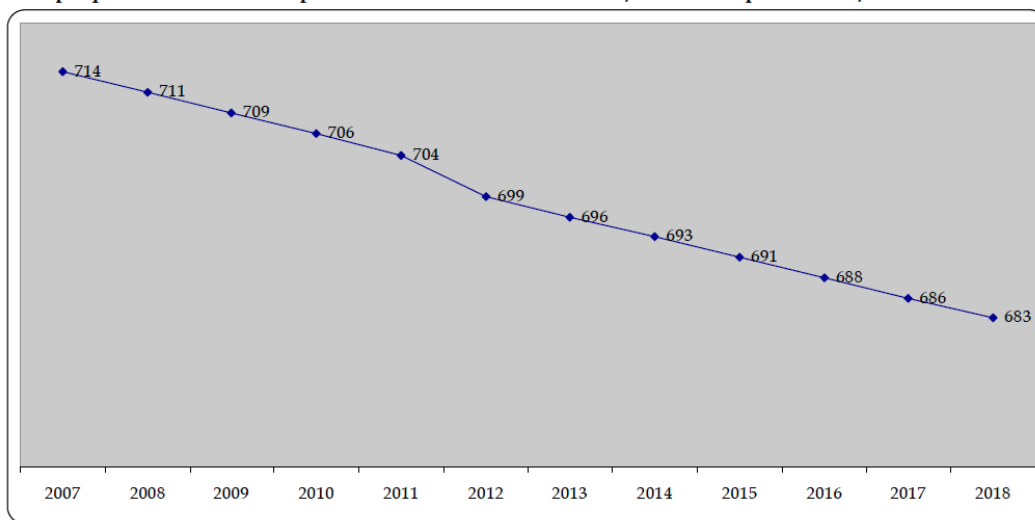


Les pédiatres

En 2013, 696 pédiatres avec une activité libérale ou mixte étaient inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins dans les huit départements de la région Île de France.

Sur la période 2007-2013, les effectifs ont diminué de 2,5%. Cette tendance va se confirmer sur la période 2013-2018 (-1,9%).

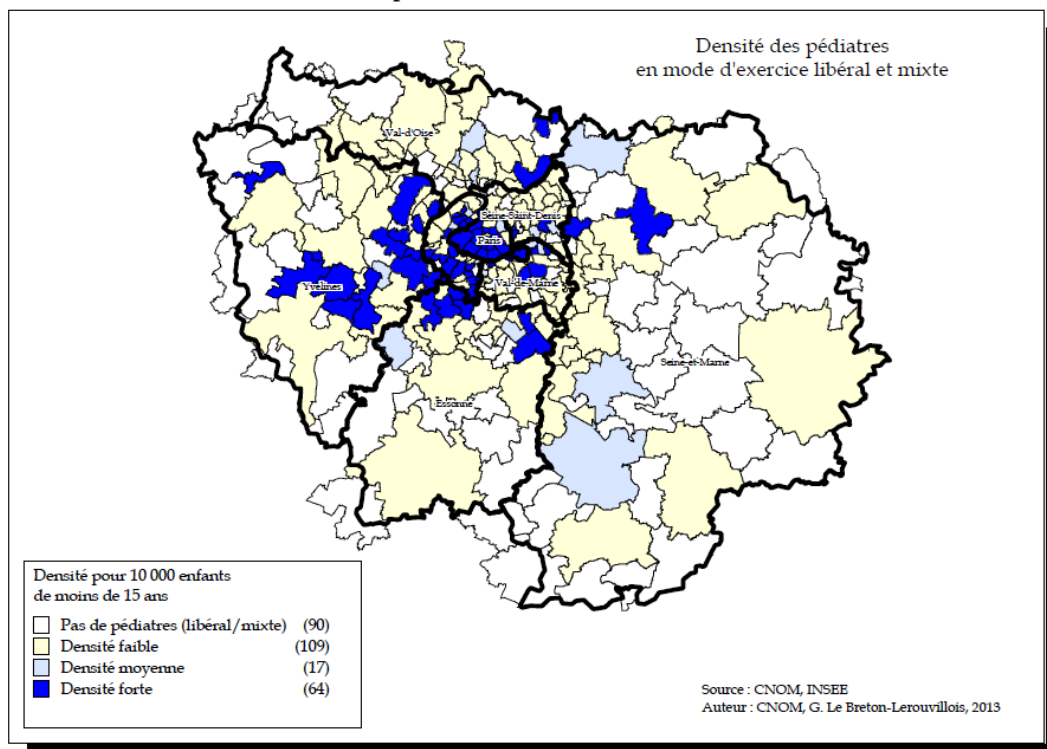
● Graphique n°33 : Effectifs des pédiatres en mode d'exercice libéral/mixte sur la période 2007/2018



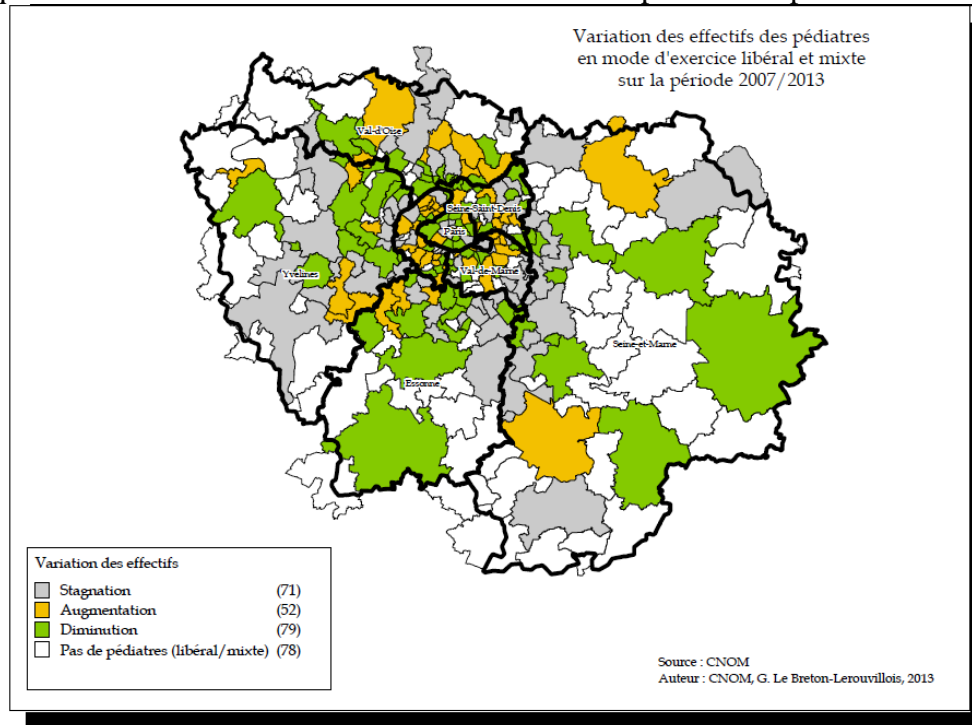
Âgés en moyenne de 55 ans, les pédiatres libéraux et mixtes sont représentés à 37% par des hommes et à 63% par des femmes. En outre, 36% d'entre eux ont 60 ans ou plus contre seulement 8,7% ont moins de 40 ans.

Enfin, les pédiatres libéraux et mixtes sont concentrés plutôt dans les régions ouest et sud de la capitale et de la région Île de France.

● Carte n°7 : Densité et variation des pédiatres à l'échelle des bassins de vie



Si bien que de nombreux bassins de vie sont totalement dépourvus de pédiatres.



Trois faits saillants émergent de cette brève étude de la démographie médicale en région Île de France :

1. Le nombre des médecins généralistes et des pédiatres a diminué – et va continuer à diminuer – du fait de la conjonction du départ à la retraite des générations post-guerre et des effets retardés d'un *numerus clausus* qui a été imposé pendant 15 ans.
2. Le vieillissement du corps médical et sa féminisation accrue expliquent probablement la déshérence constatée de la permanence des soins ambulatoire, notamment en soirées et les week-ends.
3. Certains bassins de vie, notamment dits « *difficiles* », sont devenus des « *déserts médicaux* » et les Urgences hospitalières sont devenues l'unique recours de soins.

L'activité des services d'urgences pédiatriques

Il est impossible de « penser seulement AP-HP » quand tout est lié !

Les hôpitaux de l'AP-HP sont tous affiliés à une Université. Trois d'entre eux (Robert Debré Necker - Enfants Malades et Armand Trousseau) peuvent être considérés comme des services d'urgences pédiatriques de « *recours* » ou de **niveau 3**, parce qu'implantés dans des CHU pédiatriques où ils bénéficient de l'expertise de chirurgiens ou de médecins pédiatres spécialistes, ce qui explique non seulement leur niveau d'activité élevée (>50.000 passages annuels) mais aussi le fait qu'ils reçoivent nombre de transferts en provenance des autres services d'urgences dits de « *proximité* ».

Bien que cette classification soit arbitraire, nous avons choisi de classer les autres services d'urgences pédiatriques entre « **niveau 2** » et « **niveau 1** », sur la base d'un nombre de passages annuels >20.000 ou <20.000 et également de leur implantation dans un centre hospitalier universitaire (CHU) ou général (CHG) comportant au moins certaines activités de pédiatrie spécialisée au sein du service de pédiatrie qui chapeaute les Urgences pédiatriques.

Selon les centres, l'activité de **néonatalogie** (niveau 3, 2B ou 2A) qui est très liée à celle de Maternité a été séparée de celle des **urgences pédiatriques** qui assure généralement ~95% du recrutement du service de pédiatrie, ou au contraire reste intégrée dans le même service, ce qui rend quelque peu difficile les comparaisons des ratios « *nombre d'ETP/activité* » entre les centres.

Une autre façon d'apprécier l'attractivité des centres est de suivre le **choix des internes** de semestre en semestre, notamment si le service dispose de postes de DES de pédiatrie ou uniquement de DES de médecine générale et si les postes d'internes ont été pourvus ou non, et dans ce cas occupés par des DFMS voire des FFI « ancienne formule ».

Toutefois, il a été choisi de présenter l'activité des services d'urgences pédiatriques **par territoire de santé**, en groupant les données des services d'urgences pédiatriques « périphériques » de l'AP-HP et des CHG. Les chiffres présentés dans ce rapport sont ceux de 2012. Comme pour les rapports précédemment remis à l'ARS donnant les chiffres d'activité 2010 et 2011, il a été adressé à chaque chef de service ou responsable d'UF des urgences pédiatriques un questionnaire précis et concis (1 page) qui a été récupéré au prix d'une certaine persévérance. Les **limites** de ce genre d'enquête sont une *mauvaise compréhension des questions* posées par l'investigateur et le *caractère auto-déclaratif* des données répondues.

Afin d'obtenir un panorama d'ensemble proche de la réalité, l'auteur a visité lui-même entre fin Juillet et fin Octobre 2013 chacun des 39 services d'urgences pédiatriques d'Île de France (à l'exception du Centre Hospitalier des Portes de l'Oise à Beaumont-sur-Oise et du CHG de Montereau-sur-Yonne). Chaque fois, il a rencontré personnellement le chef de service, ou le responsable des Urgences, et il a pu discuter de façon informelle avec d'autres médecins et des Cadres infirmiers du SAU pédiatrique, ce qui lui permettait de « *prendre le pouls* » du service.

Le territoire de santé 75 comporte 3 SAU pédiatriques AP-HP dits de « recours »

| Etablissements | Robert Debré | Necker | Trousseau |
|---|----------------------|----------------------|-------------------|
| Passages 2012 | 78.596* | 65.000** | 47.379*** |
| ETP médical | 19 | 16 | 12,9 |
| DES (Péd+MG) | 2+7 | 2+5 | 2+7 |
| Passages/ETP | 4.137 | 4.062 | 3.673 |
| Médecins extérieurs de garde | 9 | ? | 5 |
| Nb de gardes/mois | 2 + 2 demi-gardes | 3 | 3 |
| Urgences chirurgicales | 28.643 (36%) | 13.500 (20,8%) | 8.300 (17,5%) |
| Hospitalisations | 7.179 (9,1%) | 5.030 (7,8%) | 6.721 (14,1%) |
| Lits d'aval | 28-40 | 44 | 16+ |
| Hospitalisations à l'UHCD | 3.970 (5,0%) | 5.000 (7,7%) | 2.853 (6,0%) |
| Nb lits UHCD | 24 | 13 | 6-12 |
| Transferts (par manque de spécialités/places) (%) | 72+92 (0,1%-2,3%) | 10+20 (0,1%-0,4%) | 49+0 (0,1%-0%) |
| Hospitalisés à partir UHCD | 1.578 (39,7%) | 2.000 ? (40%) | 1.141 ? (40%) |

Chiffres 2013 : * ~81.083 ; Projections 2013 **~67.000 ; ***~50.000

Commentaires :

- Chaque SAU pédiatrique « de recours » est un service hospitalo-universitaire indépendant dirigé par un PU-PH (Jean-Christophe Mercier, Gérard Chéron, Ricardo Carbajal) et disposant de 2 ou 3 CCA. Cette dimension hospitalo-universitaire permet de privilégier à la fois la vocation d'innovation et de recherche clinique du Service valorisée par des publications, et la fonction d'encadrement d'un nombre important d'étudiants (p.ex. à Robert Debré : une centaine de D4 de Paris-7, une vingtaine de D3 de Paris-5 et une dizaine d'étudiants étrangers chaque année).
- Chaque SAU pédiatrique « de recours » a bénéficié du « *plan Urgences AP-HP* » destiné à améliorer le personnel médical tant sur le plan quantitatif que sur le plan qualitatif.

| Chiffres 2012 | Robert Debré | Necker – Enfants M. | Trousseau |
|-------------------------|--------------|---------------------|-----------|
| PU-PH | 1 | 1 | 1 |
| MCU-PH | 0 | 0 | 1 |
| CCA | 2 | 3 | 2 |
| PH | 6 | 6,9 | 5 |
| PHC | 3,5 | 4,5 | 3,0 |
| Assistants Spécialistes | 3 | 0 | 0 |
| Praticiens Attachés | 5,3 | 0,3 | 2,9 |
| ETP | 19,3 | 16 | 12,9 |
| Internes Pédiatrie/MG | 2 /9 | 2/5 | 2/7 |

- Toutefois, le **nombre des gardes et des demi gardes financées est insuffisant** pour assurer à la fois une bonne prise en charge des enfants dont les familles viennent consulter de plus en plus tardivement et celle nocturne des enfants hospitalisés dans les services qui ne disposent pas de présence médicale sur place, au moins à Robert Debré et à Trousseau qui ne disposent que d'une garde et demie de médecin senior et de deux gardes de DES (pédiatrie + médecine générale) par nuit.
- Les **locaux des Urgences** ont été totalement **rénovés**, respectivement en 2008-2009 pour Robert Debré, en 2010-2011 pour Armand Trousseau et en 2013 pour Necker - Enfants Malades. Toutefois, les locaux de Robert Debré qui ont été conçus il y a >10 ans pour ~60.000 passages sont devenus trop exigus pour ~80.000 (81.083 en 2013) passages dont ~30.000 (30.103 en 2013) passages chirurgicaux.
- Le **mélange** des « *vraies urgences* » (classées « *prioritaires* » ou « *semi prioritaires* » par les Infirmières d'Accueil et d'Orientation ou IAO) et des « *consultations simples* » (classées « non prioritaires » par les IAO) est détonnant ! Une majorité des parents dont l'enfant a été classé « *non prioritaire* » ne comprend généralement pas pourquoi la famille dont l'enfant a été classé « *prioritaire* » et qui est arrivée après eux leur passe devant ! La seule réponse a été de diviser les flux et de créer une filière rapide (ou « *fast track* »), ce que nous avons mis en œuvre à Robert Debré depuis de nombreuses années et ce qui a été récemment adoptée par Necker. En soirées et les week-ends où le financement des gardes et astreintes est limité par les tutelles, la solution trouvée à Robert Debré a été de passer un accord avec le Centre Médical Europe qui assure dans les locaux de la consultation de médecine une consultation libérale tous les soirs de 19h à minuit et tous les week-ends & jours fériés de 10h à minuit (avec deux médecins successifs). Cette organisation permet de laisser du temps nécessaire aux médecins postés aux Urgences de voir correctement les « *vraies urgences* », de maintenir les temps d'attente dans des limites raisonnables (temps d'attente moyen ~1h ; ~80% des enfants retournent à domicile dans un délai <4h), de diminuer de façon significative les enfants « *partis sans soins* » et les plaintes.
- Chaque année lors des **épidémies hivernales**, les lits d'aval sont en nombre insuffisant et Robert Debré transfère un petit nombre mais significatif d'enfants soit à Trousseau soit à Necker - Enfants Malades, voire dans d'autres hôpitaux périphériques qui ont leur propres difficultés.
- Du fait que ces SAU pédiatriques dits de « *recours* » soient situés dans des CHU pédiatriques comportant de nombreux services de spécialités, on est souvent confronté au dilemme entre hospitalisations « *programmées* » et « *non programmées* », comme le sont les SAU adultes qui rencontrent de grosses difficultés d'aval. De très nets efforts ont été accomplis au cours de l'année écoulée du fait de la pression exercée par SAMU - Urgences de France et des initiatives prises en réponse tant au niveau du Ministère que de l'AP-HP.
- A Robert Debré, nous avons travaillé la liaison entre service des Urgences pédiatriques et le service de Pédiatrie générale qui constitue l'aval principal des Urgences pédiatriques. Nous disposons maintenant d'une secrétaire hospitalière dite « *bed manager* » qui résous au quotidien la majorité des difficultés d'hospitalisation en interne.

L'AP-HP dispose de 5 SAU pédiatriques de niveau 2 dans 3 territoires de santé

| Etablissements | A. Béclère (92) | A. Paré (92) | L.Mourier(92) | J.Verdier (93) | Bicêtre (94) |
|------------------------------------|--------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|
| Passages 2012 | 21.292 | 20.986 | 30.457 | 28.664 | 32.425 |
| ETP médical | 5,4 | 4,9 | 8,2 | 3,8+5,8 | 8 |
| DES (Péd.+MG) | 4* | 4+4* | 2+9* | ? | ? |
| Passages/ETP | 3.942 | 4.282 | 3.714 | 4.942 | 4.053 |
| Méd.ext. garde | 5 | 0 | 1 | 2 | - |
| Nb gardes/mois | 3+1 demi-garde | 4 | 4 | 3 | 4 |
| Urg. Chirurgie | ? | 3.142 (14,9%) | ~6000(19,7%) | 5.881 (20,5%) | 5.694 (18,4%) |
| Hospitalisations | 2.556 (12,0%) | 1.991 (9,5%) | 957 {3,1%} | 1.479 (5,1%) | 2.764 (8,5%) |
| Lits d'aval | | | 18-38 | | 34 |
| Hospit. UHCD | 28 (0,0%) | 998 (4,7%) | 3.264 (10,7%) | 1.125 (3,9%) | 2.029 (6,3%) |
| Nb lits UHCD | 1 | 6 | 9 | 6 | 10 |
| Transferts défaut spéc/places) (%) | 239+0 (1,1%-0%) | 848+6 (4,0%-0,3%) | 190+25 (0,6%-0,1%) | 294+22 (1,0%-0,0%) | 206+9 (0,6%-0,4%) |
| Hospital. à partir de l'UHCD | 1.578 (39,7%) | ?% | ?% | ?% | 1.147 (56,5%) |
| Néonatalogie | 3 | 2B | 3 | 2B | 3 |

* Communs avec le service de pédiatrie

Commentaires :

- Le SAU pédiatrique **Antoine Béclère** fait face à 3 difficultés :
 - a. Des locaux indignes d'un service d'urgences : un enregistrement commun des adultes et des enfants, une salle d'attente unique et exiguë, le poste IAO est situé au fond d'un couloir, le nombre des boxes est limité à 3, l'UHCD réduite à une seule pièce sans fenêtre ne pouvant contenir qu'à grand peine deux berceaux. Un projet d'UHCD de 6 lits est en cours de réalisation, mais ceci ne changera guère l'étroitesse des locaux actuels des Urgences pédiatriques.
 - b. De personnel médical : avec seulement 5,4 ETP dont 4 PH (1 temps plein, le Dr. Francis Perreaux, responsable des Urgences pédiatriques, 1 à 80%, et 2 à 60%) et 4 PHC (2 x 60%, 50%, 40% et 30% non pourvu). Par contre, le PU-PH Adjoint du chef de service (Pr. Vincent Gajdos), les 2 CCA et 3 autres médecins du service de pédiatrie participent aux gardes, de sorte que le nombre moyen de gardes est de 3-4/mois. De Novembre à Février, il est financé une demi garde supplémentaire de 15 à 22h.
 - c. D'absence de spécialités pédiatriques sur place notamment chirurgicales sur place, ce qui oblige souvent le médecin de garde à une longue quête auprès des services receveurs (239 transferts faute de spécialités surtout chirurgicales). Par contre, le service de néonatalogie (niveau 3) est complètement indépendant.

- Le SAU pédiatrique d'**Ambroise Paré** fait face à de moindres difficultés :
 - a. Les locaux sont fonctionnels, situés au niveau du service de pédiatrie au 7^e étage, soit à distance des Urgences adultes.
 - b. Le personnel médical des Urgences pédiatriques est limité à 4,9 ETP (1 PH (Dr. Valérie Soussan), 1 PHC et 4 praticiens Attachés), mais la proximité immédiate du service de pédiatrie permet de mutualiser le personnel médical composé d'1 PU-PH (Pr. Bertrand Chevallier), d'1 PH, d'1 PH mi-temps et de 3 CCA, de sorte que le nombre mensuel des gardes est de 4/mois et de week-ends d'1/mois.
 - c. La plus grosse difficulté réside dans l'absence totale de coopération avec les chirurgiens adultes qui interdisent même à leurs internes de voir tout enfant âgé <15 ans et 3 mois ! et dans une moindre mesure dans l'absence de compétences pédiatriques du service d'imagerie médicale. Bonne collaboration avec la Clinique Chirurgicale de Boulogne Billancourt, mais uniquement à heures ouvrables et les jours ouvrables ! Sinon, c'est la longue quête d'un service receveur (Necker, Robert Debré, Trousseau).

- Le SAU pédiatrique de **Louis Mourier** a été autonomisé il y a plusieurs années du service de pédiatrie générale, mais il subit les difficultés organisationnelles de celui-ci.
 - a. Les locaux ont été partiellement rénovés. Surtout une UHCD de 9 lits a été récemment ouverte qui a transformé les choses.
 - b. Le personnel médical s'est progressivement étoffé sous l'impulsion du nouveau chef de service (Dr. Bogdan Cojocar), avec maintenant 8,2 ETP dont 1 PH, 3 PHC, 3 praticiens Attachés, 1 Assistant spécialiste et 1 CCA mutualisé avec le service de pédiatrie générale. Avec l'appoint de 2 médecins extérieurs prenant des gardes, le nombre moyen de gardes est de 3/mois et de week-ends de 1,5/mois.
 - c. La plus grosse difficulté réside dans l'hospitalisation d'aval des enfants dans le service de pédiatrie générale qui n'a toujours pas de chef de service en titre, d'où l'importance dévolue à l'UHCD de 9 lits, tandis que le nombre de transferts, faute de spécialités, est de 190 et de transferts, fautes de places d'aval, de 25, principalement vers Ambroise Paré.

- Le SAU pédiatrique de **Jean Verdier** fait partie du service de Pédiatrie générale dirigé par les Prs. Joël Gaudelus et Loïc de Pontual :
 - a. Les locaux sont situés au rez-de-chaussée, à proximité des Urgences adultes, mais rien n'est commun avec les Urgences adultes, hormis la salle d'attente qui déborde en hiver vers la cafeteria de l'hôpital. Les locaux sont fonctionnels et comportent une UHCD de 6 lits.
 - b. Le personnel médical est notoirement insuffisant avec seulement 3,8 ETP dévolus aux Urgences pédiatriques : 1 PH responsable des Urgences, le Dr. Than Van Trieu, 1 PHC à 40%, 1 Assistant spécialiste et 2 praticiens Attachés. Mais, il est heureusement renforcé par les 5,8 ETP et les 3 CCA du service de pédiatrie qui comporte 60 lits d'aval et de nombreuses activités spécialisées (diabète, cancer et hématologie, drépanocytose, allergie alimentaire, médecine de l'adolescent) outre le service de pédopsychiatrie. Ainsi, le nombre moyen de gardes n'est que de 3/mois et de week-ends de 1/mois.
 - c. La plus grande difficulté réside dans l'absence de compétence chirurgicale qui a fait transférer 294 enfants principalement vers l'hôpital Robert Ballanger et de façon moindre vers Robert Debré. En hiver, difficultés de place avec 22 transferts.

- Le SAU pédiatrique de **Bicêtre** dépend du Service de pédiatrie générale qui est dirigé par le Pr. Isabelle Koné-Paut :
 - a. Les locaux sont larges (1.100m²) et magnifiques, situés au sous-sol du nouveau bâtiment Maternité – Réanimation pédiatrique et néonatale ; ils communiquent par un couloir souterrain avec l’Hôpital d’enfants Daniel Alagille où se trouve le service de pédiatrie.
 - b. Le personnel médical des Urgences est en nombre juste suffisant avec 7 ETP (3PH, 1 PHC et & PHC mi-temps, 1 CCA mi-temps aux Urgences, 1 praticien Attaché plein-temps et 5 praticiens Attachés à temps partiel), depuis le départ à l’étranger de celui qui était perçu comme le possible et souhaitable responsable d’unité. L’ambiance est en effet devenue difficile depuis l’intégration des services de pédiatrie non spécialisée dans un nouveau pôle FAME, à cheval sur Bicêtre et Antoine Béclère.
 - c. Outre l’aspect souligné ci-dessus, les plus grandes difficultés résident dans la non ouverture de 6 des 12 lits d’UHCD, faute de personnel non médical, et l’absence de chirurgie orthopédique qui obligent à transférer les urgences traumatiques (206 transferts), principalement vers Trousseau mais aussi le CHIC et Robert Debré. L’hôpital d’enfants de Bicêtre dispose en effet des spécialités pédiatriques suivantes : neuropédiatrie, endocrinologie et diabétologie, hépatologie infantile et réanimation pédiatrique et néonatale. En outre, les urgences psychiatriques sont assurées par une équipe spécifique émanant de la Fondation Vallée.

Le territoire de santé 77 Nord comprend 3 SAU pédiatriques dont deux de « niveau 2 »

| Etablissements | Marne la Vallée | Meaux | Coulommiers |
|-----------------------------|-----------------|---------------|----------------|
| Passages 2012 | 18.797 | 16.488 | 6.280 |
| ETP médical | 10* | 8 | 5,5* |
| DES (Péd.+MG) | 4+4 | 0+7 | 0+2 |
| Passages/ETP | 1.879 | 2.061 | 1.141 |
| Médecins extérieurs garde | 0 | 0 | 1 |
| Nb gardes/mois | 4 | 4 (1/2G+1/2A) | 6-7 |
| Urgences Chirurgicales | 6.444 (34%) | ? | 3000 (48%) |
| Hospitalisations | 1.375 (7,3%) | 2.981 (18,0%) | 885 (14,1%) |
| Nb de lits d’aval | 25 | 32 | 10 |
| Hospitalisations UHCD | 28 (0,0%) | 193 (0,1%) | 0 |
| Nb lits UHCD | 0 | 1 | 0 |
| Transferts spéc./places (%) | 51+39 (1,1%-0%) | ? (%) | 40+0 (0,6%-0%) |
| Hospitalisat à partir UHCD | 0 | ?% | ?% |
| Naissances en Maternité | 2.600 (2B) | 3.500 (2B) | 1.000 (2A) |

* Comprend la néonatalogie

Commentaires :

- Les établissements de Marne la Vallée, de Meaux et de Coulommiers ont maintenant une Direction unique.
- Le SAU pédiatrique du CHG de **Marne la Vallée** vient d’emménager à Jossigny, à proximité immédiate de la gare Val d’Europe du RER A.
 - a. Les **locaux** neufs sont évidemment magnifiques et fonctionnels. Toutefois, la volonté d’intégrer les Urgences pédiatrique dans les Urgences adultes fait que le circuit « enfants » est quelque peu imbriqué avec celui des Urgences adultes qui prennent en charge les urgences traumatiques.
 - b. Le **personnel médical** est commun avec celui du service de pédiatrie et il est constitué de 10 ETP dont 8 PH et 7 praticiens Attachés. Mais, le service est en charge de la néonatalogie de niveau 2B pour servir une maternité qui fait 2.600 accouchements.
 - c. Il n’apparaît **pas de difficultés majeures** à ce service qui a été bien pensé par son chef de service (Dr. Arnaud Chalvon) qui a été longtemps président de la CME locale. Un petit nombre de transferts, essentiellement par manque de spécialités (51) ou par manque de lits (39) en hiver.
- Le SAU pédiatrique du **CHG de Meaux** est situé dans un hôpital plus ancien, mais qui a été rénové.
 - a. Les **locaux** sont situés au 3^e étage du bâtiment C, dans le service de pédiatrie et à distance des Urgences adultes, du fait de la remise *sine die* du nouveau bâtiment des Urgences où devaient migrer les Urgences pédiatriques. L’accueil des enfants se fait au 3^e étage en sonnant à une porte où doit répondre une infirmière. Il n’y a pas vraiment de triage et les 3 boxes d’examen sont des chambres du service de pédiatrie qui ont été aménagées. Il n’y a pas vraiment d’UHCD qui est limitée à un seul lit. Par contre, il y a une salle d’accueil des urgences vitales bien organisée.
 - b. Le **personnel médical** est composé de 8,5 ETP dont 3 PH, 1 praticien Attaché et 3 Assistants spécialistes mais, de l’aveu même de son chef de service (Dr. François Gouraud), il n’y a pas de relève pour soulager un personnel médical vieillissant. En outre, l’administration de l’hôpital refuse de financer des gardes complètes de médecin senior : sur les 17,5 demi gardes par semaine, 12 sont financées + 5 demi astreintes. Le samedi après-midi et le dimanche, une demi garde de senior est rémunérée outre une garde d’interne/jour qui repose sur 2 DES de pédiatrie et 5 DES de médecine générale qui ont ainsi 1 garde/semaine. La nuit, la seniorisation n’est assurée que par des astreintes à domicile non rémunérées. La néonatalogie (2B) est à part servant une maternité de 3.500 accouchements.
 - c. La plus grande préoccupation est celle d’une **équipe médicale sans relève réelle**, tandis que la **seniorisation des gardes n’est pas assurée la nuit**, d’où l’espoir en un nouveau bâtiment des Urgences qui permettrait une couverture la nuit par les médecins urgentistes adultes.
- Le SAU pédiatrique du **CHG René Arbelletier à Coulommiers** semble assurément plus problématique.
 - a. Les **locaux** des Urgences pédiatriques sont peu spacieux (1 salle d’attente spécifique, 1 box d’examen) et attenants aux Urgences adultes qui sont actives et assez bien organisées. Les Urgences pédiatriques sont ainsi éloignées du service de pédiatrie de 10 lits et de la salle de travail qui se rajoute à la charge de l’unique médecin de garde.

- b. Le personnel médical dirigé par le Dr. Kacem Nacer est composé de 5,5 ETP (2,5 PH, 2 PHC et 1 praticien Attaché). Il y a 1 DES de médecine générale, quand le service est choisi. Corollaire, les médecins assurent entre 6 et 7 gardes/mois.
- c. Le service pourtant rénové et comportant un jardin ludique et des zones de jeux pour enfants paraissait bien vide lors de ma visite, ce que confirment les faibles chiffres d'urgences, d'hospitalisation en pédiatrie et en néonatalogie communiqués.

Le territoire de santé 77 Sud comporte 4 SAU pédiatriques dont un de « niveau 2 »

| Etablissements | Melun | Fontainebleau | Provins | Montereau |
|-------------------------------------|---------------|---------------|--------------|-----------|
| Passages 2012 | 14.476 | 14.832 | 8.457 | 8.674# |
| ETP médical | 4,3+4* | 7 (6)* | 4,0* | |
| DES (Péd+MG) | 0+5 | 0+5 | 0+1 (FFI) | |
| Passages/ETP | 3.366 | 2.118 | 2.114 | |
| Méd. ext. gardes | 0 | 0 | 0 | |
| Nb gardes/mois | 4 (1/2g) | 4 (1/2G+1/2A) | 7 Astreintes | |
| Urg. Chirurg. | 4.731(32,7%) | 2.416# | ? | 3.224# |
| Hospitalisations | 1.927 (13,3%) | 254 (1,7%)? | 879 (10,4%) | |
| Nb de lits d'aval | 22 | 15 | 16 | |
| UHCD | 620 (4,3%) | 609 (4,1%) | 0 | |
| Nb lits UHCD | 2 | 2 | 0 | |
| Transf. (manque spéc./places) (%) | ? (?%) | 7/0 (?%) | ? (?%) | |
| Hospitalisations à partir de l'UHCD | ? | ?% | ?% | |
| Naissances Mater | | | | |

* Comprend la néonatalogie # Chiffres 2011

Commentaires :

- Le SAU pédiatrique du CHG **Marc Jacquet à Melun** a la perspective d'emménager dans un nouvel hôpital qui serait situé à Melun-Sénart, plus à l'ouest de la ville de Melun. Mais, on n'en est qu'au stade des plans...
 - a. Les locaux actuels sont situés au 7^e étage au niveau du service de pédiatrie, donc à distance des Urgences adultes. Ils sont peu spacieux et limités à une salle d'attente de ~30m², 3 boxes médicaux, 1 salle de déchoquage et une salle de prise en charge des nouveau-nés de 9m² seulement, parce que le bâtiment de la Maternité est situé à 800m de l'hôpital. Une sonnette prévient l'infirmière de pédiatrie de l'arrivée d'une urgence ; il n'y a pas de box de triage.
 - b. L'équipe médicale est dirigée par un PH dynamique (Dr. Lydie Jolly Sanchez) qui vient de remplacer le chef de service parti en retraite (Dr. Bernard Le Lorier) et elle est composée de 4,3 ETP (3PH, 1 PHC et d'1 praticien Attaché à temps partiel) outre 4 ETP qui sont en charge de la maternité (1.800 accouchements/an,

- mais la fermeture de la clinique locale devrait augmenter le chiffre à 2.500) et de la néonatalogie 2B. Grâce à des renforts extérieurs, le nombre de gardes est de 4/mois + 2 WE/mois. Le pédiatre est de garde avec un interne de médecine générale qui n'a en général pas d'expérience en néonatalogie ; il supervise les urgences (~15.000 passages/an), le service de pédiatrie (22 lits), la néonatalogie 2B (12 berceaux + 4 berceaux de soins intensifs) et la salle de naissance située à 800m de l'hôpital
- c. Les plus grandes difficultés proviennent de l'absence de spécialistes sur place : pas de prise en charge chirurgicale des enfants pesant <20kg nécessitant de les transférer, pas d'ophtalmologiste ni d'ORL Très grandes difficultés, notamment l'hiver, pour transférer les pathologies qui relèvent d'une spécialité pédiatrique et notamment de réanimation pédiatrique.
- Le SAU pédiatrique du CHG de **Fontainebleau** situé à ~10km de Melun (par la forêt) semble assurément plus fragile.
- a. Les locaux sont anciens et situés dans un hôpital pavillonnaire d'un autre âge. Quand on arrive dans la salle d'attente, il faut sonner et attendre qu'une infirmière vienne s'enquérir de la raison de la visite. Il n'y a pas de box de triage, deux box d'examen et une chambre d'UHCD de 2 lits qui sont isolés du service principal qui est situé au même niveau. L'unité de 15 lits de pédiatrie se prolonge par une unité de néonatalogie (2A) dans des locaux obsolètes.
 - b. L'équipe médicale est composée de 5 ETP pour les 3 secteurs (urgences, pédiatrie et néonatalogie), et elle est aidée par 2 médecins extérieurs pour maintenir le nombre de gardes à 4/mois dont un samedi ou un dimanche. Mais, les départs prochains d'une jeune PH en charge des Urgences et en retraite du chef de service (Dr. Pascal Saunier) risquent de mettre l'équipe en grande difficulté.
 - c. Les difficultés du service peuvent se résumer au manque d'attractivité du fait de locaux obsolètes, d'une équipe médicale en diminution et de l'absence de projet hospitalier attractif dans un avenir proche.
- Le SAU pédiatrique du **CHG de Provins** est en extrême difficulté :
- a. Les locaux ne sont pas mal agencés, situés au dernier étage de l'hôpital mais quasiment vides et à distance du service d'urgences adultes localisé au rez-de-chaussée dans un bâtiment satellite.
 - b. L'équipe médicale est squelettique, dirigée par un chef de service sympathique (Dr. M. Abdelhadi) qui est complètement isolé. Le PHC habitant à proximité de Paris ne peut prendre pas de gardes, les 3 praticiens Attachés n'ont pas encore leurs diplômes reconnus en France, si bien que le seul médecin à figurer officiellement sur la liste de garde est le chef de service. Enfin, le seul poste de DES de médecine générale n'est pas pris au choix.
 - c. Provins (10.000 habitants) est loin de tout : pas de train, pas d'autoroute. Peu d'espoir de relève...
- Le SAU pédiatrique du **CHG de Montereau sur Yonne** semble être dans une situation analogue :
- a. Je n'ai pu visiter les locaux, du fait des manifestations contre l'Ecotaxe...
 - b. Je n'ai reçu aucun chiffre (ceux des deux années précédentes étaient de l'ordre de 8.000 passages annuels) du Dr. Guy-Patrick Ikounga, malgré de multiples rappels.
 - c. Il semblerait que la Maternité ait été fermée récemment par l'ARS.

Le territoire 78 comporte 4 SAU pédiatriques dont deux de « niveau 2 »

| Etablissements | Versailles | Poissy | Mantes la Jolie | Rambouillet |
|--------------------------------------|-----------------------|----------------|-----------------|--------------|
| Passages 2012 | 21.114 | 22.805 | 18.612 | 8.637 |
| ETP médical | 4*(11,3) | 3,8*(10,1) | 7*† | 6 |
| DES (Péd+MG) | 4+6 | 2+9 | 0+7 (2FFI) | 0+5 |
| Passages/ETP | 5.278 | 6.001 | 2.658 | 1.439 |
| Méd. ext. garde | 7 | 6 | 0 | 1 |
| Nb gardes/mois | 2 | 4 (1/2G+1/2A) | 4 + 1WE | 4+1WE |
| Urg. Chirurgicales | 5.653 (20,3%) | ~8.000 (25,9%) | ? | 4076 (32%) |
| Hospitalisations | 2.458 (8,8%) | 2.379 (10,4%) | 2178 (11,7%) | 2178 (17,1%) |
| Nb de lits d'aval | 30 | 30 | 36 | 13 |
| HospitalisésUHCD | 979 (4,6%) | 1.827 | 0 | 0 |
| Nb lits UHCD | 6 | 6-9 | 0 | 0 |
| Transferts (manque spéc./places) (%) | 262+54 (1,3%+0,2%) | ? (?) | 0+? (?) | 0+? (?) |
| Hospit. à partir UHCD | ? | ??% | ??% | ??% |
| Naissances Mater. | 3500 (2B) | ? (3) | 2600 (2B) | 1400 (2A) |

* ETP dédiés aux Urgences - † inclut la néonatalogie

Commentaires :

- Le SAU pédiatrique du CHG **André Mignot** à Versailles est très bien structuré, du fait de l'action déterminante de son chef de service (Dr. Pierre Foucaud) qui va bientôt partir en retraite et est remplacé par le Dr. Nathalie Nathanson :
 - a. Les locaux des Urgences pédiatriques sont tout neufs et attenants au service des Urgences adultes. Larges, spacieux et fonctionnels, rien ne manque à ce service actif (~21.000 passages) : boxe de triage et d'orientation, salle d'accueil des urgences vitales, nombreux boxes dont un dédié aux urgences traumatiques, salle d'attente secondaire, une UHCD de 6 lits.
 - b. L'équipe médicale est constituée de 4 ETP (1 PH et 3 Assistants spécialistes) ; elle est mutualisée avec celle du service de pédiatrie situé dans les étages qui est constituée de 11,3 ETP et de 4 DES de pédiatrie et de 6 DES de médecine générale. Ainsi, le nombre de gardes n'est que de 2/mois. L'équipe de garde est constituée d'1 médecin senior (+ une demi garde, 5 mois/12) et d'1 interne tandis que les week-ends sont rémunérés à hauteur de 1,5 médecin senior + 1,5 DES/jour.
 - c. La plus grande difficulté réside dans le nombre de transferts par manque de spécialités (160/an) notamment chirurgicales pédiatriques et par manque de lits (33/an) notamment en hiver.

- Le SAU pédiatrique du **CHG Poissy – St Germain** est également bien structuré, du fait de l'action de son chef de service (Dr. Didier Armengaud) qui va bientôt partir en retraite et de la responsable des Urgences (Dr. Béatrice Pellegrino) :
 - a. Les locaux ont été récemment refaits dans un bâtiment annexe à l'hôpital et ils sont proches des Urgences adultes. Ils comportent tout ce qui est nécessaire à un service d'urgences : boxe de triage, salle d'accueil des urgences vitales, boxes d'examen, salles de soins, UHCD de 6 lits (extension possible à 9 lits).
 - b. Le personnel médical des Urgences est composé de 3,8 ETP (3 PH à temps partiel, 1 PHC, 2 praticiens Attachés à temps partiel, 1 Assistante spécialiste) au sein du service de pédiatrie de 10,1 ETP (+ 2 Assistants spécialistes en Novembre 2013) dont 4 pour le service d'hospitalisation et 2,3 pour l'HDJ et les consultations. Le service de néonatalogie de niveau 3 est complètement indépendant.
 - c. Les perspectives d'avenir sont représentées par la création d'une Maison Médicale de Garde au sein de l'Hôpital, la création de lits d'USC au sein de l'UHCD du fait des difficultés à transférer les enfants vers les services de réanimation/USC notamment en hiver, enfin une formation médicale continue par simulation.

- Le SAU pédiatrique du **CHG de Mantes la Jolie** a emménagé il y a une dizaine d'années dans un nouvel hôpital fonctionnel et moderne :
 - a. Toutefois, les locaux des Urgences pédiatriques qui sont situés au sein même du service de pédiatrie, lui-même proche de la Maternité, sont séparés du service des Urgences adultes. Il n'y a pas de box de triage infirmier, une seule salle d'attente commune avec les locaux de consultation. Un box a été aménagé comme une salle de déchoquage. Par contre, il n'y a pas d'UHCD.
 - b. L'équipe médicale qui a longtemps été dirigée par le Dr. Jean Furioli et depuis quelques années par le Dr. Jean-Louis Salomon qui vient de partir en retraite, est maintenant sous la responsabilité du Dr. Noureddine Djaffari. Le nombre total d'ETP est de 9, mais trois des cinq PH âgés > 62 ans vont partir très prochainement en retraite avec le risque de déstabiliser toute l'équipe qui devra chercher un nouveau chef de service dans les 3 ans à venir et immédiatement un responsable de la néonatalogie. Il est possible que ces incertitudes expliquent pourquoi seuls 4 des 7 postes de DES de médecine générale aient été pourvus au dernier choix. Le nombre moyen de gardes est de 4/mois et d'1 WE/mois.
 - c. Outre l'inquiétude quant à l'avenir de l'équipe médicale, les plus grandes difficultés résident dans les difficultés de transferts vers des services de spécialités (souvent à Robert Debré, malgré un éloignement de 55 kms) notamment en chirurgie ou en réanimation pédiatriques (plusieurs transferts récemment vers le CHU de Rouen du fait des difficultés de places dans les CHU parisiens).

- Le SAU pédiatrique de **Rambouillet** est de « niveau 1 », mais :
 - a. Les locaux des Urgences qui sont de jour attendant aux Urgences adultes logées dans un nouveau bâtiment et de nuit au sein du service de pédiatrie auquel on peut accéder par des couloirs intérieurs sont fonctionnels et fraîchement repeints, alors que le CHG de Rambouillet est pavillonnaire et date de l'entre-deux guerres.
 - b. L'équipe médicale, dirigée par une PH dynamique (Dr. Stéphanie Müller), est maintenant constituée de 6 ETP (4 PH et 2 praticiens Attachés). Le renfort d'un médecin extérieur a permis de diminuer le nombre de gardes à 1/semaine et de WE à 1/mois. Les 5 postes de DES de médecine générale sont régulièrement pourvus. L'unité de néonatalogie (2A) sert une maternité qui assure 1.400 accouchements.

- c. Les plus grosses difficultés rencontrées sont celles des transferts pour manque de spécialités, notamment des traumatismes de l'enfant âgé <16 ans qui ne sont pas pris en charge par les chirurgiens adultes surtout vers le CHG de Versailles mais aussi vers Poissy pour la réanimation néonatale.

Le territoire de santé 91 comprend 5 SAU pédiatriques dont 2-3 de « niveau 2 »

| Etablissements | CHSF | Longjumeau | Orsay | Arpajon | Dourdan |
|----------------------------------|-----------|---------------|----------------|--------------|---------|
| Passages 2012 | 24.000 | 22.813 | 16.030 | 7.455 | 7.169 |
| ETP médical | 8,2 (5*) | 9,0 (2*) | 8,5 (4*) | 6,0 | 3,0 |
| DES (Péd+MG) | 0+5 | 0+7 | 0+5 | 0+5 | 0 |
| Passages/ETP | 4.800 | 3.259 | 4.007 | 1.242 | 2.389 |
| Méd. ext. gard. | 4 | 7 | 1 | 4 | 1 |
| Nb gardes/mois | 4 | 5+1,5 WE | 4 | 3-5 | 4-15 |
| Urg. Chirurgicales | ? | 5774 (25%) | ? | 3.205(30%) | ? |
| Hospitalisations | - | 1547 | 1522(9,4%) | 1.103(14.8%) | ? |
| Nb de lits d'aval | 20 | 20 | 14 | 12 | 10 |
| HospitalisésUHCD | 28 (0,0%) | 0 | 127 (0,8%) | 0 | 0 |
| Nb lits UHCD | 6 | 6 non ouverts | 3 | 0 | 0 |
| Transferts manque (spéc./places) | - | - | 41-0 (0,2%-0%) | ? | ? |
| Hosp à partir UHCD | ? | ?% | ?% | ? | ? |
| Naissances Mater | 2.600 (3) | 1.850 (2B) | 1.350 (2B) | 1.250 (2A) | Fermée |

* ETP dédiés aux Urgences

Commentaires :

- Le SAU pédiatrique du **Centre Hospitalier Sud Francilien** vient d'emménager dans des locaux magnifiques mais probablement disproportionnés en regard de l'activité.
 - a. Si d'autres services notamment de néonatalogie ou d'Urgences adultes se sont étalés sur un large plateau, les locaux réservés aux Urgences pédiatriques sont plutôt restreints et mal conçus : une salle d'attente réduite oblige à asseoir les familles dans les couloirs d'accès aux Urgences, un guichet administratif isolé derrière une paroi de verre, un box d'IAO installé dans l'étroit couloir d'accès au service des Urgences, une salle d'attente secondaire logée dans un box de soins inutilisé, pas d'informatisation, par contre une UHCD de 9 lits fonctionnels.
 - b. Si l'équipe médicale du service de pédiatrie est assez bien fournie (8,2 ETP) et 9 DES de médecine générale dont 5 sont aux Urgences, celle des Urgences est limitée à 3 ETP (1 PH responsable des Urgences, Dr. Vanessa Degas, 1 praticien Attaché et 1 Assistant généraliste). Le Dr. Antoine Leblanc qui va partir en retraite est remplacé par le Dr. Adrien May, pédiatre néphrologue.

- c. Les difficultés rencontrées sont celles d'une nouvelle gouvernance, de l'absence d'informatisation et de locaux mal conçus et sous dimensionnés. Autrement, tout est là pour faire du Sud Francilien un CHG qui compte dans le département de l'Essonne.
- Le SAU pédiatrique du **CHG de Longjumeau** vient d'être relocalisé dans un nouveau bâtiment des Urgences derrière le bâtiment principal où est situé le service de pédiatrie et de néonatalogie.
- a. Les locaux bien pensés sont tout neufs. On accède à une salle d'attente en sonnant à la porte. L'agent administratif ou l'infirmière des urgences enregistre le nouveau venu derrière un guichet en verre. Elle ouvre une porte, sinon fermée à clef, pour faire entrer l'enfant dans le box unique de triage et d'orientation. L'enfant est ensuite dirigé vers l'un des six boxes d'examen dont un plus spécifiquement dédié aux urgences traumatiques où les urgentistes adultes le prennent en charge. Une salle d'accueil des urgences vitales bien équipée. Une UHCD attenante de 6 lits qui n'étaient pas encore ouverts lors de ma visite fin Juillet 2013.
 - b. L'équipe médicale est constituée de 9 ETP dont 7 PH et 2 PHC dirigée depuis peu par le Dr. Sarah Ducrocq qui vient de succéder au Dr. Hervé Séaume qui avait particulièrement bien conçu les nouvelles Urgences pédiatriques. Si 1 PH et 1 PHC sont dédiés aux Urgences, toute l'équipe participe aux gardes (5 gardes/mois et 1,5 WE/mois) dans la mesure où l'équipe de garde constituée d'un médecin senior et d'un DES (7 DES de médecine générale) couvre les 3 secteurs des urgences, d'hospitalisation, de néonatalogie (2B) et de la salle de naissances à des étages différents.
 - c. Les difficultés rencontrées sont d'obtenir une infirmière dédiée à l'accueil et au triage, d'obtenir des postes de DES de pédiatrie, d'étoffer l'équipe de sorte à dédoubler le médecin de garde aux Urgences de celui de garde en néonatalogie et en maternité (1.850 accouchements) et de disposer d'une équipe d'infirmières dédiées aux Urgences (actuellement il y a un roulement entre les différentes unités), enfin de mettre à jour les protocoles médicaux.
- Le SAU pédiatrique du **CHG d'Orsay** est situé dans un bâtiment relativement neuf au sein d'un hôpital plutôt vieillot et limité dans son expansion, parce que coincé entre la place principale de l'Hôtel de ville et la ligne B du RER.
- a. Les locaux sans être modernes sont fonctionnels. Mais manquent un poste IAO et une UHCD véritable (3 lits seulement)
 - b. L'équipe médicale est composée de 8,5 ETP dont 7 PH, 2 PHC et 1 praticien Attaché. Le Dr. Marion Decobert, responsable des Urgences, devrait succéder au Dr. Jean-Claude M'Selati qui doit prochainement partir en retraite. Du fait qu'aucun médecin extérieur ne participe aux gardes, le nombre de gardes est de 5 par mois et de week-ends d'1 à 2/mois.
 - c. Les perspectives d'avenir sont de : a) poursuivre l'activité oncologique de proximité en hôpital de jour (réseau RIFOP) ; b) de poursuivre l'activité de néonatalogie 2B ; c) de demander l'individualisation de 4 lits d'USC afin de s'affranchir de la pénibilité de rechercher des places en Réanimation/USC quand en hiver on répond qu'il n'y a aucune place... En fait, le véritable projet novateur serait celui de la *construction d'un nouvel hôpital regroupant Longjumeau et Orsay* sur le plateau de Saclay. D'ailleurs, les deux établissements ont une direction commune...

- Le SAU pédiatrique du **CHG d'Arpajon** apparaît par contre bien fragile :
 - a. Les locaux des Urgences pédiatriques sont insérés dans ceux des Urgences adultes, donc à distance du service de Pédiatrie et de la Maternité.
 - b. L'équipe médicale est réduite à 6 ETP : 3 PH dont le chef de service (Dr. Marc Saf) et 3 Assistants spécialistes associés. Chacun d'entre eux prend 5 gardes/mois et 1 WE/mois. Le médecin de garde est ainsi écartelé entre l'internat situé dans un bâtiment extérieur à l'hôpital, les Urgences, le service d'hospitalisation (12 lits de pédiatrie et 6 lits de Néonatalogie 2A) et la salle de naissance (1.250 naissances/an). 5 postes de DES de médecine générale sont généralement pris au choix (peut-être en raison de ce qui suit ?), mais seules les gardes d'internes des samedis et des dimanches sont financées par l'administration faute de budget, si bien qu'en semaine le médecin senior de garde se retrouve seul.
 - c. Les perspectives d'avenir semblent problématiques, dans un hôpital déficitaire où il n'y a ni radiographie de nuit, ni infirmière dédiée à la pédiatrie aux Urgences.

- Le SAU pédiatrique du **CHG de Dourdan** est aussi en extrême difficulté :
 - a. Les locaux ont été rénovés et sont communs à ceux des Urgences adultes. Pas d'IAO, deux boxes réservés à la pédiatrie, un personnel infirmier commun.
 - b. Le personnel médical se limite à 3 ETP : le chef de service (Dr. Cédric Tahiri) prend de 10 à 15 gardes par mois, le PH adjoint (Dr. Paul Desi) est proche de la retraite et ne prend plus que 3-4 gardes par mois et le nouvel arrivant (Dr. Philippe Traore) prend de 7 à 8 gardes par mois. Les 2 postes de DES de médecine générale ne sont pas pourvus. La garde est écartelée entre les Urgences, le service d'hospitalisation de 10 lits et la maternité (650 accouchements) qui vient de fermer.
 - c. Il ne semble pas y avoir d'avenir pour cette structure. Pourrait-on imaginer un regroupement des deux structures précédentes ?

Le territoire de santé 92 comprend 5 SAU pédiatriques dont 3 AP-HP

| Etablissements | ABC | APR | LMR | Neuilly | IHFB |
|--------------------|--------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Passages 2012 | 21.292 | 20.986 | 30.457 | ~9.000 | 14.722 |
| ETP médical | 5,4* | 4,9* | 8,2* | 8,8** | 2,5* |
| DES (Péd+MG) | 4 | 4+4 | 2+7 | 2+3 | 0+2 |
| Passages/ETP | 3.942 | 4.282 | 4.285 | NA | NA |
| Méd. ext. gard. | 5 | 0 | 2 | 0 | 25 |
| Nb gardes/mois | 3+1 demi g. | 4 | 3+1,5 WE | 3-5 | 4 |
| Urg. Chirurgicales | ? | 3.142 (14,9%) | ~6.000(19,7%) | ~4.000(30,7%) | 4.500 (23,9%) |
| Hospitalisations | 2.556(12,0%) | 1.991 (9,5%) | 957 (3,1%) | 2.034(22,6%) | 1.200 (8.1%) |
| Nb lits d'aval | | | | 19 | 20 |
| Hospital.UHCD | 28 (0,0%) | 998 (4,7%) | 3.254(10,7%) | 0 | 35 |
| Nb lits UHCD | 1 | 6 | 9 | 0 | 1-2 |

| | | | | | |
|-------------------------------|--------------------|----------------------|---------------------|-------------------|----------------------|
| Transferts (spéc./places) | 239+0 (1,1%-0%) | 848+6 (4,0%-0,3%) | 190+25 (0,6%-0%) | 50+0 (0,5%-0%) | 50-58 (0,3%-0,3%) |
| Hospitalisation à partir UHCD | ? | ?% | 957 (3,1%) | ? | ? |
| Naiss. Néonate | (3) | (2B) | (3) | (2B) | (2B) |

* Personnel médical dédié aux Urgences ; ** Personnel médical du service incluant la néonatalogie

Commentaires :

Le territoire de santé 92 comprend trois des cinq services d'urgences pédiatriques « périphériques » de l'AP-HP : Antoine Béchère au sud, Ambroise Paré au milieu et Louis Mourier au nord du département. Tous les 3 reçoivent >20.000 passages annuels. Les problèmes spécifiques ont été détaillés p.14-16.

- Le SAU pédiatrique de l'**Hôpital communal de Neuilly-sur-Seine** est dirigé par le Dr. Hélène Pejoan dont le dynamisme a su convaincre la direction de rénover complètement le service qui dispose maintenant de locaux spacieux et bien agencés au 2^e étage de l'hôpital et surtout de recruter une équipe médicale sympathique et compétente.
 - a. Les locaux des Urgences sont situés au rez-de-chaussée, partageant la même salle d'attente et le même accueil que les Urgences adultes. Les Urgences pédiatriques sont à part et comportent 5 boxes d'examen dont une salle d'accueil des Urgences vitales, un bureau médical et infirmier. Par contre, il n'y a pas de lits d'UHCD, les 21 lits d'aval en pédiatrie générale étant situés deux étages au-dessus via des ascenseurs dédiés aux Urgences.
 - b. L'équipe médicale comprend 7,8 ETP, dont 5,8 PH et 2 Assistants spécialistes tous d'âge <47 ans. Le nombre moyen de gardes est de 3-5/mois et de week-ends d'1 sur 3. Le nombre de DES de pédiatrie est de 2 (en première année) et de DES de médecine générale de 3 (en fin d'internat), outre 1-2 DES militaires selon les semestres. Par contre, la liste de garde est commune pour les urgences, le service de pédiatrie de 19 lits dont une unité d'adolescents et de pédopsychiatrie et de néonatalogie 2B de 18 lits dont 3 lits de soins intensifs servant une maternité assurant 2.100 accouchements/an.
 - c. La principale difficulté réside, comme ailleurs, dans la prise en charge des urgences chirurgicales notamment traumatiques chez les enfants âgés <7ans et pesant <25kg qui obligent à transférer ces enfants soit vers la Clinique Chirurgicale de Boulogne-Billancourt (à heures ouvrables, les jours ouvrables), soit sinon vers les CHU de l'AP-HP (Robert Debré>Trousseau>Necker).
- Le SAU pédiatrique de l'**Institut Hospitalier Franco-Britannique (IHFB)** semble beaucoup plus problématique, malgré le nombre des passages.
 - a. Les locaux sont situés au niveau des Urgences adultes sur le site de l'ancien hôpital de Notre Dame du Perpétuel Secours (4 rue Kléber), mais à distance du service de pédiatrie qui est situé sur le site de l'ancien Hertford British Hospital (3 rue Barbès) à deux rues de distance. L'accueil est commun aux Urgences adultes, de même que la salle d'Accueil des Urgences vitales où un box a été dédié à la pédiatrie. La pédiatrie dispose de deux boxes d'examen dédiés. De même, une pièce peut servir d'UHCD avec un lit et un berceau.

- b. L'équipe médicale des Urgences pédiatriques est limitée à 2,5 ETP sous la responsabilité du Dr. Mohammed Zouch dans le service des Urgences dirigé par le Dr. Jamil Rahmani. Le nombre moyen de gardes est de ~4/mois du fait que beaucoup de gardes et de nombreux week-ends sont prises par des médecins étrangers au service.
- c. Les perspectives d'avenir ne semblent pas très encourageantes, de l'aveu même du Dr. Mohamed Zouch, la séparation de l'équipe pédiatrique sur deux sites et l'intégration de l'équipe pédiatrique dans celle des Urgences adultes rendant difficile tout progrès.

Le territoire de santé 93 comprend 5 SAU pédiatriques dont 3 de « niveau 2 »

| Etablissements | JVR | R. Ballanger | Delafontaine | Montreuil | Montfermeil |
|---------------------------|-----------------------|-------------------|--------------------|-----------------------|-------------------|
| Passages 2012 | 28.664 | 19.884 | 27.521 | 16.087 | 9.415 |
| ETP médical | 3,8*+5,8** | 5,5*+5** | 5,3*+4,5 | 5* | 3*+6** |
| DES (Péd+MG) | ? | 2+6 | 0+5 | 0+5 | 0+5 |
| Passages/ETP | 4.942 | - | 5.192 | 3.217 | 3.138 |
| Méd. ext. gard. | 2 | 0 | 1 | 2 | 0 |
| Nb gardes/mois | 3 | 4 | 5 | 4 | 6 |
| Urg. Chirurg. | 5.881 (20,5%) | 6.968 (25,9%) | ? | 6.000 (27,1%) | 3.473 (26,9%) |
| Hospitalisations | 1.479 (5,1%) | 2.715 (13,6%) | 3.268 (11,9%) | 1.056 (6,5%) | 1.384 |
| Nb de lits d'aval | | 30 | 14 | 5-17 | 23(14,7%) |
| Hospital. UHCD | 1.125 (3,9%) | 235 | 1.094 (4,0%) | 166 (1%) | 0 |
| Nb lits UHCD | 6 | 1 (1,2%) | 4 | 3 | 0 |
| Transferts (spéc./places) | 294+22 (1,0%-0,0%) | 22+3 (0,1%-0%) | 216-0 (0,8%-0%) | 123-10 (0,8%-0,1%) | 65-0 (0,7%-0%) |
| Hospit UHCD | ?% | ?% | ?% | ? | ? |
| Maternité | 3.000 (2B) | 2.500 (2B) | (3) | (3) | 1.800 (2A) |

* Dédié aux Urgences pédiatriques - ** Incluant la néonatalogie

Commentaires :

- Le SAU pédiatrique de l'**Hôpital Jean Verdier** est actif et bien intégré dans un service de pédiatrie hospitalo-universitaire. Les craintes émises sur l'avenir de l'hôpital semblent maintenant éteintes par le nouvel effort d'investissements dans le bâtiment et un nouvel équilibre des équipes adultes qui ont cessé de migrer vers le CHU Avicenne. Les problèmes spécifiques ont été décrits p.15.
- Le SAU pédiatrique du **CHG Robert Ballanger** à Aulnay-sous-Bois/Villepinte est intégré dans le service des Urgences adultes dirigé par le Dr. Pierre Charestan. Les Urgences pédiatriques (responsable Dr. Cheikh Coly) ont un lien fonctionnel avec le service de pédiatrie dirigé par le Dr. Elisabeth Questiaux.
 - a. Les locaux sont fonctionnels mais quelque peu à l'étroit par rapport aux larges surfaces adultes dont ils partagent l'accueil et le triage. 3 boîtes d'examen sans fenêtre ouvrant sur une salle d'attente spécifique, plus un box dédié aux urgences chirurgicales. Un lit spécifique réservé à la pédiatrie au sein de la SAUV adulte et séparé des autres brancards par de simples rideaux. Un seul lit d'UHCD.

- b. Le personnel médical dédié aux Urgences est constitué de 3 PH et d'1 PHC + 2 Assistants spécialistes (5,5ETP) tandis que le service de pédiatrie incluant la néonatalogie dispose de 5 ETP (3PH et 2 Assistants spécialistes). Le nombre de gardes est de 4-5/mois. Le service de pédiatrie partage avec les Urgences pédiatriques 2 DES de pédiatrie et 6 DES de médecine générale.
 - c. Les perspectives d'avenir seraient l'aménagement des urgences pédiatriques dans des locaux plus spacieux permettant ainsi l'ouverture d'une UHCD pédiatrique de 3 à 5 lits supplémentaires et la fidélisation du personnel médical. Un avantage certain de la structure réside dans l'existence d'un service de chirurgie pédiatrique viscéral et orthopédique disposant d'un nombre suffisant de chirurgiens pédiatres et assurant la chirurgie pédiatrique adressée par les Hôpitaux Jean Verdier et Montfermeil.
- Le SAU pédiatrique du **CHG Delafontaine** à Saint Denis est très actif, pourtant il est actuellement en très grande difficulté :
- a. Les locaux sont situés au rez-de-chaussée, à proximité des Urgences adultes dont ils partagent un accueil commun. Les locaux des Urgences pédiatriques bien que spacieux ont été terriblement mal conçus. Si on a privilégié une décoration artistique de grand prix, les locaux sont dans un état de vétusté et de malpropreté assez frappantes, peut-être du fait d'une population desservie difficile. Le poste de soins est à distance des boxes d'examen, la salle d'accueil des urgences vitales est spacieuse et assez bien équipée, mais elle est située à l'autre bout des Urgences. Bref, tout serait à reprendre !
 - b. L'équipe médicale des Urgences est maintenant réduite à 4,5ETP (1PH, 2PHC, 2 praticiens Attachés). Cette équipe souffre depuis longtemps d'un manque de gouvernance. Le chef de service de pédiatrie (Dr. Roger Amira) devrait partir prochainement en retraite. L'équipe de pédiatrie est elle-même limitée à 4,5 ETP. Le nombre de gardes est de 5-6/mois et de 2 WE/mois. 1 à 2 DES de médecine générale sont aux Urgences quand 3-4 le sont dans le service de pédiatrie.
 - c. Les perspectives d'avenir semblaient fort compromises, quand récemment le Dr. Simon Escoda (actuellement PH aux Urgences de Necker) a choisi de relever le défi de reprendre le service de pédiatrie et les Urgences à partir du 1^{er} Juillet 2014. Il recevra certainement l'appui du Chef de Pôle (Dr. Pascal Bolot), du chef de service des Urgences adultes (Dr. Benoît Doumenc) et de la Direction de l'Hôpital qui sont déterminés à l'aider à remonter le service.
- Le SAU pédiatrique de **Montreuil** rencontre également des difficultés récurrentes :
- a. Les locaux du service de pédiatrie de 17 lits situés au rez-de-chaussée sont tout neufs et magnifiques. Par contre, les locaux des Urgences pédiatriques qui sont restés proches des Urgences adultes sont beaucoup moins attrayants.
 - b. L'équipe médicale commune aux Urgences et à la pédiatrie est constituée de 5 ETP (2 PH, 2 praticiens Attachés et 1 Assistant spécialiste), dirigée par le Dr. Marie Aurel qui a décidé de partir et qui sera remplacée par le Dr. Mostafa Mazghrane, le Dr. Patrick Daoud étant le chef de Pôle de pédiatrie. Les 5 postes de DES de médecine générale sont régulièrement pourvus.
 - c. Le problème du service est de conserver une certaine attractivité tant pour les médecins qui y travaillent que pour le recrutement du service dans un hôpital largement déficitaire.

- Le SAU pédiatrique du **CHG de Montfermeil** est en très grande difficulté, depuis le départ de son chef de service, le Dr. Philippe Talon.
 - a. Les locaux des Urgences pédiatriques sont réduits à un petit couloir donnant sur deux boxes d'examen auxquels on accède par le SAU adulte. Pas de triage, pas de salle d'accueil des Urgences vitales, pas d'UHCD, pas de protocoles médicaux...
 - b. L'équipe médicale serait constituée de 9 ETP (chef de service Dr. Khaled Tareq, responsable des Urgences pédiatriques Dr. Amar Taïeb), mais on comprend mal que chaque médecin serait de garde 2 fois par semaine et que, faute d'internes, le médecin senior couvre de la salle de travail aux Urgences pédiatriques et des Urgences pédiatriques dans le service de pédiatrie qui sont situés dans quatre bâtiments différents à 4 étages de distance. Aussi, ni le repos de sécurité, ni la sécurité des enfants ne sont assurés.
 - c. Les perspectives d'avenir apparaissent suffisamment sombres pour que la Direction et le Président de la CMEL de Montfermeil aient récemment sollicité une mission d'inspection afin de savoir comment éviter la fermeture du site.

Le territoire de santé 94 comprend 4 SAU pédiatriques tous de « niveau 2 »

| Etablissements | Bicêtre | CHIC | CHIV | Bry-sur-Marne |
|--------------------------------------|----------------------|-----------------------|-------------------|---------------|
| Passages 2012 | 32.425**** | 34.975 | 24.580 | 25.721 |
| ETP médical | 8* | 5*+10** | 1,2*+12*** | 8** |
| DES (Péd+MG) | ? | 5+3 | 0+6 | 3+3 |
| Passages/ETP | 4.053 | 6.995 | NA | 3.215 |
| Médecins ext. garde | - | 3 | 9 | 1 |
| Nb gardes/mois | 4 | 4 | 4 | 4 |
| Urg. Chirurgicales | 5.694 (18,4%) | 10.657 (27,6%) | 8.964 (25,8%) | 7.412 (22,3%) |
| Hospitalisations | 2.764 (8,5%) | 4.668 (13,3%) | 3.679 (14,9%) | 2.883 (8,7%) |
| Nb de lits d'aval | | 33 | 46 | 27 |
| Hospitalis. UHCD | 2.029 (6,3%) | 538 (1,5%) | 0 | ? |
| Nb lits UHCD | 10 | 2 | 0 | 4 |
| Transferts (manque spéc./places) (%) | 206+9 (0,6%-0,4%) | 99+153 (0,3%-0,4%) | 16+0 (0,1%-0%) | 0 (0%) |
| Hospit partir UHCD | 1.147 (56,5%) | ?% | ?% | ?% |
| Naissances Mater | (3) | (3) | (2B) | (2B) |

Commentaires :

- Les forces et les faiblesses du SAU pédiatrique de Bicêtre ont été exposées p.16 : locaux fonctionnels et modernes, activité >32.000 passages en forte augmentation (+7% entre 2011 et 2012), mais difficultés de personnel paramédical (fermeture de lits d'UHCD) et médical (démissions) du fait d'une gouvernance difficile notamment au sein du pôle.
- Le SAU pédiatrique du **Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil** est localisé au sein d'un CHIC très dynamique qui est lié à l'Université de Paris Créteil :
 - a. Les locaux des Urgences pédiatriques sont inclus dans le service des Urgences adultes et donc éloignés de la pédiatrie qui est située dans un autre bâtiment. Heureusement les Urgences viennent de déménager dans un nouveau bâtiment

situé en face des anciennes Urgences, et des locaux neufs, spacieux et modernes remplacent les locaux minuscules et vétustes qui étaient indignes d'une aussi grande activité (~35.000 passages).

- b. L'équipe médicale est trop peu nombreuse : 4,5ETP, avec 1 PH responsable des Urgences pédiatriques (Dr. Sandra Biscardi) 1 PHC, 2 Assistants spécialistes et 1 CCA partagé avec le service de pédiatrie. Mais, du fait de l'appoint de l'équipe de pédiatrie : 10 ETP dont 1 PU-PH (Pr. Ralph Epaud), 1 MCU-PH, 5 PH, 2 Assistants spécialistes et 1 autre CCA, le nombre moyen de gardes est de 4/mois et de WE d'1/mois. 5 DES de pédiatrie dans le service de pédiatrie et 3 DES de médecine générale aux Urgences se partagent les gardes aux Urgences.
 - c. Les perspectives d'avenir résident dans l'ouverture du nouveau bâtiment des Urgences en Novembre 2013, la création d'une unité de jeunes nourrissons <3mois de 12 lits, permettant d'augmenter les lits d'aval des Urgences pédiatriques, la création d'un poste Assistant spécialiste et d'1 DES de médecine générale devrait renforcer l'équipe médicale pour les nouvelles urgences pédiatriques. En outre, le CHIC possède un service de chirurgie pédiatrique bien structuré qui permet de prendre nombre d'urgences chirurgicales provenant des environs, le long de l'A6.
- Le SAU pédiatrique de **Villeneuve-Saint Georges** est localisé dans un CHG dont le Directeur dynamique vient d'ouvrir un nouveau bâtiment magnifique qui double l'ancien :
- a. Les locaux des Urgences pédiatriques tout neufs sont magnifiques, mais ils se sont éloignés des Urgences adultes qui sont restées dans le bâtiment principal plus ancien. La surface est grande et les bureaux ou boxes qui donnent sur la vallée de la Seine bénéficient d'une vue imprenable sur Paris et l'aéroport d'Orly. Par contre, la conception des plans des Urgences pédiatriques n'a pas été optimale, avec une trop petite salle d'attente, un seul box étriqué pour l'IAO, une salle d'attente secondaire très éloignée, des boxes un peu dispersés, une Salle d'Accueil des Urgences Vitales bien équipée, mais à distance de l'accueil.
 - b. Le personnel médical des Urgences (responsable des Urgences Dr. Halim Bekri) est très insuffisant (1,2 ETP avec 2 PH). Par contre, le personnel médical du Service de pédiatrie dirigé par le Dr. Anne Chacé qui vient de remplacer le Dr. Romain Gire comporte 12 ETP dont 10 PH, 1 PHC et 1 Assistant spécialiste, ce qui permet de limiter le nombre moyen des gardes à 4/mois et de week-ends à 1/mois. 6 DES de médecine générale dont un posté aux Urgences.
 - c. Le service de pédiatrie du CHIV est ainsi en pleine mutation. Mais l'éclatement du service sur 3 niveaux (pédiatrie, néonatalogie 2B, Urgences pédiatriques) isolera un peu plus l'unité des Urgences pédiatriques, ce qui rendra le manque de personnel médical et paramédical plus criant. Ainsi, il n'y a que 3 IDE pour les Urgences et 1 IDE la nuit + 1 aide-soignante, limitant l'ouverture de l'UHCD à 6 lits. Si rien n'a été trop beau pour l'architecture du nouveau bâtiment du CHIV, on rogne allègrement sur le personnel pourtant indispensable au bon fonctionnement des Urgences pédiatriques... Le CHIV dispose également d'un service de chirurgie pédiatrique. Seulement, le départ prochain en retraite du Dr. Marie-Hélène Evrard laisse cette activité entre les mains de deux chirurgiens pédiatriques qui ne peuvent assurer que des astreintes, alors que les enfants sont hospitalisés dans le service de pédiatrie.
- Le SAU pédiatrique de **l'Hôpital Sainte Camille à Bry-sur-Marne** est lui aussi localisé au sein des Urgences adultes dirigées par le Dr. Mathias Wargon.

- a. Les locaux sont relativement anciens, mais astucieusement disposés : chaque box comportant 2 portes d'entrée, la principale pour rentrer les brancards, celle de derrière donnant sur le poste de soin des infirmières. Un accueil commun, une salle d'attente pédiatrique séparée. Un seul box d'IAO vient d'y être aménagé. Une salle d'accueil des urgences vitales relativement éloignée des Urgences mais bien équipée. Par contre, une UHCD de 2 blocs de 4 boxes fermés par des rideaux donnant sur un couloir.
- b. L'équipe médicale des Urgences pédiatriques est limitée à un seul PH (Dr. Hadji Jaffar) qui fait partie de l'équipe de pédiatrie (chef de service : Dr. Christine Orzechowski) composée de 6,5 ETP (4 PH temps plein et 2 PH temps partiel >55 ans, 2 Assistants spécialistes jeunes et un pédiatre libéral extérieur). Le nombre moyen de gardes est de 4/mois et de week-ends d'1-2/mois. 3 DES de pédiatrie + 3 DES de médecine générale + un interne militaire. La néonatalogie a été fermée, du fait qu'il n'y avait pas de maternité dans l'hôpital.
- c. Les perspectives d'avenir sont plus incertaines, malgré la forte activité des Urgences du fait de la quasi-disparition de la PDS ambulatoire incomplètement couverte par une Maison médicale ouverte de 20 à 24h et les WE de 16 à 20h. La préoccupation vient du vieillissement du personnel médical et d'une relève incertaine malgré le recrutement récent de 2 Assistant spécialistes <40 ans. Un service de chirurgie pédiatrique est aussi actif, dirigé par le Dr. Viken Kazadjian, mais le petit nombre de chirurgiens ne leur permet que d'assurer des astreintes nocturnes.

Le territoire de santé 95 comprend 5 SAU pédiatriques dont deux de « niveau 2 »

| Etablissements | Pontoise | Gonesse | Argenteuil | Montmorency | Beaumont |
|---------------------------|---------------------|----------------------|-------------------|---------------|----------------|
| Passages 2012 | 20.765 | 24.292 | 17.012 | 17.714 | 11.381 |
| ETP médical | 3,5*+4,5 | 3*+7,2** | 2*+4,9** | 5* | 1,2* |
| DES (Péd+MG) | 2+5 | 1+6 | 0+5 | 0+5 | 0+1 |
| Passages/ETP | 5.932 | 8.097 | 8.506 | 3.542 | 9.484 |
| Méd. ext. gard. | 4 | 0 | 1 | - | 0 |
| Nb gardes/mois | 4 | 4 | 4 | 5-6 | - |
| Urg. Chirurg. | 7.814 (27,3%) | 7.845 (25,9%) | ? | ? | 3.872 (34%) |
| Hospitalisations | 3.398 (11,9%) | 2.744 (11,3%) | 2.165 (12,7%) | 2.063 (11,6%) | 1044 (9,2%) |
| Nb de lits d'aval | 38 | 30 | 21 | 21 | 12-18 |
| UHCD | 1.399 (6,7%) | 968 (3,9%) | 0 | 166 (1%) | 284 (2,5%) |
| Nb lits UHCD | 5 | 4 | 0 | 3 | 1 |
| Hospit UHCD | 537 (38,4%) | ?% | ?% | ? | ? |
| Transferts (spéc./places) | 34+0 (0,1%-0,0%) | 25+12 (0,1%-0,0%) | 53+0 (0,2%-0%) | ? | ? (0,7%-0%) |
| Naissances | | | | | 1.074 (2A) |

Commentaires :

- Le SAU pédiatrique du **CH René Dubos à Pontoise** est implanté dans le chef-lieu du Département, à proximité d'un bassin de population important (ville nouvelle de Cergy)

- a. Les locaux des Urgences pédiatriques ont été implantés dans un nouveau bâtiment, proche à la fois du nouveau bâtiment des Urgences adultes et du service de pédiatrie qui est localisé au-dessus des Urgences pédiatriques.
 - b. L'équipe médicale est forte de 3,5 ETP aux Urgences + 4,5 ETP dans le service de pédiatrie dont 6 PH, 1 PHC, 2 Assistants spécialistes et 1 praticien Attaché. Le chef de service (Dr. Hélène Sarda) a su attirer autour d'elle une équipe d'anciens CCA des Hôpitaux de Paris qui développent chacune une compétence de pédiatrie spécialisée. Surtout cette équipe est jeune et dynamique. La responsable des Urgences pédiatriques est le Dr. Leticia Pantalone.
 - c. Les perspectives d'avenir sont séduisantes du fait de cette équipe jeune et soudée, du nombre de lits d'aval (38) et d'UHCD (5) qui fait de Pontoise une véritable « tête de pont » au milieu du département 95 avec l'établissement de liens avec le Centre Hospitalier des Portes de l'Oise en périphérie et Robert Debré pour les recours spécialisés. Il serait en effet souhaitable de renforcer la chirurgie pédiatrique qui ne dispose que de 2,3 ETP au sein du service de chirurgie adulte.
- Le SAU pédiatrique du **CHG de Gonesse** est implanté à l'autre extrémité du Département 95, et relativement proche du CHG Robert Ballanger (10km en voiture, mais en train il faut obligatoirement repasser par la Gare du Nord !)
- a. Les locaux des Urgences pédiatriques sont situés au dernier étage de l'hôpital actuel au niveau de la pédiatrie-néonatalogie, donc fort éloignée des Urgences adultes. Un accueil derrière un guichet – hygiaphone, une salle d'attente dans un coin de couloir, 3-4 boxes dans des chambres d'hospitalisation aménagées, une SAUV aménagée également dans une autre chambre. 4 lits d'UHCD.
 - b. Le personnel médical des Urgences pédiatriques (responsable Dr. Issam Bakarar) est limité à 3 ETP (2PH et 1 Assistant spécialiste), tandis que le personnel médical du service de pédiatrie comporte 7,2 ETP (chef de service Dr. Ossam Elias). Le nombre moyen des gardes est de 4/mois et de week-end d'1/mois. Un DES de pédiatrie + 9 DES de médecine générale dont 1 posté aux Urgences pédiatriques.
 - c. Les perspectives du service reposent sur l'intégration des Urgences pédiatriques dans la plate-forme Urgences prévue dans le nouvel Hôpital qui doit ouvrir en 2015 et le développement d'une consultation avancée aux Urgences pédiatriques.
- Le SAU pédiatrique du **CHG Victor Dupouy à Argenteuil** est complètement intégré au Service des Urgences adultes qui est situé dans un bâtiment des Urgences assez grand et bien structuré par l'ancien chef de service parti à la retraite (Dr. Gérard Bleichner).
- a. Par contre, les locaux des Urgences pédiatriques sont limités à une salle d'accueil de quelques places, pas d'IAO, à deux boxes de consultation, pas de lits d'UHCD. La Salle d'Accueil des Urgences Vitales est commune aux adultes et aux enfants. Le bâtiment des Urgences est situé juste en face du bâtiment Maternité où Pédiatrie et Néonatalogie sont situées au deuxième étage.
 - b. L'équipe médicale des Urgences se résume à 2 ETP (responsable : Dr. Carlos Anteflor) au sein d'une équipe médicale (chef de service Dr. Anne-Marie Colin-Gorski) qui comporte 7,5 ETP pour l'ensemble de ses activités pédiatriques avec une cohorte de 70 diabétiques et une autre de 70 drépanocytaires, une participation au réseau RIFOP et de néonatalogie (2B) servant une Maternité de 3.000 accouchements dont l'unique pédiatre est parti à la retraite. Afin d'attirer des médecins extérieurs pour partager la charge de garde, leurs gardes sont payées double ! Ainsi, le nombre moyen de gardes est de 4/mois et de week-ends 1-2/mois. Un DES de pédiatrie et 5 DES de médecine générale.

- c. Les difficultés résident en l'insuffisance du personnel médical et surtout du personnel paramédical. Aux Urgences pédiatriques, il n'y a le jour qu'une seule IDE et la nuit qu'une seule aide-soignante, partagée avec le SAU adulte.
- Le SAU pédiatrique du **CH d'Eaubonne-Montmorency** est en très grande difficulté :
- a. Les locaux des Urgences pédiatriques sont actuellement situés au rez-de-chaussée de l'Hôpital Simone Veil sur le site de Montmorency. La vue que l'on a sur Paris et le quartier de La Défense est magnifique de cet hôpital situé dans le charmant village de Montmorency, mais l'hôpital date d'un autre âge, les locaux des Urgences pédiatriques sont vétustes et limités à quelques boxes, sans IAO, sans SAUV, avec 3 lits d'UHCD.
 - b. Le personnel médical du service de pédiatrie est réduit à 4,5ETP (chef de service Dr. Brigitte Monier) et celui des Urgences pédiatriques au Dr. Simon Kao Tchangai. Les trois postes de DES de médecine générale n'ont pas été pourvus au choix.
 - c. Les perspectives d'avenir semblent bien compromises du fait d'une perte d'attractivité alors que le service doit en principe déménager dans le nouvel Hôpital d'Eaubonne en 2015.
- Le SAU pédiatrique du **Centre Hospitalier des Portes de l'Oise à Beaumont sur Oise** semble également en grande difficulté, malgré un partenariat étroit avec le CHG René Dubos de Pontoise :
- a. Je n'ai pu visiter les locaux.
 - b. L'équipe médicale des Urgences est limité à 1,2 ETP (0,6 PH + 0,6 praticien Attaché). 1 DES de MG chaque semestre. Les Urgences pédiatriques sont dirigées par le Dr. Célestin M'Buila, tandis que les Urgences polyvalentes adultes sont sous la responsabilité du Dr. Agnès Ricard-Hibon qui dirige les urgences polyvalentes du CHPO comme celles de Pontoise.
 - c. Le Dr. Célestin M'Buila écrit : *« Le projet stratégique en cours a été d'opter pour une gestion partagée des Urgences pédiatriques entre pédiatres et médecins urgentistes : les pédiatres couvrent la journée de 8h30 à 18h30, tandis que les médecins urgentistes assurent les urgences nocturnes de 18h30 à 8h30, avec possibilité de recours au pédiatre laissé en astreinte opérationnelle. Le rapprochement entre le service de pédiatrie du CH René Dubos et celui du CHPO offre la possibilité de transférer vers le service de pédiatrie de Pontoise à partir de 17h les enfants estimés instables après la mise en place des premières mesures thérapeutiques. Le pédiatre d'astreinte opérationnelle couvre à la fois les Urgences-Porte, les urgences périnatales et néonatales et l'hospitalisation pédiatrique. Sa proximité de résidence lui permet d'arriver auprès de l'enfant dans un délai de moins de 20 minutes. En attendant son arrivée, les interfaces médicales présentes sur place assurent les premiers gestes : anesthésistes et sages-femmes pour les urgences périnatales et médecins urgentistes, SMURistes et Réanimateurs pour les autres situations ».*

Constats et Recommandations

Le constat

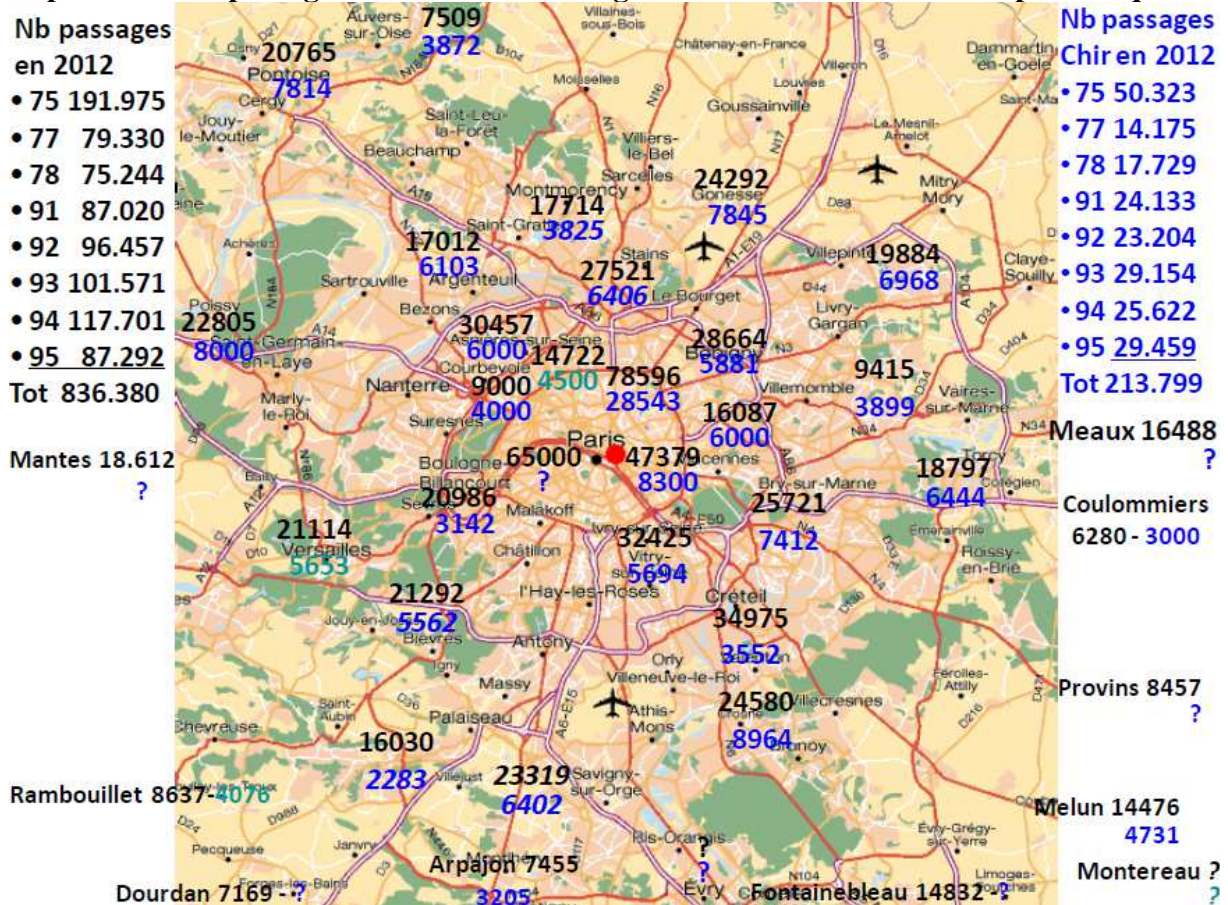
Les ratios des passages aux Urgences/population pédiatrique par territoire de santé suggèrent une centralisation vers les SAU « de recours » parisiens, notamment des urgences chirurgicales.

| Département | Passages en 2012 | 0-20 ans# | Ratio |
|-------------|------------------|-----------|-------------|
| 75 | 191.975 | 445.807 | 0,43 |
| 77 | 79.873* | 373.929 | 0,21 |
| 78 | 77.983 | 384.567 | 0,20 |
| 91 | 75.098 | 332.696 | 0,23 |
| 92 | 94.465 | 396.090 | 0,24 |
| 93 | 101.571 | 440.865 | 0,23 |
| 94 | 117.701 | 342.090 | 0,34 |
| 95 | 97.464 | 334.671 | 0,29 |
| Total | 836.130 | 3.050.715 | 0,27 |

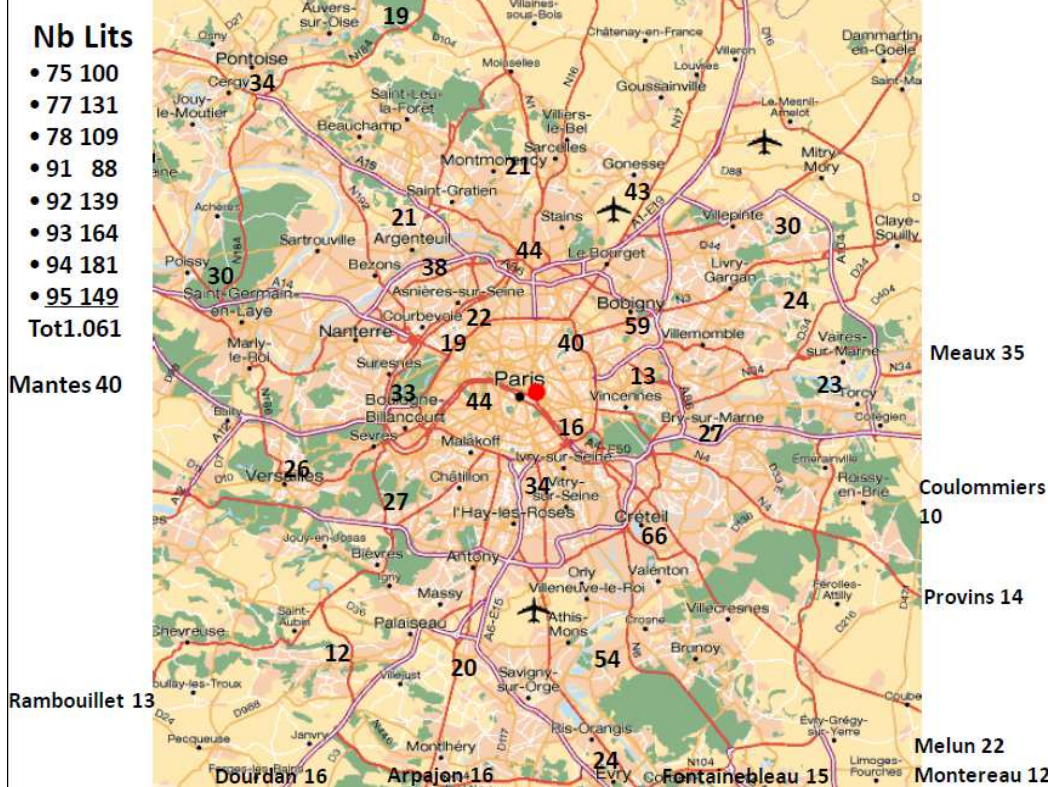
* Manquent les données de Montereau

Données INSEE 2010

Répartition des passages médicaux et chirurgicaux en 2012 selon les SAU pédiatriques

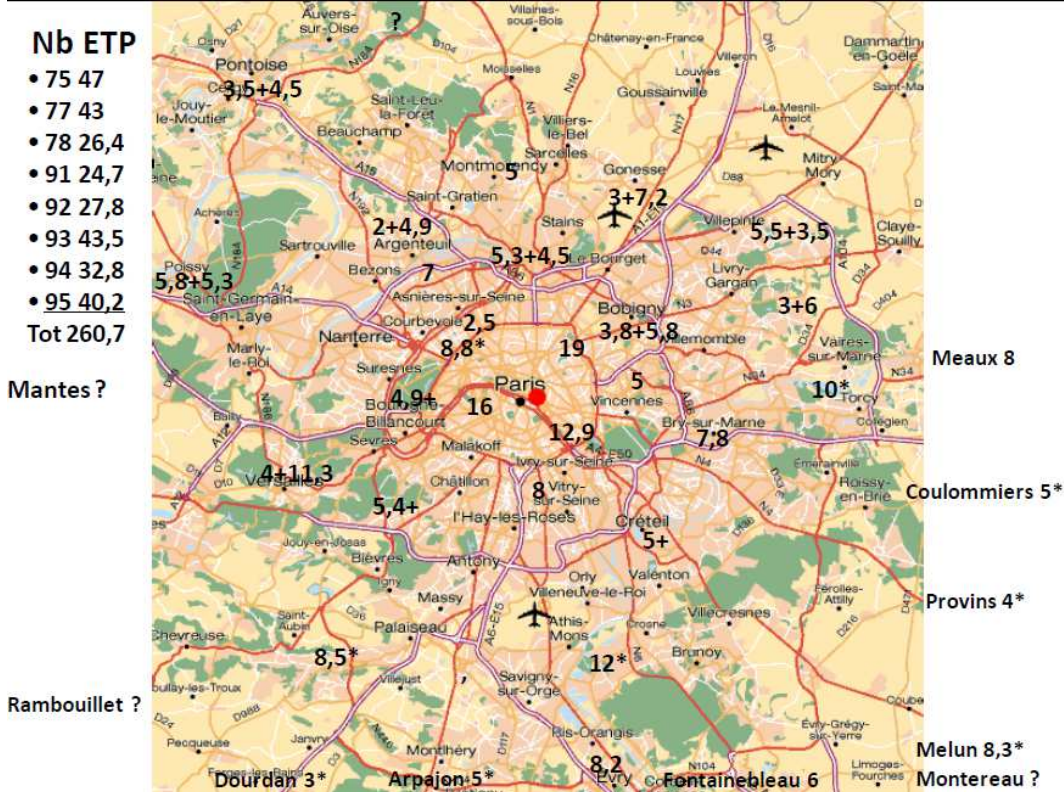


Répartition géographique des lits d'aval pédiatriques selon les Etablissements de santé



Bien que le décompte soit difficile entre les lits de pédiatrie, d'HDJ et de néonatalogie et entre ceux ouverts en hiver ou en été, il y aurait environ 1.000 lits de pédiatrie en Île de France.

Répartition des ETP dans les SAU pédiatriques/services de pédiatrie en Île de France



Bien que le décompte soit rendu difficile entre les différents statuts hospitaliers et les temps partiels, il semblerait que les effectifs de médecins senior soit de 260 ETP pour l'Île de France.

En 2010, les 670 structures d'urgences de France et des DOM/TOM ont accueilli 17,5 millions de passages, ce qui correspond à une certaine stabilisation par rapport à 2009.⁶

TABLEAU 2 ● Nombre de passages aux urgences en 2010 selon le statut et l'autorisation

| | Établissements publics | | Établissements privés à but non lucratif | | Établissements privés à but lucratif | | Ensemble | |
|--------------------------------------|------------------------|---------------------|--|---------------------|--------------------------------------|---------------------|-------------------|---------------------|
| | 2010 | Évolution 2009-2010 | 2010 | Évolution 2009-2010 | 2010 | Évolution 2009-2010 | 2010 | Évolution 2009-2010 |
| Structures générales | 9 031 566 | -0,3 % | 656 526 | -5,1 % | 2 207 972 | 4,6 % | 11 896 064 | 0,2 % |
| Structures pédiatriques | 394 936 | -18,6 % | 22 751 | -36,6 % | 19 374 (*) | - | 437 061 | -16,1 % |
| Structures générales et pédiatriques | 4 972 058 | -0,5 % | 200 338 | -0,0 % | 0 | - | 5 172 396 | -0,4 % |
| Urgences générales | 3 463 158 | -0,4 % | 126 977 | 9,1 % | 0 | - | 3 590 135 | -0,1 % |
| Urgences pédiatriques | 1 508 900 | -0,7 % | 73 361 | -12,6 % | 0 | - | 1 582 261 | -1,3 % |
| Ensemble | 14 398 560 | -1,0 % | 879 615 | -5,2 % | 2 227 346 | - | 17 505 521 | -0,4 % |

* Il s'agit du groupement de coopération sanitaire Hôpitaux pédiatriques Nice CHU Lenvai.

Champ • France métropolitaine + DOM, y compris SSA.

Sources • DREES, SAE 2009-2010, traitement DREES.

En 2012, les estimations étaient de 18 millions de passages aux Urgences pour 65 millions de français et de 5 millions de passages pédiatriques pour 16 millions d'enfants. Aussi, les chiffres de 836.380 passages (+236.799 passages chirurgicaux), soit un peu plus d'1 million de passages dans les 39 services d'Urgences pédiatriques d'Île de France pour les 3 millions d'enfants vivant en Île de France sont en cohérence avec ces estimations.

Les chiffres donnés par Cyberurgences⁷ en 2012 sont nettement inférieurs, mais on peut s'interroger sur la spécificité pédiatrique des certains établissements retenus, sur le fait que seuls les enfants de 0 à 15 ans ont été colligés et sur des pertes significatives d'information.

| | 2012 | Janv | Fév | Mars | Avr | Mai | Jun | Juil | Août | Sept | Oct | Nov | Déc | Total | % IDF | % AP-HP |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|--------|---------|--------|---------|
| A. Béclère Ped. | 1872 | 1939 | 1919 | 1564 | 1705 | 1753 | 1350 | 1021 | 1676 | 2096 | 2097 | 2338 | 21330 | 3.34% | 6.81% | |
| A.Pare Ped. | 1727 | 1661 | 1753 | 1467 | 1683 | 1751 | 1242 | 879 | 1570 | 1957 | 1946 | 2117 | 19753 | 3.09% | 6.31% | |
| Antony | 905 | 739 | 1054 | 794 | 1116 | 1133 | 601 | 461 | 940 | 1091 | 800 | 861 | 10495 | 1.64% | | |
| Argenteuil | 2127 | 2118 | 2257 | 1879 | 2054 | 1999 | 1581 | 1313 | 1972 | 2450 | 2280 | 2597 | 24627 | 3.86% | | |
| Arpajon | | | | | | | | | | | | | 848 | 0.13% | | |
| Aulnay s/Bois | 1373 | 1863 | 1960 | 1798 | 1723 | 1727 | 1518 | 1442 | 1840 | 2381 | 2035 | 2351 | 22011 | 3.45% | | |
| Bicêtre Ped. | 2724 | 2716 | 2830 | 2550 | 2542 | 2476 | 2130 | 1735 | 2472 | 2848 | 3029 | 3373 | 31425 | 4.92% | 10.03% | |
| C.Françiscaines | 431 | 427 | 604 | 461 | 630 | 691 | 71 | 110 | 206 | 510 | 477 | 373 | 4991 | 0.78% | | |
| CHCN | | | | 247 | 607 | 669 | 535 | 406 | 636 | 885 | 878 | 989 | 5852 | 0.92% | | |
| CHCN Pédiatrie | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CHIC | 2968 | 3046 | 2993 | 2591 | 2760 | 2897 | 2336 | 1863 | 2681 | 3370 | 3418 | 3548 | 34471 | 5.40% | | |
| CHIV | | | | | | | | | | | | | 589 | 0.09% | | |
| CHFN | | | | | | 216 | 250 | 147 | 330 | 457 | 301 | 300 | 2001 | 0.31% | | |
| Coulommiers | 825 | 813 | 875 | 825 | 875 | 789 | 667 | 524 | 774 | 880 | 855 | 953 | 9655 | 1.51% | | |
| Eaubonne | | | | | | 188 | 323 | 289 | 493 | 516 | 444 | 430 | 2683 | 0.42% | | |
| Etampes | 420 | 351 | 387 | 331 | 410 | 495 | 337 | 315 | 382 | 470 | 375 | 469 | 4742 | 0.74% | | |
| Foch | | | | | | 90 | 148 | 112 | 227 | 245 | 180 | 204 | 1206 | 0.19% | | |
| Gonesse | 479 | 443 | 707 | 572 | 588 | 646 | 458 | 424 | 610 | 578 | 480 | 519 | 6504 | 3.62% | | |
| Gonesse Ped. | 1970 | 2289 | 1912 | 1788 | 1659 | 1714 | 1554 | 1216 | 1663 | 2250 | 2344 | 2744 | 23103 | 3.62% | | |
| HPPE | | | | | | 44 | 50 | 34 | 93 | 107 | 52 | 86 | 466 | 0.07% | | |
| HPSSD | 314 | 210 | 329 | 256 | 320 | 322 | 209 | 159 | 278 | 336 | 282 | 322 | 3337 | 0.52% | | |
| J.Verdier Ped. | 2361 | 2414 | 2409 | 2198 | 2244 | 2307 | 1830 | 1577 | 2267 | 2756 | 2576 | 2979 | 27918 | 4.37% | 8.91% | |
| Juvisy | | | | | | 180 | 253 | 206 | 277 | 361 | 291 | 391 | 1959 | 0.31% | | |
| L.Mourier Ped. | 2407 | 2765 | 2581 | 2346 | 2501 | 2498 | 1967 | 1625 | 2352 | 2948 | 2940 | 3355 | 30275 | 4.74% | 9.67% | |
| La Roseraie | | | | | | 145 | 229 | 297 | 294 | 359 | 216 | 150 | 1690 | 0.26% | | |
| Lagny | | | | | | 688 | 1235 | 1005 | 1416 | 1833 | 1465 | 1729 | 9371 | 1.47% | | |
| Meaux | | | | | | 219 | 325 | 265 | 430 | 428 | 341 | 350 | 2358 | 0.37% | | |
| Meaux Ped. | 1270 | 1341 | 1321 | 1122 | 972 | 1018 | 1070 | 800 | 1087 | 1492 | 1523 | 1836 | 14852 | 2.33% | | |
| Melun | | | | | | 197 | 292 | 280 | 442 | 383 | 333 | 345 | 2272 | 0.36% | | |
| Meulan | 236 | 196 | 82 | 0 | 116 | 273 | 195 | 156 | 239 | 258 | 183 | 199 | 2133 | 0.33% | | |
| Montreuil | 814 | 955 | 937 | 878 | 821 | 932 | 775 | 611 | 817 | 1021 | 1053 | 1101 | 10715 | 1.68% | | |
| Montmorency Ped. | 1547 | 1702 | 1549 | 1361 | 1342 | 1036 | 1159 | 829 | 1340 | 1889 | 1720 | 2033 | 17507 | 2.74% | | |
| Mousseau | | | | | | 89 | 104 | 105 | 207 | 223 | 151 | 168 | 1047 | 0.16% | | |
| Nanterre | | | | | | 59 | 72 | 87 | 157 | 153 | 108 | 101 | 737 | 0.12% | | |
| Necker | 5188 | 5497 | 5680 | 4882 | 5060 | 5505 | 4038 | 3099 | 4828 | 5994 | 5697 | 6092 | 61560 | 9.64% | 19.66% | |
| PSG Ped. | 1722 | 1893 | 1731 | 1668 | 1740 | 1793 | 1549 | 1169 | 1572 | 2078 | 2064 | 2366 | 21345 | 3.34% | | |
| Parly II | | | | | | 141 | 152 | 106 | 309 | 336 | 234 | 245 | 1523 | 0.24% | | |
| Poissy | 443 | 397 | 512 | 417 | 528 | 465 | 230 | 199 | 423 | 454 | 319 | 357 | 4744 | 0.74% | | |
| Pontoise | 680 | 601 | 819 | 718 | 867 | 928 | 658 | 568 | 688 | 774 | 629 | 539 | 8469 | 1.33% | | |
| Provins | | | | | | 100 | 174 | 172 | 224 | 221 | 176 | 148 | 1215 | 0.19% | | |
| R.Debre | 6337 | 6724 | 6569 | 5901 | 6062 | 6052 | 5134 | 4602 | 5992 | 7534 | 7246 | 7586 | 75739 | 11.86% | 24.18% | |
| Rambouillet | | | | | | 164 | 243 | 175 | 331 | 389 | 366 | 290 | 1958 | 0.31% | | |
| Rambouillet Ped. | 767 | 758 | 714 | 714 | 716 | 713 | 627 | 425 | 604 | 769 | 814 | 977 | 8598 | 1.35% | | |
| St Denis | 2247 | 2438 | 2237 | 2028 | 2185 | 2117 | 1940 | 1715 | 2144 | 2658 | 2549 | 2823 | 27081 | 4.24% | | |
| St Germain | | | | | | 24 | 0 | 0 | 33 | 40 | 0 | 0 | 97 | 0.02% | | |
| St.Vincent P. | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0.00% | 0.00% | |
| Trappes | 773 | 657 | 913 | 656 | 919 | 863 | 554 | 536 | 774 | 822 | 647 | 685 | 8799 | 1.38% | | |
| Trouseau | 3754 | 3971 | 4088 | 3486 | 3721 | 3829 | 2833 | 2488 | 3635 | 4551 | 4423 | 4390 | 45169 | 7.07% | 14.42% | |
| Versailles | | | | | | 3 | 5 | 4 | 10 | 5 | 18 | 11 | 56 | 0.01% | | |
| Versailles Ped. | 999 | 1304 | 1409 | 1465 | 1543 | 1699 | 1278 | 877 | 1375 | 1884 | 2017 | 1956 | 17806 | 2.79% | | |
| Total IDF | 49680 | 52228 | 53131 | 46963 | 50009 | 53794 | 44427 | 36561 | 53391 | 66318 | 62607 | 69464 | 638573 | 102.60% | | |
| Total AP-HP | 26370 | 27687 | 27829 | 24394 | 25518 | 26171 | 20514 | 17026 | 24792 | 30684 | 29954 | 32230 | 313169 | | 49.04% | |

⁶ DREES. Le panorama des Etablissements de Santé en 2012 (p.144-5). <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/etabsante2012.pdf>

⁷ <http://cyber-urgences.aphp.fr/esante/jspSurveillance/accueil.jsp>

Malgré ces limites, il convient de remarquer que les 8 services d'Urgences pédiatriques de l'AP-HP ont reçu près de la moitié des passages en Île de France et que Robert Debré représente à lui tout seul ~12% des Urgences en Île de France et ~25% de l'AP-HP.

Les recommandations

Les difficultés de recrutement des pédiatres liées à la fois au déficit démographique médical secondaire au *numerus clausus* et au départ en retraite des générations post-guerre, et à la conjoncture économique difficile nous conduit à préconiser trois recommandations :

1. Disposer d'un personnel médical suffisant quantitativement et qualitativement :

Pour fonctionner correctement, un SAU pédiatrique doit pouvoir disposer au minimum de 8 ETP afin de maintenir le nombre moyen de gardes par ETP à 1/semaine et de week-ends à 1/mois.

a. Normes SAMU-Urgences de France :⁸

Les ressources médicales et paramédicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgence ont été publiées par SAMU-Urgences de France en Novembre 2011. Le document analyse de façon circonstanciée les principes et l'évaluation des ETP nécessaires pour aboutir à ces recommandations :

Tableau 3 : Nombre (N) de médecins seniors nécessaires au fonctionnement des structures d'accueil hospitalières en fonction du nombre de passages au SAU. Le renfort diurne comprend des horaires variables (par exemple 8h00-18h00 et 11h00-21h00) de façon à s'adapter au flux variable dans la journée) et à assurer un chevauchement avec la garde, sans dépasser 21h00. Le renfort nocturne correspond à la présence d'un médecin sur la période pouvant aller de 18h00 à 23h00 (hors nuit profonde). Il est rappelé que les renforts nocturnes, la période nocturne, le samedi après-midi et le dimanche (jour et nuit) donnent lieu au paiement d'une garde (ou demi-garde jusqu'à 23h00-0h00).

| N passages/an | N médecins H24 | N médecins Renfort diurne | N médecins Renfort nocturne (hors nuit profonde) | N médecins au pic d'activité | N ETP |
|---------------------|----------------|---------------------------|--|------------------------------|-------------|
| 10 – 20 000 | 1 | 1 | 0 | 2 | 8,4 |
| 20 – 30 000 | 1 | 2 | 0 | 3 | 10,8 |
| 30 – 40 000 | 2 | 1,5 | 0 | 4 | 15,6 |
| 40 – 50 000 | 2 | 2 | 1 | 4 | 19,2 |
| 50 – 60 000 | 2 | 2,5 | 1 | 5 | 20,4 |
| 60 – 70 000 | 3 | 2,5 | 0 | 5 | 24,0 |
| 70 – 80 000 | 3 | 2,5 | 1 | 6 | 26,4 |
| 80 – 90 000 | 3 | 3 | 1 | 6 | 27,6 |
| 90 – 100 000 | 4 | 3 | 0 | 7 | 31,2 |

A ce nombre de médecins seniors, il convient d'ajouter les ETP nécessaires pour le bon fonctionnement de l'UHCD :

⁸ SAMU-Urgences de France. Les ressources médicales et non médicales nécessaires au bon fonctionnement des structures d'urgences. Novembre 2011. http://www.samu-de-france.fr/documents/actus/155/654/sudf_effectifs_medicaux-et-nonmedicaux.pdf

Tableau 4 : Nombre (N) de médecins seniors nécessaires au fonctionnement de l'UHCD.

| (N lits UHCD) | N médecins seniors Diurne | N ETP |
|---------------|------------------------------|-------|
| < 10 | 1 | 2,4 |
| 10 – 20 | 1,5 | 3,6 |
| 21 – 30 | 2 | 4,8 |

Le fonctionnement de l'UHCD n'est envisagé que pour la période diurne (8h00-18h00), ce qui correspond au travail de réévaluation des patients et d'orientation devant aboutir à la libération complète de l'UHCD afin de garantir un séjour < 24 heures. Pour la période nocturne, l'équipe d'accueil s'occupe également de la gestion des patients de l'UHCD. Ce dernier point suppose que l'UHCD soit contiguë à l'accueil ce qui devrait être la règle.

Il convient également que ce personnel médical soit compétent, c'est-à-dire qu'il ait une qualification reconnue : DES de pédiatrie et DIU de réanimation et d'urgences pédiatriques ou DESC de médecine d'urgence, dans l'attente de l'officialisation par le Ministère d'un DES de pédiatrie porté à 5 ans (3 ans de tronc commun suivies de 2 ans de sur-spécialité pédiatrique) et d'un DES de médecine d'urgence en 4 ans. Le problème posé par les médecins à diplômes étrangers qui sont nombreux dans les Services d'Urgences pédiatriques, notamment en périphérie, est de s'assurer que leur compétence est suffisante pour exercer en France, ce qui peut poser problème dans des services d'Urgences pédiatriques de « *proximité* » où l'environnement médical est plus isolé.

b. Objectifs cibles du « *Plan Urgences AP-HP* » :

En 2007, il était passé un accord entre la Collégiale de Médecine d'Urgence, la DPM et la DF pour mettre en œuvre le « *Plan Urgences AP-HP* » dont l'objectif est d'améliorer le fonctionnement des services d'urgences à la fois par une création de postes et par une titularisation selon les objectifs suivants :

| POSTES | ACTUELLEMENT | OBJECTIF |
|----------------|--------------|----------|
| Universitaires | 2% | 5% |
| PH | 32% | 45% |
| PHC | 34% | 35% |
| PATT | 30% | 15% |

Chaque année, les effectifs cibles à atteindre sont actualisés en fonction de l'activité, la dernière version validée par la DPM étant celle de fin 2012 :

| SAU PEDIATRIQUES | Passages Aout 2012 (OPALE) | Passages 2012 (estimation) | HU | % HU | PH | % PH | PHC | % PHC | PAtt | % P Att | Ratio ETP / 10 000 pass. | Cibles ETP Plateforme | Ecart ETP actuels/standard à atteindre |
|---------------------|----------------------------|----------------------------|-----|------|-----|------|-----|-------|------|---------|--------------------------|-----------------------|--|
| ANTOINE BECLERE Ped | 12796 | 20227 | 0,0 | 0% | 2,1 | 40% | 2,0 | 39% | 1,0 | 20% | 5,1 | 6,9 | 1,7 |
| AMBROISE PARE Ped | 12273 | 19400 | 0,0 | 0% | 1,0 | 21% | 1,3 | 27% | 2,5 | 52% | 4,8 | 6,6 | 1,8 |
| BICETRE Ped | 20292 | 32076 | 0,0 | 0% | 3,1 | 36% | 2,6 | 30% | 2,9 | 34% | 8,7 | 10,9 | 2,2 |
| JEAN VERDIER Ped | 17825 | 28176 | 1,0 | 23% | 1,6 | 36% | 0,4 | 9% | 1,4 | 32% | 4,4 | 9,6 | 5,2 |
| LOUIS MOURIER | 18705 | 29567 | 0,0 | 0% | 1,0 | 11% | 0,0 | 0% | 7,8 | 89% | 8,8 | 10,1 | 1,3 |
| NECKER | 40522 | 64053 | 2,0 | 13% | 7,3 | 46% | 6,3 | 40% | 0,1 | 1% | 15,7 | 21,8 | 6,0 |
| ROBERT DEBRE | 49133 | 67568 | 1,0 | 6% | 6,0 | 33% | 2,5 | 20% | 6,0 | 41% | 15,5 | 23,0 | 7,5 |
| TROUSSEAU | 28239 | 46218 | 1,5 | 14% | 3,0 | 29% | 3,4 | 33% | 2,5 | 24% | 10,5 | 15,7 | 5,3 |

Des progrès sont encore nécessaires pour atteindre les effectifs cibles, notamment dans les SAU pédiatriques « *de recours* » en raison de leur activité importante.

c. Le « cercle vertueux » ETP – pénibilité :

Le travail posté aux Urgences est absolument passionnant mais très fatigant : problématiques multiples, médicales et sociales, à gérer simultanément, appels téléphoniques incessants, crainte de l'erreur diagnostique ou thérapeutique, difficultés pour trouver un lit d'hospitalisation ou une place en réanimation, stress... Aussi, il convient de disposer d'une équipe suffisamment nombreuse, bien formée et encadrée pour que le « cercle vertueux » ne devienne pas rapidement « vicieux » : *trop peu d'ETP, trop de gardes, « burn out », démotivation et démission...*

On mesure les efforts qui restent à accomplir pour éviter que certains services d'urgence pédiatriques de « proximité » ne ferment pas, faute de médecins compétents.

On pressent ainsi que des *regroupements hospitaliers* seront inévitables non seulement pour atteindre une masse critique de passages, mais aussi de personnel médical et paramédical. Quand on examine la carte géographique d'Île de France, l'implantation des Etablissements et leurs chiffres d'activité ou d'ETP, on peut penser que ne resteront à terme par territoire de santé que 2 à 3 SAU pédiatriques de « niveau 2 », notamment dans des Etablissements neufs ou complètement rénovés ou neufs disposant d'un projet stratégique ambitieux.

Un examen soigneux de la carte d'Île de France, p.33, suggère ainsi des regroupements possibles :

- Dans le 77 Nord entre Jossigny, Meaux et Coulommiers (direction commune)
- Dans le 77 Sud entre Melun et Fontainebleau
- Dans le 91 entre Longjumeau et Orsay (direction commune)
- Dans le 92 entre Neuilly-sur-Seine et l'IHFB
- Dans le 93 entre Montreuil et Montfermeil
- Dans le 94 ?
- Dans le 95 entre Argenteuil et Eaubonne-Montmorency et entre Pontoise et le CHPO à Beaumont-sur-Oise (direction commune)

Ces regroupements qui seraient logiques du point de vue pédiatrique doivent éviter cependant l'écueil d'une fermeture d'un service de néonatalogie desservant une importante Maternité, ce qui pose le problème d'une dissociation entre ces deux disciplines : pédiatrie aval des urgences pédiatriques et néonatalogie aval de la Maternité.

2. Développer de « circuits courts » de prise en charge aux Urgences

Le mélange « *d'urgences vraies* » et de « *simples consultations* » à toute heure du jour et de la nuit est tout simplement « détonnant » ! D'abord, parce que cela rend plus difficile le repérage des pathologies potentiellement graves qui nécessitent une prise en charge urgente au milieu des dizaines de pathologies banales qui guérissent spontanément (p. ex : choc septique bactérien *vs.* fièvre virale, asthme aigu grave *vs.* simples bronchiolites à répétition, méningite bactérienne *vs.* virale, etc.). Ensuite, parce que les parents d'un enfant trié « **consultation simple** » ne supportent pas facilement qu'une famille dont l'enfant a été trié « *urgence prioritaire* » et qui est arrivée après eux ne leur passe devant...

a. Consultations sans rendez-vous ou « fast track » :

La décision prise à Robert Debré il y a quelques années de séparer les flux a été ressentie comme la mesure la plus efficace pour améliorer l'organisation des urgences en laissant le temps nécessaire pour s'occuper des « vraies urgences » tout en diminuant les temps d'attente, les incivilités et les plaintes.

D'autres SAU adultes et pédiatriques ont suivi ce mouvement et la DPM a adressé récemment (10/12/2013) un document intitulé « **Organisation de circuits courts de prise en charge des urgences à l'AP-HP :**

| Hôpital | O/N | nb de box dédiés | médecin(s) dédiés | plage horaire | Commentaires |
|--|-----|-----------------------|--|-------------------------------|--|
| Urgences adultes Oul : 13/16, en cours : 2/16, Non : 1/16 | | | | | |
| Urgences pédiatriques Oul : 3/8, Non : 5/8 | | | | | |
| Antoine Béclère | N | | | | |
| Ambroise Paré | N | | | | |
| Bicêtre | N | | | | |
| Jean Verdier | N | | | | |
| Louis Mourier | N | | | | |
| Necker | O | 1 (celui de l'IAO) | 1 pédiatre senior (médecin régulateur) | 8h30-18h | toute l'année sauf WE |
| Robert Debré | O | 2 | 1 interne supervisé 1 pédiatre senior | 9h-19h | toute l'année sauf WE |
| | | 1 | 1 médecin généraliste du Centre Europe | 19h-24h semaine 12h-24h WE | de sept. à juin possibilité 2 box au pic des épidémies hivernales |
| Trousseau | O | 1 | 1 pédiatre senior | 13h-19h | depuis début nov. |
| | | 1 | 1 médecin généraliste | 19h-23h | depuis le 18/11/2013 et pendant l'hiver |

b. Maisons médicales de garde ou consultations libérales à proximité des Urgences ?

L'afflux considérable d'enfants au moment des épidémies hivernales (+30-40% d'augmentation des passages) a conduit à développer dès 1998 à Robert Debré, puis à Trousseau, un « réseau bronchiolite » (Dr. Sidney Sebban) qui prévoyait, à côté d'un réseau de kinésithérapeutes de ville, une consultation libérale assurée par des médecins généralistes volontaires chaque soir de semaine entre 20h et 23h, de mi-Novembre à fin Février. En 2003, l'ancien Directeur de Robert Debré, M. Jacques Léglise, signait une convention avec le Centre Médical Europe afin d'installer dans les locaux fermés de la consultation de médecine une consultation libérale chaque samedi, dimanche et jour férié de midi à 18h.

En quelques années, le système s'est renforcé de sorte qu'une consultation libérale soit assurée par un ou deux médecins du Centre Médical Europe à Robert Debré, chaque soir de 19h à 24h et chaque week-end de 10h à 24h.

L'avantage de ce *partenariat public-privé* réside dans le fait que tous les enfants ont été triés par une IAO du service des Urgences, que seuls les enfants triés « consultations simples » dont les familles disposent d'une couverture sociale et peuvent avancer le ticket modérateur sont dirigés vers la consultation libérale. Enfin, cette consultation, située à proximité immédiate des Urgences au sein même de l'hôpital, contrairement aux Maisons Médicales de Garde qui sont extérieures à l'hôpital, permet de rediriger vers le circuit des « consultations complexes » tout enfant qui aurait besoin d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques. En outre, l'équipe médicale des Urgences forme régulièrement les médecins généralistes ou les pédiatres libéraux qui participent à cette consultation « avancée » du Centre Médical Europe.

Un tel projet devrait être prochainement mis en place à Poissy, tandis que des Maisons Médicales de garde fonctionnent à proximité de certains Hôpitaux.

3. **Créer des réseaux entre SAU pédiatriques de « proximité » et « de recours »**

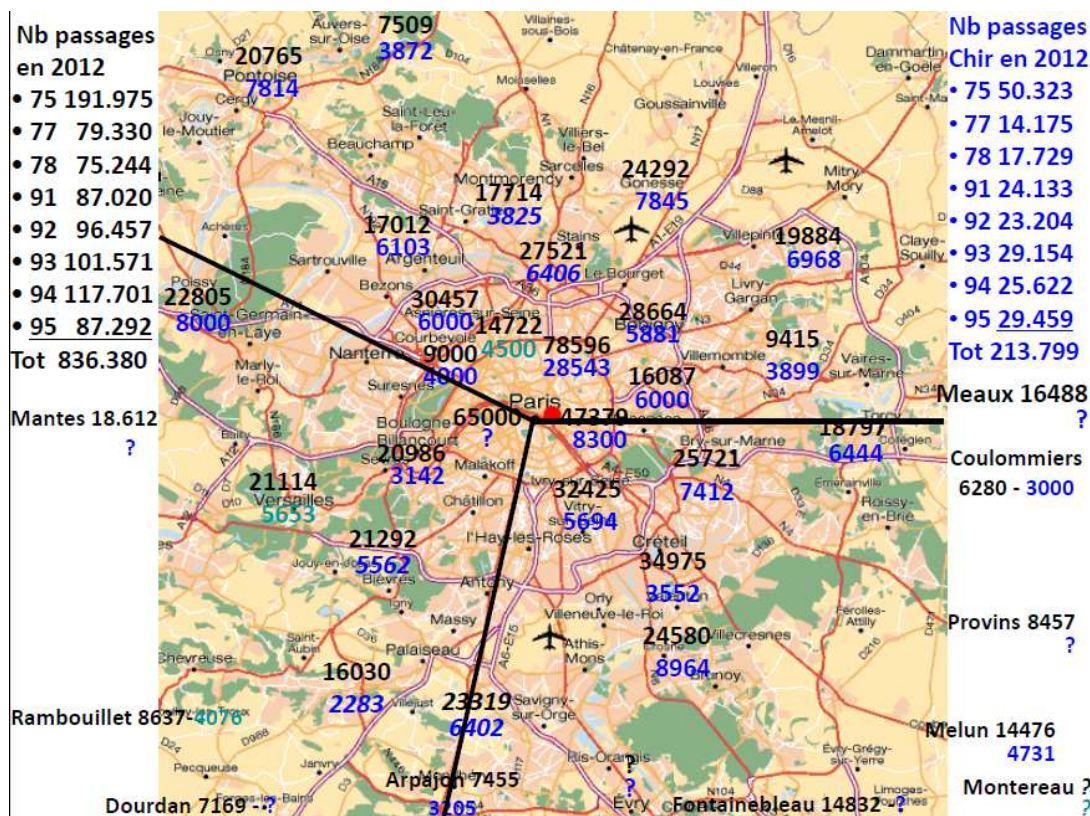
L'avenir semble résider dans l'établissement d'un véritable partenariat entre SAU pédiatriques de « proximité » et de « recours », idéalement mais pas nécessairement concrétisé par la signature de conventions entre Etablissements précisant notamment la prise en charge des transports, notamment en cas de retour d'un enfant adressé pour « avis » ou examens complémentaires spécialisés.

a. **Trois secteurs Nord, Sud-Est et Sud-Ouest pourraient être créés, centrés sur les SAU pédiatriques de « recours » Robert Debré, Armand Trousseau et Necker**

Cette répartition géographique est surtout fondée sur les coopérations existantes entre Etablissements hospitaliers, mais aussi sur les grands axes de circulation routière qu'empruntent les SMUR et les ambulances para-médicalisées ;

Ainsi :

- Le secteur de Robert Debré irait de l'A15 (+/-A14) à l'A3 (+/- A4) ;
- Le secteur d'Armand Trousseau de l'A4 à la N10-A10 ;
- Et celui de Necker – Enfants malades de l'A10 à l'A13.



b. **Cette coopération entre SAU de « recours » et de « proximité » devrait dépasser le seul transfert de malades mais aussi inclure un transfert de compétences :**

- Partage de protocoles médicaux et infirmiers
- Organisation de staffs communs en visio-conférence
- Visites réciproques de médecins ou d'infirmières entre SAU pédiatriques
- Stages de formation ou de requalification (DIU, CMU, etc.)
- Formation aux gestes d'urgences par simulation sur mannequins électroniques

- c. **Cette coopération pourrait se concrétiser en la création de postes à temps partagé entre CHU et CHG :**
- de postes titulaires (PH, PHC) ou non titulaires (p. Attachés), permettant de :
 - Titulariser les CCA ou Assistants spécialistes formés dans les CHU et,
 - Occuper les postes vacants dans les CHG en demande de « jeunes talents » bien formés, dans un « *esprit d'équipe* » entre équipes médicales.
- d. **Enfin, il convient d'insister sur la nécessaire coopération entre pédiatres et médecins urgentistes :**
- Tant au niveau des SAU pédiatriques de l'AP-HP où collaborent pédiatres et médecins urgentistes seniors, mais aussi des DES de pédiatrie et des DES de médecine générale (une moitié en cours de DESC de médecine d'urgence).
 - Que des CHG où la grande majorité des urgences traumatiques de l'enfant est prise en charge par les services d'urgences Adultes.
 - Cette synergie entre pédiatres et médecins urgentistes est salutaire pour le bon fonctionnement des SAU pédiatriques. En Angleterre, un accord était trouvé dès 2003 entre le *Royal College of Paediatrics and Child Health* (RCPCH) et le *Royal College of Emergency Medicine*,⁹ et depuis peu en Europe où le « *European Syllabus in Paediatric Emergency Medicine* » a été approuvé à la fois par la « *European Academy of Paediatrics (EAP)/paediatric section of the UEMS* (Union Européenne des Médecins Spécialistes) » et la section de Médecine d'Urgence de l'UEMS.¹⁰
 - Au niveau de l'AP-HP, il est important de développer cette synergie entre les deux Collégiales de Pédiatrie et de Médecine d'urgence, tant dans la prospective que dans la création des postes qui sont discutés dans le cadre du « *Plan Urgences AP-HP* » défendu par la Collégiale de Médecine d'Urgence.

Conclusions

Ce rapport demandé par la Collégiale de Pédiatrie sur les Urgences pédiatriques à l'AP-HP et au-delà en Île de France fait apparaître trois constats :

1. Le nombre des enfants augmente en Île de France, notamment dans le Nord de Paris et du 92-93 où se concentrent les familles immigrées les plus en difficulté.
2. Le nombre des médecins généralistes et des pédiatres diminue et va continuer à diminuer avant que le desserrement du *numerus clausus* n'aboutisse à de nouvelles générations de médecins bien formés (pédiatres ou médecins urgentistes) et compétents.
3. Les 8 SAU pédiatriques de l'AP-HP et les 31 SAU pédiatriques des CHG rencontrent à des degrés divers des problèmes de personnel médical compétent et d'attractivité.

Les recommandations sont au nombre de trois :

1. Mettre les SAU pédiatriques aux normes SAMU-Urgences de France ou à défaut atteindre les effectifs-cibles du « *Plan Urgences AP-HP* ».
2. Développer les « *circuits courts* » de prise en charge des « *consultation simples* » par la création de partenariat avec les médecins libéraux au sein même des Urgences.
3. Enfin, envisager des regroupements hospitaliers et développer des synergies entre SAU pédiatriques de « *recours* », de « *niveau 2* » et de « *proximité* » au sein de territoires de santé, Nord, Sud-Est et Sud-Ouest.

⁹ RCPCH & RCEM. Curriculum for Paediatric Training in Paediatric Emergency Medicine Subspecialty training.

¹⁰ European Board of Paediatrics, European Board of Emergency Medicine. The European Syllabus in Paediatric Emergency Medicine. Dec 2011. <http://www.eapaediatrics.eu>

Remerciements

| Commune | Hôpital | Ville | Chef de Service | Responsable Urgences |
|---------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------------------|
| 75015 | Necker – Enfants Malades | Paris | Pr. Gérard Chéron | |
| 75012 | Armand Trousseau | Paris | Pr. Ricardo Carbajal | |
| 75019 | Robert Debré | Paris | Pr. Jean-Christophe Mercier | |
| 77527 | René Arbeltier | Coulommiers | Dr. Kacem Nacer | Dr. Compagnon |
| 77300 | CHG | Fontainebleau | Dr. Pascal Saunier | Dr. Florence Soubie |
| 77400 | CHG de Marne la Vallée | Jossigny | Dr. Arnaud Chalvon | Dr. Gisèle Nissack |
| 77100 | CHG | Meaux | Dr. François Gouraud | Dr. François Gouraud |
| 77000 | CHG Marc Jacquet | Melun | Dr. Lydie Joly-Sanchez | Dr. Isée Bréant |
| 77130 | CHG | Montereau | Dr. Guy-Patrick Ikounga | Dr. Gérard Branca |
| 77160 | Hôpital Léon Binet | Provins | Dr. M Abdelhadi | Dr. M. Abdelhadi |
| 78200 | CHG | Mantes-la-Jolie | Dr. Nouredine Djafari | Dr. Nouredine Djafari |
| 78100 | CHI | Poissy-St Germain | Dr. Didier Armengaud | Dr. Béatrice Pellegrino |
| 78120 | CHG | Rambouillet | Dr. Stéphanie Müller | Dr. Stéphanie Müller |
| 78150 | CHG André Mignot | Versailles – Le Chesnay | Dr. Pierre Foucaud | Dr. O. Charara |
| 91415 | CHG | Dourdan | Dr. Cédric Tahiri | Dr. Cédric Tahiri |
| 91014 | CH Sud-Francilien | Evry | Dr. Adrien May | Dr. Vanessa Degas |
| 91160 | CHG | Longjumeau | Dr. Sarah Ducrocq | Dr. Sarah Ducrocq |
| 91294 | CHG | Arpajon | Dr. Marc Saf | Dr. Marc Saf |
| 91400 | CHG | Orsay | Dr. Jean-Claude M'Selati | Dr. Marion Decobert |
| 92104 | Ambroise Paré | Boulogne | Pr. Bertrand Chevallier | Dr. Valérie Soussan |
| 92140 | Antoine Bécclère | Clamart | Pr. Philippe Labrune | Dr. Francis Perreaux |
| 92700 | Louis Mourier | Colombes | Dr. N. | Dr. Bogdan Cojocar |
| 92300 | Institut Hosp. Franco-Britannique | Levallois Perret | Dr. Jamil Rahmani | Dr. Mohamed Zouch |
| 92205 | CH Neuilly-Courbevoix-Puteaux | Neuilly-sur-Seine | Dr. Hélène Pejoan | Dr. Hélène Pejoan |
| 93602 | CH Robert Ballanger | Aulnay-sous-Bois | Dr. Pierre Charestan | Dr. Cheick Coli |
| 93140 | Jean Verdier | Bondy | Pr. Loïc de Pontual | Dr. Trieu Than-Van |
| 93370 | CH Le Raincy-Montfermeil | Montfermeil | Dr. Khaled Tareq | Dr. Amar Taïeb |
| 93105 | CHI André Grégoire | Montreuil | Dr. Patrick Daoud | Dr. Marie Aurel |
| 93205 | Delafontaine | Saint-Denis | Dr. Roger Amira | Dr. Houria Ghotti |
| 94360 | Sainte Camille | Bry-sur-Marne | Dr. Christine Orzechowski | Dr. Hadji Djaffar |
| 94000 | CHIC | Créteil | Pr. Ralph Epaud | Dr. Sandra Biscardi |
| 94560 | CHIV | Villeneuve St Georges | Dr. Anne Chacé | Dr. Halim Bekri |
| 94270 | Bicêtre | Le Kremlin-Bicêtre | Pr. Isabelle Koné-Paut | Dr. Irina Craiu |
| 95100 | Victor Dupouy | Argenteuil | Dr. Anne-Marie Colin Gorski | Dr. Carlos Antéflor |
| 95260 | CH des Portes de l'Oise | Beaumont-sur-Oise | Dr. Célestin M'Buila | Dr. Célestin M'Buila |
| 95500 | CHG | Gonesse | Dr. Ossam Elias | Dr. Issam Barakat |
| 95160 | CHG Simone Veil | Montmorency | Dr. Brigitte Cochet-Monier | Dr. Simon Kao Tchangai |
| 95300 | CHG René Dubos | Pontoise | Dr. Hélène Sarda-Thibault | Dr. Letitia Pantalone |

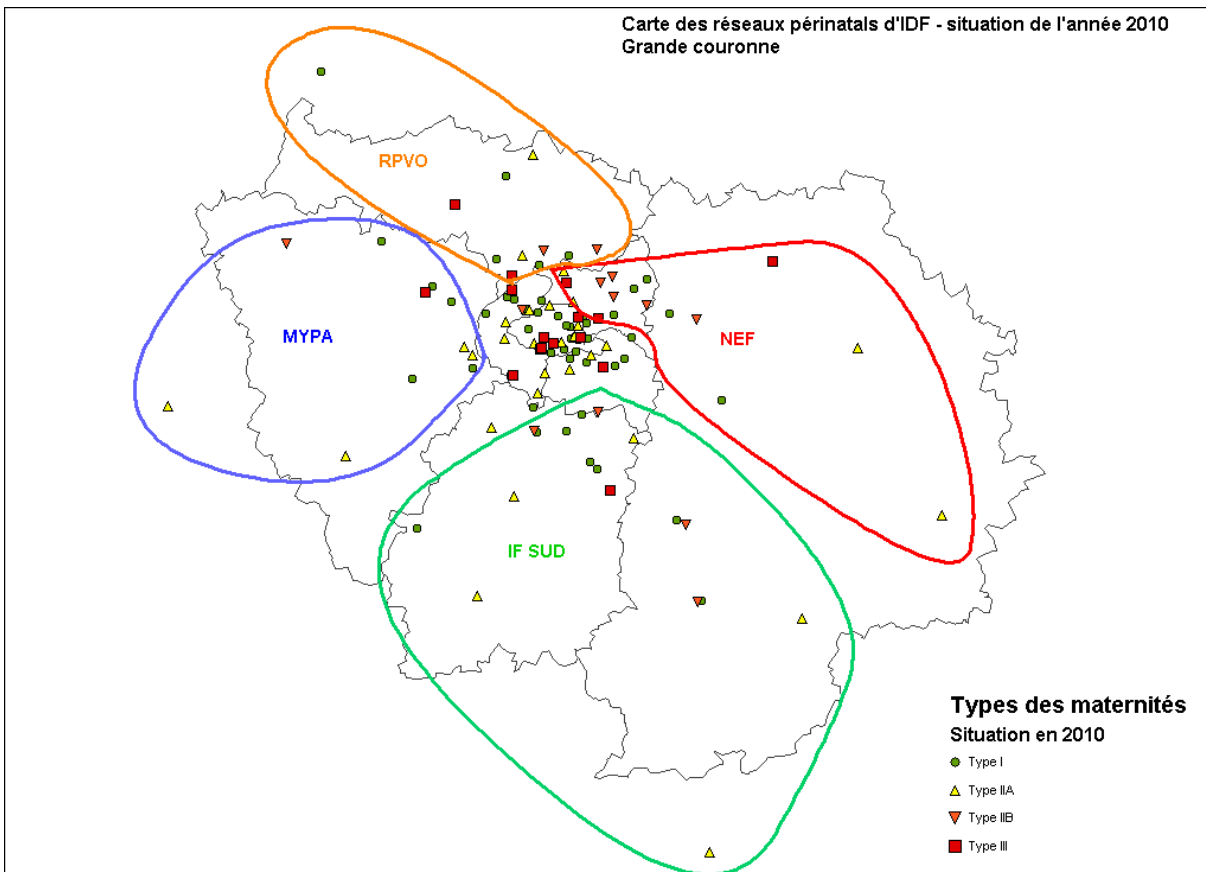
PLAN STRATEGIQUE 2015 – 2019

Néonatalogie

Proposition de rapport sur la néonatalogie
Plan stratégique AP-HP 2015-2020
Delphine Mitanchez, Pierre-Henri JARREAU
Avec l'aide de JL Chabernaud (SMUR), A Cortey (CNRHP), V Rigourd (lactarium) et S Renolleau.

Contexte de la spécialité

L'offre de soins en Néonatalogie de l'APHP n'est qu'une partie de l'offre en Ile-de-France (IDF). L'APHP ne représente que la moitié des centres de type III et 2 centres de type 2b sur 15, mais ses centres présentent de fortes spécificités. Une réflexion sur le plan stratégique en néonatalogie à l'APHP est donc nécessairement régionale et doit s'intégrer dans l'ensemble de l'offre de soins d'IDF, qui relève de la responsabilité de l'ARS. Il est évident que les néonatalogistes de l'APHP participent à cette réflexion régionale. Nous avons essayé de nous fixer dans ce rapport que sur ce qui relève de l'APHP.



I- ETAT DES LIEUX : LES PARTICULARITES DE LA NEONATOLOGIE A L'APHP

a) L'offre de soins en néonatalogie

On relève treize établissements de l'APHP dans lesquels une activité de néonatalogie est pratiquée :

Sept centres de type III

Antoine Béclère
 Armand Trousseau
 Bicêtre
 Louis Mourier (Colombes, 92)
 Necker
 Port Royal
 Robert Debré
 (il y en a 15 en IDF)

Deux centres de type 2B

Bichat
 Jean Verdier (Bondy, 93)
 (il y en a 15 en IDF)

Quatre centres de type 2A

Beaujon (Clichy, 92)
 Lariboisière
 Pitié Salpêtrière
 Tenon

b) Les maternités de type 3 : différentes organisations et conséquences sur le recrutement

Le recrutement de chaque centre de **type 3**, et par voie de conséquence son activité, varie en fonction de l'environnement de l'hôpital :

- **3 services sont implantés dans des hôpitaux d'adultes** permettant la prise en charge de pathologies maternelles susceptibles de générer des accouchements de nouveau-nés (NN) prématurés ou de très petit poids et pouvant nécessiter une réanimation maternelle ou des soins spécifiques (ex : maladies neurologiques, cardiaques, cancers...) : Antoine Béclère, Louis Mourier, Port-Royal
- **3 services sont implantés dans un hôpital pédiatrique** offrant la possibilité d'accès à de la pédiatrie spécialisée, en particulier la chirurgie pédiatrique néonatale : Armand Trousseau, Robert Debré, Necker (dans ce centre, il y a également la possibilité d'hospitaliser les mères en réanimation médicale). Ces 3 hôpitaux ne sont en revanche pas ou peu adaptés à la prise en charge des pathologies maternelles lourdes.
- **1 service de l'APHP regroupe dans un même lieu la possibilité d'une prise en charge maternelle complexe et l'accès à la pédiatrie spécialisée** : Bicêtre. Néanmoins, l'étendue des spécialités pédiatriques disponibles est moindre que dans les 3 autres hôpitaux d'enfants.

Du fait de cet accès variable aux différentes ressources maternelles ou pédiatriques, on retrouve une **orientation différente des structures de type 3 au sein de l'APHP**, chaque centre ayant développé des compétences adaptées à son environnement. Il existe ainsi :

- des structures spécialisées dans la **prise en charge de la grande prématurité et en particulier des extrêmes prématurés** (< 26 semaines d'aménorrhée, SA) comme Antoine Béclère, Port Royal et Louis Mourier ;
- des structures assurant la prise en charge des prématurés mais aussi **du nouveau-né malformé, ou présentant des maladies néonatales particulières** pouvant nécessiter l'intervention ou l'avis de chirurgiens ou de pédiatres spécialisés, soit dans les premiers jours de vie, et ils sont alors le plus souvent nés sur place si le diagnostic a pu être fait en prénatal, soit secondairement et ils sont alors transférés d'autres structures lorsque la prise en charge directe par une équipe de spécialité pédiatrique apparaît nécessaire. Trousseau, Robert Debré, Necker et, dans une moindre mesure, Bicêtre répondent à cette orientation. Ces centres ont de ce fait un peu moins de place pour prendre en charge des prématurés qui restent habituellement hospitalisés très longtemps ;
- des structures assurant pour la région des fonctions particulières en rapport avec leur environnement immédiat : par exemple, la prise en charges des incompatibilités érythrocytaires foeto-maternelles et des ictères graves à Trousseau du fait de la localisation du CNRHP.

Ce point est important et probablement à respecter pour assurer une qualité de prise en charge optimale des patients. En effet, indépendamment de la formation des médecins, la compétence de l'ensemble des équipes est importante pour assurer la prise en charge spécifique du nouveau-né : la prise en charge de l'extrême prématuré (moins de 26 ou 27 SA) ou des enfants de très faible poids (inférieur à 700 ou 800g) demande des compétences infirmières qui ne sont pas celles nécessaires à la prise en charge d'un NN porteur d'une hernie de coupole diaphragmatique, que ce soit avant ou après la chirurgie. Des accords entre les maternités permettent d'assurer le transfert *in utero* ou post-natal pour les orienter vers le lieu le plus adapté à la prise en charge de leur pathologie.

c) Les maternités de type 2

Il n'existe plus de maternités de type 1 à l'APHP et toutes les unités de néonatalogie sont associées à une maternité (centre périnatal).

Il faut d'abord souligner que les maternités de type 3 assurent également des fonctions de maternité de type 2b (associant une unité de Soins intensifs), 2a (associant une unité de néonatalogie courante, essentiellement « unités mère-enfant » ou « kangourou ») et 1 (pas d'hospitalisation néonatale).

Pour des raisons de lisibilité, nous nommerons unités de type 2b les unités de soins intensifs isolées et 2a les unités de néonatalogie courante isolées.

La proximité d'une réanimation devrait en effet faire différencier les structures de Soins intensifs des maternités de type 3 (ou la proximité de la réanimation permet d'assurer la sécurité pour des prises en charge

lourdes et prolongées en soins intensifs, notamment sur le plan respiratoire) des unités de type 2b isolées, qui n'ont pas à proximité de structure de réanimation (ce point était déjà précisé dans le rapport pour le plan stratégique 2005-2010). Si les médecins ont les compétences pour prendre en charge ces enfants instables, ce sont les structures (notamment en termes de nombre d'infirmières) qui rendent ces prises en charge périlleuses. Ainsi, la réalisation d'une ventilation artificielle de plus de quelques heures (qu'elle soit endotrachéale ou « non-invasive ») devrait être réservée aux unités de réanimation ou de soins intensifs proches d'une réanimation (de même que les suites immédiates de réanimation pour les enfants encore instables sur le plan respiratoire), mais les unités de type 2b isolées sont parfois obligées de prendre en charge des enfants instables du fait des difficultés en place de néonatalogie dans les structures de type 3 d'Ile-de-France.

Les maternités de type 2 sont habituellement localisées dans des hôpitaux d'adultes, permettant une prise en charge maternelle lourde et néonatale moins lourde (prématurité modérée ou tardive).

Elles imposent une garde de néonatalogiste sur place, ce qui n'est pas toujours simple à assurer compte tenu des problèmes démographiques (voir ci-dessous).

Les unités de type 2 sont dispersées et de faible capacité. Ceci pose un problème de qualité et de sécurité des soins pour plusieurs raisons dont certaines sont listées ici :

- difficultés de formation et de maintien des compétences des personnels paramédicaux (qui dans les unités de type 3 tournent souvent sur tous les secteurs de soins) ;
- difficultés de recrutement de médecins pouvant assurer des prises en charge initiales lourdes ;
- problème du maintien dans ce type de structure d'un NN avec détresse respiratoire initiale, instable ;
- problème de la réalisation pratique d'une nutrition parentérale de qualité sans possibilité de fabrication de parentérale personnalisée.

L'unité de néonatalogie de Jean Verdier doit être considérée à part tant par son volume (20 lits dont 9 de SI) que par son intégration à un grand service universitaire de Pédiatrie générale. Sa problématique est donc différente des unités de type II isolées dans des hôpitaux d'adultes sans autre support pédiatrique. Les solutions qui sont proposées plus loin peuvent de ce fait difficilement s'appliquer à ce centre.

d) La pédiatrie en maternité

Les services de néonatalogie de l'APHP sont tous associés à une maternité. L'ensemble de ces maternités a réalisé en 2012 36 635 accouchements, soit 20,3% des naissances d'IDF, 23 214 accouchements soit 12,9% ayant été réalisés dans les maternités de type 3. Les prévisions pour 2013 vont au-delà de ces chiffres puisque les centres de Port Royal et de Trousseau ont connu des réorganisations au cours de l'année 2012 et donc n'étaient pas cette année-là au maximum de leurs capacités.

Le nombre de pédiatres nécessaires à l'examen des NN de suites de couches est donc considérable. Compte tenu des difficultés démographiques, on peut s'interroger pour l'avenir sur la pérennité et l'attractivité de cette activité. Une partie de cette activité peut être bien sûr mutualisée avec la prise en charge en hospitalisation.

e) Les autres activités de l'APHP en néonatalogie

Indépendamment de ces services d'autres activités dépendant de l'APHP sont étroitement liées à la néonatalogie :

- les **7 Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN)** : Antoine Béclère-Bicêtre, Armand Trousseau, Robert Debré, Port-Royal, Necker, Louis Mourier et Jean Verdier
- les **SAMU/SMUR** : Antoine Béclère, Robert Debré, Necker
- le **lactarium d'Ile de France** localisé à Necker
- le **Centre National de Référence en Hémobiologie Périnatale (CNRHP)** à Trousseau
- l'activité **d'assistance respiratoire par circulation extra-corporelle (AREC)** à Trousseau

Enfin, il faut signaler ici l'importance du suivi des enfants vulnérables, qui s'intègre dans le cadre des réseaux de suivis mis en place par l'ARS dans la région. Ce suivi implique l'engagement des néonatalogistes de l'APHP avec les difficultés que cela représente dans les services en sous-effectif.

f) Formation, enseignement, recherche

Il faut souligner l'importance du rôle formateur des services de néonatalogie de l'APHP. Indépendamment des internes, la plupart de ces services permettent l'acquisition d'une sur-spécialisation en néonatalogie avec des **stages validant pour le DESC ou le DFMSA de néonatalogie**.

Ces services sont aussi lieu de stages et d'enseignement de nombreux DU ou DIU en lien avec la périnatalité.

Il existe enfin une activité de recherche clinique et fondamentale importante au sein des différents services, qui sont pour la plupart en lien avec des unités de recherche. Citons la **Fondation PremUP**, dont l'APHP est un des 7 membres fondateurs. La fondation bénéficie du label de Réseau Thématique de Recherche et de Soins (RTRS) créé dans le cadre de la loi programme pour la recherche du 18 avril 2006. C'est une fondation de coopération scientifique créée par décret en date du 21 Septembre 2007. La Fondation PremUP est le seul RTRS en France dédiée à la femme enceinte et au nouveau-né. Le pôle de soins de la Fondation PremUP regroupe six centres périnatals de type III, dont cinq à l'APHP : les maternités et services de néonatalogie des centres hospitaliers Cochin-Port Royal, Robert Debré, Antoine Bécclère, Armand Trousseau et Bicêtre.

Citons l'existence de 2 **DHU** complètement ou partiellement dédiés à la périnatalité : le DHU « Risques et Grossesse », qui regroupe les centres périnatals des Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine (Louis Mourier, Bichat, Beaujon) et des Hôpitaux Universitaires Paris Centre (Port-Royal) et le DHU Protect à Robert-Debré.

II- DIFFICULTES ET PERSPECTIVES. UNE SEULE SOLUTION, LA MUTUALISATION (ET LA TELEMEDECINE)

Les difficultés qui sont exposées ici ne sont pas propres aux services de l'APHP et sont parfois plus graves ailleurs. Mais l'APHP offre une occasion unique de réponse de manière collective aux problèmes, en mutualisant les solutions possibles. C'est un modèle qui pourrait être étendu ultérieurement aux services de néonatalogie de la région IDF.

Les difficultés et les propositions pour y répondre ne doivent pas être prises comme un plan d'action pour toutes les structures. Il est important de reconnaître les spécificités de chacun, que ce soit en termes de recrutement de malades ou d'organisation. C'est un socle général qui doit ensuite être rediscuté au cas par cas et non appliqué de manière systématique.

A) PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL

a) Nombre de listes de garde nécessaires pour assurer la permanence des soins

- ***dans les structures de type 3.***

Il faut insister sur le fait que la création ou le maintien d'une garde dépend à la fois du nombre de lits de néonatalogie (en particulier en réanimation et soins intensifs) et de l'activité de la maternité associée. Il ne viendrait à l'idée de personne de demander à un médecin de garde en réanimation adulte d'assurer également les urgences courantes (et les urgences au sein de l'hôpital) sauf nécessité de soins urgents de réanimation. Cette règle devrait être la même pour la néonatalogie : il n'est pas possible de demander au responsable d'une salle d'hospitalisation de réanimation et soins intensifs néonataux d'assurer en même temps la prise en charge de la pathologie courante en salle de naissance, suites de couches, néonatalogie, unité kangourou. En outre, la jeunesse des internes (voir ci-dessous) interdit de les laisser seuls. La conséquence logique est que la majorité de ces structures devraient avoir 2 listes de garde de seniors (et une d'interne plutôt à visée formatrice), voire 2 listes ½ ou 2 listes + une astreinte ou 2 listes seniors 2 listes internes pour les services isolés de haute capacité à la fois en termes de lits de néonatalogie et de nombre d'accouchements. Quatre maternités de type 3 de l'APHP sont organisées de cette manière : Antoine Bécclère (2 listes de garde senior, 1 liste de garde interne + 1 liste SMUR), Port-Royal (2 listes senior, 1 liste interne), Necker (idem), Armand Trousseau (idem). Une structure a théoriquement 2 listes de senior et une d'interne mais n'arrive pas à couvrir la 2^{ème} liste de senior faute de médecins en nombre suffisant (Louis Mourier). Deux autres n'ont qu'une liste de senior et une d'interne (Bicêtre, Robert Debré). Dans ces 2 dernières structures, il y a dans l'hôpital un réanimateur polyvalent, mais qui est éloigné de la réanimation néonatale et de la maternité à Robert Debré, donc de peu d'aide, ou qui, bien que géographiquement proche, à Bicêtre, est trop occupé par la réanimation et les soins continus d'enfants plus grands et là aussi peu disponible pour venir aider en néonatalogie. Le nombre de listes de garde nécessaires peut donc être discuté suivant les configurations, mais comme l'on vient de le voir avec ces 2 exemples, la présence d'un réanimateur polyvalent dans l'hôpital n'apporte que très peu d'aide.

Les équipes doivent être renforcées dans la journée le week-end afin d'assurer au moins les examens systématiques en suites de couches, et, dans les très grosses structures, les prescriptions en hospitalisation. Ce renforcement de week-end devrait être payé en garde (au prorata du nombre de demi-journées).

Proposition : toute structure de réanimation et soins intensifs néonataux devrait avoir au moins 2 listes de garde de senior et une d'interne. Le nombre de médecins présents dans la journée le week-end doit être augmenté et cette présence doit être payée comme une garde (au prorata du nombre de demi-journées).

- **dans les structures de type 2**

Une seule liste de garde est habituelle dans ces structures. Elle semble suffisante pour assurer l'hospitalisation et l'activité de maternité. Cela pose néanmoins le problème des effectifs médicaux nécessaires pour assurer cette liste de garde. Il est habituellement considéré qu'il faut avoir 7 ETP pour assurer une liste de garde. Or ce nombre peut être excessif pour l'activité de jour. Les propositions faites ci-dessous pour la mutualisation des personnels entre structures est susceptible de résoudre ce problème.

Par ailleurs, il faut souligner que dans les services de pédiatrie générale qui incluent une unité de soins intensifs (cas de Jean Verdier), il est indispensable qu'une liste de garde séparée soit dédiée à la néonatalogie et la maternité. Pour des raisons évidentes de sécurité dans chacun des secteurs, la liste ne peut être commune avec les urgences pédiatriques.

Proposition : toute structure de type 2 devrait avoir 1 liste de garde de senior. Les difficultés pour remplir cette liste de garde pourraient être résolues en mutualisant les gardes avec une autre structure (voir ci-dessous).

b) Les difficultés démographiques médicales

- **Postes de médecins seniors (à partir de CCA) non pourvus :**

Plusieurs services de néonatalogie / maternité ont des postes de médecins seniors non pourvus. Il existe une réelle difficulté de recrutement de médecins qualifiés en néonatalogie, qui ne concerne pas que l'APHP. Mais la faible attractivité des postes proposés (généralement d'attachés temps-plein, au mieux de PHC) rend plus difficile les recrutements à l'APHP. En particulier, la concurrence avec les hôpitaux hors APHP est vive, ceux-ci proposant plus de postes de PH titulaires ou acceptant de mieux rémunérer les praticiens non titulaires en jouant sur les échelons à l'embauche. La néonatalogie ne bénéficie pas par ailleurs des mesures mises en place pour recruter des anesthésistes et des urgentistes et permettant d'allonger les durées de contrat des PHC ou de recruter à des salaires adaptés à la concurrence.

Par ailleurs, la localisation des services de type 2 ou 3 a elle-même des conséquences sur les nécessités de recrutement **et la permanence et l'organisation des soins**. Ainsi, les services isolés dans des hôpitaux d'adultes ne peuvent compter que sur leurs propres forces pour assurer les listes de garde (en dehors de Jean Verdier où la néonatalogie est associée à la pédiatrie générale). Ils sont en outre obligés de consacrer une partie de leur dotation en personnel médical à des tâches habituellement assurées par d'autres services de l'hôpital lorsqu'ils sont localisés dans des hôpitaux d'enfants. Par exemple, des médecins dédiés (et formés) à la réalisation des échographies trans-fontanellaires sont nécessaires pour assurer cette activité dans les hôpitaux où les services de radiologie d'adultes ne peuvent l'assurer (ou que très partiellement). De même, il est souvent nécessaire d'avoir un neuropédiatre ou un ophtalmologiste dans les services de Néonatalogie qui ne peuvent s'appuyer sur un service spécialisé en pédiatrie dans le même hôpital.

Un troisième point à relever est la féminisation quasi-totale de cette spécialité, en particulier chez les jeunes assistants. Ceci implique de tenir compte des congés de maternité, pour lesquels les remplacements sont quasi impossibles.

Enfin, il y a une grande disparité dans le service de rattachement des pédiatres de maternité dans les structures de type 3. Dans certains centres, ils dépendent du service de néonatalogie, dans d'autres, ils sont rattachés au service d'obstétrique. Indépendamment des comparaisons qui deviennent impossibles, le rattachement des pédiatres à un service de néonatalogie est indispensable. Il permet de faire tourner les seniors dans sous les secteurs, incluant la pédiatrie de maternité, facilitant l'organisation du service tant de nuit que de jour. Il permet aussi de garder des compétences étendues pour chacun des médecins (de la prise en charge des examens systématiques en suites de couches à la réanimation lourde) ceci devant être modulé par les fonctions de responsabilité dans chaque structure, l'âge des médecins et leurs souhaits.

- **Postes d'internes en nombre trop faible et insuffisamment pourvus**

La majorité des services de néonatalogie sont sous-dotés en nombre de postes d'internes au regard du nombre de patients et des listes de garde. La plupart des responsables de structure souhaitent une augmentation du nombre de postes d'internes.

La situation est particulièrement difficile lors des périodes de congés.

Alors que les effectifs d'internes sont insuffisants pour le fonctionnement des services, deux autres problèmes se greffent sur cette situation et l'aggravent :

1. les services de néonatalogie sont choisis en début d'internat. Les internes arrivant chaque semestre ne sont pas encore formés à la pédiatrie et nécessitent un compagnonnage important de la part des médecins seniors ; en pratique, ils n'ont que très peu de responsabilités ;
2. les postes sont régulièrement non pourvus en particulier pour le semestre d'été (parfois aucun poste choisi pour certains services), mais aussi actuellement sur le semestre d'hiver. Cela conduit au recrutement de FFI dont les compétences sont très variables. Par ailleurs les conditions de recrutement des FFI imposées par l'APHP sont extrêmement restrictives comparativement aux hôpitaux hors APHP, ce qui défavorise nettement les services de néonatalogie de l'APHP.

La situation est donc celle de services qui ont une activité relativement constante tout au long de l'année mais qui ne peuvent compter sur l'effectif des internes que de façon aléatoire. Le travail relevant normalement des internes est accompli de ce fait par des médecins qualifiés qui sont détournés de leurs tâches propres (encadrement des soins, enseignement, recherche...).

Propositions :

- A) créer des postes attractifs à l'APHP en acceptant la concurrence des hôpitaux publics hors APHP et donc l'assouplissement des règles de recrutement ; ceci pourrait être en partie réalisé par l'application aux néonatalogistes des règles appliquées aux anesthésistes et aux urgentistes ;**
- B) rattacher tous les pédiatres (y compris ceux de maternité) des structures de type 3 au service de néonatalogie.**

Le rattachement des pédiatres (voire du personnel paramédical) d'un service de néonatalogie de type 2 à une structure de type 3 (correspondant en fait à une fusion des équipes) pourrait au cas par cas être proposé afin de ne considérer qu'une équipe globale dédiée à la prise en charge des nouveau-nés dans 2 structures ou plus.

Cela permettrait :

- 1) d'assurer la permanence des soins dans les structures de type 2 sans augmenter démesurément le nombre d'ETP nécessaires ;**
- 2) d'assurer la continuité des soins dans une petite équipe où la défection d'un seul praticien peut rapidement s'avérer être une catastrophe ;**
- 3) de maintenir le niveau de compétence global de tous les praticiens. Ceci ne concerne pas que les praticiens des structures de type 2. Il serait souhaitable que ceux qui travaillent en type 3 apprennent également ce qu'est la gestion de la néonatalogie et de la maternité dans des services où il n'y a pas de réanimation à proximité. Par ailleurs, cela permettrait de préparer les jeunes assistants, qui ne travailleront pas tous en type 3, à leurs futures fonctions ;**
- 4) ce mode de fonctionnement pourrait également s'appliquer aux internes si leur nombre augmente de manière conséquente.**

Ce type de fonctionnement existe déjà sous des formes variables à l'APHP (Trousseau-Pitié, Louis Mourier-Beaujon) et pourrait être étendu, dans la limite bien sûr des contraintes géographiques. Il existe dans beaucoup d'autres pays (par exemple au Canada). Néanmoins, ce type de fonctionnement n'est pas toujours évident, et la mutualisation des effectifs entre Beaujon et Bichat va par exemple être abandonnée. Cela suppose donc une volonté affirmée des 2 structures de se tourner vers ce type d'organisation et ne peut en aucun cas être imposé.

Si une mutualisation est proposée, cela suppose un véritable engagement des structures de type 3 de ne pas détourner les personnels à leur profit mais de ne considérer qu'une équipe globale en charge de la structure de type 2 autant que du type 3. Bien sûr, la désignation d'un médecin responsable de la structure de type 2 est indispensable et la rotation des médecins, pour être efficace, doit se planifier sur plusieurs mois de présence dans une des structures.

Enfin, indépendamment d'une mutualisation, le renforcement des collaborations entre structures proches (gardes, réunions communes, bibliographies, protocoles communs) est souhaitable.

c) Les difficultés démographiques paramédicales

Les structures de néonatalogie sont normées par le décret Périnatalogie de 1998 (1 infirmière pour 2 incubateurs de réanimation, 1 pour 3 aux soins intensifs, 1 pour 6 en néonatalogie courante). Ceci impose de fermer des lits lorsque ces normes ne sont pas respectées. Les services ne sont pas dotés du personnel nécessaire pour l'ouverture de 100% des lits, mais pour 90 à 95% des lits, calculé sur le taux d'occupation moyen. Ceci est évidemment un cercle vicieux puisque théoriquement si le personnel n'est pas calculé pour 100% des lits, on ne peut pas les ouvrir tous, ce qui fait diminuer le taux d'occupation etc.

A ceci s'ajoutent les problèmes d'absence du personnel. En 1^{er} lieu, celui des congés maternité, relativement stables d'une année sur l'autre mais très variables d'une équipe à l'autre (voir le mémoire du Pr Olivier Baud sur le turn-over infirmier, EMAMH 2013). Les taux se situent entre 7 et 18%. Ces infirmières ne sont pas remplacées, ce qui impose là-aussi des fermetures de lits supplémentaires. A ces congés maternité, stables semble-t-il d'une année sur l'autre, viennent s'ajouter les congés maladie. Enfin, pour les services situés dans des hôpitaux d'adulte, mais aussi pour ceux situés dans des hôpitaux d'enfants, la spécialisation nécessaire pour la prise en charge de nouveau-nés fait qu'il n'est pas possible de solliciter des infirmières de « pool » qui sont incompétentes en néonatalogie. La seule solution est de faire revenir des infirmières du service sur leurs repos, ce qui revient à leur donner des heures supplémentaires qui doivent être rattrapées en fin d'année, d'où à nouveau des fermetures de lits supplémentaires.

Donc aucun service ne peut tourner plus de quelques semaines à quelques mois sur son effectif théorique complet (même amputé de son taux d'occupation), ce qui aboutit à des fermetures de lits supplémentaires. L'ensemble de ces fermetures aboutit à des taux d'occupation non corrigés plus faibles (même si les taux corrigés du nombre de lits ouverts sont habituellement largement supérieurs à 90%, ce qui n'est pas forcément souhaitable pour la sécurité des malades). Ceci induit des tensions quasi permanentes sur les lits de Néonatalogie en IDF car ces problèmes de fermeture de lits ne concernent pas que l'APHP.

Plusieurs services ont des lits fermés de manière plus ou moins permanente : Bicêtre (type 3) avait 3 lits fermés de façon permanente par manque d'infirmières et devrait pouvoir ouvrir tous ses lits en 2014 ; à Louis Mourier (type 3) 4 lits sont fermés par manque d'infirmières et de médecins ; Bichat (type 2b) a 3 lits de soins intensifs non installés par manque de surface.

Enfin, les autres personnels paramédicaux (auxiliaires de puériculture, aides-soignants) ne sont pas intégrés dans les décrets périnatalité de 1998. De ce fait, leur présence est dépendante des choix faits dans chaque hôpital. Ils sont évidemment indispensables tant pour la logistique que pour la prise en charge des enfants. Ainsi, si les décrets rendent nécessaire la présence d'une infirmière pour 6 patients en néonatalogie, ces services ne pourraient fonctionner sans les autres personnels qui assurent des soins non infirmiers, consommateurs de temps et indispensables (surveillance des enfants très stables, apprentissage du biberon qui peut prendre un temps considérable etc.). Y compris dans les secteurs plus lourds de réanimation et soins intensifs, ils sont indispensables pour une bonne prise en charge des enfants, en particulier dans la perspective de la mise en place des soins de développement qui nécessitent très souvent la présence de 2 personnes pour les soins. Ce problème devrait être abordé d'une manière globale.

Propositions :

- attribuer aux services le personnel infirmier correspondant à 100% des lits autorisés ;**
- augmenter ce nombre du pourcentage habituel d'absences pour congés maternité ou maladie observé sur les années précédentes ;**
- créer un pool centralisé d'infirmières et puéricultrices spécialisées en néonatalogie au niveau de l'APHP afin de pallier aux absences inopinées ou prolongées, en particulier dans les services isolés dans des hôpitaux d'adultes, sans recourir à des heures supplémentaires à rendre ;**
- entamer une réflexion au niveau de l'APHP sur les auxiliaires de puériculture et aides-soignants nécessaires dans les services de néonatalogie.**

d) Emergence de maternités à très haut volume d'activité (> 4000 naissances).

Ce problème n'est pas spécifique à l'APHP. D'autres structures à très haut volume d'activité existent en IDF (par exemple Poissy ou l'Hôpital du Sud Francilien d'Evry-Corbeil).

Pour certaines d'entre elles, cela pose le problème de locaux inadaptés du fait d'extensions secondaires à la construction initiale du centre (ex Trousseau).

Ces volumes d'activité ont en outre des conséquences sur le personnel médical, en particulier du fait de l'augmentation de l'activité en suites de couches (pédiatrie de maternité), et de l'augmentation éventuelle du

nombre de listes de gardes. L'ARS organise actuellement une concertation sur les très grandes maternités d'IDF

Proposition : renforcer les structures à haute capacité, en particulier lorsque leur activité augmente au-delà de ce qui était prévu. Rappelons l'intérêt des structures de haut volume pour absorber les pics d'activité sur la région. Il est plus facile de « pousser les murs » pour surcharger un peu le service quand cela est nécessaire s'il y a beaucoup de personnel soignant.

B) ACTIVITES SPECIALISEES ET EXAMENS COMPLEMENTAIRES

a) Chirurgie

Plusieurs services de réanimation rencontrent des difficultés pour la prise en charge des urgences chirurgicales chez le nouveau-né imposant fréquemment un transfert de l'enfant du fait de l'absence de chirurgien susceptible de venir poser une indication chirurgicale avant transfert. Ces enfants sont habituellement très instables et leur transfert pour bénéficier d'une chirurgie ne devrait être réalisé que sur une indication chirurgicale. Les services isolés sont donc dans la difficulté sur ce plan. Une astreinte de chirurgie néonatale pourrait être partagée entre plusieurs services de chirurgie pédiatrique afin qu'un chirurgien senior et expérimenté en néonatalogie puisse se déplacer pour venir voir l'enfant (ceci suppose que ce ne soit pas un jeune CCA ou assistant).

Idéalement, une équipe complète devrait être d'astreinte (chirurgien senior, panseuse, anesthésiste) pour venir opérer en urgence sur place, au moins dans les services où cela est possible, les suites opératoires pouvant être assurées par le service de néonatalogie

Cette mutualisation pourrait s'étendre à terme à une partie de l'IDF.

Propositions : créer une astreinte de chirurgie néonatale commune à l'APHP pour assurer des consultations en urgence par un chirurgien expérimenté en néonatalogie ; envisager à plus long terme qu'une équipe complète puisse se déplacer.

b) Ophtalmologie

De nombreux services ne bénéficient pas de moyens adaptés pour dépister les rétinopathies du prématuré. Ceci demande des ophtalmologistes formés spécialement se déplaçant dans le service de Néonatalogie pour examiner les malades (qui ne peuvent être transportés en consultation en dehors de l'utilisation d'un SAMU). C'est une activité peu attractive pour les ophtalmologistes. Les hôpitaux d'enfants réussissent en général à assurer cette tâche, indispensable pour prévenir les lésions graves susceptibles d'aboutir à une cécité.

En dehors d'ophtalmologistes qualifiés, l'une des solutions possible est l'utilisation d'équipements type RETCAM avec réalisation des images par les néonatalogistes et envoi des images à un ophtalmologiste qualifié. Ces équipements sont coûteux (150 à 200.000 €). L'ARS finance un projet (DITE-ROP) visant à évaluer la faisabilité et l'intérêt médico-économique de la RETCAM en IDF.

Propositions :

-créer une équipe d'ophtalmologistes qualifiés, transversaux, prêts à se déplacer dans les hôpitaux de l'APHP n'en disposant pas ;

-demander à tous les services d'ophtalmologie, enfants et adultes, de former des ophtalmologistes à ce dépistage (2 à 3 vacations suffisent en général) ;

-acheter des RETCAM et mutualiser la lecture.

c) Imagerie

L'accès aux IRM peut être problématique hors des hôpitaux d'enfants par manque de plages disponibles et surtout par absence de médecins susceptibles de réaliser et d'interpréter l'examen.

Le système informatique le permet. Le problème est de trouver les neuroradiologues compétents et disponibles et de formaliser l'organisation, incluant la valorisation de la lecture.

Un projet de lecture ou relecture centralisée est en cours d'évaluation avec l'ARS (projet MATRIX).

Il est à noter que l'activité des SAMU pour le transport d'enfants en IRM serait facilitée par l'achat de couveuses amagnétiques pouvant entrer directement dans la machine, évitant la perte de temps qu'implique la sortie de couveuse pour positionner l'enfant dans l'IRM puis la sortie de l'IRM et la réinstallation dans la couveuse de transport.

d) Electroencéphalographie

Cet examen a quelques indications en néonatalogie/ Indépendamment des examens de surveillance de routine, cet examen peut être urgent à toute heure du jour et de la nuit, et à tout moment de la semaine (convulsions, asphyxies périnatales où l'EEG est nécessaire pour la mise en hypothermie etc.). Cela suppose de disposer d'un technicien compétent pour poser l'EEG (c'est parfois fait par les médecins eux-mêmes mais pas toujours de manière optimale, et cela prend beaucoup de temps, ce qui n'est pas toujours évident pendant une garde chargée) et un neurophysiologiste compétent en néonatalogie. Actuellement, dans l'urgence, il peut être fait appel à une entreprise extérieure dont le coût est élevé, les délais d'intervention assez longs, les examens trop courts et la compétence des lecteurs discutable. Un technicien EEG d'astreinte pour l'ensemble des services de néonatalogie de l'APHP, avec un neurophysiologiste susceptible de lire l'examen à distance serait parfaitement justifié.

Proposition : création d'une astreinte et de nuit et le week-end de techniciens EEG pouvant venir poser l'appareillage (et le laisser en place) avec envoi des tracés à un neurophysiologiste compétent en néonatalogie d'astreinte.

e) Nutrition parentérale

Les nouveau-nés admis dans les unités spécialisées sont de plus en plus prématurés. Les besoins nutritionnels sont très spécifiques et conditionnent la qualité du développement futur de ces enfants, notamment cérébral.

Une adaptation plus proche de l'évolution des besoins et donc une grande réactivité est nécessaire, 365 /365 jours. Un rapport récent concernant toute l'IDF a été rendu par le Dr Michèle Granier, présidente du Groupe d'Études en Néonatalogie d'IDF.

Il soulevait une difficulté d'accès à la parentérale à la carte 7 jours/7 pour les types 3 où se trouvent les NN les plus instables et les plus immatures et une difficulté d'accès en général pour les autres unités qui utilisent majoritairement des solutés industriels qui ne sont pas toujours adaptés.

Proposition : développer au sein de l'APHP plusieurs centres capables de fournir dans la journée (semaine et week-end) des parentérales « à la carte ». A terme, offrir ce service aux autres centres de néonatalogie d'IDF.

f) Allaitement maternel

Dans beaucoup de maternités et de service de néonatalogie, la prise en charge et la promotion de de l'allaitement maternel sont insuffisants. Les résultats globaux en France actuellement sont de ce point de vue peu satisfaisants. L'amélioration ne peut venir que d'un personnel dédié, que ce soit en maternité (sage-femme référente en lactation) ou en néonatalogie (puéricultrice référente). Ce personnel favorise aussi le don du lait lorsque les femmes sont bien informées (voir la problématique du lactarium).

Malheureusement, ce sont des postes « transversaux » qui sont les premiers supprimés lors des restrictions de personnel ou des absences.

Proposition : imposer le recrutement dans chaque maternité et service de néonatalogie d'une référente en allaitement qui ne soit pas prise sur l'effectif du service ; former ces référentes en lien avec le lactarium ; dans les maternités et services de néonatalogie proches géographiquement et à niveau d'activité moins important, il est possible d'envisager une mutualisation de cette activité.

g) Organisation du suivi des nouveau-nés vulnérables :

Les réseaux de suivi des enfants vulnérables sont installés ou en voie de création dans toute l'IDF.

Plusieurs services rencontrent des difficultés dans l'organisation du suivi des nouveau-nés et la prise en charge par le CAMPS.

Il faut noter que de très nombreuses consultations de suivi sont assurées par les médecins des services de néonatalogie.

Par ailleurs, les sorties précoces de maternité imposent fréquemment des consultations rapides.

Proposition : envisager un renforcement des réseaux ville / hôpital sur le plan pédiatrique afin de développer la collaboration avec les médecins libéraux dans le suivi des nouveau-nés.

h) Prescription informatisée

L'accès à la prescription informatisée est en cours de développement à l'APHP. Les logiciels sont déclinés de l'adulte aux enfants et ne sont pas adaptés de première intention au nouveau-né.

Certains services de néonatalogie ont développé des logiciels internes de prescription informatisée, essentiellement pour la prescription de la nutrition parentérale. Certains centres n'ont aucun logiciel.

La Société Française de Néonatalogie a développé un logiciel spécifique pour le nouveau-né (Logiprem) que les services de néonatalogie souhaiteraient utiliser car il est d'emblée parfaitement adapté à cette spécialité et permet par ailleurs le recueil de données épidémiologiques sur l'usage des traitements ou autres (alimentation, parentérales...).

Proposition : utiliser le logiciel de prescription de la SFN dès qu'il sera disponible

i) Mutualisation des matériels peu utilisés mais critiques

Il s'agit essentiellement des générateurs d'hypothermie et des respirateurs par oscillation à haute fréquence (OHF). Tous les services sont équipés de ces matériels, mais il arrive que leur nombre soit ponctuellement insuffisant. Actuellement, les services essaient, autant que faire se peut, de se prêter les matériels. Mais cette solution est incertaine et peut mettre dans la difficulté celui qui se prive d'une machine. A l'inverse, acheter un OHF supplémentaire pour des besoins ponctuels ne serait pas toujours justifié.

L'une des solutions serait de mettre à la disposition des services un pool de machines dont ils puissent demander la mise à disposition ponctuellement. Ces machines pourraient être localisées dans les antennes du SAMU puisqu'il semble plus logique de transporter du matériel que de déplacer un enfant.

Cela suppose de la part de tous un comportement responsable et respectueux des autres centres. Il s'agit d'éviter que des centres essaient d'augmenter leur recrutement en disposant d'appareils supplémentaires. Il s'agit également pour chacun des centres de s'engager à rendre l'appareil de réserve dès que possible. Les indications de ces mises à disposition pourraient ainsi être :

- pour les générateurs d'hypothermie :
 - . la prise en charge d'un enfant né dans une maternité de type 3 dont le ou les générateurs d'hypothermie sont déjà utilisés (éviter de déplacer l'enfant) ;
 - . pour les enfants né hors type 3, si tous les centres de réanimation ont leurs appareils d'hypothermie indisponibles, le SAMU pourrait alors demander à un centre qui a des places libres de lui amener l'enfant et l'appareil d'hypothermie.
- pour les OHF : il s'agit en général d'enfants déjà hospitalisés en réanimation et en ventilation conventionnelle. Ponctuellement, le centre peut avoir besoin de passer en OHF et ne pas avoir d'appareil disponible. Il pourrait alors demander une mise à disposition de ces appareils de réserve.

III. STRUCTURES SPECIFIQUES EN LIEN AVEC L'ACTIVITE DE NEONATOLOGIE :

A) SAMU/SMUR

a) Description du dispositif actuel

Il existe actuellement 5 équipes de SMUR pédiatriques dans 4 des 8 SAMU de la région IDF : deux équipes dans Paris, à Necker et Robert-Debré (SAMU de Paris), une équipe à Clamart (SAMU 92), une équipe à Montreuil (SAMU 93) et enfin une équipe à Pontoise (SAMU 95). Les quatre premières dépendent de APHP. Chacune de ces équipes est en charge depuis 1980 d'une zone géographique de la région IDF. Les deux équipes du SAMU de Paris prennent en charge chacune une moitié de Paris.

b) activité en 2012

REPARTITION PAR AGE DES INTERVENTIONS - 2012

| | 75 RD | 75 NEM | 92 | 93 | 95 | TOTAL |
|---------------|-------|--------|------|------|-----|-------|
| Interventions | 1199 | 1 057 | 1608 | 1549 | 625 | 6038 |
| Dont Nouv-nés | 461 | 537 | 959 | 811 | 303 | 3071 |

Les transferts néonataux représentent la moitié de l'activité.

L'extrême et la grande prématurité représentent 27 % et les nouveau-nés à terme 44 % des nouveau-nés transférés.

c) Difficultés et propositions

- Renouvellement des équipes

L'âge moyen des médecins titulaires des SMUR pédiatrique est assez élevé. Il est difficile de recruter des médecins transporteurs même si, parmi les plus jeunes, cette discipline semble redevenir attractive.

Propositions :

-mettre des postes d'internes dans les SMUR pédiatriques qui n'en ont pas.

-Assurer à l'équipe du SMUR pédiatrique de Necker-Enfants Malades (SAMU de Paris) un fonctionnement stable 24h/24 et 365 jours par an (recruter au sein de la pédiatrie à Necker-Enfants Malades ou dans les réanimations néonatales des centres périnataux de type III)

- Répartir les équipes paramédicalisées de l'AP-HP (actuellement 2 à Necker et 2 à R. Debré), vers les hôpitaux de Bicêtre et Louis Mourier de Colombes au vu de l'évolution de l'origine des transferts paramédicalisés néonataux et pédiatriques. Elles permettent aux SMUR pédiatriques de rester disponibles pour les transferts de nouveau-nés et nourrissons présentant les pathologies les plus lourdes.

- Développer les liens avec la cellule d'organisation des transferts maternels d'Ile de France et le service central des ambulances (transferts paramédicalisés) de l'AP-HP. Il serait souhaitable que le régulateur pédiatrique soit en contact direct aisé avec la sage-femme et/ou l'obstétricien de la cellule d'orientation des transferts maternels (transferts « in utero ») d'Ile de France. Cela permettrait une optimisation de ces transferts (connaissance de la pathologie et des places disponibles dans les réanimations néonatales ou pédiatriques des CPN III) et permettrait une réponse meilleure lorsqu'ils sont contre-indiqués ou impossibles : intervention anté-natale d'un SMUR pédiatrique, dans les maternités de type I ou IIa. Le lien avec le service central des ambulances de l'APHP et son GTS permettrait une meilleure régulation des transferts inter-hospitaliers pédiatriques, sous la surveillance d'un (e) infirmier (e) spécialisé(e).

B. Le CNRHP

a) Description de la situation actuelle

Le CNRHP est un centre de référence intégré à l'APHP en 2003.

- . **Deux champs de compétences spécifiques de la Périnatalité** ont été définis : incompatibilités érythrocytaires foeto-maternelles et ictères sévères
- . **Quatre types de missions** pour chacun de ces deux champs:
 - Diagnostic et prise en charge
 - Enseignement/formation
 - Recherche
 - Epidémiologie et veille sanitaire

. le CNRHP est un « dispositif de liaison et de suivi », « disponible à la collectivité et aux professionnels » de l'échelle « locale à régionale et nationale » afin d'améliorer « la prévention, l'information et la formation, de recueillir et d'exploiter les données épidémiologiques ».

Fonctionnement en deux unités coordonnées par le Pr B. Carbonne

- **Une Unité Clinique** localisée sur Trousseau depuis Fev 2012, qui est une unité de gestion (Dr A. Cortey) au sein de l'UF Obstétrique et CNRHP du Pole Périnatalité du GH Est parisien:
- **Une Unité Biologique** localisée sur Saint-Antoine, Unité Fonctionnelle (Dr A. Mailloux) directement rattachée au Pôle biologie du GH Est parisien:

Activités

- **Permanence clinique** d'aide au diagnostic et à la prise en charge 24h/24 et 365j par an
 - consultations néonatales « ictère et anémie hémolytique »
 - consultations conseils ou de référence pour nouveau-né ou couple avec immunisations
 - Actes transfusionnels spécialisés : exsanguino-transfusions néonatales et transfusions fœtales

- Enseignement/ Formations

Le CNRHP assure de multiples missions d'enseignement dans des DU ou DIU, DESC, congrès etc.

- Recherche, épidémiologie, veille sanitaire

Le CNRHP participe à des études sur les traitements de l'ictère sévère par photothérapie

Le registre loco-régional « hyperbilirubinémie sévère » est en panne depuis 2010 (recueil interrompu) et les registres « ictère nucléaire » et « IFME sévère » restent en projets

b) Difficultés et propositions

Il existe une sous-valorisation financière de l'activité de conseil nécessitant pourtant une compétence très spécialisée aboutissant à un manque criant de personnel pour faire fonctionner correctement cette structure. De ce fait, plusieurs missions ne peuvent être assurées de manière satisfaisante suivi des enfants avec ictères sévères ; données épidémiologiques qui sont indispensables si l'on souhaite évaluer l'impact des sorties précoces sur la prise en charge de l'ictère ; enseignement et formation.

Propositions :

- **reconnaissance de la structure comme lieu de stage pour les internes en pédiatrie ;**
- **retour aux moyens initiaux qui ont été retirés à la structure lors du transfert à l'APHP**

C. LACTARIUM D'ÎLE DE FRANCE

Le lait de femme est le lait de référence pour nourrir les nouveau-nés prématurés de moins 32 semaines d'âge gestationnel (AG). Lorsque la mère n'allait pas l'utilisation de lait de **don anonyme** (lait de lactarium) est incontournable. En outre, les risques infectieux restreignent à ce terme l'usage du lait de la mère frais imposant le recours à du lait de la mère donné pasteurisé (**don dirigé**).

Dans les services de néonatalogie d'Île-de-France, la distribution de lait humain pasteurisé est assurée pour :

- le lait de la propre mère par un des sept **lactariums à usage intérieur**

| Lactarium intérieur | Volumes de lait pasteurisés/an (données 2010) |
|---------------------|---|
| C H Cochin(75) | 1 140 litres |
| Robert Debré (75) | 142 litres |
| R. Ballanger (93) | 0 litre |
| R. Dubos(95) | 350 litres |
| Groupe HEM (95) | 150 litres |
| CHS Francilien (91) | 800 litres |
| CHIC (94). | 436 litres |

et le **lactarium régional d'Île-de-France (à usage intérieur et extérieur)** qui personnalise le lait de don dirigé pour les hôpitaux qui n'ont pas de lactarium à usage intérieur : **1392 litres / an**

- le lait humain provenant de dons anonymes par le lactarium régional d'Île-de-France : 4500 litres / an et le lactarium de Marmande : 1500 litres / an. Le cout d'un litre de lait pasteurisé est fixé par l'arrêté ministériel de mars 2008 à 80 euros/litres pour le lait congelé et 156 euros/litres pour le lait lyophilisé soit un surcoût pour les établissements commandant du lait à Marmande.

Le lactarium régional d'Ile de France assure annuellement la plus grosse distribution nationale de lait don anonyme pasteurisé/congelé. Il doit faire face de façon récurrente à une pénurie du nombre de donneuses et donc à un manque de lait humain provenant de dons anonymes. La promotion de l'allaitement maternel et du don de lait est donc une mission essentielle dans l'activité du lactarium,

Le lactarium d'IDF pasteurise donc régulièrement pour 8 services de néonatalogie et distribue du lait de don anonyme à 9 établissements de l'APHP et 16 établissements hors APHP.

Seuls deux centres de l'APHP disposent d'un lactarium à usage interne.

L'expertise, la rentabilité et l'efficience de la structure du lactarium régional d'IDF sont à mettre en balance avec les contraintes logistiques, de personnel et de sécurité qu'implique le développement d'un lactarium à usage interne.

Le développement de l'activité qui améliorera l'efficience du lactarium implique sûrement des moyens supplémentaires, notamment en amont l'organisation de la collecte avec le besoin en transporteurs, mais aussi l'organisation de la redistribution du lait pasteurisé.

Cette stratégie devrait **limiter le recours au lait de Marmande** dont le coût est double (1500 litres consommés en 2012 sur l'île de France).

D. Activité de circulation extra- corporelle (AREC ECMO) en période néonatale

a) Etat des lieux

L'assistance respiratoire extra-corporelle (AREC ou ECMO) est une technique lourde de recours pour la prise charge des enfants en situation d'hypoxie réfractaire malgré une prise en charge conventionnelle optimale.

En période néonatale, elle est en particulier proposée aux enfants qui présentent les affections suivantes : hernie diaphragmatique, syndrome d'inhalation méconiale, choc septique, syndrome de détresse respiratoire aigüe.

Actuellement, cette activité en Ile-de-France, est réalisée dans un seul centre situé dans le service de réanimation de l'hôpital Armand Trousseau. Ces nouveau-nés sont pour la plupart transférés d'autres unités de réanimation de la région et d'autres régions métropolitaines. De plus, les nouveau-nés qui présentent des affections à risque d'hypoxie réfractaire (*ie* hernie diaphragmatique, syndrome d'inhalation méconiale sévère), sont directement adressés par les SAMU, quel que soit le secteur de la maternité d'origine.

Après une diminution nette de cette activité dans les années 90, après l'apparition de nouvelles techniques de prise en charge des détresses respiratoires (monoxyde d'azote inhalé, ventilation haute fréquence), depuis le début des années 2000, l'activité a réaugmenté pour atteindre un niveau stable de 15 à 20 NN par an en IDF (cf Tableau 1).

Tableau 1

| Année | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| N Patients < 28 j | 20 | 13 | 13 | 25 | 15 | 20 | 25 | 19 |

D'autres centres pratiquant l'assistance respiratoire extra-corporelle pour les nourrissons et les enfants plus grands existent, notamment à Bicêtre.

b) Perspectives

Cette activité engendre un surcoût en personnel infirmier, en ligne d'astreintes de sécurité médicale, en produits sanguins, en matériel et en médicaments onéreux.

Toutefois, ce surcoût est depuis 2010 compensé grâce à la valorisation par le biais des MERRI. Cette valorisation doit rester pérenne et être défendue auprès des instances, en particulier en raison du développement de l'assistance respiratoire extra-corporelle pour les patients pédiatriques non nouveau nés et les adultes.

L'activité d'AREC/ECMO néonatale, très spécialisée et concernant un faible nombre d'enfants ne peut être optimisée que si une masse critique de patients est atteinte ce qui suppose, pour la période néonatale de ne

conserver qu'un seul centre sur l'Île de France. C'est cet esprit qui avait gouverné les conclusions du rapport sur la néonatalogie à l'AP-HP pour le plan stratégique 2005-2010 et qui déjà préconisait la conservation d'un seul centre de CEC néonatale en Ile-de-France. L'expérience et les compétences des équipes médicales mais aussi para-médicales sont à prendre en considération afin d'assurer une prise en charge optimale des patients par cette technique très spécialisée.

Enfin la stabilité du recrutement devrait être pérenne dans les années à venir comme cela est constaté dans le reste du monde dans le registre de l'ELSO (Extracorporeal Lung Support Organisation).

Proposition : maintenir le centre de CEC néonatale tel qu'il est actuellement organisé à Trousseau. D'autres centres sont susceptibles de se proposer pour assurer cette activité, ce qui devra être discuté au niveau de la collégiale et avec les instances administratives. La réflexion sur un autre centre doit prendre en compte l'expertise existante et la nécessité de ne pas multiplier les centres afin d'éviter une concurrence qui ne peut être que délétère.

ANNEXES

- 1. *Rapport SMUR/SAMU***
- 2. *Rapport CNRHP***
- 3. *Rapport Lactarium***

1. SAMU/SMUR (Dr Jean-Louis CHABERNAUD)

I – DESCRIPTION DU DISPOSITIF ACTUEL

Il existe actuellement 5 équipes de SMUR pédiatriques dans 4 des 8 SAMU de la région Ile de France : deux équipes dans Paris, à Necker et Robert-Debré (SAMU de Paris), une équipe à Clamart (SAMU 92), une équipe à Montreuil (SAMU 93) et enfin une équipe à Pontoise (SAMU 95). Les quatre premières sont au sein de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Chacune de ces équipes est en charge depuis 1980 d'une zone géographique de la région Ile de France. Les deux équipes du SAMU de Paris prennent en charge chacune une moitié de Paris et les trois autres SMUR pédiatriques de la petite et grande couronne, 3 grands secteurs géographiques composés de plusieurs départements):

- Nord-Ouest (Pontoise),
- Nord-Est/Sud-Est (Montreuil)
- Sud/Sud-Ouest (Clamart).

Ces différents SMUR utilisent un matériel et des méthodes de mise en condition très proches ainsi qu'une feuille de transport identique.

II - ACTIVITE EN 2012

REPARTITION PAR AGE DES INTERVENTIONS - 2012

| | 75 RD | 75 NEM | 92 | 93 | 95 | TOTAL |
|-----------------------|-------|--------|------|------|-----|-------------|
| Interventions | 1199 | 1 057 | 1608 | 1549 | 625 | 6038 |
| NNés | 461 | 537 | 959 | 811 | 303 | 3071 |
| J28-2 ans | 383 | 242 | 514 | 542 | 264 | 1945 |
| 2 ans 1j-5 ans | 153 | 98 | 111 | 171 | 49 | 582 |
| > 5 ans | 202 | 180 | 24 | 25 | 9 | 440 |

Les transferts néonataux représentent la moitié de l'activité.

PRISE EN CHARGE DES NOUVEAU-NES D'AGE ≤ H24 - 2012

L'extrême et grande prématurité représentent 27 % et les nouveau-nés à terme 44 % des nouveau-nés transférés.

| Age gestationnel | 75 RD | 75 NEM | 92 | 93 | 95 | TOTAL |
|-------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|
| ≤ 28 SA | 25 | 24 | 44 | 48 | 11 | 152 |
| 29S-32 SA+6j | 46 | 97 | 117 | 76 | 35 | 371 |
| 33-36 SA+6j | 83 | 118 | 186 | 123 | 58 | 568 |
| ≥ 37 SA | 139 | 100 | 291 | 233 | 94 | 857 |
| Total NNés ≤ 24h | 293 | 339 | 638 | 480 | 198 | 1948 |

III- DIFFICULTES

Renouvellement des équipes

L'âge moyen des médecins titulaires des SMUR pédiatrique est assez élevé. Il est difficile de recruter des médecins transporteurs même si, parmi les plus jeunes, cette discipline semble redevenir attractive. Il est regrettable qu'il n'y ait pas d'internes dans les SMUR pédiatriques de Montreuil et Necker.

- Assurer à l'équipe du SMUR pédiatrique de Necker-Enfants Malades (SAMU de Paris) un fonctionnement stable H24 et 365 jours par an : recruter au sein de la pédiatrie à Necker-Enfants Malades ou dans les réanimations néonatales centres périnataux de type III.

- Répartir les équipes paramédicalisées de l'AP-HP (actuellement 2 à Necker et 2 à R. Debré), vers les hôpitaux de K.Bicêtre et Louis Mourier de Colombes au vu de l'évolution de l'origine des transferts paramédicalisés néonataux et pédiatriques. Elles permettent aux SMUR pédiatriques de rester disponibles pour les transferts de nouveau-nés et nourrissons présentant les pathologies les plus lourdes.

- Développer les liens avec la cellule d'organisation des transferts maternels d'Ile de France et le service central des ambulances (transferts paramédicalisés) de l'AP-HP :

Adaptation et renouvellement du matériel

Il devient en particulier urgent que les SMUR pédiatriques puissent être équipés d'OHF de transports et de matériel d'hypothermie. Les conditions actuelles ne permettent pas actuellement ces investissements

Il serait souhaitable que ce régulateur pédiatrique soit en contact direct aisé avec la sage-femme et/ou l'obstétricien de la cellule d'orientation des transferts maternels (transferts « in utero ») d'Ile de France. Cela permettrait une optimisation de ces transferts (connaissance de la pathologie et des places disponibles dans les réanimations néonatales ou pédiatriques des CPN III) et permettrait une réponse meilleure lorsqu'ils sont contre-indiqués ou impossibles : intervention anté-natale d'un SMUR pédiatrique, dans les maternité de type I ou IIa. Le lien avec le service central des ambulances (SCA) de l'AP-HP et son GTS permettrait une meilleure régulation des transferts inter-hospitaliers (TIIH) pédiatriques, sous la surveillance d'un (e) infirmier (e) spécialisé(e).

2. CNRHP (Dr Anne CORTEY)

Le CNRHP est un centre de référence **intégré à l'APHP en 2003** par transformation du CHP, Centre d'Hémobiologie Périnatale (structure privée à but non lucratif) selon la **circulaire fondatrice DGS/DHOS n°2004-156 du 29 Mars 2004**. Elle définit :

- **Deux champs de compétences spécifiques de la Périnatalité: incompatibilités érythrocytaires foeto-maternelles et ictères sévères**
- **Quatre types de missions** pour chacun de ces deux champs:
 - Diagnostic et prise en charge
 - Enseignement/formation
 - Recherche
 - Epidémiologie et veille sanitaire

Remarques :

. Les trois dernières missions sont en sus des missions du CHP

. Ces missions génèrent des actions et des activités non valorisées par la T2A à l'origine d'un versement de MIGAC fléchées « CNRHP clinique »

- **le CNRHP comme un « dispositif de liaison et de suivi », « disponible à la collectivité et aux professionnels » de l'échelle « locale à régionale et nationale »** afin d'améliorer « la prévention, l'information et la formation, de recueillir et d'exploiter les données épidémiologiques ».

Un comité d'orientation et de veille scientifique a pour mission de fixer chaque année les objectifs du CNRHP et de veiller à leur réalisation.

Remarque : L'organisation et le fonctionnement du CNRHP ne sont pas définis dans la circulaire mentionnée ci-dessus, ni des moyens nécessaires pour assurer les missions en particulier moyens en personne. Ils font l'objet d'annexes de la convention entre APHP et CNRHP signée lors de l'intégration en 2003.

Fonctionnement en deux unités coordonnées par le Pr B. Carbonne:

- **Une Unité Clinique localisée sur TRS depuis Fev 2012**, qui est une unité de gestion (Dr A. Cortey) au sein de l'UF Obstétrique et CNRHP du Pole Périnatalité du GH Est parisien:

- . 3,3 ETP médicaux dont un seul pédiatre diplômé du DUTS; 1ETP PH temps plein et 2,3 ETP de PHC répartis sur 3 personnes
- . 0,8 ETP secrétaire et 3 ETP infirmières

Remarques :

. Réduction régulière des effectifs médicaux depuis 2005 : 3,3 ETP contre 5,9 ETP (2 PH et 3,9 PHC)//

. Fragilité des effectifs : 1,6 ETP à moins de deux ans de la retraite//Faible représentation de la qualification pédiatrique et transfusionnelle correspondant aux domaines d'expertise du centre : un seul ETP sur 3,3.

. Faible visibilité de l'unité clinique dans l'offre de soin dans l'organisation en UG.

. Pas d'habilitation comme lieu de formation en néonatalogie ni en transfusion

- Une Unité Biologique localisée sur SAT, Unité Fonctionnelle (Dr A. Mailloux) directement rattachée au Pôle biologie du GH Est parisien:

- . 3 ETP pharmaciens biologistes
- . 50 ETP de technicien, 1 ETP ingénieur en biologie, 2 ETP secrétariat.

Activités :

1. Permanence clinique d'aide au diagnostic et à la prise en charge 24h/24 et 365j par an assurée la nuit et dimanche par une astreinte clinique opérationnelle

- **appels téléphoniques et mails:** en moyenne 30-40/j (IDE et un clinicien) et 2 la nuit émanent du public (5 et 10 par jour) mais surtout de professionnels : majoritairement pédiatre puis sage-femme, obstétricien et EFS.

Remarques :

. Double expertise : pédiatrique et transfusionnelle requise pour 1 appel sur quatre et représentée par un seul médecin

. Faible effectif médical 3,3 ETP pour assurer permanence opérationnelle annuelle jour et nuit

. Activité très consommatrice de temps médical et paramédical et d'expertise non valorisée par la T2A

- **consultations néonatales** « ictère et anémie hémolytique »

- . 1400-1500/mois ; enfants adressés pour 1/3 par PMI, secteur libéral, HAD et 2/3 par hôpitaux privés et publics d'Ile de France (dont 1/3 de TRS).

- **Consultations conseils ou de référence** pour nouveau-né ou couple avec immunisation : 150/an

Remarques :

. consultations conseils en recul du fait de la discontinuité des convocations

. Disparition des consultations de suivi de développement des enfants avec hyperbilirubinémies sévères et/ou anémies fœtales par manque d'effectif pédiatrique qualifié

- **Actes transfusionnels spécialisés** : exsanguino-transfusions néonatales et transfusions fœtales

. receveurs nouveau-nés ou fœtus transférés pour les 2/3 et hors Île de France pour les fœtus dans 1/2 des cas.

. 70 à 90 transfusions fœtales par an (programmées à 80% des cas) et 10 à 20 exsanguino-transfusions par an (toujours en urgence)

Remarques :

.Chaque acte mobilise 8 heures de clinicien par acte (choix des PSL et traçabilité en sus actes)

Un seul temps plein ayant la double expertise pédiatrique et transfusionnelle et la formation pour assurer les transfusions fœtales; un PHC (0,7 ETP) formé assure ces actes par dérogation.

. Un seul temps plein est autorisé à assurer les conseils transfusionnels et le choix des PSL. Hémovigilance locale et régionale en alerte.

2. Enseignement/ Formations

- Cours: DESC néonatalogie (différentes régions de France) ; DU pédiatrie maternité; INTS; DUTS; IFTAB; Ecole sages-femmes Baudelocque et SAT

- Conférences: GEN- IF; JFRN ; Congrès anti-âge; Journées post-universitaires Trousseau; Assises de sages-femmes, journées allaitement.....

- Formation : Internes TRS; Staffs régionaux; GEN- IF , Midi Pyrénées, PACA

- Avis d'experts : Protocoles ictères ou incompatibilités, locaux, régionaux ou nationaux; RCP;

Relecture articles pour revue

- Groupes de travail: Affsaps (IglV, transfusion), « Globules rouges ile de France »; GEN-If (protocole EST, enquête ictère), EFS

Remarque : cette mission d'enseignement est assurée par le seul ETP PH pédiatre du CNRHP clinique dont elle mobilise 0,5 ETP par semaine.(hors attributions PH).

3. Recherche

- Etude DELF: comparaison d'efficacité de la photothérapie avec lampes fluorescentes et avec LED chez le nouveau-né à terme: arrêt prématuré (fermeture mater SAT) ; Analyse des résultats en cours (URC Est)

- Aide au développement et évaluation des caractéristiques techniques de nouveaux dispositifs de photothérapie (LED) (Crigler najjar ; Nouveau-né)

- AGEPS : appel offre périnat : dispositifs de photothérapie

Remarque : cette mission est assurée par le seul ETP PH pédiatre du CNRHP clinique

4: Epidémiologie et veille sanitaire

Le registre loco-régional « hyperbilirubinémie sévère » est en panne depuis 2010 (recueil interrompu) et les registres « ictère nucléaire » et « IFME sévère » restent en projets

Remarques :

. pas de personnel qualifié ou à temps disponible pour mettre en route les registres ni les pérenniser, ni même assurer le recueil suivi des données.

En conclusion :

Sous valorisation financière de l'activité de de conseil nécessitant pourtant une compétence très spécialisée ;

Missions non remplies: suivi des enfants avec ictères sévères, pas de données épidémiologiques ce qui est impossible à maintenir si on souhaite évaluer l'impact des sorties précoces sur la prise en charge de l'ictère.

Mission d'enseignement et de formation à développer car domaine mal connu et gravité sous-estimée en particulier pendant les suivis de grossesse.

Reconnaissance de la structure comme lieu de stage pour les internes en pédiatrie

Pérennité et spécialisation de l'équipe médicale à maintenir et probablement nécessité de retour des moyens initiaux qui ont été retirés à la structure au transfert à l'APHP.

Développer la visibilité et l'activité de cette structure originale sous exploitée par manque de moyens, qui pourrait avoir un rôle majeur en termes de santé publique et d'observatoire des ictères et de leur prise en charge, de surveillance et du suivi des incompatibilités.

3. Lactarium (Dr Virginie RIGOURD)

Lactariums en Île de France

- Le lait de femme est le lait de référence pour nourrir les nouveau-nés prématurés de moins 32 semaines d'âge gestationnel (AG). Il permet, de part ses qualités nutritionnelles et biologiques, d'optimiser la croissance et le développement de ces nouveau-nés immatures, mais aussi de participer à la prévention de pathologies spécifiques et sévères de la période néonatale telles que l'entérocolite ulcéro-nécrosante. Lorsque la mère n'allaite pas l'utilisation de lait de **don anonyme** (lait de lactarium) est incontournable. De plus le lait de la propre mère donné frais peut présenter chez les prématurés de moins de 32SA et/ou de moins de 1500g une source de contamination bactérienne (staphylocoques, entérobactéries) et virale (cytomégalovirus). Ce risque restreint l'usage du lait de la mère de l'enfant donné frais en faveur du lait de la mère donné pasteurisé (**don dirigé**).

- Dans les services de néonatalogie d'Île-de-France, la distribution de lait humain pasteurisé est assurée pour :

- le **lait de la propre mère (don dirigé)** par:

-un des sept **lactariums à usage intérieur**

| Lactarium intérieur | Volumes de lait pasteurisés |
|---------------------|-----------------------------|
| C H Cochin(75) | 1 140 litres |
| Robert Debré (75) | 142 litres |
| R. Ballanger (93) | 0 litre |
| R. Dubos(95) | 350 litres |
| Groupe HEM (95) | 150 litres |
| CHS Francilien (91) | 800 litres |
| CHIC (94). | 436 litres |
| Données 2010 | 3 018 litres |

et le **lactarium régional d'Île-de-France (à usage intérieur et extérieur)** qui personnalise le lait de don dirigé pour les hôpitaux qui n'ont pas de lactarium à usage intérieur : 1392 litres / ans

Jusqu'à récemment le lactarium régional pasteurisait le lait de don dirigé pour 8 services de néonatalogie d'île de France (5 niveau III et 3 niveau IIB) ; avec l'extension de l'utilisation du lait cru et l'ouverture de lactarium à usage interne le nombres de services concernés est passé à 7 et seulement 3 d'entre eux demandent une pasteurisation hebdomadaire. Seuls deux centres de l'APHP disposent d'un lactarium à usage interne. Les autres centres de type 3 ou 2b font appel au lait de lactarium ou demande une pasteurisation par le lactarium régional d'Île de France.

L'apparition de lactariums à usage interne est une spécificité régionale. Leur rôle dans la promotion de l'allaitement maternel chez les plus immature à été récemment démontré. Le bénéfice espéré de réduire le délai d'administration du lait pasteurisé d'une mère à son propre enfant justifie leur déploiement mais doit être mis en balance avec le coût du traitement du lait par ces nouvelles structures. L'obtention d'une autorisation de fonctionnement conformément au décret du 13 juillet 2010 impose un investissement lourd en personnel et en matériel. Ce lait sécurisé distribué pourrait avoir un prix de revient très supérieur à celui fixé par l'arrêté du 18 mars 2009. Une discussion au cas par cas devrait être envisagée en fonction des besoins en lait de femme de l'établissement, des protocoles nutritionnels de service, de la proximité du lactarium régional.

•le lait humain provenant de **dons anonymes** par le lactarium régional d'Île-de-France : 4500 litres / an et le lactarium de Marmande : 1500 litres / an. Le cout d'un litre de lait pasteurisé est fixé par l'arrêté ministériel de mars 2008 à 80 euros/litres pour le lait congelé et 156 euros/litres pour le lait lyophilisé soit un surcoût pour les établissements commandant du lait à Marmande. Le lactarium régional d'Île de France distribue du lait de don anonyme à 9 établissements de l'APHP et 16 établissements hors APHP (12 publiques et 4 privés). La pénurie chronique en lait de lactarium sur l'Île de France, alors que 25% des moins de 32SA et ou moins de 1500g y naissent, impliquent sûrement de donner des moyens supplémentaires au lactarium régional pour renforcer la promotion du don, optimiser la collecte et faciliter la distribution du lait

pasteurisé mais qui doit aussi conduire à utiliser au maximum le lait de sa propre mère. Cette stratégie devrait aussi **limiter le recours au lait de Marmande** dont le coût est double (1500 litres consommés en 2012 sur l'île de France).

Du fait de la pénurie en lait de femme, **la politique encourageant à la fois le don de lait anonyme et le don de lait personnalisé doit renforcée.**

- Les lactariums collectent, préparent, traitent, qualifient, conservent et délivrent sur prescription médicale le lait de femmes pour les 2 500 nouveau-nés de moins de 32 SA qui naissent en Île-de-France chaque année. **L'analyse des besoins régionaux en lait humain** pour les services de néonatalogie de type 2B et 3 montre qu'ils sont étroitement dépendants de protocoles nutritionnels pratiqués dans les différents services (indication du lait cru, utilisation du lait pasteurisé, commande de lait congelé ou lyophilisé aux lactariums.) et de la disponibilité en lait humain pasteurisé. Le lactarium régional d'Ile de France assure annuellement la plus grosse distribution nationale de lait don anonyme pasteurisé et congelé. Il doit faire face de façon récurrente à une pénurie du nombre de donneuses et donc à un manque de lait humain provenant de dons anonymes. La **promotion de l'allaitement maternel et du don de lait** est donc une mission essentielle dans l'activité du lactarium régional, redéfini tout récemment par le décret n°2010-805 du 13 juillet 2010 et clairement énoncées comme une action de prévention de la santé par le rapport Turck 2010. Cette action de promotion du don pourrait bénéficier d'un relais à l'échelon régional.

Paris le 2 décembre 2013

Docteur Rigourd

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized, cursive 'R' followed by a horizontal line extending to the right.

PLAN STRATEGIQUE 2015 – 2019

Réanimation Pédiatrique

Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

Réflexions pour le Plan stratégique 2014-2019

Spécialité : Pédiatrie

Propositions pour : Réanimation Pédiatrique

Rédigées par : Pr Stéphane Dauger, Hôpital Robert Debré, Paris

Validées par : Pr Brigitte Estournet, Hôpital Raymond Poincaré, Garches
Pr Philippe Hubert, Hôpital Necker Enfants-Malades, Paris
Pr Sylvain Renolleau, Hôpital Trousseau, Paris
Prs Pierre Tissières et Denis Devictor, Hôpital Bicêtre

Dates de correction des versions successives:

V#1 : 16/09/2013
V#2 : 20/09/2013
V#3 : 25/09/2013

1 - Etat des lieux de la Réanimation Pédiatrique en Ile-de-France

1 - a - Organisation

En France, la réanimation pédiatrique, toujours **médicochirurgicale**, est une spécialité quasi uniquement présente dans les **CHU** (hors réanimations spécialisées – *ie* cardiologie, neurochirurgie). En Ile-de-France, l'AP-HP regroupe les **cinq services** de réanimation pédiatrique médicochirurgicale polyvalente du territoire de santé (Hôpitaux de Bicêtre, Necker Enfants Malades, Trousseau, Raymond Poincaré, et Robert Debré).

Depuis 2006 (Décret 2006-72 du 24 janvier 2006), ces services assurent deux types d'activité: i) une **activité de réanimation pédiatrique** (URP), destinée à « des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance », et définie par une quinzaine d'actes marqueurs dont les principaux sont les supports ventilatoire ou hémodynamique et l'épuration extra-rénale, ii) une **activité de surveillance continue** (USC), « pour des nourrissons, enfants et adolescents qui nécessitent une surveillance rapprochée ou continue en raison d'un risque de défaillance d'un ou de plusieurs organes ne nécessitant pas la mise en œuvre de méthode de suppléance ». Trois services sur cinq ont été labellisés « Réanimation Pédiatrique Spécialisée ».

Ces cinq services, tous situés dans des hôpitaux avec une plus ou moins forte activité pédiatrique, ont chacun développé des **domaines de compétence** en plus de leur activité généraliste, en raison de choix historiques ou de particularités de recrutement: greffe de foie, Bicêtre ; immunodépression congénitale, Necker ; pathologies neuromusculaires, Garches ; assistance ventilatoire et circulatoire extracorporelle du nouveau-né et du nourrisson, Trousseau ; greffe de moelle pour pathologies hématologiques, Robert Debré.

Tous ces services, sauf Garches, ont été **reconstruits récemment** (Trousseau, Bicêtre, Necker) ou sont en cours de reconstruction (Robert Debré). Les services de Bicêtre et Trousseau sont associés à un service de Réanimation Néonatale.

Comme souvent en Ile-de-France le **personnel paramédical** est très **jeune** avec un **renouvellement important** (spécialité difficile, départs en province) alors qu'il nécessite une phase de formation de plusieurs semaines lors de la prise de fonction qui n'est pas toujours prise en compte dans le calcul des effectifs par l'administration de certains établissements. De même ce personnel jeune présente un taux d'absentéisme plus important en comparaison à la moyenne de l'AP-HP en raison des congés de maternité et des demandes de formations.

L'encadrement médical universitaire de ces services est porté par six PU-PH, dont deux à Bicêtre mais un seul à très court terme au départ du Pr Denis Devictor, tous chefs de service, et sept Chefs de Clinique-Assistants des Hôpitaux (un seul poste à Bicêtre et Garches). Ce nombre est bien **inférieur à celui des services de réanimation adulte médicale ou chirurgicale** des CHU d'Ile-de-France avec une activité équivalente. **L'encadrement médical** (Praticiens Hospitaliers, Praticiens Hospitaliers Contractuels, Médecins Attachés) est assez hétérogène entre les cinq services mais en moyenne **inférieur à des services équivalents de province** (CHU Lille, Nantes, Lyon). Dans le cadre de l'augmentation du *numerus clausus* et du nombre d'internes de pédiatrie en Ile-de-France survenus ces dernières années le nombre de postes en Réanimation Pédiatrique a été porté ces dernières années à quatre internes par service.

1 - b - Activité

Les services de Réanimation Pédiatrique accueillent des patients de toute l'Ile-de-France mais plus particulièrement de leur **bassin de population** bien que ceux-ci ne soient pas spécifiquement définis à ce jour. L'activité générale des URP/USC est en **augmentation constante** sur les cinq dernières années, avec une augmentation plus nette des patients d'USC. Ces patients proviennent à la fois des services de spécialités ou de pédiatrie générale de l'établissement concerné (regroupement des patients instables) et des hôpitaux périphériques de l'Ile-de-France. Comme dans bien d'autres secteurs de pédiatrie spécialisée, les patients semblent de plus en plus « lourds » avec **un taux et une gravité des comorbidités croissants** (polymalformation, pathologies chroniques, immunosuppression). **L'activité chirurgicale** de référence, néonatale ou pédiatrique, représente selon les services de 30 à 50% du total des admissions (viscérale, ORL, orthopédie, greffes d'organes solides). L'activité est particulièrement affectée par les **épidémies hivernales** avec un nombre très important de refus de malades faute de place de la mi-octobre à la mi-janvier, conduisant fréquemment à des transferts hors Ile-de-France.

Les services de Réanimation et USC pédiatriques souffrent plusieurs mois par an d'un **manque de place d'aval**, plus particulièrement pour les **patients nécessitant des soins lourds prolongés** (insuffisants respiratoires chroniques essentiellement).

Plusieurs mois de l'année, le manque de personnel paramédical conduit quasiment tous les services à la **fermeture de lits d'USC voire d'URP**, essentiellement en été.

Bien que le codage de l'activité d'USC ait été remis à niveau il y a deux ans dans la CCAM, **la valorisation des actes de réanimation et surtout d'USC** demeure difficile en raison de codages calqués sur les actes médicaux adultes.

1 - c - Rayonnement régional, national, international

Les services de réanimation pédiatrique d'Ile-de-France participent activement à la formation médicale tant en **troisième cycle** qu'en **post-internat**, ainsi qu'à la **formation médicale continue**. Ils sont particulièrement attractifs pour les internes provinciaux en raison d'un recrutement important et varié conduisant à un accueil très régulier sur des postes d'**Inter-CHU**. La formation des pédiatres réanimateurs est assurée au niveau national par un **DIU** sous l'égide du GFRUP auquel les services d'Ile-de-France participent activement ; la filière du DESC de Réanimation, choisie par les plus anciens, va s'arrêter dans les mois à venir si la création d'un DES de Réanimation est confirmée.

L'activité universitaire n'est pas à ce jour optimale en raison **des sous-effectifs médicaux** et plus particulièrement **universitaires** ne permettant pas de dégager un temps suffisant pour la recherche, clinique, fondamentale ou translationnelle. Les services de réanimation pédiatrique d'Ile-de-France participent à de nombreuses études nationales et internationales bien que là aussi, les effectifs médicaux et le temps possiblement dédié à la recherche soient particulièrement contraints.

2 - Conséquences et perspectives

Selon ces constatations, les chefs de service des unités de Réanimation et Surveillance Continue Pédiatriques ont suggéré les points suivants qu'ils souhaiteraient voir intégrer dans le volet pédiatrique du plan stratégique 2014-2019 de l'AP-HP, et surtout **défundus de manière forte par notre Collégiale de Pédiatrie** dans le but d'améliorer la prise en charge de nos patients dans les cinq années à venir :

2 - a - Organisation

- **Augmenter le nombre de lits d'USC adossés aux services de Réanimation** et sous leur responsabilité médicale et organisationnelle, avec le personnel paramédical et médical dédié, modulables et transformables en lits de Réanimation selon les besoins, entre autres lors des épidémies hivernales, **si et seulement si un personnel paramédical formé et compétent en réanimation pédiatrique est disponible au sein de chaque hôpital** afin de conserver les ratio patient/personnel présentés dans le décret 2006. Cette augmentation permettra de

répondre à la demande intra-hospitalière et aux rapprochements de réanimation des patients les plus instables en périphérie. Cette organisation demande une réflexion anticipée et pérenne en totale collaboration entre l'encadrement médical et paramédical concerné et l'administration de chaque hôpital.

- **Amorcer une réflexion sur le regroupement des USC médicale et chirurgicale** dans les hôpitaux de Trousseau, Bicêtre et Robert-Debré, sous la supervision médicale et paramédicale du service de réanimation pédiatrique afin d'optimiser la qualité de la surveillance, la répartition du personnel médical et paramédical compétent et formé en réanimation pédiatrique, la fluidité de l'utilisation des lits, typiquement lors des pics d'épidémies.

- **Créer de lits d'USC dans les hôpitaux périphériques**, pour les patients les moins instables, rattachés administrativement par une convention avec un service de réanimation pédiatrique responsable du secteur géographique (**territorialisation de l'activité**) et assurant le recours en cas de dégradation, l'évaluation des malades les plus compliqués, la formation initiale et continue des personnels médicaux et paramédicaux. Ce travail a été débuté en septembre 2013 par l'ARS et nécessite un soutien sans faille de la Collégiale de Pédiatrie, et donc de l'AP-HP.

- **Créer de lits de réanimation intermédiaire** pour les nourrissons, enfants et adolescents qualifiés de subaigus, nécessitant des soins techniques lourds et un recours fréquent à la réanimation. Cette réflexion est en cours depuis cet été en cours au sein de l'AP-HP et de l'ARS. Au stade actuel, les besoins ont été estimés à 17 lits. Le CHU Raymond Poincaré pourrait en identifier dix ; la réflexion se poursuit pour répartir les autres à proximité des différents services de réanimation pédiatrique. Le nombre de lits pédiatriques demandés permettrait une amélioration franche des places disponibles en aval des lits de réanimation et donc de la fluidité de fonctionnement particulièrement lors des épidémies hivernales.

2 - b - Personnel

- **Respecter strictement** au sein de chaque Groupe Hospitalier et chaque CHU le **ratio de personnels infirmiers par nombre de lits de réanimation et de surveillance continue** tel que décrit dans les décrets de 2006.

- Prendre en compte dans le calcul des effectifs au sein de chaque Groupe Hospitalier et chaque CHU la **période de formation** nécessaire à l'accueil de nouveaux personnels infirmiers en réanimation pédiatrique, période fondamentale au maintien de la sécurité dans cette activité considérée comme à hauts risques et favorisant la fidélisation des personnels. Cette période nécessite le détachement de **personnel infirmier expérimenté dédié à la**

formation des nouveaux arrivants ; ce personnel doit être inclus dans le calcul général des ratio de personnel en fonction des lits d'URP et d'USC.

- **Renforcer les équipes médicales** des services sous-dotés afin d'atteindre un nombre d'équivalents temps-plein permettant de faire fonctionner les unités 24h/24 en tenant compte du repos de sécurité et des missions d'enseignements et de recherche dévolues à tous service de CHU (7 ETP pour 800 patients par an).

- **Renforcer l'encadrement médical universitaire** afin d'atteindre un niveau identique à celui des réanimations médico-chirurgicales adultes des CHU d'Ile-de-France (deux universitaires titulaires par service), à l'instar de nombreuses autres spécialités pédiatriques.

- **Mettre à niveau les équipes paramédicales non infirmières** (kinésithérapeute, psychologue, psychomotricien) dont le rôle est fondamental en réanimation pédiatrique.

2 - c - Activité

- **Maintenir et surtout développer les centres d'accueil de longs séjours pédiatriques en Ile-de-France, type Soins de Suite et de Réadaptation Pédiatriques**, destinés à la population croissante de patients dépendant de soins longs et prolongés, avec poursuite de la mise en place de filières privilégiées pour l'aval de la réanimation.

- **Poursuivre la valorisation des séjours de réanimation et de surveillance continue pédiatrique**. Par le nombre important de séjours qu'elle représente et étant quasiment sans concurrence pour répondre à la demande de soins, l'AP-HP peut participer activement à la classification de nouveaux actes médicaux de réanimation pédiatrique.

- **Réfléchir au nombre de lits de Réanimation Pédiatrique**. L'équipe médicale de l'hôpital du Kremlin Bicêtre estime que le nombre de lits de réanimation pédiatrique ouverts dans ce service est actuellement insuffisant pour répondre aux besoins de la population du sud francilien. Une réflexion devrait être entamée avec l'ARS à la demande de l'AP-HP pour répondre à cette demande.

Activité 2012 récupérée sur le serveur OPALE le 26 septembre 2013

| Etablissement | UMA | Séjours | | |
|---------------------|---------------------------|----------------|---------------------|---------|
| | | Cum Année N | Cum Année N-1 | Evol |
| ARMAND TROUSSEAU | 060 - REA POLY PED | 197 | 225 | -12,4 % |
| | 063 - SC MEDICO CHIR PED | 185 | 195 | -5,1 % |
| BICETRE | 110 - HC REA PEDIATRIQUE | 374 | 334 | 12,0 % |
| | 111 - HC SURV CONT PED | 411 | 372 | 10,5 % |
| RAYMOND POINCARE | 211 - HC REA INFANTILE | 284 | 269 | 5,6 % |
| | 212 - HC S.C. PEDIAT. | 206 | 223 | -7,6 % |
| | 216 - HC MCO NEURO PED SC | 68 | 95 | -28,4 % |
| NECKER EM | 131 - HC REA PEDIATRIQUE | 412 | 413 | -0,2 % |
| ROBERT DEBRE | 210 - REANIMATION | 526 | 508 | 3,5 % |
| | 212 - REA SURV CONT | 450 | 389 | 15,7 % |

| Etablissement | UMA | Nb séjours | Nb jours | DMS | IP |
|---------------------|---------------------------|---------------|-------------|------|------|
| | | | | | |
| ARMAND TROUSSEAU | 060 - REA POLY PED | 197 | 2 051 | 10,4 | 0,90 |
| | 063 - SC MEDICO CHIR PED | 185 | 847 | 4,6 | 1,08 |
| BICETRE | 110 - HC REA PED | 374 | 3 320 | 8,9 | 1,29 |
| | 111 - HC SURV CONT PED | 411 | 1 552 | 3,8 | 0,95 |
| RAYMOND POINCARE | 211 - HC REA INFANT | 284 | 2 864 | 10,1 | 1,07 |
| | 212 - HC S.C. PEDIAT. | 206 | 3 202 | 15,5 | 1,65 |
| | 216 - HC MCO NEURO PED SC | 68 | 716 | 10,5 | 1,16 |
| NECKER EM | 131 - HC REA PED | 412 | 3 480 | 8,4 | 1,45 |
| ROBERT DEBRE | 210 - REANIMATION | 526 | 4 042 | 7,7 | 1,31 |
| | 212 - REA SURV CONT | 450 | 1 017 | 2,3 | 0,92 |

PLAN STRATEGIQUE 2015 – 2019

Pédiatrie Générale

Rapport de synthèse au bureau de la Collégiale de Pédiatrie sur la Pédiatrie Générale à l'AP-HP

plan stratégique 2015-2020

Rapporteur : Pr A.Faye (Robert Debré)

Participants au rapport : Pr V. Abadie, Pr M. Chalumeau (Necker-Enfants-Malades), Pr B. Chevallier (Ambroise Paré), Pr L. Desfrère (Louis Mourier), Pr L. De Pontual (Jean Verdier), Pr V. Gajdos (Antoine Béclère), Pr E. Grimpel (Armand Trousseau), Pr I. Kone-Paut (Le Kremlin Bicêtre)

Introduction

Le bureau de la Collégiale de Pédiatrie a été sollicité par l'AP-HP en vue de la rédaction de son plan stratégique 2015/2020. Une synthèse de la situation actuelle, des forces, des faiblesses et des perspectives d'évolution de la Pédiatrie générale à l'APHP a été demandée par le président de la Collégiale (Pr P. Labrune) afin d'aider l'Assistance Publique dans la rédaction du plan stratégique.

Méthodes :

Un questionnaire (annexe 1) a été envoyé aux responsables des 8 services de Pédiatrie Générale de l'AP-HP. Ces 8 services sont situés dans des hôpitaux pédiatriques ou à forte composante pédiatrique (Armand Trousseau, Le Kremlin Bicêtre, Necker, Robert Debré) ou non pédiatriques (Ambroise Paré, Antoine Béclère, Jean Verdier, Louis Mourier). Les réponses ont été colligées et synthétisées.

Situation actuelle :

Evolution de l'activité depuis 2009

Les services de Pédiatrie Générale à l'AP-HP sont au nombre de 8 (3 intra-muros dans 3 hôpitaux pédiatriques et 5 dans la petite couronne dont un comportant aussi de la pédiatrie spécialisée). La fermeture du service de Pédiatrie Générale de Saint Vincent de Paul dont les données n'étaient pas disponibles pour cette étude est intervenue en 2009.

Globalement de 2009 à 2012 le nombre d'admissions en hospitalisation conventionnelle a augmenté de 15% au sein des 8 services (11072 à 12967 admissions) et de 8% de 2010 à

2012. Il en est de même pour l'activité d'hôpital de jour dont l'augmentation était de 19% (5068 à 5989 admissions) de 2009 à 2012 et de 11% de 2010 à 2012. Le volume des consultations est resté relativement stable autour de 32000 pour 7 hôpitaux depuis 2010.

Cette augmentation de l'activité est proportionnelle à l'accroissement du nombre de passage aux urgences pédiatriques dont les services de pédiatrie générale représentent l'aval naturel. Cette augmentation était de 25% de 2009 à 2012 (221645 à 295124) et de 14% de 2010 à 2012

L'amplitude de variation du nombre des lits en pédiatrie générale liée à une activité saisonnière marquée et déjà mentionnée dans le précédent rapport est toujours importante allant de 112 lits en été à 240 lits en hiver en 2012 (stabilité depuis 2010) soit plus du simple au double entre les 2 périodes.

Le nombre d'ETP quant à lui n'a pas varié depuis 2009 (à 0,5 -1 ETP près) et se situe aux environs de 33 ETP.

Pathologies prises en charge – recours - réseaux

Sur le plan qualitatif le case mix des pathologies prises en charge n'a pas considérablement varié de 2009 à 2012. Les principales pathologies sont les bronchiolites, asthme, gastro-entérites, drépanocytose, autres infections pulmonaires, affections du tissu conjonctif.

Dans 3 hôpitaux pédiatriques où les niveaux de gravité sont disponibles (NCK, RDB et TRS) ceux-ci ont augmenté avec un accroissement de 27 à 33 % depuis 2010 des niveaux 3-4 de gravité à NCK, sont stables à un niveau élevé à RDB (23%) ou modérément élevé à TRS (10%). Dans les hôpitaux non pédiatriques on note une augmentation des niveaux de gravité 3-4 dans les 2 hôpitaux pour lesquels les données sont disponibles 3 à 6% à ABC, 1,5 à 2% à JVR de 2010 à 2012.

Les liens avec les CHG sont considérés comme très bons en particulier pour certains des services des hôpitaux non pédiatriques qui partagent des enseignements, des staffs, une activité de recherche commune voire des conventions CHU-CHG (pour 3 d'entre eux). Toutefois le questionnaire n'a pas été envoyé aux CHG qui dans le précédent rapport

stratégique reprochaient aux CHU (en particulier pédiatriques) des difficultés de contact et d'obtention des RDV. Le nombre de transferts entre CHG et CHU est limité et a été estimé de 1 à 5% dans 2 hôpitaux pédiatriques (respectivement RDB et NCK) et est stable dans le temps.

Les services déclarent de 1 à 4 réseaux de soins auxquels ils participent activement. Parmi ceux-ci le ROFSED, RIFHOP, ANSR, REPOP, RESPIR, Réseau ado ouest parisien, réseau allergologique ouest parisien, CLAT. Des hôpitaux ont mis en place des numéros de conseil téléphonique pour les correspondants de ville.

Les forces de la Pédiatrie Générale à l'APHP

- ***Organisation***

- Les services de pédiatrie générale assurent l'aval des urgences et répondent aux épidémies hivernales et donc aux besoins de la population environnante.
- Le développement progressif de consultations avancées dans les services d'hôpitaux non pédiatriques.

- ***Positionnement***

- Facilité au sein de l'AP des relations des services des hôpitaux non pédiatriques avec les spécialités pédiatrique de l'AP permettant de développer des activités ressources de proximité en relais avec ces services spécialisés.
- Pour les services d'hôpitaux pédiatriques intérêt de l'environnement spécialisé.
- Absence de concurrence avec le privé (situation de monopole).
- Bon maillage Paris et petite couronne.
- Qualité des équipes et de la formation.

- ***Missions***

- Importance des missions de recherche et surtout d'enseignement (cf importance du nombre d'externes et de DES MG)+++ dans le cadre d'un plateau polyvalent de soins.

- Intégration universitaire.
- Existence de missions spécifiques à la pédiatrie générale : infectieux, médecine interne-rhumatologie, pathologies du développement, drépanocytose, médecine de l'adolescent.

| |
|--|
| <p>Les faiblesses de la Pédiatrie Générale à l'APHP</p> |
|--|

- *Organisation*

- Difficultés d'organisation spatiale et de personnel notamment pour les services d'hôpitaux non pédiatriques (mais aussi pour les services d'hôpitaux pédiatriques) liées à l'amplitude très importante d'activité entre l'été et l'hiver (intérêt de la définition des 3 périodes de l'année : rouge (maximum de lits) d'octobre à février, orange (de mars à juin et de septembre à octobre) et verte (juillet et août) qui permettrait une souplesse de l'emploi du personnel en fonction du niveau d'activité).
- Malgré des progrès, insuffisance des consultations avancées dans les PG des CHU de la petite couronne notamment pour le diabète, les troubles des apprentissages, la psychiatrie, la traumatologie et la médecine d'adolescents.
- Sorties freinées par : - des plateaux logistiques insuffisants (secrétariats) - le manque de certains professionnels (évaluations neuropsychologiques, psychomotricité...) - le manque de place dans des centres de rééducation.
- Pour les hôpitaux non pédiatriques :
 - plateaux techniques quantitativement et qualitativement insuffisant.
 - difficulté à assurer des tableaux d'astreinte et de continuité de soins, vieillissement des équipes...
 - difficulté de fonctionnement par rapport aux services adultes.

- Collaboration entre les services de pédiatrie générale de l'AP parfois insuffisante, manque de communication.
 - Difficulté de recrutement : rigidité des tutelles (compétition souvent impossible avec les hôpitaux régionaux ++ compte tenu des postes proposés)
- **Positionnement**
 - Faible couverture géographique Nord (grande Banlieue)
 - Ouverture insuffisante sur la médecine de ville et communautaire
- **Missions**
 - Diminution de la pédiatrie générale avec une vision globale indispensable dans toutes les étapes du parcours d'un patient avec par ailleurs des difficultés de valorisation par rapport à la médecine de spécialité.
 - Manque de visibilité sur la stratégie long terme sur la pédiatrie générale.
 - Difficultés d'attractivité pour des pédiatres généralistes souhaitant faire une carrière universitaire (discipline très lourde en clinique avec structures de recherche modestes, comparée aux équipes surspécialisées)
 - Pour les services dans les hôpitaux pédiatriques :
 - difficultés à rester des structures fortes dans les hôpitaux pédiatriques sur-spécialisés permettant d'assurer des missions communautaires mais aussi de médecine interne de l'enfant.

| |
|---|
| Les perspectives d'évolution quantitatives |
|---|

- Poursuite de l'augmentation des besoins en Pédiatrie Générale en hospitalisation (augmentation constante des urgences) mais aussi au profit de

l'ambulatoire consultations et HDJ en particulier (diminution du nombre de pédiatres libéraux).

- Augmentation des besoins en médecine de l'adolescent.
- Augmentation du nombre de patients en grande précarité +++ en particulier dans la région Nord- parisienne.

Les perspectives et souhaits d'évolution qualitative

- **Organisation**

- Une intégration réelle dans la médecine de parcours, évolution naturelle de la pédiatrie et des maladies chroniques dans la décennie à venir : complémentarité entre les centres experts et les centres de proximité avec nécessité de formalisation du parcours de soins.
- Développement de la prise en charge ambulatoire.
- Développement des réseaux ville-hôpital.

- **Missions**

- identifier, renforcer l'infectiologie pédiatrique au sein des services de PG et mieux prendre en compte l'émergence des infections à germes hautement résistants impliquant des moyens structures et de personnel spécifiques.
- identifier, renforcer la pédiatrie du développement, pour l'évaluation et la prise en charge des pathologies congénitales, au sein des services de PG.
- Développement des activités d'éducation thérapeutique.
- Renforcement des activités de prise en charge des maladies chroniques et/ou rares.
- Augmentation du nombre de consultations avancées spécialisées.
- Développement de la prise en charge des adolescents.

- Améliorer la formation des pédiatres généralistes à la pédiatrie sociale, à la médecine préventive améliorer la formation des pédiatres généralistes aux troubles du développement et des apprentissages.
- Augmenter les capacités des services de PG à offrir des parcours de recherche : Master/thèse.

| |
|--|
| Suggestions de réorganisation de la pédiatrie générale à l'APHP |
|--|

- Importance et nécessité de soutien des services de PG situés dans des hôpitaux non pédiatriques qui remplissent les missions de soins qui leur sont confiés et sont tous nécessaires car distribués de manière équilibrée au sein de la petite couronne. Renforcement en particulier de leur rôle dans le parcours de soins des enfants atteints de maladies chroniques ou en situation de vulnérabilité (handicap, troubles des apprentissages, oncologie, diabétologie et adolescents), associant compétence et proximité.
- Prise en compte des problèmes d'accès aux soins de certains départements (93) dont les CHG sont parfois en grande difficulté (afflux de patients, difficultés de recrutement...)
- Maintien et renforcement des services de pédiatrie générale situés dans des hôpitaux pédiatriques (ou à forte composante) pour des raisons d'efficience par rapport aux spécialités (polyvalence de la prise en charge), de formation et du développement de certaines activités spécifiques de recours nécessitant un plateau pédiatrique pluridisciplinaire (infectiologie lourde, médecine interne, pathologies du développement ...).
- Promotion de la souplesse dans l'organisation du temps infirmier et des lits permettant de faciliter la gestion des épidémies et par exemple d'optimiser l'activité ambulatoire d'HDJ hors période hivernale
- Promouvoir une meilleure communication entre les services (activités spécifiques de chacun, activités complémentaires, partage d'expériences et d'organisations,

évaluations mutuelles permettant d'améliorer les pratiques de tous les services de PG et leur coordination...)

Conclusion

L'activité d'hospitalisation conventionnelle des services de pédiatrie générale de l'AP-HP ne cesse d'augmenter de manière parallèle à celle des urgences. Les services de pédiatrie générale font face à cette augmentation et aux variations majeures d'activité, à moyens constants, au prix d'efforts importants d'organisation et d'efficience qui sont actuellement à un niveau maximal d'optimisation. L'augmentation prévisible de l'activité dans les prochaines années doit amener les tutelles, dans l'intérêt de la sécurité des patients, à créer des postes fléchés en pédiatrie générale à l'instar de ce qui est largement proposé dans le plan urgence depuis plusieurs années.

Le développement de l'activité ambulatoire largement amorcé par les services de pédiatrie générale doit aussi être soutenu et renforcé et pourrait bénéficier d'une « souplesse saisonnière » d'affectation des moyens.

Les services de pédiatrie générale dans les hôpitaux non pédiatriques doivent être soutenus pour leur activité importante de proximité, d'orientation et de consultations spécialisées avancées qui sont complémentaires des CHG. Les services de pédiatrie générale dans les hôpitaux pédiatriques doivent aussi être renforcés afin d'assurer leur rôle de recours en particulier dans certains domaines non couverts par les spécialités (maladies infectieuses sévères, médecine interne, pathologies du développement) et de formation universitaire.

Un réseau « Pédiatrie Générale » à l'APHP regroupant l'ensemble des 8 services, pourrait permettre un partage utile d'expérience, de protocoles voire la mise en place de projets de recherche communs s'appuyant sur le très large recrutement de ces structures.

| Admissions HC | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Delta 1 en % | Delta 2 en % |
|-----------------|--|-------|-------|-------|-------|--------------|--------------|
| Antoine Beclere | | 2078 | 2149 | 2347 | 2411 | 14 | 11 |
| Louis Mourier | | 1959 | 1917 | 2119 | 1932 | -1 | 1 |
| Ambroise Paré | | 1896 | 1923 | 1913 | 2028 | 7 | 5 |
| sous total 1 | | 5933 | 5989 | 6379 | 6371 | 7 | 6 |
| Kremlin Bicetre | | 1609 | 1609 | 1612 | 1595 | -1 | -1 |
| NEM | | 1382 | 1670 | 2075 | 2143 | 36 | 22 |
| Robert Debré | | 2148 | 2141 | 2242 | 2232 | 4 | 4 |
| Trousseau | | 523 | 511 | 668 | 626 | 16 | 18 |
| sous total 2 | | 5662 | 5931 | 6597 | 6596 | 14 | 10 |
| Total | | 11595 | 11920 | 12976 | 12967 | 11 | 8 |

| Nombre de lits min | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | | |
|--------------------|--|------|------|------|------|--|--|
| Antoine Beclere | | 17 | 27 | 27 | 27 | | |
| Louis Mourier | | 16 | 16 | 16 | 16 | | |
| Ambroise Paré | | 12 | 12 | 12 | 12 | | |
| sous total 1 | | 45 | 55 | 55 | 55 | | |
| Kremlin Bicetre | | | 16 | 16 | 12 | | |
| NEM | | 16 | 24 | 24 | 24 | | |
| Robert Debré | | 21 | 21 | 21 | 21 | | |
| Trousseau | | 9 10 | 12 | 16 | | | |
| sous total 2 | | 46 | 61 | 61 | 57 | | |
| Total | | 91 | 116 | 116 | 112 | | |

| Nombre de lits max | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | | |
|--------------------|--|------|------|------|------|--|--|
| Antoine Beclere | | 27 | 27 | 27 | 27 | | |
| Louis Mourier | | 51 | 51 | 48 | 48 | | |
| Ambroise Paré | | 42 | 42 | 42 | 42 | | |
| sous total 1 | | 120 | 120 | 117 | 117 | | |
| Kremlin Bicetre | | | 24 | 24 | 21 | | |
| NEM | | 32 | 32 | 42 | 42 | | |
| Robert Debré | | 40 | 40 | 40 | 40 | | |
| Trousseau | | 16 | 16 | 20 | 20 | | |
| sous total 2 | | 88 | 112 | 126 | 123 | | |
| Total | | 208 | 232 | 243 | 240 | | |

| Nombre transfert CHG | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | | |
|----------------------|--|------|------|------|------|--|--|
| Antoine Beclere | | <10 | <10 | <10 | <10 | | |
| Louis Mourier | | <10 | <10 | <10 | <10 | | |
| Ambroise Paré | | <10 | <10 | <10 | <10 | | |
| sous total 1 | | | | | | | |
| Kremlin Bicetre | | ? | ? | ? | ? | | |
| NEM | | 69 | 84 | 104 | 107 | | |
| Robert Debré | | 27 | 14 | 25 | 24 | | |
| Trousseau | | ? | ? | ? | ? | | |
| sous total 2 | | | | | | | |
| Total | | | | | | | |

| Admissions HDJ | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Delta 1 en % | Delta 2 en % |
|-----------------|--|------|------|------|------|--------------|--------------|
| Antoine Beclere | | 990 | 890 | 954 | 1028 | 4 | 13 |
| Louis Mourier | | 823 | 917 | 928 | 813 | -1 | -13 |
| Ambroise Paré | | 629 | 723 | 756 | 908 | 31 | 20 |
| sous total 1 | | 2442 | 2530 | 2638 | 2749 | 11 | 8 |
| Kremlin Bicetre | | 1732 | 1732 | 1732 | 1800 | 4 | 4 |
| NEM | | 723 | 744 | 712 | 797 | 9 | 7 |
| Robert Debré | | 171 | 411 | 524 | 548 | 69 | 25 |
| Trousseau | | 109 | 117 | 118 | 95 | -15 | -23 |
| sous total 2 | | 2735 | 3004 | 3086 | 3240 | 16 | 7 |
| Total | | 5177 | 5534 | 5724 | 5989 | 14 | 8 |

| Consultations | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | | |
|-----------------|------|-------|-------|-------|-------|--|--|
| Antoine Beclere | | 4055 | 4025 | 4311 | 4443 | | |
| Louis Mourier | | 5052 | 4924 | 4832 | 4206 | | |
| Ambroise Paré | | 6582 | 6623 | 6538 | 6598 | | |
| sous total 1 | | 15689 | 15572 | 15681 | 15247 | | |
| Kremlin Bicetre | | | | | | | |
| NEM | | 4087 | 5232 | 7532 | 7498 | | |
| Robert Debré | | 7221 | 6967 | 6543 | 6196 | | |
| Trousseau | 5029 | | 3170 | 2999 | 3155 | | |
| sous total 2 | | 11308 | 15369 | 17074 | 16849 | | |
| Total | | 26997 | 30941 | 32755 | 32096 | | |

ETP

| | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | | |
|-----------------|------|------|------|------|--|--|
| Antoine Beclere | 3,5 | 3,5 | 3,5 | 3,5 | | |
| Louis Mourier | 13,3 | 13,8 | 4,8 | 13,2 | | |
| Ambroise Paré | 5,4 | 5,4 | 5,4 | 5,4 | | |
| sous total 1 | | | | | | |
| Kremlin Bicetre | | 3,1 | 3,1 | 3,1 | | |
| NEM | 6,4 | 6 | 6 | 6,5 | | |
| Robert Debré | 7 | 7 | 7,5 | 7,5 | | |
| Trousseau | 2,5 | 2,5 | 2,5 | 2,5 | | |
| sous total 2 | | | | | | |
| Total | 38,1 | 41,3 | 32,8 | 41,7 | | |

| passages urgences | | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | Delta 1 en % | Delta 2 en % |
|-------------------|--|--------|--------|--------|--------|--------------|--------------|
| Antoine Beclere | | 21200 | 20000 | 21600 | 21300 | 0 | 6 |
| Louis Mourier | | 29673 | 25980 | 28768 | 30394 | 2 | 15 |
| Ambroise Paré | | 21631 | 20896 | 20391 | 21008 | -3 | 1 |
| sous total 1 | | 72504 | 66876 | 70759 | 72702 | 0 | 8 |
| Kremlin Bicetre | | 27668 | 27060 | 30710 | 32425 | 15 | 17 |
| NEM | | 45000 | 45000 | 65000 | 65000 | 31 | 31 |
| Robert Debré | | 76473 | 71120 | 77845 | 78472 | 3 | 9 |
| Trousseau | | 44837 | 43220 | 46604 | 46525 | 4 | 7 |
| sous total 2 | | 193978 | 186400 | 220159 | 222422 | 13 | 16 |
| Total | | 266482 | 253276 | 290918 | 295124 | 10 | 14 |

Delta 1 = delta 2009/2012

Delta 2 = delta 2010/2012 (après fermeture SVP)

PLAN STRATEGIQUE 2015 – 2019

Hémato-Oncologie Pédiatrique

ARMAND TROUSSEAU

Pôle Oncologie Hématologie

26, avenue du Dr Arnold Netter
75571 PARIS Cedex 12
N° F.I.N.E.S.S. 750100109

Standard : 01 44 73 74 75
Télécopie du service : 01 44 73 65 73
christine.coxo@trs.aphp.fr

**SERVICE D'HEMATOLOGIE ET
D'ONCOLOGIE PEDIATRIQUE**

CENTRE DE REFERENCE
Histiocytoses, Neutropénies
Thrombopathies/Thrombopénies
Cytopénies auto-immunes

Chef de Service
Pr Guy LEVERGER

Adjoins
Dr Anne AUVRIGNON
Dr Catherine DOLLFUS
Dr Jean DONADIEU
Dr Sylvie FASOLA
Pr Judith LANDMAN-PARKER
Dr Arnaud PETIT
Dr Marie-Dominique TABONE

Chefs de Clinique - Assistants
Dr Amaury LERUSTE
Dr Deborah MEYRAN
Dr Pénélope CASSUTO

Praticiens attachés
Dr Mary-France COURCOUX
Dr Sébastien HERITIER

Hémostase
Dr Rémi FAVIER

Cadres de Santé
Mélicha BELHARET 01 71 73 83 12
Elodie DAPVRIL 01 71 73 84 68
Véronique TANGUY 01 44 73 64 86

Infirmière Coordinatrice
Nadia MARQUIS 01 71 73 87 16

Assistants de Recherche Clinique
Christine RAGU 01 71 73 86 58
Geneviève VAUDRE 01 44 73 61 05

Secrétariat
Marie Hélène BOURG 01 44 73 53 14
Christina COXO 01 44 73 60 62
Murielle JACOB 01 44 73 68 46
Nathalie SAUNIER 01 44 73 66 04

Secrétariat RCP
Raquel RIBEIRO 01 71 73 86 15

Psychologues
Céline SALVADOR 01 71 73 86 26
Nadine TROCME 01 44 73 67 97

Service Social
Laurence STENGEL 01 44 73 61 89
Olivia POURTALET 01 44 73 64 27
Accueil téléphonique 01 44 73 67 01

Hospitalisation
2^{ème} étage 01 44 73 64 16
3^{ème} étage 01 44 73 68 20
4^{ème} étage 01 44 73 68 79
Secteur protégé 01 44 73 67 41

Hôpital de Jour
Médecin 01 44 73 69 02
Télécopie 01 71 73 85 93
Télécopie 01 44 73 64 76

Consultations
Accueil consultations 01 44 73 63 46
Télécopie 01 44 73 61 69

Pr Philippe LABRUNE

Président de la collégiale de pédiatrie APHP

Double :

J.H. Dalle, A Baruchel hôpital R Debré

D.. Valteau Institut Gustave Roussy

J. Michon, F. Doz Institut Curie

G. Leverger hôpital A Trousseau

B. Pellegrino Hôpital de Poissy/St Germain en Laye

Paris le, 6.11.2013

Objet : concernant le futur plan stratégique de l'APHP

Hemato-oncologie pédiatrique

Cher Ami,

Les responsables des services de cancérologie, d'hématologie et d'immunologie pédiatrique (Curie, Debré, Gustave Roussy, Necker, Trousseau) se sont réunis le 4.10 pour apporter des éléments de réponse à ton courrier concernant le futur plan stratégique de l'APHP. Le Dr B. Pellegrino CH Poissy-Saint Germain en Laye présidente du RIFHOP (réseau IdF d'Hémato Oncologie Pédiatrique) a été associé à la réflexion

ARMAND TROUSSEAU

Pôle Oncologie Hématologie

26, avenue du Dr Arnold Netter
75571 PARIS Cedex 12
N° F.I.N.E.S.S. 750100109

Standard : 01 44 73 74 75
Télécopie du service : 01 44 73 65 73
christine.coxo@trs.aphp.fr

**SERVICE D'HEMATOLOGIE ET
D'ONCOLOGIE PEDIATRIQUE**

CENTRE DE REFERENCE
Histiocytoses, Neutropénies
Thrombopathies/Thrombopénies
Cytopénies auto-immunes

Chef de Service
Pr Guy LEVERGER

Adjoints
Dr Anne AUVRIGNON
Dr Catherine DOLLFUS
Dr Jean DONADIEU
Dr Sylvie FASOLA
Pr Judith LANDMAN-PARKER
Dr Arnaud PETIT
Dr Marie-Dominique TABONE

Chefs de Clinique - Assistants
Dr Amaury LERUSTE
Dr Deborah MEYRAN
Dr Pénélope CASSUTO

Praticiens attachés
Dr Mary-France COURCOUX
Dr Sébastien HERITIER

Hémostase
Dr Rémi FAVIER

Cadres de Santé
Mélicha BELHARET 01 71 73 83 12
Elodie DAPVRIE 01 71 73 84 68
Véronique TANGUY 01 44 73 64 86

Infirmière Coordinatrice
Nadia MARQUIS 01 71 73 87 16

Assistants de Recherche Clinique
Christine RAGU 01 71 73 86 58
Geneviève VAUDRE 01 44 73 61 05

Secrétariat
Marie Hélène BOURG 01 44 73 53 14
Christina COXO 01 44 73 60 62
Murielle JACOB 01 44 73 68 46
Nathalie SAUNIER 01 44 73 66 04

Secrétariat RCP
Raquel RIBEIRO 01 71 73 86 15

Psychologues
Céline SALVADOR 01 71 73 86 26
Nadine TROCME 01 44 73 67 97

Service Social
Laurence STENGEL 01 44 73 61 89
Olivia POURTALET 01 44 73 64 27
Accueil téléphonique 01 44 73 67 01

Hospitalisation
2^{ème} étage 01 44 73 64 16
3^{ème} étage 01 44 73 68 20
4^{ème} étage 01 44 73 68 79
Secteur protégé 01 44 73 67 41

Hôpital de Jour
Médecin 01 44 73 69 02
Télécopie 01 71 73 85 93
Télécopie 01 44 73 64 76

Consultations
Accueil consultations 01 44 73 63 46
Télécopie 01 44 73 61 69

Pour rappel :

Les 4 services d'hématologie et d'oncologie pédiatrique d'ile de France recrutent 30% des K pédiatriques en France. Le service d'immunologie est le service référent au plan national. Ces activités s'appuient sur des services de chirurgie de réanimation de radiologie et de biologie. Les activités de recours sont formalisées par le biais notamment des RCP et portent en particulier sur : les essais précoces de nouveaux traitements en oncologie, les activités de référence dans le domaine des maladies rares et les activités de thérapie cellulaire.

1. Les forces de la spécialité :

Activités de soin appuyées par un réseau formalisé et coordonné en Ile de France et des réunions de concertation multidisciplinaire communes pour tous les nouveaux patients en hématologie et en oncologie

La prise en charge des patients en Onco-Hématologie est coordonnée dans des réunions de concertation pluridisciplinaires interrégionales mises en place depuis 2011 dans l'organisation CANPEDIF. En 2012 les dossiers de 1052 patients y ont été discutés dont 783 nouveaux patients. Ces activités s'appuient sur un réseau de soins avec les services de pédiatrie de proximité en IdF : le RIFHOP. Très structuré et actif, il permet une optimisation de la prise en charge des patients, une meilleure harmonisation des soins et contribue à la formation des soignants. Ce réseau est partiellement mutualisé avec le réseau Paliped orienté vers les soins palliatifs pédiatriques.

La prise en charge des déficits immunitaires s'appuie sur le réseau national CEREDIH

ARMAND TROUSSEAU

Pôle Oncologie Hématologie

26, avenue du Dr Arnold Netter
75571 PARIS Cedex 12
N° F.I.N.E.S.S. 750100109

Standard : 01 44 73 74 75
Télécopie du service : 01 44 73 65 73
christine.coxo@trs.aphp.fr

**SERVICE D'HEMATOLOGIE ET
D'ONCOLOGIE PEDIATRIQUE**

CENTRE DE REFERENCE
Histiocytoses, Neutropénies
Thrombopathies/Thrombopénies
Cytopénies auto-immunes

Chef de Service

Pr Guy LEVERGER

Adjoints

Dr Anne AUVRIGNON
Dr Catherine DOLLFUS
Dr Jean DONADIEU
Dr Sylvie FASOLA
Pr Judith LANDMAN-PARKER
Dr Arnaud PETIT
Dr Marie-Dominique TABONE

Chefs de Clinique - Assistants

Dr Amaury LERUSTE
Dr Deborah MEYRAN
Dr Pénélope CASSUTO

Praticiens attachés

Dr Mary-France COURCOUX
Dr Sébastien HERITIER

Hémostase

Dr Rémi FAVIER

Cadres de Santé

Mélissa BELHARET 01 71 73 83 12
Elodie DAPVRIIL 01 71 73 84 68
Véronique TANGUY 01 44 73 64 86

Infirmière Coordinatrice

Nadia MARQUIS 01 71 73 87 16

Assistants de Recherche Clinique

Christine RAGU 01 71 73 86 58
Geneviève VAUDRE 01 44 73 61 05

Secrétariat

Marie Hélène BOURG 01 44 73 53 14
Christina COXO 01 44 73 60 62
Murielle JACOB 01 44 73 68 46
Nathalie SAUNIER 01 44 73 66 04

Secrétariat RCP

Raquel RIBEIRO 01 71 73 86 15

Psychologues

Céline SALVADOR 01 71 73 86 26
Nadine TROCME 01 44 73 67 97

Service Social

Laurence STENGEL 01 44 73 61 89
Olivia POURTALET 01 44 73 64 27
Accueil téléphonique 01 44 73 67 01

Hospitalisation

2^{ème} étage 01 44 73 64 16
3^{ème} étage 01 44 73 68 20
4^{ème} étage 01 44 73 68 79
Secteur protégé 01 44 73 67 41

Hôpital de Jour

Médecin 01 44 73 69 02
Télécopie 01 71 73 85 93
Télécopie 01 44 73 64 76

Consultations

Accueil consultations 01 44 73 63 46
Télécopie 01 44 73 61 69

2. Les difficultés :

Activités de greffe allogénique

Le service de RD réalise actuellement 60 greffes/an hémopathies malignes 80%, hémoglobinoopathies, aplasies médullaires et autres 20%

Le service de Necker réalise 40 greffes/an pour déficit immunitaire dans 90% des cas. Les enfants viennent de l'ensemble du territoire français et dans trois à quatre cas/an de l'étranger.

Il existe une **pénurie de lits d'aval de ces activités** -patients fragiles et instables nécessitant de multiples ré hospitalisations notamment dans les 6 premiers mois. Ceci conduit à des DMS prolongées, à une difficulté croissante pour hospitaliser et prendre en charge les patients en première ligne et en cas de rechute. Ces délais de traitement sont préjudiciables pour les patients, conduisent à des greffes adressées hors IDF par manque de place ou dans les services d'hématologie adulte (patients drépanocytaires). La situation actuelle ne permet pas de greffes à la demande des pays étrangers (nombreuses demandes quasi systématiquement refusées) et répond difficilement aux besoins des patients provenant des DOM TOM.

SSR pédiatrique greffe : principalement Margency Bullion (à un moindre degré) Rist adolescent parfois services de pédiatrie mais difficile car épidémies virales fréquentes et personnels et structures non adaptées
Le manque de places offertes conduit aux problèmes évoqués ci-dessus.

SSR pédiatrique hématologie oncologie Margency Bullion Villiers Rist Saint Maurice

Le problème posé est celui de la pérennité financière de ces structures du fait des coûts élevés de ces prises en charge

**SERVICE D'HEMATOLOGIE ET
D'ONCOLOGIE PEDIATRIQUE**

CENTRE DE REFERENCE
Histiocytoses, Neutropénies
Thrombopathies/Thrombopénies
Cytopénies auto-immunes

Chef de Service
Pr Guy LEVERGER

Adjoints
Dr Anne AUVRIGNON
Dr Catherine DOLLFUS
Dr Jean DONADIEU
Dr Sylvie FASOLA
Pr Judith LANDMAN-PARKER
Dr Arnaud PETIT
Dr Marie-Dominique TABONE

Chefs de Clinique - Assistants
Dr Amaury LERUSTE
Dr Deborah MEYRAN
Dr Pénélope CASSUTO

Praticiens attachés
Dr Mary-France COURCOUX
Dr Sébastien HERITIER

Hémostase
Dr Rémi FAVIER

Cadres de Santé
Mélissa BELHARET 01 71 73 83 12
Elodie DAPVRIEL 01 71 73 84 68
Véronique TANGUY 01 44 73 64 86

Infirmière Coordinatrice
Nadia MARQUIS 01 71 73 87 16

Assistants de Recherche Clinique
Christine RAGU 01 71 73 86 58
Geneviève VAUDRE 01 44 73 61 05

Secrétariat
Marie Hélène BOURG 01 44 73 53 14
Christina COXO 01 44 73 60 62
Murielle JACOB 01 44 73 68 46
Nathalie SAUNIER 01 44 73 66 04

Secrétariat RCP
Raquel RIBEIRO 01 71 73 86 15

Psychologues
Céline SALVADOR 01 71 73 86 26
Nadine TROCME 01 44 73 67 97

Service Social
Laurence STENGEL 01 44 73 61 89
Olivia POURTALET 01 44 73 64 27
Accueil téléphonique 01 44 73 67 01

Hospitalisation
2^{ème} étage 01 44 73 64 16
3^{ème} étage 01 44 73 68 20
4^{ème} étage 01 44 73 68 79
Secteur protégé 01 44 73 67 41

Hôpital de Jour
Médecin 01 44 73 69 02
Télécopie 01 71 73 85 93
Télécopie 01 44 73 64 76

Consultations
Accueil consultations 01 44 73 63 46
Télécopie 01 44 73 61 69

Hébergement des familles

Hôtel Parental : accueil de plus en plus difficile notamment pour les patients de Necker

RIFHOP

La constitution du RIFHOP est un progrès majeur dans notre discipline mais reste fragile du fait du financement non pérenne du RIFHOP et du turn over des soignants dans les services de proximité.

3. Perspectives d'évolution

La population pédiatrique augmente en Ile de France. Ceci conduit de façon obligatoire à l'augmentation du nombre d'enfants pris en charge chaque année pour une hémopathie, un cancer ou un DI.

Les stratégies thérapeutiques notamment dans le domaine de la thérapie cellulaire, la configuration de la région IDF (démographie, contraintes de transport, services hautement spécialisés), les conditions administratives réglementaires portant sur les chimiothérapies et la thérapie cellulaire, l'accès aux nouveaux traitements conduit à prévoir une augmentation de l'activité et des besoins notamment pour les lits d'aval et les activités de thérapie cellulaire

Un point particulier la thérapie cellulaire des enfants drépanocytaires : en principe +4 à 5 greffes prévues lors de l'ouverture du « nouveau » service d'immunologie à Necker ne permet pas de couvrir les besoins estimés à 40/an.

Orientations propositions

La situation de monopole national dans les activités de greffe pour DI n'est pas souhaitable un autre service doit être clairement positionné en région

ARMAND TROUSSEAU

Pôle Oncologie Hématologie

26, avenue du Dr Arnold Netter
75571 PARIS Cedex 12
N° F.I.N.E.S.S. 750100109

Standard : 01 44 73 74 75
Télécopie du service : 01 44 73 65 73
christine.coxo@trs.aphp.fr

SERVICE D'HEMATOLOGIE ET D'ONCOLOGIE PEDIATRIQUE

CENTRE DE REFERENCE
Histiocytoses, Neutropénies
Thrombopathies/Thrombopénies
Cytopénies auto-immunes

Chef de Service

Pr Guy LEVERGER

Adjoints

Dr Anne AUVRIGNON
Dr Catherine DOLLFUS
Dr Jean DONADIEU
Dr Sylvie FASOLA
Pr Judith LANDMAN-PARKER
Dr Arnaud PETIT
Dr Marie-Dominique TABONE

Chefs de Clinique - Assistants

Dr Amaury LERUSTE
Dr Deborah MEYRAN
Dr Pénélope CASSUTO

Praticiens attachés

Dr Mary-France COURCOUX
Dr Sébastien HERITIER

Hémostase

Dr Rémi FAVIER

Cadres de Santé

Mélissa BELHARET 01 71 73 83 12
Elodie DAPVRIIL 01 71 73 84 68
Véronique TANGUY 01 44 73 64 86

Infirmière Coordinatrice

Nadia MARQUIS 01 71 73 87 16

Assistants de Recherche Clinique

Christine RAGU 01 71 73 86 58
Geneviève VAUDRE 01 44 73 61 05

Secrétariat

Marie Hélène BOURG 01 44 73 53 14
Christina COXO 01 44 73 60 62
Murielle JACOB 01 44 73 68 46
Nathalie SAUNIER 01 44 73 66 04

Secrétariat RCP

Raquel RIBEIRO 01 71 73 86 15

Psychologues

Céline SALVADOR 01 71 73 86 26
Nadine TROCME 01 44 73 67 97

Service Social

Laurence STENGEL 01 44 73 61 89
Olivia POURTALET 01 44 73 64 27
Accueil téléphonique 01 44 73 67 01

Hospitalisation

2^{ème} étage 01 44 73 64 16
3^{ème} étage 01 44 73 68 20
4^{ème} étage 01 44 73 68 79
Secteur protégé 01 44 73 67 41

Hôpital de Jour

Médecin 01 44 73 69 02
Télécopie 01 71 73 85 93
Télécopie 01 44 73 64 76

Consultations

Accueil consultations 01 44 73 63 46
Télécopie 01 44 73 61 69

Rationaliser les activités d'aval : objectif principal réorganisation des suites de traitement notamment pour la thérapie cellulaire, harmonisation des conditions d'accès aux hôtels parentaux, revoir les conditions d'accès des enfants en cours de soins

Regroupement d'activités : les services d'hématologie oncologie sont peu favorables à un regroupement en une seule structure en Ile de France (modèle hollandais Utrecht) car : institution à créer de toutes pièces dans une période de réduction des coûts, aucune structure en capacité aujourd'hui d'absorber une telle activité dans toutes ses dimensions (prise en charge médico-chirurgicale, réanimation plateaux techniques recherche) la synergie avec les structures adultes et AJA (adolescents jeunes adultes) est évoquée par tous. La taille et le recrutement de *chacune* des institutions est comparable aux grandes institutions internationales.

A Necker, le projet d'accueillir de l'hématologie maligne ou de la cancérologie justifierait la création d'autres services dans des locaux à ce jour non présents.

En espérant contribuer à la réflexion sur la pédiatrie en Ile de France.

Bien cordialement.

Judith Landman-Parker

PLAN STRATEGIQUE 2015 – 2019

Neurologie Pédiatrique

La neurologie pédiatrique à l'APHP

Rapporteur : Pr M. Tardieu

Cette note est faite à la demande du bureau de la collégiale de pédiatrie. Elle utilise des données pour l'année 2012, acceptée comme représentative, tirées de MSI par OPALE, confirmées par celles fournies par les 5 services concernés. Elle a eu l'accord de tous les chefs de services de neurologie pédiatrique de l'APHP. Une réunion a eu lieu le 7 Octobre pour la discuter de vive voix.

L'analyse est centrée sur l'hospitalisation complète. L'analyse des hôpitaux de jour et des consultations demanderait un travail spécifique mais lourd tant les nombres diffèrent d'un hôpital à l'autre probablement du fait d'organisations différentes des activités en externe. Par ailleurs, l'analyse faite dans cette note exclue les centres de référence du langage, un sujet en soi.

1. Descriptif global de l'activité.

1.1. Nombre de services et d'hospitalisations.

Il existe 5 services de neurologie pédiatriques à l'APHP (Bicêtre, Necker, Raymond Poincaré, Robert Debré et Trousseau). La neurologie pédiatrique a généré 3765 hospitalisations sur les 16934 hospitalisations en services de spécialités pédiatriques hors chirurgie à l'APHP (pour mémoire : 14998 hospitalisations en pédiatrie générale, 10123 en néonatalogie, 7684 en réanimation et 21716 en structure d'urgence). La neurologie pédiatrique est la première spécialité en nombre d'hospitalisation et représente 22% des hospitalisations en pédiatrie spécialisée. La neuropédiatrie utilise actuellement 60 lits. Le nombre d'hospitalisation de jour de neurologie pédiatrique se situe entre 4 et 5000 et le nombre de consultations entre 15 et 20.000.

1.2. L'activité de neurologie pédiatrique à l'APHP et en Ile-de-France hors des services de neurologie pédiatriques.

Une activité de neurologie pédiatrique a lieu également en réanimation, en néonatalogie, en diagnostic ante-natal et en pédiatrie générale, voire en orthopédie et aux urgences. Les neuropédiatres interviennent directement dans ces structures sous forme de consultations ou d'activité de conseil. Il y a des interfaces nombreuses entre la neurologie pédiatrique et la

génétique, les maladies métaboliques ou la pédopsychiatrie avec une répartition variable des limites inter-spécialités selon les organisations des différents hôpitaux.

Il est difficile d'évaluer le nombre d'hospitalisations liées à la neurologie pédiatrique dans les services de *pédiatrie générale de l'APHP*, les codes MSI ne donnant qu'une idée approximative. Il existe de la part des services de pédiatrie générale une demande de consultations avancées et de conseils à distance.

L'activité de neurologie pédiatrique *en Ile-de-France en dehors de l'APHP* se fait dans les hôpitaux généraux et à la fondation Rothschild pour une activité spécialisée d'épilepsie, relativement faible en nombre d'hospitalisations. Les hôpitaux généraux ont une demande très importante de consultations avancées et de conseils à distance. Il s'agit le plus souvent de conseils concernant l'épilepsie, le déficit cognitif/trouble envahissant du développement et ses causes et la néonatalogie.

1.3. Les principaux GHM dans les services de neurologie pédiatriques de l'APHP.

La répartition des principaux GHM est difficile à analyser à travers MSI car environ 40% des diagnostics entrent dans des catégories très générales (« autres pathologies cérébraux vasculaires »). Sur les 2000 codes d'hospitalisation complète restant, l'épilepsie représente 660 hospitalisations, les maladies « métaboliques et dégénératives », 491, « l'autisme-retard mental », 357, les maladies infectieuses et inflammatoires, 384, et les maladies vasculaires, 110. Ces nombres ne doivent être pris que comme des indications générales.

1.4. La répartition de l'activité entre les 5 services de neurologie pédiatriques de l'APHP.

L'activité de neurologie pédiatrique d'hospitalisation complète est répartie avec des nombres proches à Bicêtre, Debré, Trousseau, Necker, tandis que Raymond Poincaré a un nombre d'hospitalisations inférieur (et une fonction différente). L'analyse du nombre d'hospitalisation de chaque site ne peut être faite directement à travers les chiffres MSI du fait de l'inégale répartition des lits effectivement ouverts, de différences dans l'organisation hospitalière (mutualisation, hospitalisations dans d'autres services du même hôpital), de grosses différences dans les activités d'hôpitaux de jours et de consultations dont l'organisation diffère de façon importante d'un hôpital à l'autre. Les cinq services ont tous une activité généraliste de neurologie pédiatrique avec cependant une certaine spécialisation de chaque service qui peut être analysée plus avant, si nécessaire à la collégiale. Cette spécialisation peut être déduite en partie en analysant la répartition des 11 centres de référence liés aux services de neurologie pédiatrique (hors centre du langage).

2. Personnel médical

La spécialité comporte 7 PU-PH, 1 MCU-PH et 15 1/2 PH. Il existe 6 1/2 postes de CCA + 1 poste d'assistant et 14 postes d'internes

3. Les activités d'enseignement et de recherche ne seront pas analysées dans cette note essentiellement hospitalière au-delà de constater le rattachement à 6 unités de recherche INSERM des médecins permanents des 5 services de neuropédiatrie.

4. Analyse d'enjeux pour le prochain plan quinquennal :

a. Modifications éventuelles de l'activité neuropédiatrique dans les 5 ans à venir.

Une grande modification est à prévoir dans les 5 ans dans le domaine des essais thérapeutiques multicentriques qui vont se multiplier dans le domaine des maladies métaboliques, inflammatoires, vasculaires, musculaires. La participation des centres français de neurologie pédiatrique et plus spécifiquement de ceux d'Ile-de-France est à favoriser : infirmière spécialisée, plateaux techniques en particulier d'imagerie et d'évaluation. La demande d'évaluation cognitive pour les essais thérapeutiques mais également en dehors de ceux-ci, augmentera. La création d'outils d'évaluation du cerveau lésé est un travail essentiel à mener.

b. La répartition de l'activité en 5 services de taille différente est un enjeu important.

Globalement nous recommandons un regroupement autour de plateaux techniques lourds. L'équipe de Trousseau est prête à étudier un regroupement avec l'un des centres de neuropédiatrie existant à condition que soit respectée la cohérence de l'équipe actuelle (y compris ses aspects neurogénétiques et neuropathologiques) et que les capacités d'hospitalisation/évaluation futures soient suffisantes. L'équipe de Raymond Poincaré a de forte spécificité dans l'évaluation du handicap, les essais thérapeutiques dans certains domaines et le moyen séjour avec scolarisation d'enfant en grande dépendance. Cette activité doit rester proche des structures de scolarisation. L'activité de neurologie pédiatrique qui y est faite peut, elle, être en relation étroite avec un autre centre de neurologie pédiatrique pour éviter tout isolement et bénéficier ainsi d'un plateau technique plus large.

Cependant l'évolution du nombre de services de neurologie pédiatrique ne peut être évaluée indépendamment de la politique de l'APHP vis-à-vis de ses hôpitaux en particulier Trousseau et Raymond Poincaré.

c. De nombreuses spécialités indispensables à l'activité de neurologie pédiatrique sont devenues très faibles à l'APHP en particulier : l'électrophysiologie pédiatrique (EEG mais surtout EMG et potentiels évoqués), la Médecine Physique et de Rééducation, la neuropathologie pédiatrique, l'ophtalmologie pédiatrique. Il s'agit là d'un enjeu important du prochain plan de l'AP-HP. Dans tous les cas, il s'agit de spécialités mixtes adultes-enfants dont la partie pédiatrique n'a jamais été prioritaire. Le retentissement sur la qualité des soins existe déjà.

d. Les demandes de consultations de la part des services d'autres spécialités, des services de pédiatrie générale de l'AP-HP et surtout des hôpitaux généraux : la nécessité de former les pédiatres à la neuropédiatrie .

Cette demande de consultations est considérable. La mise en place de consultations avancées dans chacun des services des hôpitaux généraux nécessiterait une augmentation du nombre de PH et n'est pas une réponse adaptée.

La réponse passe par une formation accrue à la neurologie pédiatrique des pédiatres destinés à travailler en hôpital général. Le nombre d'inscriptions annuelles au DIU de neurologie pédiatrique est important mais une formation en neurologie pédiatrique nécessite une activité clinique avec responsabilités, pendant deux ans dans un service de neurologie pédiatrique. Le nombre de postes ouverts dans la spécialité au niveau clinicat ne répond pas au besoin (environ 3 personnes formées par an puisqu'il y a 7 postes). Il n'y a pas d'autre lieu de formation en Ile-de-France et le nombre de poste de CCA de neurologie pédiatrique en France, hors Ile-de-France est relativement faible.

Deux propositions sont faites: l'ouverture de postes d'assistant soit plein-temps soit sous forme « d'assistant partagé » ainsi que la création de poste de PH partagées avec le hôpitaux généraux comme cela se fait dans certain CHU hors Ile-de-France.

e. La relation avec la pédopsychiatrie et la génétique doit être analysée :

- la pédopsychiatrie est désormais demandeuse de nombreux conseils et établit des recommandations (CRAIF) visant à ce que chaque enfant suivi en pédopsychiatrie soit vu en consultation de neurologie pédiatrique (et/ou en génétique), une tâche quasi impossible. Il est indispensable d'augmenter l'interaction entre la neuropédiatrie et la pédopsychiatrie, d'augmenter la formation des pédopsychiatres dans les pathologies du développement de l'enfant. Cela peut aussi contribuer à favoriser les activités de recherche clinique dans les pathologies du développement cérébral, un enjeu important.

- la génétique : elle a une interface importante avec la neurologie pédiatrique et l'interprétation des résultats demandera une expertise mixte ; ces interfaces doivent être favorisées. La réorganisation de la réalisation des différents examens génétiques a été importante au cours de ces dernières années : cette démarche doit être poursuivie en cherchant une simplification vers de grandes plateformes dont certaines ayant une spécificité en neurogénétique développementale.

f. **Il faut préserver les activités et relations fonctionnant bien** : diagnostic ante-natal, neuro-orthopédie, neuroradiologie pédiatrique, neurovasculaire pédiatrique, neurochirurgie pédiatrique sont des exemples positifs.

L'accueil des enfants polyhandicapés aux urgences ainsi qu'en moyen séjour en particulier à La Roche-Guyon est toujours une tâche importante dont la qualité en matière de soins mais aussi de locaux reste précaire.

PLAN STRATEGIQUE 2015 – 2019

Gastro-entérologie Pédiatrique

Organisation de la gastroentérologie et nutrition pédiatriques à l'AP-HP

Plan stratégique de l'AP-HP 2015-2020

Pr P. Tounian (Trousseau)

Bien que de nombreux pédiatres libéraux aient une activité ambulatoire de gastroentérologie et nutrition pédiatriques conséquente (consultations externes, explorations fonctionnelles digestives) en Ile-de-France, nous concentrerons notre analyse sur les 3 services de gastroentérologie et nutrition pédiatriques de l'AP-HP qui sont les seuls à assurer l'ensemble des hospitalisations.

1. Situation actuelle (par ordre alphabétique)

- Armand-Trousseau (Pr Tounian)

Effectifs. 1 PUPH, 1 PH temps plein, 1 PH mi-temps, 2 CCA, soit 3,1 ETP.

Organisation. Ce service comprend une unité d'hospitalisation conventionnelle de 14 lits, dont 6 lits d'hospitalisation de semaine, une unité d'hospitalisation de jour mutualisée avec les services de pneumologie et d'allergologie, une unité d'explorations fonctionnelles digestives, une unité transversale de nutrition. Il est le service de référence pédiatrique du centre intégré de prise en charge de l'obésité (Ile-de-France, Centre) qui regroupe les services de nutrition d'adultes de la Pitié (Pr Oppert) et d'Ambroise Paré (Pr Czernichow), les services de chirurgie d'Ambroise Paré (Pr Bouillot) et de la Pitié (Pr Hanoun) et les services de pédiatrie d'Ambroise Paré (Pr Chevallier), Necker (Pr Goulet), Créteil (Pr Epaud) et de la maison des adolescents (Pr Moro). Le service est associé au centre de référence pour les maladies rares digestives de l'enfant et il est centre agréé pour la nutrition parentérale à domicile. L'activité de recherche est intégrée dans l'unité INSERM U 872 intitulée Nutriomique (Pr Clément) de l'IHU ICAN (Institut de cardiométabolisme et nutrition) de l'université Paris 6 (Pr Clément).

Activité. La nutrition est l'orientation prioritaire du service. Il est le centre de référence national de l'obésité et des dyslipidémies pédiatriques. L'activité en nutrition pédiatrique y est en constante progression au cours des dernières années, surtout en ambulatoire (hospitalisation de jour, consultations), mais également en hospitalisation conventionnelle. Cette progression est particulièrement prégnante pour les obésités morbides et syndromiques, et les actes de chirurgie bariatrique qui en découlent. Il existe également une importante activité de gastroentérologie pédiatrique, concernant notamment l'allergologie alimentaire, la maladie cœliaque, et les maladies inflammatoires du tube digestif dont les recrutements sont également en constante progression.

- Necker-Enfants-Malades (Pr Goulet, Pr Dupont)

Effectifs. 3 PUPH, 5 PH temps plein, 1 PH mi-temps, 2 CCA, soit 8,1 ETP.

Organisation. Ce service comprend une unité d'hospitalisation conventionnelle de 10 lits, une unité d'hospitalisation de jour mutualisée au sein du pôle, une unité d'explorations fonctionnelles digestives et allergologiques (Pr Dupont), une unité transversale de nutrition. Il fait partie du centre intégré de prise en charge de l'obésité (Ile-de-France, Centre, cf. supra). Le service est centre de référence pour les maladies rares digestives de l'enfant et centre agréé pour la nutrition parentérale à domicile. L'activité de recherche est intégrée dans l'unité INSERM U 793 intitulée « Interactions de l'épithélium intestinal avec le système immunitaire » (Pr Cerf-Bensussan).

Activité. Elle est principalement consacrée à la prise en charge de l'insuffisance intestinale, des maladies inflammatoires du tube digestif, des immunopathologies digestives (en rapport avec l'activité principale de recherche fondamentale du service) et de l'allergologie alimentaire. Ce service concentre l'ensemble des transplantations intestinales de l'enfant du territoire français. Il a également le plus grand nombre d'enfants pris en charge en nutrition parentérale à domicile. Il existe enfin une importante activité d'hépatologie pédiatrique, et notamment de transplantation hépatique, que n'assurent pas les services d'Armand-Trousseau et de Robert Debré. Dans l'ensemble de ces domaines, et notamment dans la prise en charge des maladies inflammatoires du tube digestif et de l'allergologie, l'activité est en constante progression depuis plusieurs années, tant en hospitalisation conventionnelle qu'en hospitalisation de jour.

- Robert-Debré (Pr Hugot)

Effectifs. 1 PUPH, 3 PH temps plein (dont 1 arrivé en juillet 2013), 2 PH mi-temps, 2 CCA, soit 5,7 ETP.

Organisation. Ce service comprend une unité d'hospitalisation conventionnelle de 25 lits (qui accueille également des patients ayant des maladies respiratoires, dont la mucoviscidose), une unité d'hospitalisation de jour mutualisée au sein du pôle de pédiatrie médicale, une unité d'endoscopie digestive, un CRCM. Le service est centre de référence pour les maladies rares digestives de l'enfant et centre agréé pour la nutrition parentérale à domicile. L'activité de recherche est intégrée dans l'unité INSERM U 843 intitulée « Inflammation intestinale chez l'enfant » (Pr Hugot).

Activité. Les activités de gastroentérologie et nutrition sont diversifiées pour répondre aux situations médicales ou médico-chirurgicales graves ou complexes. Le service a une forte orientation sur la prise en charge des maladies inflammatoires du tube digestif avec une des plus importantes cohortes en France. Il a plus spécifiquement développé l'endoscopie digestive

à visée diagnostique et thérapeutique (vidéocapsule, entéroscopie double ballons, pose de prothèses œsophagiennes, etc), la prise en charge des troubles de l'oralité et l'éducation thérapeutique. Une constante progression a été constatée au cours des dernières années dans l'ensemble de ces domaines.

2. Activités 2011 et 2012

Les valeurs ci-jointes ont été extraites des fichiers officiels de l'AP-HP. La comparaison des activités 2011 et 2012 doit tenir compte de deux points importants. A Necker, en 2012 le service a été déplacé dans des locaux provisoires en attendant son transfert dans le nouveau bâtiment Laënnec. Ces mouvements ont eu des conséquences délétères sur l'activité. A Robert Debré, sur 27 lits budgétés, seuls 23 étaient disponibles en 2012 en raison de travaux. De plus, les valeurs données ne tiennent pas compte des patients de pneumologie (238 séjours en 2012) et réduisent donc faussement le taux d'occupation des lits qui est d'environ 95 % pour les patients de gastroentérologie. Pour ces deux services, les valeurs de 2011 sont donc plus conformes à la réalité.

| | Armand-Trousseau | | Necker | | Robert Debré | |
|---------------------------|------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 | 2011 | 2012 |
| Taux d'occupation corrigé | 75,2 % | 83,3 % | 83,7 % | 70,1 % | 83,5 % | 77,7 % |
| Nb de séjours HC | 665 | 752 | 438 | 448 | 877 | 753 |
| Nb de journées PMSI HC | 3434 | 3190 | 2701 | 2411 | 7552 | 5216 |
| Indice de performance | 1,25 | 1,07 | 1,25 | 1,10 | 1,16 | 1,12 |
| Recette générées par HC | 1 656 792 € | 1 766 337 € | 1 448 359 € | 1 427 224 € | 4 039 172 € | 2 751 470 € |
| Nb de séjours HDJ | 1 186 | 1 220 | 1 317 | 1 426 | 1 153 | 1 189 |

HC : hospitalisation conventionnelle ; HDJ : hospitalisation de jour

3. Organisation future à envisager

L'organisation future de la gastroentérologie et nutrition pédiatriques à l'AP-HP doit tenir compte de l'évolution prévisible de l'activité dans cette surspécialité pédiatrique :

- Activités en augmentation probable : maladies inflammatoires du tube digestif, biothérapies, allergologie alimentaire, endoscopie digestive interventionnelle, nutrition entérale à domicile, obésités morbides, chirurgie bariatrique, dyslipidémies (par augmentation du dépistage).
- Activités probablement stables : insuffisance intestinale, nutrition parentérale à domicile, transplantations intestinales.

L'évolution à envisager dans l'organisation de notre surspécialité peut se décliner en 5 points.

a) Maintien d'une activité de gastroentérologie et nutrition dans chacun des 3 hôpitaux

Une activité de soutien de notre surspécialité est nécessaire à la quasi-totalité des autres surspécialités pédiatriques. L'absence d'activité d'endoscopie digestive ou de relais des pathologies digestives néonatales sévères réduirait de fait le recrutement d'une maternité ou d'un service de néonatalogie. L'absence de pédiatres gastroentérologues et d'activité d'explorations fonctionnelles digestives (endoscopies digestives et pH-métries surtout) serait préjudiciable pour de nombreuses spécialités qui ont très souvent recours à ces compétences (ORL, hémato-oncologie, neurologie, chirurgie, mucoviscidose). Enfin, la prise en charge nutritionnelle des maladies digestives et extra-digestives est un déterminant capital du pronostic de la pathologie sous-jacente. Cette dernière réflexion a été à la base de la création des Comités de Liaison Alimentation-Nutrition (CLAN) et des unités transversales de nutrition. Un centre hospitalo-universitaire pédiatrique ne saurait se passer d'experts en nutrition de l'enfant.

La disparition ou la réduction massive de l'activité de gastroentérologie et nutrition d'un centre hospitalo-universitaire pédiatrique ne peut donc se concevoir si ledit établissement souhaite conserver un recrutement et une activité dignes d'un centre universitaire au sein des autres services de surspécialités qui le composent.

b) Maintien en l'état du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle

Les 3 services de gastroentérologie et nutrition pédiatriques de l'AP-HP ont subi une réduction significative du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle au cours des dernières années lors de leur restructuration (réduction nette pour Necker et Trousseau, introduction de lits de pneumologie pédiatrique pour Robert Debré). Cette diminution allait de pair avec une réduction du recrutement des patients atteints de pathologies digestives ou nutritionnelles et nécessitant une hospitalisation prolongée. Les pathologies de notre spécialité dont le recrutement va probablement augmenter au cours des prochaines années requerront des hospitalisations de courte durée ou une prise en charge ambulatoire, en comparaison avec celles dont l'activité va plutôt stagner. Ces deux tendances évolutives devraient se compenser mutuellement pour continuer à assurer une occupation optimale des lits d'hospitalisation conventionnelle actuellement ouverts dans chacun des 3 services.

Compte tenu de ces données, le nombre actuel de lits d'hospitalisation conventionnelle est un minimum au dessous duquel le recrutement de chacun des 3 services risquerait d'être compromis. Il est donc indispensable de conserver au moins en l'état le nombre de lits ouverts dans ces 3 services.

c) Augmentation du nombre de lits d'hospitalisation de jour

L'activité ambulatoire va probablement considérablement croître au cours des prochaines années. La prévalence des pathologies comme les obésités morbides et la chirurgie bariatrique qu'elles requièrent, l'allergologie alimentaire, les maladies inflammatoires du tube digestif et les biothérapies qu'elles demandent, ou les actes d'endoscopie digestive interventionnelle sont en progression constante. La plupart de ces pathologies ou des actes endoscopiques nécessitent surtout des hospitalisations de courte durée, et souvent d'une seule journée.

Dans la mesure où les lits d'hospitalisation de jour sont saturés dans les 3 hôpitaux, il est nécessaire d'augmenter la capacité d'accueil pour permettre une augmentation envisageable de l'activité des 3 services de gastroentérologie et nutrition pédiatriques, mais également éviter que ces patients se détournent de l'hôpital public pour rejoindre des centres privés dont le nombre et l'activité ne cessent de croître en Ile-de-France.

d) Organisation des activités très spécialisées entre les différents services

Les activités de gastroentérologie (dont l'endoscopie digestive) et de nutrition (dont la nutrition parentérale) courantes doivent être assurées par les 3 services afin de répondre à la demande qu'exige un centre hospitalo-universitaire pédiatrique. En revanche, certaines activités parmi les plus spécialisées et les plus coûteuses pourraient être concentrées dans un seul centre afin d'en assurer l'expertise et de diminuer les coûts.

- Transplantations intestinales : Necker.

- Explorations endoscopiques lourdes et coûteuses (entéroscopie à double ballon, vidéo-capsule, écho-endoscopie, etc.) : Robert-Debré.

- Obésités morbides et chirurgie bariatrique lourde : Armand-Trousseau.

e) Harmonisation des effectifs dans chacun des 3 services

Les effectifs de chacun des 3 services vont du simple au double, alors que les activités respectives sont à peu près équivalentes.

Une augmentation des effectifs des services d'Armand-Trousseau et de Robert Debré sont donc nécessaires pour se rapprocher de ceux de l'équipe de Necker.

En résumé

- Le maintien d'une activité de gastroentérologie et nutrition pédiatriques dans chacun des 3 centres hospitalo-universitaires pédiatriques (Armand-Trousseau, Necker-Enfants-Malades, Robert-Debré) est nécessaire.
- Le maintien en l'état du nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle dans chacun des 3 services est indispensable.
- Une augmentation de la capacité d'accueil en hospitalisation de jour est justifiée pour assurer la prise en charge des pathologies dont la prévalence est en constante progression (maladies inflammatoires du tube digestif, obésités morbides, allergies alimentaires).
- Une organisation des activités les plus spécialisées et/ou coûteuses dans un seul centre peut être envisagée.
- Une harmonisation des effectifs entre les différents services serait la bienvenue.

Professeur Patrick Tounian

PLAN STRATEGIQUE 2015 – 2019

Pneumologie Pédiatrique

PLAN STRATEGIQUE AP-HP 2015-2020 : PNEUMOLOGIE PEDIATRIQUE

Rapporteur : Pr C. Delacourt (Necker Enfants Malades)

Participants : Jacques de Blic¹, Annick Clément², Harriet Corvol², Christophe Delacourt¹ (rapporteur), Ralph Epaud³, Brigitte Fauroux¹, Véronique Houdoin⁴, Jocelyne Just², Isabelle Sermet¹. ¹Necker, ²Trousseau, ³CHI Créteil, ⁴Robert Debré.

Résumé

L'offre actuelle de pneumologie pédiatrique universitaire en Ile de France est répartie sur 4 hôpitaux, dont 3 au sein de l'AP-HP. Les axes cliniques forts sont la prise en charge des enfants asthmatiques/allergiques, problème épidémiologique majeur de santé publique, et l'investissement dans les maladies respiratoires rares. Les développements nécessaires à l'occasion du plan stratégique de l'AP-HP 2015-2020 concernent ces deux axes forts :

- Optimiser la prise en charge de l'insuffisance respiratoire chronique de l'enfant, (i) en renforçant l'accès à des plateaux diagnostiques et d'évaluation physiologique (explorations d'effort, explorations du sommeil) ; (ii) en développant l'exploration (par ex. polygraphie du sommeil) et la prise en charge ambulatoires de ces enfants (télémonitoring) ; (iii) en optimisant l'accès des enfants à la transplantation pulmonaire, grâce à une meilleure préparation de ces enfants en pré-greffe, et au développement d'équipes de greffe spécifiquement pédiatriques, avec expertise en réanimation.
- Améliorer l'offre de soins pour l'asthme et l'allergie, et permettre un meilleur accès des enfants qui ont réellement besoin de l'expertise des centres l'AP-HP. L'AP-HP doit avoir un rôle moteur dans la mise en place de réseaux de soins avec les autres centres hospitaliers d'Ile de France.

1. Descriptions et Missions des unités de Pneumologie Pédiatrique de l'AP-HP

L'AP-HP comprend 4 unités ou services spécialisés de Pneumologie Pédiatrique :

- Service de Pneumologie Pédiatrique (Pr Clément)
- Service d'Allergologie (Centre de l'asthme et des allergies), Hôpital Trousseau (Pr Just)
- Service de Pneumologie Pédiatrique, Hôpital Necker (Pr de Blic)

- Unité de Pneumologie Pédiatrique, Service Hôpital Robert Debré (Dr Houdouin, service du Pr Hugot)

A ces unités, il faut ajouter le service hors AP-HP du Pr Epaud, au Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, intégré au centre de Référence des Maladies Respiratoires de l'enfant.

En 2012, l'activité de ces différentes unités représentait plus de 4100 hospitalisations complètes pour pathologies respiratoires, et plus de 14000 journées d'hospitalisation complètes. 3800 journées d'hospitalisation de jour ont été réalisées, et 24000 consultants externes ont été accueillis

Les missions de ces services concernent à la fois les soins, l'enseignement et la recherche. Plusieurs points majeurs sont à souligner :

- le rôle central de la pneumopédiatrie au sein de l'AP-HP dans la prise en charge des enfants asthmatiques/allergiques, problème épidémiologique majeur de santé publique.
- L'investissement dans les maladies respiratoires rares. Les quatre centres hospitaliers concernés sont centres de référence et de compétence pour la mucoviscidose. Ils sont également centre de référence pour les maladies respiratoires rares de l'enfant (coordinatrice, Pr A. Clément). A ce titre, ils ont une visibilité nationale et internationale.
- Le développement de procédures innovantes, en diagnostic et en soins : explorations physiologiques de l'arbre respiratoire, développement de techniques non invasives de ventilation, biothérapies dans l'asthme sévère

L'investissement dans la recherche. Ces unités ou services développent une recherche en lien avec les pathologies respiratoires dans 5 unités INSERM (U707, U845, U938, U955, U1016)

-

2. Projets pour le plan stratégique de l'AP-HP 2015-2020

2.1. Optimiser la prise en charge de l'insuffisance respiratoire chronique de l'enfant.

L'insuffisance respiratoire chronique (IRC) de l'enfant nécessite une prise en charge hautement spécialisée, relevant pleinement des services spécialisés de l'AP-HP. Deux situations peuvent être schématiquement identifiées :

- pathologies d'évolution potentiellement favorable, soit spontanément, soit grâce à des traitements spécifiques. L'IRC est le plus souvent transitoire, régressant en quelques mois à quelques années.
- pathologies avec dégradation progressive de la fonction respiratoire. Une greffe pulmonaire peut être proposée dès l'âge pédiatrique dans certaines indications.

Les enjeux pour les enfants concernés sont nombreux :

- qualité de l'évaluation diagnostique initiale, permettant d'optimiser les propositions thérapeutiques
- développement de supports ventilatoires non-invasifs innovants
- optimisation de la qualité de vie, et maintien le plus longtemps possible d'une vie scolaire et sociale proches de la « normale ».
- accompagnement spécifiquement pédiatrique à la transplantation pulmonaire

Le nombre d'enfants actuellement suivis pour IRC dans les différentes unités de pneumologie pédiatrique de l'AP-HP est estimé à 1500. Il est très probable que tous les enfants avec IRC ne bénéficient pas d'une prise en charge par un de ces services.

Compte tenu des enjeux thérapeutiques et du nombre de patients concernés, une meilleure prise en charge de ces enfants nécessite d'améliorer les points suivants :

- renforcer l'accès à des plateaux diagnostiques et d'évaluation physiologique. Il s'agit notamment de développer les explorations d'effort chez l'enfant, et les explorations du sommeil, outils indispensables à la prise en charge de ces enfants. Plusieurs facteurs limitent actuellement l'accès à ces techniques : insuffisance de personnel dédié (médical et para-médical), de matériel, et de locaux dédiés.
- développement de l'exploration (par ex. polygraphie du sommeil) et de la prise en charge ambulatoires de ces enfants, incluant éducation thérapeutique et réhabilitation à l'exercice. Une coordination ville-hôpital est nécessaire, impliquant par exemple une infirmière coordinatrice, qui n'existe pas actuellement. Il est également nécessaire de développer le télémonitoring des enfants avec appareillage respiratoire à domicile.

- Optimiser l'accès des enfants à la transplantation pulmonaire. L'activité de greffe pulmonaire reste faible au niveau national chez l'enfant, entre 10 et 15 par an depuis 2010, soit 4% de l'activité totale de greffe pulmonaire. La mucoviscidose en est actuellement l'indication majeure. La proportion des très jeunes patients (moins de 11 ans) est très faible (env. 10% des enfants). En 2012, les 2/3 des greffes pédiatriques ont été réalisées en Ile de France, soulignant le rôle majeur des services de pneumologie pédiatrique de l'AP-HP dans la sélection et l'accompagnement des enfants.

Plusieurs facteurs contribuent à la faible représentation de la pédiatrie dans la transplantation pulmonaire, au premier rang desquels se situent l'amélioration des soins pédiatriques et le recul de l'âge auquel survient l'IRC. Il est également probable que la proposition de greffe soit décalée dans le temps, alors que l'indication existe. Deux éléments plaident en faveur de cette hypothèse. D'une part, la sensibilisation des équipes pédiatriques à référer plus tôt leurs patients se traduit par une augmentation récente des enfants sur liste d'attente (17 en 2012 contre 8 en 2011) ; d'autre part, aucune équipe de greffe pulmonaire d'Ile de France n'est spécifiquement pédiatrique. Toutes les autres spécialités d'organe ont vu émerger des équipes de greffe spécifiquement pédiatrique. Ce facteur bloque par exemple l'accès à la greffe de jeunes enfants.

Le développement d'une meilleure prise en charge des enfants potentiellement candidats à une greffe pulmonaire nécessite :

- (i) un plateau technique et une expertise locale prenant en compte les spécificités pédiatriques des pathologies en cause. Cette expertise doit permettre de référencer plus précocement les enfants, et donc d'optimiser leur préparation.
- (ii) le développement, en collaboration avec les équipes adultes, d'équipes de greffe spécifiquement pédiatriques, avec notamment expertise en réanimation.

2.2. Améliorer l'offre de soins pour l'asthme et l'allergie.

L'asthme est la plus fréquente des maladies chroniques de l'enfant, touchant 25 % des nourrissons de moins de 3 ans, 15% des enfants d'âge préscolaire et 8% de la population de plus de 6 ans.

Quatre vingt pour cent des asthmes de l'enfant sont d'origine allergique. Les allergies alimentaires constituent un facteur de sévérité de l'asthme, et touchent 4 à 8% des enfants de moins de 8 ans.

Elles sont en progression dans les pays industrialisés, notamment pour les formes les plus graves de type anaphylactique. Ces patients, associant asthme et allergie sévères, constituent des formes rares de maladies fréquentes, et ont un impact majeur sur la qualité de vie des enfants. Elles sont à

risque d'accident aigus mortels, et nécessitent une prise en charge par des équipes hautement spécialisées. Cette activité de référence doit être soutenue et renforcée dans les centres de l'AP-HP, grâce à plusieurs mesures :

- La fréquence de l'asthme et de l'allergie impose une offre de soins bien répartie sur l'Ile de France. Les délais de prise en charge dans les centres de l'AP-HP sont actuellement très longs, jusqu'à 7 mois, pénalisant les enfants qui ont réellement besoin de l'expertise de ces centres. Des moyens de formation doivent être mis en place pour augmenter le nombre de centres hospitaliers d'Ile de France capable de prendre en charge les problèmes d'asthme et d'allergie ne relevant pas d'un centre de référence de l'AP-HP. L'AP-HP doit avoir un rôle moteur dans la mise en place de ces réseaux de soins
- Développer les hospitalisations de jour, permettant de mieux phénotyper les enfants grâce à des plateaux diagnostiques performants, et d'optimiser l'accès de ces enfants aux traitements innovants (biothérapie et induction de tolérance).

PLAN STRATEGIQUE 2015 – 2019

Endocrinologie Pédiatrique

Plan Stratégique APHP 2015-2019. Pr A. Linglart (Kremlin Bicêtre) Endocrinologie et diabétologie pédiatrique.

La situation en 2013

Le diagnostic et le suivi des patients atteints de pathologie endocrinienne ou de diabète sont quasi exclusivement assurés par les médecins des hôpitaux, en île de France, à l'APHP ou hors APHP

Sur la période 2008-2010, la part de l'APHP dans l'activité de séjours hospitaliers endocrinologie-diabétologie en Ile de France (données PMSI) est de 76%). La spécialité a largement recours aux plateaux ambulatoires puisque 66% de cette activité est faite en ambulatoire (contre 61% dans les établissements hors APHP).

Au sein de l'APHP, l'activité d'endocrinologie diabétologie est réalisée dans des structures spécialisées (Bicêtre, Necker, Robert-Debré, Trousseau) et dans des services de pédiatrie générale (Ambroise Paré, Bécélère, Jean Verdier).

Eventuellement demander à la DMA des chiffres APHP détaillés par GH.

Les pathologies concernées sont :

- les déficits/excès hormonaux secondaires à une déficience d'organe (hypo/hyperthyroïdie, insuffisance surrénale, insuffisance hypophysaire)
- le diabète en particulier insulino-dépendant
- les anomalies de la puberté et de la différenciation sexuelle
- les tumeurs endocrines et les conséquences endocriniennes des pathologies ou de certains traitements
- l'obésité en particulier morbide ou compliquée
- les désordres du métabolisme calcique et osseux

Le niveau de sévérité des pathologies va de bénin à très lourd mais il faut noter que la spécialité assure le dépistage des pathologies dans un contexte où la médecine de ville est très démunie (expertise, densité médicale) à identifier et orienter les patients relevant de la spécialité.

Les prévisions après 2014

L'augmentation du nombre de patients ou de soins nécessaires peut être anticipée dans plusieurs secteurs de maladies :

- L'incidence du diabète de type 1 augmente. De 15 000 aujourd'hui, il est prévu 25 000 enfants diabétiques en 2020 dont 25% d'enfants de moins de 5 ans (article Lancet).
- L'obésité, dont la fréquence est stable mais avec une proportion de cas sévères et compliqués en augmentation
- Les patients avec une pathologie chronique endocrinienne nécessitant une transition vers le secteur de soin adulte
- Les séquelles endocriniennes (métabolisme, santé osseuse, thyroïde, croissance, situations précaires) et la préservation de la fertilité font partie des préoccupations futures pour les enfants survivants du cancer ou atteints de maladies non endocriniennes (mucoviscidose, prématurité).

Les caractéristiques des patients ayant recours aux pédiatres endocrinologues sont cours de transformation avec, d'une part, un rajeunissement de la population cible et, d'autre part, une nécessité d'intégrer la préparation du vieillissement des patients pédiatriques.

Les propositions pour le futur plan stratégique

Notre discipline est déjà fortement engagée, et a une expertise reconnue à l'échelle internationale, pour la prise en charge des pathologies endocriniennes, y compris le diabète. Il existe une volonté collective de faire évoluer le soin de ces maladies en s'inscrivant dans la stratégie nationale de santé. Cela se traduit par plusieurs propositions :

- Mieux répartir les parcours de soin.

La typologie des patients décrite ci-dessus comporte des degrés de sévérités et de recours d'expertise très variables. Pour bon nombre de pathologies, la prise en charge de proximité par les CHG doit être renforcée en favorisant par exemple les consultations déportées ou la création d'équipes mobiles médicales et paramédicales. Les services d'endocrinologie pédiatrique pourront faire face aux activités de recours pour les

maladies rares, les très jeunes diabétiques et les tumeurs endocrines. Ils devront également rationaliser l'organisation des soins des séquelles endocriniennes des maladies et des cancers.

– Valoriser l'éducation thérapeutique et la télémédecine en pédiatrie

En synergie avec la réorganisation des parcours de soin, le suivi des maladies chroniques de l'enfant, y compris le diabète, doit faire intervenir le patient, les équipes médicales et paramédicales dans le soin au moyen de l'éducation thérapeutique et de la télémédecine.

– Cibler les investissements.

Comme toute la pédiatrie, le coût et les délais pour les diagnostics de maladie doivent être réduits en investissant dans les techniques à haut débit comme la spectrométrie de masse et le séquençage de nouvelle génération. Cette évolution technologique permettra de réorganiser (étendre ?) le dépistage des maladies à la naissance et d'améliorer le diagnostic des maladies endocriniennes et métaboliques.

PLAN STRATEGIQUE 2015 – 2019

Hépatologie Pédiatrique

COLLEGIALE DE PEDIATRIE
HEPATOLOGIE PEDIATRIQUE
Dr D.Debray (Necker Enfants Malades)

Contexte général de la spécialité

Les maladies du foie sont rares chez l'enfant et regroupent aussi bien des pathologies aiguës (hépatite, insuffisance hépatique), que des pathologies chroniques. Il s'agit de maladies cholestatiques, métaboliques le plus souvent de début néonatal, d'origine congénitale ou génétique. La majorité des maladies chroniques du foie de l'enfant indique une transplantation hépatique dans l'enfance, le plus souvent avant l'âge de 5 ans. La transplantation hépatique est un traitement lourd et nécessite ensuite un suivi spécialisé à vie.

L'hépatologie pédiatrique est une spécialité exclusivement hospitalo-universitaire. La majorité des patients est adressée en hospitalisation ou consultation par les pédiatres et médecins généralistes du secteur privé, et par les services de pédiatrie générale ou de spécialités (CHR, CHRU) pour avis diagnostique et prise en charge thérapeutique incluant la transplantation hépatique.

Les missions de l'hépatologie pédiatrique regroupent:

- 1/Le diagnostic et la prise en charge des maladies du foie de l'enfant.
- 2/La transplantation hépatique soit isolée, soit multiple
- 3/L'éducation thérapeutique des enfants et de leur famille, la transition et le transfert en secteur d'hépatologie /transplantation d'adulte.
- 4/ La formation des futurs pédiatres spécialisés et généralistes, ainsi que celle des médecins d'adultes (DES, DIU, DU et FMC)
- 5/ La recherche clinique et fondamentale
- 6/ Leur participation à des essais cliniques et thérapeutiques

Les consultations sont en augmentation croissante et regroupent:

- Une prise en charge très importante en ambulatoire: consultations de suivi de pathologies chroniques et consultations ponctuelles pour avis diagnostique ou thérapeutique pour des enfants vivant en France comme à l'étranger.

- Avis spécialisés sur dossier et suivi thérapeutique à distance en augmentation constante.

Le nombre de transplantation hépatique est relativement stable en France depuis 10 ans bien que la tendance soit à l'augmentation depuis 2 ans (+13%). On peut noter en effet une augmentation des indications en particulier pour les maladies métaboliques et les tumeurs du foie. Il existe 2 centres d'hépatologie et de transplantation hépatique pédiatriques à l'APHP (CHU Bicêtre, CHU Necker), réalisant plus de 80% du nombre annuel des greffes hépatiques en France. Ces 2 services ont une activité complémentaire. Il est à prévoir que le nombre de centres de transplantation hépatique pédiatrique en France (AP-HP, Lyon, Marseille) restera stable durant les 10 ans à venir. Cependant, la cohorte d'enfants suivis pour maladie chronique du foie ou après transplantation, ainsi que le nombre d'hospitalisations pour la prise en charge pré greffe, post greffe immédiate et des complications précoces et tardives liées à la greffe augmentent régulièrement.

L'hépatologie pédiatrique étend également son champ d'activités à l'extérieur de l'APHP pour la prise en charge des enfants au niveau national et international: suivi et traitement séquentiel des pathologies chroniques, transplantation hépatique, suivi des enfants transplantés : 60% des enfants suivis dans ces 2 services sont domiciliés hors de l'île de France.

Les centres de référence maladies rares et leur fonctionnement en réseau avec les centres de compétence se sont développés pour l'atrésie des voies biliaires (Bicêtre), la maladie de Wilson (Bicêtre) , et les maladies métaboliques (Necker, Bicêtre- Bécélère et Robert Debré).

Filières et coopérations intra et extra-hospitalières.

Il existe une forte interactivité de l'hépatologie avec la pédiatrie générale et différentes spécialités pédiatriques dont notamment la gastroentérologie, la cardiologie, l'immuno-hématologie, la neurologie, les services de génétique et de maladies métaboliques, la réanimation, la chirurgie viscérale, la radiologie, l'anatomopathologie, et l'infectiologie.

Il est nécessaire:

- d'améliorer la complémentarité entre la pédiatrie de ville, pédiatrie de CHR et l'hépatologie pédiatrique mais les limitations sont importantes en raison du peu de formation des pédiatres à cette discipline.
- D'améliorer les filières de transition enfants/adultes en France.

Innovations diagnostiques

- Développement de référentiels de bonnes pratiques.
- Développement d'outils de mesure non invasive de la fibrose hépatique chez l'enfant
- Développement de l'investigation moléculaire des maladies génétiques

Innovations thérapeutiques

- Développement d'essais thérapeutiques pour certaines pathologies : cholestases intrahépatiques familiales progressives, syndrome d'Alagille.
- Nouveaux traitements immunosuppresseurs.
- Développement de la radiologie interventionnelle pédiatrique pour les maladies vasculaires du foie et les complications vasculaires et biliaires post greffe qui nécessitent le renforcement des équipes de radiologie pédiatrique.
- Transplantation de cellules souches dans les maladies métaboliques (essai débuté à Bicêtre).

Recherche clinique et fondamentale

- Suivi de cohortes d'enfants : devenir à long terme des maladies cholestatiques et métaboliques, devenir à long terme après transplantation hépatique, complications des maladies vasculaires du foie, étude génétique...
- Procédure d'éducation thérapeutique pour les enfants greffés, pour la transition enfant-adulte, le transfert en service pour adultes.
- Développement de nouvelles techniques de mesure non invasives de la fibrose hépatique.
- Nouveaux traitements immunosuppresseurs. individualisés selon des données pharmacogénétiques, et selon le profil immunologique, ...
- Collaboration et participation active au sein des équipes de recherche dont les axes principaux concernent les maladies cholestatiques et les pathologies biliaires de l'enfant (Inserm U757, DHU foie Hépatinov (Paris 11), Inserm U781, Inserm-U938,).

Besoins

Il est nécessaire:

- d'augmenter le nombre de lits d'hospitalisation conventionnelle qui devient insuffisant; il existe également des problèmes d'accueil des enfants en réanimation, et en soins continus.

- de développer les structures d'hospitalisations de jour actuellement très insuffisantes pour assurer les consultations multidisciplinaires (hépatologue, neurologue, cardiologue, assistante sociale, psychologue, diététicienne), certains gestes invasifs (fibroscopie oesogastrique, éventuellement biopsie hépatique), et l'éducation thérapeutique dont les besoins sont croissants.

- d'augmenter le nombre de postes de chefs de Clinique-assistants et de DES, actuellement insuffisant pour assurer la prise en charge des patients et la recherche clinique, et assurer la formation en hépatologie/transplantation pédiatrique des futurs pédiatres, pré-requis indispensable au développement de réseaux de soins en Ile de France et hors Ile de France.

PLAN STRATEGIQUE 2015 – 2019

Néphrologie Pédiatrique

NEPHROLOGIE PEDIATRIQUE

Pr GEORGES DESCHENES - (ROBERT DEBRE)

L'AP-HP compte trois services de néphrologie pédiatrique dont la capacité totale est de 34 lits d'hospitalisation conventionnelle et 18 postes d'hémodialyse pédiatrique. L'activité est de 2000 séjours conventionnels, 600 séjours de moins de 24h et de 3000-5000 séances d'hémodialyse. Les séjours sont principalement en rapport avec l'activité de greffe rénale (entre 20 et 40 par an en région francilienne) Le personnel comprend 3 PUPH, 1 MCUPH, 7 ETP PH, 2 ETP PA, 4 CCA ainsi que 10 DES. Les services localisés à Necker et à Robert-Debré ont une autorisation de greffe et l'activité de dialyse est répartie entre les trois services.

L'offre répond actuellement à la demande malgré l'augmentation constante de la population en région francilienne. Le point le plus notable est la fluctuation de l'activité d'hémodialyse entre 3000 et 5000 séances par an. La borne haute correspond à une saturation de l'offre (en théorie 5300 séances par an à raison de deux branchements par jour) à laquelle il est toujours possible de répondre par le développement de la dialyse péritonéale qui n'exige pas de surface dédiée.

Les modifications touchant cette organisation doivent certainement prendre en compte les problèmes humains exacerbés par une compétition ancienne mais aussi et surtout tenir compte de la démographie et de la demande pédiatrique de la partie nord-est de la région francilienne.