

Rapport sur la Permanence Des Soins pédiatriques dans les Etablissements Hospitaliers de la Région Île de France

Rapport établi pour le Groupe de pilotage sur la Permanence Des Soins en Etablissements de Santé (PDS-ES) de l'Agence Régionale de Santé d'Île de France (ARSIF) par le Pr. Jean-Christophe Mercier¹ et le Dr. Jean-Louis Chabernaude², Collégiale des Urgences de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

Avec la participation de :

- Dr. Pierre Foucaud,³ Dr. Arnaud Chalvon,⁴ Dr. Elisabeth Questiaux,⁵ Collégiale de Pédiatrie des Hôpitaux Généraux d'Île de France.
- Pr. Philippe Hubert,⁶ Président du Groupe Francophone de Réanimation et d'Urgences Pédiatriques (GFRUP) pour la Réanimation pédiatrique
- Pr. Gilles Orliaguet,⁷ Vice-Président de la Collégiale des PU-PH d'Anesthésie-Réanimation d'Île de France
- Pr. Guy Sebag,⁸ Président de la Collégiale des Radiologues de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris pour l'Imagerie pédiatrique
- Pr. Emmanuel Grimprel,⁹ pour la Pédiatrie générale.
- Dr. Brice Ilharreborde¹⁰ et Dr. Henri Kotobi,¹¹ pour la Chirurgie pédiatrique.

Institutions :

1. Service d'Accueil des Urgences pédiatriques, Hôpital Robert Debré, 48 Boulevard Sérurier, 75019 Paris (Tél : 01.40.03.21.86 – jean-christophe.mercier@rdb.aphp.fr)
2. SMUR pédiatrique 92, Hôpital Antoine Béchère (jean-louis.chabernaude@abc.aphp.fr)
3. Service de Pédiatrie, CH André Mignot (pfoucaud@ch-versailles.fr)
4. Service de Pédiatrie, CH de Lagny (achalvon@ch-lagny.fr)
5. Service de Pédiatrie, CH Robert Ballanger (elisabeth.questiaux@ch-aulnay.fr)
6. Service de Réanimation pédiatrique, Hôpital des Enfants Malades (philippe.hubert@nck.aphp.fr)
7. Département d'Anesthésie-Réanimation, Hôpital Necker (gilles.orliaguet@nck.aphp.fr)
8. Service d'Imagerie pédiatrique, Hôpital Robert Debré (guy.sebag@rdb.aphp.fr)
9. Service de Pédiatrie générale, Hôpital Trousseau (emmanuel.grimprel@trs.aphp.fr)
10. Service de Chirurgie pédiatrique, Hôpital Robert Debré (brice.ilharreborde@rdb.aphp.fr)
11. Service de Chirurgie pédiatrique, CH Robert Ballanger (henri.kotobi@ch-aulnay.fr)

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. Fathi Ktari	Dr. Compagnon
77300	CHG	Fontainebleau	Dr. Pascal Saunier	Dr. Florence Soubie
77400	CHG	Lagny sur Marne	Dr. Arnaud Chalvon	Dr. Gisèle Nissack
77100	CHG	Meaux	Dr. François Gouraud	Dr. François Gouraud
77000	Marc Jacquet	Melun	Dr. Bernard Le Lorier	Dr. Bernard Le Lorier
77130	CHG	Montereau	Dr. Gérard Branca	Dr. Gérard Branca
77160	Léon Binet	Provins	Dr. M Abdelhadi	Dr. M. Abdelhadi
78200	CHG	Mantes-la-Jolie	Dr. Jean Furioli	Dr. Djafari
78100	CHI	Poissy-St Germain	Dr. Didier Armengaud	Dr. Béatrice Pellegrino
78120	Hôpital-Centre	Rambouillet	Dr. Stéphanie Müller	Dr. Stéphanie Müller
78150	André Mignot	Versailles – Le Chesnay	Dr. Pierre Foucaud	Dr. Pierre Foucaud
91415	CHG	Dourdan	Dr. Cédric Tahiri	Dr. Cédric Tahiri
91150	CH Sud-Essonne	Etampes	Dr.	Dr.
91014	CH Sud-Francilien	Evry	Dr. Antoine Leblanc	Dr. Alexis Mosca
91160	CHG	Longjumeau	Dr. Hervé Séaume	Dr. Hervé Séaume
91294	CHG	Arpajon	Dr. Marc Saf	Dr. Marc Saf
91400	CHG	Orsay	Dr. Jean-Claude Mselati	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. Nathalie Parez	Dr. Bogdan Cojocar
92300	Institut Hosp Franco-Britannique	Levallois Perret	Dr. Rahmani	Dr. Mohamed Zouch
92205	CH Neuilly-Courbevoix-Puteaux	Neuilly-sur-Seine	Dr. Héléne Pejoan	Dr. Héléne Pejoan
93602	CH Robert Ballanger	Aulnay-sous-Bois	Dr. Charestan	Dr. Cheick Coli
93140	Jean Verdier	Bondy	Pr. Loïc de Pontual	Dr. Anne-Marie Teychené
93370	CH Le Raincy-Montfermeil	Montfermeil	Dr. Philippe Talon	Dr. Amar Taïeb
93105	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	Centre Intercommunal	Créteil	Dr. Catherine Phlipotteau	Dr. Sandra Biscardi
94560	CH Villeneuve Saint Georges	Crosnes	Dr. Romain Gire	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. Myriam Mouhoub
95500	CHG	Gonesse	Dr. Ossam Elias	Dr. Issam Barakat
95160	Simone Veil	Montmorency	Dr. Brigitte Cochet-Monier	Dr. Brigitte Cochet-Monier
95300	René Dubos	Pontoise	Dr. Héléne Sarda-Thibault	Dr. Letitia Pantalone

Plan

Tableaux	4
Lettre de mission	5
1. Introduction	7
- Les passages aux Urgences pédiatriques ne font qu'augmenter	
- Un triage difficile entre « consultations simples » et « vraies urgences »	
- Urgences médicales et urgences traumatiques	8
- Une raréfaction de l'offre de soins chirurgicale pédiatrique	
- Une grande variabilité dans la prise en charge anesthésique pédiatrique	
- Une compétence en imagerie médicale pédiatrique en régression	
- Un nombre de lits à conserver (difficultés d'hospitalisation pendant les épidémies hivernales)	
2. Etat des lieux - Méthodologie	9
- Département 77 : 7 SAU pédiatriques – pas de chirurgie pédiatrique	10
- Département 78 : 4 SAU pédiatriques – pas de chirurgie pédiatrique	12
- Département 91 : 6 SAU pédiatriques – pas de chirurgie pédiatrique	14
- Département 92 : 5 SAU pédiatriques – pas de chirurgie pédiatrique	16
- Département 93 : 5 SAU pédiatriques – 2 services de chirurgie pédiatrique	18
- Département 94 : 4 SAU pédiatriques – 4 services de chirurgie pédiatrique	20
- Département 95 : 5 SAU pédiatriques – 1 service de chirurgie pédiatrique	22
- Département 75 : 3 POSU pédiatriques – 6+ services de chirurgie pédiatrique	24
- Synthèse des Urgences pédiatriques	25
o Nombre de lits d'aval pédiatrique	26
o Une activité saisonnière et des comportements sociétaux	26
- La PDS-ES chirurgicale pédiatrique	27
- L'activité de la réanimation pédiatrique/unité de surveillance continue.....	32
- L'activité de transport pédiatrique	35
3. Propositions	37
- Regrouper certains <i>sites d'urgences pédiatriques</i>	37
- Renforcer la <i>chirurgie pédiatrique</i>	39
- Développer l' <i>anesthésie pédiatrique</i>	41
- Revitaliser l' <i>imagerie pédiatrique</i>	42
- Augmenter le nombre de lits de <i>réanimation et d'USC pédiatriques</i>	43
- Renforcer les équipes des <i>SMUR pédiatriques</i>	44
4. Conclusions	46
Annexes	
1. Répertoire Opérationnel des Ressources des sites d'urgences pédiatriques	47
2. Questionnaire n°1	48
3. Questionnaire n°2	50
4. Carte des sites d'urgences pédiatriques (nombre des passages)	51
5. Carte des sites pédiatriques d'Île de France (nombre de lits)	52
6. Carte des secteurs des SMUR pédiatriques	53
5. Références	54

Tableaux N°

1. Nombre de passages dans les services d'urgences de l'AP-HP (2005-2009)	7
2. Nombre de passages pédiatriques en 2010 par territoires de santé	25
3. Nombre de passages pédiatriques en 2010 extrait par le SI CERVEAU	25
4. Nombre de lits pédiatriques en Île de France	26
5. Inadéquation entre passages et moyens médicaux selon les heures (SAU RD).....	27
6. Activité chirurgicale en urgence sur les 4 sites de l'AP-HP en 2009	28
7. Activité chirurgicale en urgences à Robert Debré en 2010.....	29
8. Lignes de gardes et d'astreintes recensées en chirurgie pédiatrique par l'ARS.....	31
9. Activité de réanimation pédiatrique sur les 5 sites d'Île de France en 2003.....	32
10. Activité de réanimation pédiatrique sur les 5 sites d'Île de France en 2010.....	32
11. Activité de surveillance continue sur les 5 sites d'Île de France en 2010.....	33
12. Activité de Réanimation et de surveillance continue chirurgicale	34
13. Activité des SMUR pédiatriques d'Île de France.....	36
14. Âge des enfants transférés par le SMUR en 2010.....	36
15. Propositions de regroupements hospitaliers par territoire de santé (PDS-ES adulte) ...	37
16. Suggestions de regroupements hospitaliers par territoire de santé (PDS-ES pédiatrique)	38
17. Normes de personnel médical pour les Urgences (SAMU-Urgences de France)	39
18. Normes de personnel médical pour l'UHCD (SAMU-Urgences de France).....	39
19. SROS-3 chirurgie/anesthésie pédiatrique.....	41

Lettre de mission



Affaire suivie par :
Marianne Perreau-Saussine

Direction de l'Offre de soins et médico-sociale
Pôle Etablissement de Santé

Courriel : marianne.perreau-saussine@ars.sante.fr
Téléphone : 01 44.02.05.30
Télécopie : 01 44.02.04.05

Monsieur le Professeur Mercier
Urgences pédiatriques
GH Robert Debré
49, boulevard Sérurier

75 935 PARIS Cedex 19

Paris, le 19 avril 2011

Objet : Lettre de mission expertise Permanence des soins en établissements de santé en pédiatrie

Dans le cadre de la loi « Hôpital Patients Santé Territoires » du 21 juillet 2009, l'Agence régionale d'Île-de-France est chargée d'attribuer les missions de service public en matière de permanence des soins en établissements de santé (PDS-ES). Des travaux de réorganisation de la PDS-ES conduits avec des objectifs de qualité, de sécurité des soins et d'optimisation des ressources médicales, ont été lancés depuis l'été 2010 ; l'objectif est d'aboutir à un schéma cible de PDS-ES pour la fin de l'année 2011.

Il s'agit ainsi de déterminer l'organisation à mettre en place pour la prise en charge pour chacune des spécialités, des situations d'urgence médicales et chirurgicales en période de garde et notamment en nuit profonde. Ce travail doit s'articuler avec les travaux préparatoires des SROS hospitaliers qui seront conduits dans la région prochainement, et notamment concernant l'organisation des urgences.

Le recours à des avis d'experts pour certaines spécialités a semblé indispensable sous forme de contributions écrites et de présentations devant le comité de pilotage régional PDS-ES mis en place par l'ARS. Votre parcours professionnel et universitaire d'excellence ainsi que vos nombreuses publications de références sur le sujet vous ont naturellement désigné pour la spécialité pédiatrie.

Les objectifs de cette mission d'évaluation se déclinent en plusieurs aspects. D'un point de vue organisationnel, je souhaite disposer d'un bilan précis sur l'existant dans chaque spécialité (données sur les pathologies prises en charge en pratiques aux horaires de la PDS, analyse critique de l'organisation en place...) et d'aboutir à des orientations ou propositions structurantes d'organisation des prises en charges des affections de l'enfant, en urgence, aux horaires de la PDS-ES, pour l'ensemble de la région.

35 rue de la Gare Millénaire 2 – 75935 – Paris Cedex 19
Standard : 01 44 02 00 00
www.ars.iledefrance.sante.fr



Afin de fonder la réorganisation sur des objectifs de qualité et de sécurité des soins, il serait souhaitable de travailler à établir des recommandations de prise en charge et d'orientation graduées en fonction de la nature et la gravité des situations cliniques. En pratique, l'objectif est de :

- définir une typologie des situations d'urgence, arrivant par les urgences ou via la régulation, et nécessitant une prise en charge sans délai aux horaires de la PDSSES ,
- lister les situations d'urgence dont la prise en charge peut être différée (au lendemain),
- définir le niveau de plateau technique requis en fonction des situations cliniques.

Pour chaque cas, seraient décrites les modalités de prises en charge requises (compétences et environnement nécessaires, délais de prise en charge envisageables) ainsi que les données sur la fréquence de ces situations. Ces éléments permettraient d'évaluer au mieux le nombre et le type de permanences nécessaires notamment en deuxième partie de nuit ou le WE et des situations demandant un transfert (aux horaires de la PDSSES).

Je sais compter sur la qualité de votre engagement et vous remercie par avance de toute l'implication et le professionnalisme que vous déploierez pour mener à bien cette mission qui devrait s'achever à la publication du schéma cible PDSSES. Compte tenu du délai de réalisation relativement contraignant dans lequel s'inscrit cette mission, (les premiers résultats sont attendus en juin, et le document complet devrait être totalement achevé en septembre), je vous sais particulièrement gré de votre contribution.

Pour Le Directeur Général de l'ARS,
La directrice de l'offre de soins et
médico-sociale

Andrée BARRETEAU

Introduction

Les enfants consultant aux Urgences représentent 25 à 30% des urgences hospitalières.¹ **Les passages aux Urgences pédiatriques ne font qu'augmenter,**² alors que le nombre total des urgences semble plafonner.³ Les chiffres des passages recensés par la Direction de la Politique Médicale (DPM) dans les services d'urgences de l'AP-HP confirment cette augmentation plus marquée des passages pédiatriques par rapport à celle des passages adultes entre 2005 et 2009 (Tableau 1).

	G.H.U.	HOPITAL	Passages				Evolution		
			2 005	2 006	2007	2 008	2 009	2008 / 2009	moy2005-2008 / 2009
A D U L T E	OUEST	Ambroise-Paré	31 870	33 825	33 954	34 796	34074	-2,1%	1,4%
	SUD	Antoine-Béclère	26 239	27 877	29 580	30 804	31033	0,7%	6,4%
	NORD	Avicenne	33 947	35 239	35 834	36 309	36208	-0,3%	2,5%
	NORD	Beaujon	26 620	28 717	28 637	29 946	30998	3,5%	8,8%
	SUD	Bicêtre	44 193	44 876	43 295	41 959	41037	-2,2%	-5,8%
	NORD	Bichat	52 791	54 888	59 431	64 324	66207	2,9%	14,4%
	OUEST	Cochin	44 957	44 921	47 184	47 242	46562	-1,4%	1,1%
	OUEST	H.E.G.P.	38 342	42 862	40 836	44 873	46510	3,6%	11,5%
	SUD	Henri-Mondor	43 091	43 200	43 483	45 246	47428	4,8%	8,4%
	OUEST	Hôtel-Dieu	42 202	43 419	42 067	40 384	41287	2,2%	-1,7%
	NORD	Jean-Verdier	26 509	27 554	26 737	26 552	28246	6,4%	5,2%
	NORD	Lariboisière	72 335	72 996	75 209	86 017	96079	11,7%	25,4%
	NORD	Louis-Mourier	22 496	23 041	21 941	23 835	24632	3,3%	7,9%
	EST	Pitié-Salpêtrière	71 772	75 058	82 443	79 078	81290	2,8%	5,5%
EST	Saint-Antoine	45 965	45 579	45 549	45 602	47096	3,3%	3,1%	
NORD	Saint-Louis	28 706	32 581	32 577	34 320	34700	1,1%	8,3%	
EST	Tenon	39 578	42 810	45 753	44 961	44607	-0,8%	3,1%	
S/TOTAL ADULTE			691 613	719 443	734 510	756 248	780 003	3,1%	7,5%
E N F A N T	OUEST	Ambroise-Paré	21 080	18 429	20 376	21 033	20909	-0,6%	3,4%
	SUD	Antoine-Béclère	17 615	18 554	19 211	20 279	21300	5,0%	12,6%
	SUD	Bicêtre	26 935	27 137	26 412	25 608	27671	8,1%	4,3%
	NORD	Jean-Verdier	25 673	27 243	27 729	26 526	27921	5,3%	4,2%
	NORD	Louis-Mourier	26 657	28 139	27 982	29 199	29838	2,2%	6,6%
	OUEST	Necker	42 027	43 544	48 376	45 521	49869	9,6%	11,1%
	NORD	Robert-Debré	60 677	65 834	66 565	73 738	76529	3,8%	14,7%
	OUEST	St Vincent de Paul	21 042	22 425	23 411	24 124	22876	-5,2%	0,6%
	EST	Armand-Trousseau	38 759	41 095	38 895	40 885	44837	9,7%	12,3%
S/TOTAL PEDIATRIE			280 485	292 400	298 957	306 913	321 750	4,8%	9,2%
TOTAL			972 078	1 011 843	1 033 467	1 063 161	1 101 753	3,6%	8,0%

De multiples raisons expliquent cela :

1. Une raréfaction de la PDS ambulatoire en soirées, les week-ends et jours fériés. Ainsi, une enquête téléphonique menée en 2008 à Robert Debré montrait que <10 médecins étaient présents parmi les 368 médecins généralistes et pédiatres des 18^e, 19^e et 20^e arrondissements de Paris et des 4 communes limitrophes du 93 autour de Robert Debré les jours de Noël 2008 et du 1^{er} janvier 2009, ainsi que le dimanche entre les deux fêtes.
2. Une tendance des familles à consulter le soir, notamment quand le père rentre du travail et peut conduire sa famille aux Urgences (Thèse du Dr. Laure Beaujouan, DPM 2010).
3. Un certain « consumérisme » des familles, puisque le nombre des passages diminue de 20 à 30% les jours de soldes, de neige ou de verglas et quand il y a un match important à la télévision... Une thèse récente menée à Robert Debré montre que près de 25% des familles ont consulté un médecin dans les 24h précédant le passage aux Urgences, mais que 25% d'entre elles ont revu un médecin ou ont consulté d'autres Urgences hospitalières dans les 24h suivant le passage aux Urgences de Robert Debré.

Un des défis des Urgences pédiatriques réside dans un **triage** sans erreur et sans faille entre de « *simples consultations* » définies par l'absence d'actes diagnostiques ou thérapeutiques et les « *vraies urgences* » qui nécessitent une démarche diagnostique nécessitant des examens biologiques ou radiologiques et/ou des actes thérapeutiques urgents afin d'éviter une évolution autrement défavorable. La fiabilité du triage repose sur des Infirmières d'Accueil et d'Orientation (IAO) bien formées et un système de triage validé.^{4,5} *Ne pas passer à côté d'une urgence vitale méconnue au milieu des dizaines de consultations pour des symptômes banals et des pathologies bénignes* guérissant spontanément, tel est l'enjeu d'un service d'urgence performant.

L'habitude est de **différencier les urgences médicales des urgences chirurgicales**. Beaucoup de symptômes (douleurs abdominales, vomissements, etc.) sont communs aux urgences médicales et aux urgences chirurgicales viscérales. Cependant, il est facile d'identifier les urgences traumatiques qui nécessitent souvent la réalisation de radiographies et d'actes thérapeutiques spécifiques (sutures, immobilisations, etc.) pouvant être réalisés par des médecins urgentistes, mais dont certains réclament des compétences spécifiques de chirurgie orthopédique (réduction ou fixation de fractures, etc.). L'organisation de la prise en charge des urgences médicales ou traumatiques est éminemment variable d'un Etablissement à l'autre, selon l'historique du service d'urgence et les autres services présents dans l'Etablissement. *Rétablir un équilibre entre chirurgie pédiatrique de proximité et chirurgie spécialisée ou de recours*, tel est l'enjeu d'une réorganisation de la PDS-ES pédiatrique.

Une **raréfaction de l'offre de soins chirurgicale pédiatrique** est, on le verra, le constat le plus affligeant de ce rapport. Certains territoires de santé (77, 78, 91, 92) sont dépourvus de toute offre de soins chirurgicale pédiatrique et certains centres de chirurgie pédiatrique dans les autres territoires de santé (93, 94 et 95) sont en grandes difficultés (seniors en nombre insuffisant, pas d'internes de chirurgie, simples astreintes opérationnelles). Les conséquences de cette dramatique insuffisance en chirurgiens pédiatres résident en la multiplication des transferts pour avis vers les services d'urgence parisiens, alors même que les effectifs chirurgicaux ou anesthésiques y sont insuffisants dans certains centres. *Renforcer les moyens chirurgicaux tant en périphérie qu'à Paris intra-muros*, tel est l'enjeu d'une réorganisation de la PDS-ES pédiatrique.

Une grande **variabilité dans les limites d'âge ou de poids** (de 0 à 18 ans ou de 10 à 50kg) à **partir desquelles les anesthésistes acceptent d'endormir les enfants** est frappante. Cette variabilité de pratiques, en contradiction avec tous les avis d'experts et recommandations de Sociétés savantes, traduit probablement des organisations de l'anesthésie très variables d'un établissement à l'autre. *Renforcer le nombre et la compétence pédiatrique des anesthésistes* dans un nombre plus restreint de sites qui prendraient en charge les urgences chirurgicales pédiatriques, tel est l'enjeu d'une refonte de la PDS-ES pédiatrique fondée sur des compétences spécifiques.

Une **compétence en imagerie médicale pédiatrique en régression** dans presque tous les Etablissements de santé. De moins en moins d'Etablissements de santé disposent de médecins radiologues et/ou de techniciens imageurs compétents en imagerie médicale chez l'enfant. Une solution séduisante réside dans le télédiagnostic ou la télé-expertise, mais ce transfert sous-tend la disponibilité de médecins compétents pour lire et interpréter les images, alors qu'ils peinent à faire face à leur charge locale de travail. Nombre d'examen échographiques devraient pouvoir être délocalisés dans les services d'urgence pédiatriques, à la condition d'une formation spécifique et d'une collaboration entre médecins urgentistes et radiologues pédiatres. *Renforcer la PDS-ES en imagerie pédiatrique* passe par le *rétablissement d'une garde formatrice* des internes et par la *création de postes titulaires* dans les CHU et les centres lourds afin de rendre cette filière indispensable à la bonne marche de l'hôpital à nouveau attractive, tel est l'enjeu de la refonte de la PDS-ES fondée sur les compétences.

Les **immenses difficultés d'hospitalisation pédiatrique** rencontrées chaque année **au cours des épidémies hivernales** laissent penser que si regroupements il y a, il faudrait que l'équation $1+1=2$ ne soit pas égale à 1,5, comme le prévoit toute réorganisation administrative. Ceci est vrai tant pour le nombre total des lits d'aval pédiatriques en Île de France dont le nombre est insuffisant en périodes d'épidémies hivernales que pour le personnel médical et paramédical dont les effectifs sont si justes que toute réorganisation devra être faite dans un sens d'un retour à l'efficacité du système de soins et non pas dans un but de simples économies budgétaires !

Etat des lieux de la PDS-ES pédiatrique en Île de France

Méthodologie

La première étape a été d'identifier tous les chefs de service et/ou les responsables des sites d'urgence pédiatriques en Île de France, à partir des 39 centres pédiatriques recensés par l'ARSIF. Ce travail a nécessité de nombreux appels téléphoniques afin d'obtenir les numéros de téléphone exacts (lignes directes ou postes) et des adresses mail qui fonctionnent. Le Répertoire Opérationnel des Ressources (ROR) des services d'urgences pédiatriques est donné en Annexe 1.

Une première enquête a été adressée à l'ensemble des chefs de service et/ou responsables des services d'urgence en Île de France, via un questionnaire de deux pages adressé par voie électronique. Obtenir 100% des réponses a nécessité un travail important de rappels par mail ou par téléphone. Le questionnaire conçu par Jean-Christophe Mercier et Jean-Louis Chabernaud est donné en Annexe 2. Malheureusement, certaines questions étaient ambiguës ou elles ont été mal comprises, notamment en ce qui concerne les effectifs médicaux et encore plus les effectifs paramédicaux. Certains de nos Collègues donnaient la totalité des effectifs, d'autres au contraire les effectifs présents chaque jour ou chaque nuit. En outre, la pédiatrie ayant une *activité saisonnière*, les effectifs théoriques varient beaucoup entre l'été et l'hiver. Enfin, les difficultés de personnel rencontrées au quotidien laissent planer une incertitude sur les effectifs totaux et s'il s'agit d'effectifs théoriques ou présents au quotidien.

Une autre difficulté réside dans la *polyvalence des missions* des services de pédiatrie des Centres Hospitaliers Généraux, partagés entre leur mission de pédiatre en Maternité et de Néonatalogie (centres labellisés de niveau 3, 2B ou 2A) et celle de pédiatre aux Urgences et en Pédiatrie. Selon les services de CHG, certains pédiatres sont plutôt '*néonatalogistes*', d'autres '*pédiatres urgentistes*', bien que pendant la garde la plupart d'entre eux redeviennent '*pédiatres polyvalents*', se partageant selon les circonstances entre les Urgences et la Néonatalogie, ou la Salle de travail en Maternité, souvent proches mais parfois éloignés. Ce second questionnaire conçu par Pierre Foucaud et Arnaud Chalvon est donné en Annexe 3.

Les forces de cette enquête résident dans l'exhaustivité des réponses (100% de réponses) et dans les nombreux chiffres recueillis qui corroborent les données de la première enquête voire d'autres données AP-HP. Les faiblesses tiennent à la diversité possible de compréhension des questions posées entre les différents répondants et au caractère auto-déclaratif des réponses.

Les réponses à ce questionnaire sont résumées en 4 tableaux pour chaque territoire de santé :

1. Le Tableau 1 résume l'activité des sites d'urgences. Toutefois, s'il était facile d'obtenir le nombre des passages vus par les pédiatres, il était plus incertain d'obtenir soit le nombre de passage total d'enfants et par déduction le nombre de passages traumatologiques souvent vus par le SAU adulte, soit au contraire ce dernier chiffre était renseigné et le nombre total de passages d'enfants était calculé par sommation. Il résume également l'organisation des sites d'urgences pédiatriques (SAUV)⁶
2. Le Tableau 2 résume l'activité d'hospitalisation à partir des Urgences (~95% du recrutement des services de pédiatrie provient des Urgences) et, s'il y a lieu, d'hospitalisation en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD).⁷
3. Le Tableau 3 indique le personnel médical et paramédical présent 24h/24 aux Urgences. Ce chiffre est différent du nombre total d'ETP du service de pédiatrie relevé par la première enquête ; la faiblesse des ETP explique souvent l'implication de médecins extérieurs au service dans le tableau de gardes.
4. Le tableau 4 décrit l'environnement du Service d'urgences pédiatriques : SMUR, chirurgie ou anesthésie pédiatrique, garde ou astreinte d'imagerie et spécialistes.

PDS-ES pédiatrique dans le territoire de santé 77

1. Activité des Urgences pédiatriques (Tableau 77-1)

2010	Provins	Montereau	Lagny	Meaux	Melun	Coulomm.	Fontainebl.
Age sup Urgences péd.	15a3m	16	18	16-18	16	16	16
Locaux spécifiques?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Locaux contigus SAU?	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non
Locaux contigus Péd.?	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Oui
Locaux idem 24h/24?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Nb boxes examen	2	1	4	3	3	3	3
SAUV spécifique Péd.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Système d'Information	Non	Urqual®	Urqual®	DMU®	Orbis®	Urqual®	Crossway®
Passages totaux 2010	?	8674	17884	21580	18624	?	13259
Passages vus par Péd.	7263	5450	11800	15029	14081	5800	3401
Passages traumatologie	?	3224	6084	6551	4543	?	?
Consultation médecine	2500	4352	?	4127	2297	2500	?
Consultations chirurgie	0	?	?	482	peu	?	?

- Ainsi, première surprise de l'enquête, la définition de la pédiatrie est très variable d'un Etablissement à l'autre, allant de 15ans 3 mois (vieille définition) à 18 ans (circulaire DHOS 2003), possiblement en fonction d'arrangements locaux.
- Les locaux spécifiques aux Urgences pédiatriques (UP) sont tantôt contigus du service de Pédiatrie, tantôt contigus au SAU adulte, mais tous possèdent une Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) spécifique à la pédiatrie.
- Le nombre total de passages est de 79.825 dont 20.402 (25%) passages traumatologiques pour une population de 372.362 enfants (données INSEE 2009).

2. Hospitalisations pédiatriques à partir des Urgences (Tableau 77-2)

2010	Provins	Montereau	Lagny	Meaux	Melun	Coulomm.	Fontainebl.
Lits UHCD	0	0	0	1	?	0	2
Hospital. UHCD	0	19	0	?	249	0	390
Hospitalisations	1166	1095	1871	2898	1215	800	1395
Transferts UP	52	?	?	40	5	?	51
Transf. faute place	0	0	?	7	2	?	
Transf. faute spéc.	16	?	?	33	3	?	
Lits pédiatrie d'aval	14	12	23	35	22	10	15
Consult. Post-Urg.	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui
MMG à proximité	Non	?	Oui	Non	Non	?	?

- Au total, 9.045 (11,3%) enfants ont été hospitalisés à partir des Urgences pédiatriques dans 131 lits d'aval dont 658 dans 3 lits d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.
- Les transferts soit faute de place soit (plus surprenant) faute de spécialités ont été très peu nombreux.
- Une consultation post-Urgences est assurée dans 5 CHG sur 7.
- Une seule Maison Médicale de Garde (MMG) à Lagny.

3. Personnel travaillant aux Urgences pédiatriques (Tableau 77-3)

	Provins	Montereau	Lagny	Meaux	Melun	Coulomm.	Fontainebl.
Nb ETP Service	4,2	?	12	7,7	8,1	5,5	7,4
Nb médecins UP/j	1	1	1,5	0,8	1,32	1	1
Nb internes UP/J	1	1	1	0,75	1,3	0	1
Nb garde senior	1	1	1	0,7	1	1	1
Nb seniors (% ext.) participant à garde	4 (20%)	5 (20 %)	11 (0%)	7 (20%)	7 (20%)	5 (0%)	7,4 (?)
Garde Urg Péd.	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
Garde Urg. Néonatal	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Nb naissances 2010	760	802	2850	-	2665	900	1215
IDE sur place Jour	1	1	0,8	1,5	2	1	2
IDE sur place Nuit	1	1	0,8	1	2	1	1
AS sur place Jour	1	1	0	0	1	0	1,5
AS sur place Nuit	1	1	0	0	0,5	0	0
Spécifique UP Jour	Oui	Non	Non	Oui	Non	Non	Oui
Spécifique UP nuit	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non
IAO rattachée UP	SAU	SAU	SAU	Pédiatrie	Pédiatrie	SAU	SAU
IAO polyvalente	Non	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non

- Le nombre total d'ETP dans chaque service est différent du nombre de médecins présents aux UP dont le chiffre résulte du calcul du nombre de médecins x par leur présence aux UP.
- Par contre, nombre d'entre eux participent à la liste de garde « polyvalente » SAU-Maternité-Néonatalogie, avec souvent un renfort (%) en médecins extérieurs au service.
- De même, le nombre d'IDE et d'Aides soignants présents aux UP varie entre le jour et la nuit, et souvent entre l'été et l'hiver.

4. Environnement des Urgences pédiatriques (Tableau 77-4)

	Provins	Montereau	Lagny	Meaux	Melun	Coulomm.	Fontainebl.
SMUR Adulte	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
SMUR Néonatal	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Réa néonatale	IIa	IIa	IIb	III	IIb	IIa	IIb
Réa pédiatrique	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Chirurgie pédiatr.	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Limite âge Anesthés	3a	3a	3a	3a	6a (20Kg)	4a	20Kg
Astreinte ORL site	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Astreinte Stomato.	Non	Non	Oui	Oui	Non	Non	Non
Astreinte OPH site	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non
PDS imagerie	Astreinte	Astreinte	Garde	Garde	Astreinte	Astreinte	Astreinte
Service Psychiatrie	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Astreinte Psy site	Oui	Non	Oui	Oui	Non	Oui	Non
Limite âge Psy	?	16a	Variable	15a	14a	16a	Variable

1. Aucune chirurgie pédiatrique dans le 77.
2. Limite d'âge pour l'anesthésie pédiatrique allant de 3 à 6 ans
3. Une majorité d'astreintes en imagerie médicale.

PDS-ES pédiatrique dans le territoire de santé 78**1. Activité des Urgences pédiatriques (Tableau 78-1)**

2010	Versailles	Rambouillet	Poissy	Mantes	TOTAL
Age sup Urgences péd.	16a	16a	18a	18a	16-18a
UP spécifiques?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Locaux contigus SAU ?	Oui	Oui (le jour)	Non	Non	2 Oui/ 2 Non
Locaux contigus Péd?	Oui	Non (sauf nuit)	Non	Oui	2 Oui /2 Non
Locaux idem 24h/24?	Oui	Non	Oui	Oui	1 Non !
Nb boxes examen	3	3	6	3	15
SAUV spécifique Péd.	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Système d'information	Urqual®	Résurgence®	Urqual®	Non ?	
Passages totaux 2010	18167	7427	Pas de traumat	21974	67.641
Passages vus par pédiatres	13016	6491	20073	16417	55.997
Passages traumatologie	5151	936	?	5557	11.644
Consultations médecine	5169	1600	5741	5487	17.997
Consultations chirurgie	0	?	1765	?	1765?

- L'âge de la pédiatrie varie de 16 (vieux définition) à 18 ans (circulaire DHOS 2003), possiblement en fonction d'arrangements locaux (nb de lits).
- Les locaux spécifiques aux Urgences pédiatriques (UP) sont tantôt contigus du service de Pédiatrie, tantôt contigus au SAU adulte, mais tous possèdent une Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) spécifique à la pédiatrie.
- Le nombre total de passages est de 67.641 dont 11.644+ (17%) passages traumatologiques pour une population de 385.279 enfants (données INSEE 2009).

2. Hospitalisations pédiatriques à partir des Urgences (Tableau 78-2)

2010	Versailles	Rambouillet	Poissy	Mantes	TOTAL
Lits UHCD	1	0	6	0	7
Hospital. UHCD	?	0	1724	0	1764
Hospitalisations	2529	973	1765	2127	7.394 (13,2%)
Transferts UP	51	10	92	8	161
Faute de place	27	0	5	0	32
Faute spécialités	25	10	87	8	130
Lits pédiatrie aval	26	13	30	40	119
Consult. Post- Urg	Oui	Non	Oui	Non	
MMG à proximité	Non	Oui	Non	Non	

- Au total, 7.394 (13,2%) enfants ont été hospitalisés à partir des Urgences pédiatriques dans 119 lits d'aval dont 1.754 dans 7 lits d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.
- Les transferts, soit faute de place soit faute de spécialités, ont été très peu nombreux.
- Une consultation post-Urgences est assurée dans 5 CHG sur 7.
- Une seule Maison Médicale de Garde (MMG) à Rambouillet.

3. Personnel travaillant aux Urgences pédiatriques (Tableau 78-3)

	Versailles	Rambouillet	Poissy	Mantes	TOTAL
Nb ETP du Service	12	5	4,7	9	
Médecins aux UP/j	1,4	1	2,5	1,2	Moy.=1,5
Internes aux UP/J	2	1,2	2,5	1,5	Moy.=1,8
Nb garde senior	1,3	1	1,15	1	Moy.=1,1
Seniors (% ext. UP) participants à garde	12 (0%)	8 (40%)	13 (40%)	8 (0%)	39
Garde Urg-Péd.	Non	Non	Oui	Non	1 Oui
Garde Urg.-Néonatal.	Oui	Oui	Non	Oui	3 Oui
Nb naissances 2010	2066	1391	-	2700	6.157
IDE sur place Jour	1	1	3	1	Moy=1,5
IDE sur place Nuit	1	0 (2 pédiatrie)	3	1	Moy=1,3
AS/AP Jour	0,5	1	1,5	1	Moy=1
AS/AP Nuit	0,5	0 (1 pédiatrie)	1	1	Moy=0,6
Spécifique UP Jour	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Spécifique UP nuit	Oui	Non (nuit & WE)	Oui	Oui	3 Oui
IAO rattachée UP	SAU	SAU	Pédiatrie	Pas d'IAO	
IAO rattachée SAU	Oui	Oui	Non	Pas d'IAO	

- Le nombre total d'ETP des services est différent du nombre de médecins présents aux UP dont le chiffre résulte du calcul du nombre de médecins x par leur présence aux UP.
- Par contre, nombre d'entre eux participent à la liste de garde « polyvalente » SAU-Maternité-Néonatalogie, avec souvent le renfort (%) de médecins extérieurs au service.
- De même, le nombre d'IDE et d'Aides soignants présents aux UP varie entre le jour et la nuit, et souvent entre l'été et l'hiver.

4. Environnement des Urgences pédiatriques (Tableau 78-4)

	Versailles	Rambouillet	Poissy	Mantes
SMUR Adulte sur place	Oui	Oui	Oui	Oui
SMUR Néonatal	Non	Non	Non	Non
Réa néonatale	IIa	IIa	III	IIb
Réa pédiatrique	Non	Non	Non	Non
Chirurgie pédiatrique	Non	Non	Non	Non
Limite âge Anesthésie	3a	3a (15kg)	4a	5a
Astreinte ORL sur site	Oui	Oui (Dourdan)	Oui	Oui
Astreinte Stomato	Non	Non	Non	Oui
Astreinte OPH sur site	Non	Non	Oui	Oui
PDS imagerie	Garde	Astreinte (Sem.) Garde (WE)	Garde	Garde
Service Psychiatrie	Oui	Non	Oui	Oui
Astreinte Psy sur site	Oui	Demi garde	Oui	Oui
Limite âge Hosp. Psy	15a	15a 3m	15a	13a

- Aucune chirurgie pédiatrique dans le 78.
- Limite d'âge pour l'anesthésie pédiatrique allant de 3 à 5 ans selon les Etablissements.
- Une majorité de gardes en imagerie médicale, avec alternance astreinte/garde selon le jour de sem/WE.

PDS-ES pédiatrique dans le territoire de santé 91

1. Activité des Urgences pédiatriques (Tableau 91-1)

2010	Evry	Orsay	Arpajon	Longjumeau	Dourdan	Etampes
Age sup. Urgences pédiatr	15a 3m	16 à 18	15a 3m	16 à 18	16	SAU adulte
Locaux UP spécifiques?	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	NC
Locaux contigus SAU?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	NC
Locaux contigus Pédiatrie?	Non	Non	Non	Non	Non	NC
Locaux idem 24h/24?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	NC
Nb boxes examen	4	5	1	4	2	1
SAUV spécifique Pédiatrie	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Système d'Information	Urqual®	Equafile®	Dxcare®	Equafile®	DXcare®	Axipage®
Passages totaux 2010	23500	14250	8236	21459	6250	4500
Passages vus par pédiatres	18432	14250	4794	21459*	2750	450
Passages traumatologie	5068	?	3442	*Appel chir.	3500	3000
Consultations médecine	?	3000	1817	1941 (2009)	1750	NC
Consultations chirurgie	?	500	1877	?	NC	NC

- L'âge de la pédiatrie varie de 15 ans 3 mois (vienne définition) à 18 ans (circulaire DHOS 2003), possiblement en fonction d'arrangements locaux (nb de lits d'aval).
- Les locaux spécifiques aux Urgences pédiatriques (UP) sont tous contigus au SAU adulte, mais il n'y a de Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) spécifique à la pédiatrie que dans 4 établissements sur 6.
- Un système d'information dans toutes les UP, mais des systèmes différents.
- Le nombre total de passages est de 78.195 dont 12.010+ (15%) passages traumatologiques pour une population de 335.919 enfants (données INSEE 2009).

2. Hospitalisations pédiatriques à partir des Urgences (Tableau 91-2)

	Evry	Orsay	Arpajon	Longjumeau	Dourdan	Etampes
Lits UHCD	4	3	4	0	0	0
Hospital. UHCD 2010	969	Ouvert 2010	80	0	0	0
Hospital. à partir Urgences	2500	1255	1217	1588	1195	NC
Transferts à partir Urgences	80	73	21	64	5	NC
Transferts faute place	5	73?	3	0	3	NC
Transferts faute spécialités	75	0	18	64	2	NC
Lits pédiatrie d'aval	24	12	16	20	16	0
Consult. Post-Urgences	Non	Oui	Oui	Oui	Non	NC
MMG à proximité	Oui (Dim)	Oui	Oui	Non	Non	Oui

- Au total, 7.755 (12,5%) enfants ont été hospitalisés à partir des Urgences pédiatriques dans 88 lits d'aval dont 1.049 dans 11 lits d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.
- 243 transferts dont 88 faute de place et 159 faute de spécialités.
- Une consultation post-Urgences est assurée dans 3 CHG sur 5.
- 4 Maisons Médicales de Garde (MMG) à Evry, Orsay, Arpajon et Etampes.

3. Personnel travaillant aux Urgences pédiatriques (Tableau 91-3)

	Evry	Orsay	Arpajon	Longjumeau	Ourdan	Etampes
Nb d'ETP du Service	9	8,2	5	9	3,6	5 (Néonate)
Nb médecins aux UP/j	1,5	1 à 2	1	2	1	5 (Néonate)
Nb internes aux UP/J	1,8	2	2	2	0,5	0
Nb lignes garde senior	1	1	1,8	1,25	1	2 Urg. A/E
Nb seniors (% ext. UP)	9	9	5	8	5 ou 8	7 Urg+5Néo
Garde dédiée Urg. Péd.	Oui	Non	Non	Non	Non	Non
Garde Urg.-Néonatalogie	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui (Néonate)
Nb naissances 2010	-	1285	1250	2150	650	1075
Nb IDE sur place Jour	3	2	7 ou 8(Péd)	3	3	3
Nb IDE sur place Nuit	2,5	1	2	1	2	2
Nb AS/AP Jour	1,5	0	4	0	1	2
Nb AS/AP Nuit	1	1	2	1	0	1
Spécifique UP Jour	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
Spécifique UP nuit	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
IAO rattachée Urg/Péd	Urg/Péd	Pédiatrie	SAU	Pas d'IAO	SAU	SAU
IAO polyvalente Ad/E	Non	Non	Oui	Adulte	Oui	Oui

- Le nombre total d'ETP des services est différent du nombre de médecins présents aux UP dont le chiffre résulte du calcul du nombre de médecins x par leur présence aux UP.
- Par contre, nombre d'entre eux participent à la liste de garde « polyvalente » SAU-Maternité/Néonatalogie, avec parfois un renfort (%) important en médecins extérieurs au service.
- De même, le nombre d'IDE et d'Aides soignants présents aux UP varie entre le jour et la nuit, et souvent entre l'été et l'hiver.

4. Environnement des Urgences pédiatriques (Tableau 91-4)

	Evry	Orsay	Arpajon	Longjumeau	Ourdan	Etampes
SMUR Adulte sur place	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui
SMUR Néonatal	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Réa néonatale	III	IIb	IIa	IIb	IIa	IIa
Réa pédiatrique	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Chirurgie pédiatrique	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Limite âge Anesthésie	3a	1a	3a	3a 15kg	1a ou 3a	5-6a
Astreinte ORL sur site	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Non
Astreinte Stomatologie	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
Astreinte OPH sur site	Non	Non	Oui	Non	Non	Non
PDS imagerie	Garde	Astreinte	Astreinte	Garde	Demi Garde Demi Astr.	Astreinte
Service Psychiatrie	Non	Oui	Non	Non	Non	Non
Astreinte Psy sur site	Oui	Oui	Non	Oui	Non	Non
Limite âge Hosp. Psy	14-15a	Tous	-	Oui >10a	-	-

- Aucune chirurgie pédiatrique dans le 91.
- Limite d'âge pour l'anesthésie pédiatrique allant de 1 à 6 ans selon les Etablissements.
- Astreintes dominantes en imagerie médicale.

PDS-ES pédiatrique dans le territoire de santé 92

1. Activité des Urgences pédiatriques (Tableau 92-1)

2010	ABC	APR	LMR	IHFB(Levallois)	NCP (Neuilly)	TOTAL
Age sup Urgences	15a3m	15a3m-18a	15a	18a	18a	15a-18a
Locaux spécifiques?	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	
Locaux contigus SAU?	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	
Locaux contigus Péd.?	Non	Oui	Non	Non	Non	
Locaux idem 24h/24?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	
Nb boxes examen	4	5	?	2	2 (4 en 2012)	
SAUV spécifique Péd	Oui	Oui	Oui	Oui	Non(en 2012)	
Système d'Information	Urqual®	Urqual®	Urqual®	Osoft-DPI®	Oui (Lequel?)	
Passages totaux 2010	20006	20449*	26.073	16151	11554	94.233
Passages vus par péd.	20006	20449*	26.073	11778	7535	85.841
Passages traumat.	6002	ND	?	4373	3919	14.294+
Consult. médecine		*		5000	2689	
Consultation chirurgie		0		?	?	

* Nombre sous-estimé par l'expérimentation ORBIS de 3.961 (21%) passages (Pr. B. Chevallier)

- L'âge de la pédiatrie varie de 15 ans 3 mois (vienne définition) à 18 ans (circulaire DHOS 2003), possiblement en fonction d'arrangements locaux (nb de lits d'aval).
- Les locaux spécifiques aux Urgences pédiatriques (UP) sont majoritairement contigus au SAU adulte, mais il y a une Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV) spécifique à la pédiatrie dans tous les établissements.
- Un système d'information dans toutes les UP, mais des systèmes différents.
- Le nombre total de passages est de 94.233 dont 14.394+ (15%) passages traumatologiques pour une population de 390.965 enfants (données INSEE 2009)

2. Hospitalisation à partir des Urgences pédiatriques (Tableau 92-2)

2010	ABC	APR	LMR	IHFB Levallois	NCP (Neuilly)	Total
Lits UHCD	Non	4	6	0	0	10
Hospital UHCD	0	493	1876	0	0	2369
Hospitalisations	1804	2137	3904	1270	1033	10.148 (10,8%)
Transferts	288	197	660	146	15	1.306 (1,4%)
Faute de place	50	0	?	35	4	39+
Faute spécialités	238	197	?	111	11	122+
Lits pédiatrieaval	27	33	38	19	22	139
Consult Post Urg	Non	Non	?	Non	Non	
MMG proximité	Non	Non	Non	Non	Non	Aucune

- Au total, 10.148 (10,8%) enfants ont été hospitalisés à partir des Urgences pédiatriques dans 139 lits d'aval dont 2.367 dans 10 lits d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.
- 1306 transferts dont 39+ faute de place et 122+ faute de spécialités.
- Pas de consultation post-Urgences ni de Maison Médicale de Garde à proximité.

3. Personnel travaillant aux Urgences pédiatriques (Tableau 92-3)

	ABC	APR	LMR	IHFB (Levallois)	NCP (Neuilly)
Nb ETP service	5,6 (UP)	4,5 (UP)	8,1 (UP)	2,5 (UP)	4 (UP)
Seniors aux UP/j	1	2	3 à 5	2	1
Internes UP/J	1	2	3	1	1
Garde senior	1	1 (1,5 6mois)	1	1	1
Nb seniors (% ext.) participant garde	5,6 (50%)	10 (0%)	9 (0%)	18 (2 listes) (60%)	7 (3%)
Garde dédiée UP.	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Garde Urg.–Néo.	Non	Non	Non	Non	Oui
Nb naissances 2010	-	-	-	2400	1910
IDE sur place/J	1	2	6	2	2
IDE sur place/N	1	2 (1 à partir 0h)	3	1	2
AS/AP Jour	1	2	3	1	2
AS/AP Nuit	1	1 ou 2	1	1	2
Spécifique UP J	Oui	Oui	Oui	Non	Non
Spécifique UP N	Oui	Oui	Oui	Non	Non
IAO rattachée	Pas d'IAO	Pédiatrie	Pédiatrie	SAU adulte	SAU adulte
IAO polyvalente A/E	-	Non	Non	Oui	Oui

- Le nombre total d'ETP est donné uniquement pour les Urgences pédiatriques, mais le calcul du nombre de médecins présents aux UP résulte du nombre de médecins présents x par leur présence aux UP.
- La majorité des gardes sont spécifiques aux Urgences pédiatriques (sauf à Neuilly), avec parfois un renfort (%) important en médecins extérieurs au service.
- De même, le nombre d'IDE et d'Aides soignants présents aux UP varie entre le jour et la nuit, et souvent entre l'été et l'hiver.

4. Environnement des Urgences pédiatriques (Tableau 92-4)

	ABC	APR	LMR	IHFB (Levallois)	NCP (Neuilly)
SMUR Adulte	Non	Non	Non	Non	Non
SMUR Néonatal	Oui	Non	Non	Non	Non
Réa néonatale	Oui	Non	Oui	IIa	IIb
Réa pédiatrique	Non	Non	Non	Non	Non
Chirurgie pédiatrique	Non	Non	Consultation	Oui (>5ans)	Non (chirurgie simple>7a)
Limite âge Anesthésie	>30kg	15a 3m	5a	2a	7a
Astreinte ORL sur site	Non	Non	Non	Non	Non
Astreinte Stomato.	Non	Non	Non	Non	Non
Astreinte OPH sur site	Non	Non	Non	Non	Non
PDS imagerie	Garde	Garde	Garde	Astreinte	Astreinte
Service Psychiatrie	Non	Non	Oui	2 lits pédopsy	Oui
Astreinte Psy sur site	Oui	Non	Oui	Non	Non
Limite âge Hospit Psy	15a	6 lits Ados	15a	?	Unité crise Ados

- Aucune chirurgie pédiatrique dans le 92. Aucun effort des chirurgiens adultes pour voir les enfants.
- Limite d'âge pour l'anesthésie pédiatrique allant de 2 à 15 ans ! (Hôpitaux d'Adultes)
- Gardes encore préservées (CHU adultes) ou Astreintes en imagerie médicale (CHG).

PDS-ES pédiatrique dans le territoire de santé 93

1. Activité des Urgences pédiatriques (Tableau 93-1)

2010	JVR	Saint-Denis	Montreuil	Aulnay	Montfermeil	TOTAL
Age sup Urgences	15a 3m	15a 3m	15a 3m	16-18a	16-18a	15a3m à 18a
Locaux spécifiques?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Locaux contigus SAU?	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Locaux contigus Péd.?	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Locaux idem 24h/24?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Nb boxes examen	6	6	2	2	3	19
SAUV spécifique Péd	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Système d'Information	Urqual®	Urqual ®	Non	Urqual®	Urqual ®	4/5
Passages totaux 2010	25098	25223	19184	19256	13500	102.261
Passages vus par péd.	21598	19248	14186	12384	9601	77.017
Passages traumat.	4500	5975	4998	6872	3899	26.244
Consultations méd.	6896	3146	1183	3700	8 par sem.	14.925
Consultations chirurgie	3643	5426	4331	6872	1 par sem.	20.772

- L'âge de la pédiatrie varie de 15 ans 3 mois (vienne définition) à 18 ans (circulaire DHOS 2003), possiblement en fonction d'arrangements locaux (nb de lits d'aval).
- Les locaux spécifiques aux Urgences pédiatriques (UP) sont contigus au SAU adulte, tout en étant éloignés de la pédiatrie relogée dans un nouveau bâtiment Mère-Enfant à Antoine Béclère, mais il y a une SAUV spécifique à la pédiatrie dans tous les établissements.
- Un système d'information unique (Urqual®) dans toutes les UP (sauf à Montreuil ?).
- Le nombre total de passages est de 102.261 dont 26.244 passages traumatologiques pour une population de 438.113 enfants (données INSEE 2009).

2. Hospitalisations pédiatriques à partir des Urgences (Tableau 93-2)

2010	JVR	Saint-Denis	Montreuil	Aulnay	Montfermeil	TOTAL
Lits UHCD	6	4	3	1	0	14
Hospital. UHCD 2010	1196	880	202	141	0	2.419
Hospital. à partir Urg.	2317	2967	820	1902	1700	9.706 (9,5%)
Transferts à partir Urg.	393	294	66	8	NC	761
Transferts faute place	39	NC	56	5	NC	100
Transferts faute spéc.	354	NC	10	3	NC	367
Lits pédiatrie d'aval	59	38 (12 chir)	13	30	24	164
Consult. Post-Urg.	Oui	Oui	Non (prévue)	½ J/sem	Non	
MMG à proximité	Oui	Oui	Non	Oui	Non	

- Au total, 9.706 (9,5%) enfants ont été hospitalisés à partir des Urgences pédiatriques dans 164 lits d'aval dont 2.419 dans 14 lits d'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée.
- 761 transferts dont 100 faute de place et 367 faute de spécialités.
- Consultation post-Urgences et Maison Médicale de Garde à proximité dans 1 Etablissement de Santé sur deux.

3. Personnel travaillant aux Urgences pédiatriques (Tableau 93-3)

	JVR	Saint-Denis	Montreuil	Aulnay	Montfermeil
Nb total ETP Service	3,1 (UP)	4,5 (UP)	2,2 (UP)	6,2 (SAU)	9,5
Nb médecins aux UP/j	1 à 2	1 à 2	2	1	1
Nb internes aux UP/J	1	2	2	1	1
Nb lignes garde senior	1,5	1,37	1	1,37	1,15
Nb seniors (% ext. UP)	8 (20%)	19 (25%)	6,8 (0%)	8 (10%)	1 (25%)
Garde dédiée Urg Péd	Oui	Oui	Oui	Oui	Non
Garde Urg. - Néonat.	Oui (2 gardes)	Non	Non	Non	Oui
Nb naissances 2010	2467	3500	-	2400	5.967
Nb IDE sur place Jour	3	3	2	1	NC
Nb IDE sur place Nuit	2	2	1	1	NC
Nb AS/AP Jour	2	3	1	1	NC
Nb AS/AP Nuit	1	1	0	1	NC
Spécifique UP Jour	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Spécifique UP nuit	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui (sauf 0h-8h)
IAO rattachée Urg/Péd	Pédiatrie	Pas d'IAO	SAU	SAU	NC
IAO polyvalente Ad/E	Non	Non	Non	Oui	NC

- Le nombre total d'ETP est donné uniquement pour les Urgences pédiatriques sauf à Aulnay (SAU adulte + enfant) et à Montfermeil (Service de pédiatrie). Le calcul du nombre de médecins présents aux UP résulte du calcul nombre de médecins présents x par leur présence aux UP.
- La majorité des gardes sont spécifiques aux Urgences pédiatriques (sauf à Montfermeil), avec souvent un renfort (%) significatif en médecins extérieurs au service.
- De même, le nombre d'IDE et d'Aides soignants présents aux UP varie entre le jour et la nuit, et souvent entre l'été et l'hiver.

4. Environnement des Urgences pédiatriques (Tableau 93-4)

	JVR	Saint-Denis	Montreuil	Aulnay	Montfermeil
SMUR Adulte	Non	Oui	Non	Oui	Oui
SMUR Néonatal	Non	Non	Oui	Non	Non
Réa néonatale	Iib	Oui	III	Iib	Iib
Réa pédiatrique	Non	Non	Oui (nourrissons)	Non	Non
Chirurgie pédiatrique	Non	Oui	Non	Oui	Non
Limite âge Anesthés.	>10a	Variable	3a	0 ou 3 ans	3a
Astreinte ORL site	Non	Oui 14h	Non	Oui	Non
Astreinte Stomato	Non	Non	Non	Non	Non
Astreinte OPH site	Non	Oui 14 h	Non	Non	Oui
PDS imagerie	Garde	Garde	Garde	1/2Garde 1/2Astreinte	Garde
Service Psychiatrie	Oui	Oui	(Ville-Evrard)	Oui	Non
Astreinte Psy sur site	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Limite âge Hosp. Psy	16 ans	15ans 3mois	Non	8a	12a

- Services de chirurgie pédiatrique à Robert Ballanger (Aulnay) et à Delafontaine (Saint Denis) - cf. infra.
- Limite d'âge pour l'anesthésie pédiatrique allant de 0 à 10 ans selon les établissements
- Gardes d'imagerie médicale encore préservées (CHU adultes) dans le 93.

PDS-ES pédiatrique dans le territoire de santé 94**1. Activité des Urgences pédiatriques (Tableau 94-1)**

2010	BCH	Créteil	Villeneuve Saint Georges	Bry sur Marne	TOTAL
Age sup Urgences	18a	15a 3m	16-18	15a 3m	15a3m à 18a
Locaux UP spécifiques?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Locaux contigus SAU?	Non	Oui	Non	Oui	2 Oui
Locaux contigus Péd.?	Non	Non	Oui	Non	3 Non
Locaux idem 24h/24?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Nb boxes examen	7	4	2	4	17
SAUV spécifique Péd.	Oui	Oui	Oui (en pédiat)	Oui	Oui
Système d'Information	Urqual®	Urqual®	Non ?	Urqual®	3/4
Passages totaux 2010	27059	30838	20772	24017	102.686
Passages par pédiatres	27059	21617	12402 (Nnés inclus)	14220	75.298
Passages traumatologie	25%	9221	8370	9797	27.318+
Consultations médecine	?	6520+467(Nn)	4000	2377	13.366
Consultations chirurgie	?	6092	6046	4597	16.735

- L'âge de la pédiatrie varie de 15 ans 3 mois (vieille définition) à 18 ans (circulaire DHOS 2003), possiblement en fonction d'arrangements locaux (nb de lits d'aval).
- Les locaux spécifiques aux Urgences pédiatriques (UP) sont contigus du SAU adulte (CHIC et Sainte Camille) ou de la pédiatrie (Villeneuve Saint Georges), mais éloignés des deux, comme à Bicêtre où les UP ont été installées dans le bâtiment Mater/Réa pédiatrique
- Un système d'information unique (Urqual®) dans toutes les UP (sauf à Villeneuve StG ?).
- Le nombre des passages est de 102.686 dont 27.318+ (27%) passages traumatologiques pour une population de 340.209 enfants (données INSEE 2009).

2. Hospitalisations pédiatriques à partir des Urgences (Tableau 94-2)

	BCH	Créteil	Villeneuve St Georges	Bry sur Marne	TOTAL
Lits UHCD	10 (6 ouverts)	4	0	6	20 (16)
Hospit. UHCD	1675	518	0	1577	3770
Hospitalisations	2573	4291	3145	1447	11.456 (11,1%)
Transferts Urgences	259	305	8	142	706 (0,7%)
Faute place	5-6	242	0	49	271+?
Faute spécialités	253	59	8 (hors Néonats)	93	160+
Lits pédiatrie d'aval	34	66	54	27	181
Consultat. Post-Urg	Non	Non	Non	Oui	
MMG à proximité	Non	Non	Non	Oui	

- Au total, 11.456 (11,1%) enfants ont été hospitalisés à partir des Urgences pédiatriques dans 181 lits d'aval dont 3.770 dans 20 lits (16 lits ouverts) d'UHCD.
- 706 transferts dont 271+ faute de place et 160+ faute de spécialités.
- Consultation post-Urgences et Maison Médicale de Garde uniquement à Bry-sur-Marne.

3. Personnel travaillant aux Urgences pédiatriques (Tableau 94-3)

	BCH	Créteil	Villeneuve St Georges	Bry sur Marne
Nb total ETP Service	8,4 (UP)	4,5 (UP)	10 (Service)	3 (UP)
Nb médecins aux UP/j	3	2	1	1
Nb internes aux UP/J	3-4	2,6	1	3
Nb lignes garde senior	1	1,37	1	1
Nb seniors (% ext. UP)	14 (66%)	13 (10%)	10 (0%)	8 (30%)
Garde dédiée Urg Péd.	Oui	Oui	Non	Non
Garde Urg. - Néonatal	Non	Non	Oui	Oui
Nb naissances 2010	-	-	2519	-
Nb IDE sur place Jour	4	3	1	3
Nb IDE sur place Nuit	3	2	1	2
Nb AS/AP Jour	2-3	1,5	1	1
Nb AS/AP Nuit	2	1	1	1,5
Spécifique UP Jour	Oui	Oui	Oui	Oui
Spécifique UP nuit	Oui	Oui	Oui	Oui
IAO rattachée Urg/Péd	SAU pédiatrique	SAU	Pédiatrie	Pédiatrie
IAO polyvalente Ad/E	Non	Oui	Non	Non

- Le nombre total d'ETP est donné uniquement pour les Urgences pédiatriques sauf à Villeneuve Saint Georges (Service de pédiatrie).
- Les gardes sont spécifiques aux Urgences pédiatriques à Bicêtre et au CHIC, et couplées à la Néonatalogie/Maternité à Villeneuve St Georges et à Bry sur Marne, avec un net renfort (%) de médecins extérieurs à Bicêtre du fait de la présence d'autres services de pédiatrie dans l'Etablissement.
- De même, le nombre d'IDE et d'Aides soignants présents aux UP varie entre le jour et la nuit, et souvent entre l'été et l'hiver (lits fermés faute de personnel à Bicêtre).

4. Environnement des Urgences pédiatriques (Tableau 94-4)

	BCH	Créteil	Villeneuve St Georges	Bry sur Marne
SMUR Adulte sur place	Non	Non	Oui	Non
SMUR Néonatal	Non	Non	Non	Non
Réa néonatale	Oui	III	Iib	Iib
Réa pédiatrique	Oui	Non	Non	Non
Chirurgie pédiatrique	Oui (Pas d'ortho)	Oui	Oui (difficultés)	Oui
Limite âge Anesthésie	Non	Non	Non (sauf prématurés)	3 ans
Astreinte ORL sur site	Oui	Non	Oui	Non
Astreinte Stomatologie	Non	Non	Oui	Non
Astreinte OPH sur site	Oui	Non	Oui	Non
PDS imagerie	Garde Interne Astreinte senior	Garde Interne Astreinte senior	Garde	Astreinte
Service Psychiatrie	Oui	Oui	Non	Non
Astreinte Psy sur site	Oui	Non	Oui	Non
Limite âge Hospit. Psy.	Non (94)	Non	Non	Non

- Services de chirurgie pédiatrique dans les 4 Etablissements de Santé (cf. infra.)
- Limite d'âge à 3 ans, au moins à Villeneuve St Georges et à Bry sur Marne.
- Gardes d'imagerie médicale prises par les Juniors avec Astreintes Senior de sécurité (dont à Bicêtre)

PDS-ES pédiatrique dans le territoire de santé 95**1. Activité des Urgences pédiatriques (Tableau 95-1)**

2010	Gonesse	Argenteuil	Beaumont	Pontoise	Montmorency	TOTAL
Age sup Urgences	18a	16-18a	16-18a	18a	18a	16-18a
Locaux UP spécifiques?	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	4Oui/1Non
Locaux contigus SAU?	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	4 Oui
Locaux contigus Péd.?	Oui	Non	Non	Non	Non	1 Oui
Locaux idem 24h/24?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Nb boxes examen	5	2	4	9	2	22
SAUV spécifique Péd.	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	1 Non
Système d'Information	Urqual®	Urqual®	Urqual®	Non	Urqual®	Urqual®
Passages totaux 2010	?	25604	0 par SAU	21934	13708	59.864+
Passages par pédiatres	21013	15746	6300	21934	9883	78.601
Passages chirurgie	?	9858	?	?	3825	13.683+
Consultations médecine	4340	2995	3000	4723	2209	14.567
Consultations chirurgie	?	0	0	4869	NC	4.869+

- L'âge de la pédiatrie varie de 16 à 18 ans.
- Les locaux spécifiques aux Urgences pédiatriques (UP) sont majoritairement contigus du SAU adulte ou du Service de pédiatrie (Argenteuil).
- Un système d'information unique (Urqual®) est opérationnel dans toutes les UP.
- Le nombre total de passages est de 78.601 dont 13.683+ (17%) passages traumatologiques pour une population de 337.390 enfants (données INSEE 2009).

2. Hospitalisations pédiatriques à partir des Urgences (Tableau 95-2)

2010	Gonesse	Argenteuil	Beaumont	Pontoise	Montmorency	TOTAL
Lits UHCD	4	0	0	5	0	9
Hospital. UHCD 2010	815	0	0	1282	0	2017
Hospital. à partir Urgences	2737	1671	1183	2751	2060	10.402 (13,2%)
Transferts à partir Urgences	24	37	10	17	48	136
Transferts faute place	7	8	6	2	NC	23
Transferts faute spécialités	17	29	4	15	NC	65
Lits pédiatrie d'aval	43	21	19+6Néonats	39	21	149
Consultations Post-Urgence	Oui	Oui	En cours	Oui	Non	
MMG à proximité	Oui	Oui	Non	Non	Non	

- Au total, 10.402 (13,2%) enfants ont été hospitalisés à partir des Urgences pédiatriques dans 149 lits d'aval dont 2.017 dans 9 lits d'UHCD.
- 136 transferts dont 23 faute de place et 65 faute de spécialités.
- Consultation post-Urgences dans 3 Etablissements de Santé (Gonesse, Argenteuil et Pontoise) et présence d'une Maison Médicale de Garde à Gonesse et à Argenteuil.

3. Personnel travaillant aux Urgences pédiatriques (Tableau 95-3)

	Gonesse	Argenteuil	Beaumont	Pontoise	Montmorency
Nb total ETP du Service	2,5 (UP)	6,5	6,3	6 (3 UP)	6
Nb médecins aux UP/j	2,5	1,37	8?	2	1
Nb internes aux UP/J	3	2	0 (demande)	2	1
Nb lignes garde senior	1	1	1	1	1
Nb seniors (% ext. UP)	10 (13%)	7+3 (10%)	8 (40%)	9 (28%)	7 (13%)
Garde dédiée Urg. Péd.	Oui	Oui	Non	Oui	Oui
Garde Urg.-Néonatalogie	Non	Non	Oui	Non	Non
Nb naissances 2010	-	-	1100	-	-
Nb IDE sur place Jour	4	1	2	3 à 5	1
Nb IDE sur place Nuit	1	0,3	1	3	1
Nb AS/AP Jour	1	0,3	1	1 à 3	1
Nb AS/AP Nuit	1	1	2	1 (en hiver)	0
Spécifique UP Jour	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
Spécifique UP nuit	Oui	Non	Oui	Oui	Oui
IAO rattachée Urg/Péd	Pédiatrie	Pédiatrie	SAU	Pédiatrie	SAU
IAO polyvalente Ad/E	Non	Oui	Oui	Non	Oui

- Le nombre total d'ETP est donné pour le Service de Pédiatrie, sauf à Gonesse et à Pontoise où les deux chiffres sont donnés.
- Les gardes sont spécifiques aux Urgences pédiatriques, sauf à Beaumont sur Oise, avec un renfort (%) de médecins extérieurs dans tous les sites.
- De même, le nombre d'IDE et d'Aides soignants présents aux UP varie entre le jour et la nuit, et souvent entre l'été et l'hiver (lits fermés faute de personnel infirmier à Bicêtre les années précédentes).

4. Environnement des Urgences pédiatriques (Tableau 95-4)

	Gonesse	Argenteuil	Beaumont	Pontoise	Montmorency
SMUR Adulte sur place	Oui	Non	Oui	Oui	Non
SMUR pédiatrique	Non	Non	Non	Oui (8h-24h)	Non
Réa néonatale	Non	III	IIa	III	IIb
Réa pédiatrique	Non	Non	Non	Non	Non
Chirurgie pédiatrique	Non	Non	Non	Oui*	Oui*
Limite âge Anesthésie	3a	3a	3a	3a	3a
Astreinte ORL sur site	Oui	Non	Non	Oui	Oui
Astreinte Stomatologie	Oui	Non	Non	Oui (avec ORL)	Non
Astreinte OPH sur site	Oui	Non	Non	Non	Dimanche
PDS imagerie	Garde	Garde	Garde	Garde	Demi-Garde/ Demi-Astreinte
Service Psychiatrie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Astreinte Psy sur site	Oui	Oui	Astreinte Op	Oui	Oui
Limite âge Hosp. Psy	12a	12a	6a	Non	15a

- *3 chirurgiens pédiatres dont un ETP d'orthopédie et 1 ETP d'uro-viscéral +0,3 ETP d'uro-viscéral partagé entre le CH de Pontoise (30%) et de Montmorency (70%), sans internes et sans astreintes.
- Limite d'âge pour l'anesthésie pédiatrique à 3 ans.
- Gardes d'imagerie médicale préservées (CHG adultes/enfants), sauf astreinte à Montmorency.

PDS-ES pédiatrique dans le territoire de santé 75

Paris *intra-muros* est caractérisé par l'existence de trois Hôpitaux pédiatriques, Centres Hospitalo-Universitaires affiliés aux trois Universités disposant d'une Faculté de Médecine :

- Paris-5 René Descartes : CHU Necker – Enfants Malades
- Paris-6 Pierre et Marie Curie : CHU Armand Trousseau
- Paris-7 Denis Diderot : CHU Robert Debré

Cependant, la recomposition de l'offre de soins au sein de l'AP-HP propose de regrouper les hôpitaux en groupes hospitaliers, comme Trousseau avec Saint-Antoine, Tenon et Rothschild, alors que Necker-Enfants Malades et Robert Debré constituent chacun un seul GH.

La majorité des spécialités pédiatriques, médicales et chirurgicales, sont présentes dans ces Hôpitaux pédiatriques, mais pas toutes comme la neurochirurgie, la chirurgie cardiaque, les brûlés, voire d'autres services spécifiques (ORL, OPH, Stomatologie) notamment en garde.

Les urgences pédopsychiatriques posent toujours un réel problème, notamment d'hospitalisation en urgence, bien que la solution d'une prise en charge d'abord par le SAU pédiatrique suivie d'une hospitalisation à l'UHCD suivie d'une évaluation pédopsychiatrique le lendemain résolve la plupart des problèmes, mais pas tous les problèmes.

Les Services d'Accueil des Urgences sont devenus ainsi de véritables services hospitalo-universitaires, polyvalents médico-chirurgicaux, et ils ont une forte activité comme le montre le Tableau 75 ci-dessous :

Etablissements	Robert Debré	Necker - EM	Trousseau	Total ou Moy.
Passages 2010	71.120*	52.614**	43.220***	166.954+
ETP médical	17	13,4	10,6	15,8
DES (Péd+MG)	2+8	2+5	2+7	6+20
Passages/ETP	4.184	3.926	4.007	4.037
ETP non médicaux	79	?	31,6	55
Passages/IDE	900	?	1367	858
Urgences Chirurgie	19.809	?	11.862	31.624
Nb Box	11	11	9	10
Passages/Box	6.465	4.783	4.802	5.350
Hospitalisations	6953 (9,8%)	5911 (11,2%)	5649 (13,1%)	18513(11,4%)
UHCD	3.897	?	2.853	6.750
Transferts	377	15	101	493
% Transferts	0,5% (80%Nnés)	0,0%	0,3%	0,3%

Sur la base des chiffres du 1^{er} Semestre 2011, le nombre de passages attendu pour 2011 est :
 * ~80.000 ; **~75.000 (fermeture de Saint Vincent de Paul en 2010) ; ***~50.000, soit un total hypothétique de ~200.000 passages soit 25% des Urgences pédiatriques d'Île de France.

A Robert Debré, l'activité globale a augmenté de +12%, mais l'activité chirurgicale de +16%, suggérant une augmentation croissante des transferts pour avis chirurgical de recours.

Synthèse de l'activité d'urgences pédiatriques en Île de France

Le tableau 2 ci-dessous résume le nombre de passages pédiatriques par territoire de santé

Département	Passages 2010	Population pédiatrique (INSEE 2009)	Ratio
75	166.954	439.677	0,38
77	79.825	372.362	0,21
78	67.641	385.279	0,18
91	78.195	335.917	0,23
92	94.233	390.965	0,24
93	102.261	438.113	0,23
94	102.686	340.209	0,33
95	78.601	337.390	0,23
Total	770.396	3.039.812	0,25

Il est manifeste qu'un nombre significatif de familles consulte les SAU pédiatriques des CHU parisiens, soit parce qu'une fraction importante de la population de banlieue travaille à Paris, soit parce que les enfants y sont adressés pour un avis spécialisé, soit parce que les familles privilégient le 'plateau technique' ou le 'bon fonctionnement' d'équipes plus nombreuses et rôdées aux urgences pédiatriques.

Il est aussi remarquable que le nombre de passages pédiatriques en 2010 recensés par cette enquête (n=770.936) dépasse de >35% celui des passages pédiatriques (n=507.991) extrait par le Système CERVEAU qui informe les Tutelles (ARS et AP-HP) (Tableau 3).

CERVEAU - 2010	Janv	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sept	Oct	Nov	Déc	Total	% IDF	% AP-HP
A. Béclère Ped.	1604	1666	1412	1556	1563	1768	1216	987	1311	1711	1735	1877	18406	3,62%	6,83%
A.Pare Ped.	1636	1572	1579	1566	1460	1567	1185	824	1016	1105	1792	2035	17337	3,41%	6,44%
Antony	0	0	0	0	947	1112	568	399	734	915	816	781	6272	1,23%	
Argenteuil	2092	1887	1910	2017	1950	1937	1374	1501	1796	2025	2146	2598	23233	4,57%	
Aulnay s/Bois	1801	1617	1691	1451	1721	1627	1281	1264	1579	1778	1806	2184	19800	3,90%	
Bicêtre Ped.	2085	2061	2025	2088	1745	2097	1764	1514	1677	2019	1489	2828	23392	4,60%	8,68%
C.Franciscaines	464	383	559	434	337	459	267	74	0	0	0	0	2977	0,59%	
CHIC	2641	2260	2499	2649	2616	2668	2077	1715	2397	2533	2567	3049	29671	5,84%	
Coulommiers	766	686	502	771	793	760	524	471	677	716	752	785	8203	1,61%	
Étampes	360	302	376	373	415	403	312	238	403	361	366	390	4299	0,85%	
Gonesse	523	441	588	599	693	735	434	442	570	478	360	317	6180	3,94%	
Gonesse Ped.	1864	1679	1578	1686	1557	1543	1287	1210	1381	1800	1859	2567	20011	3,94%	
HPSSD	20	226	297	344	347	306	190	154	273	263	247	263	2930	0,58%	
J. Verdier Ped.	1872	1896	1984	1931	1972	2109	1625	1514	1898	2340	2276	2714	24131	4,75%	8,96%
L.Mourier Ped.	2129	2196	1872	2004	1928	1880	1426	1272	1679	2053	2119	2534	23092	4,55%	8,57%
Meaux Ped.	1342	891	1082	1119	111	858	919	698	917	1143	1184	1499	11763	2,32%	
Meulan	59	0	0	83	273	318	190	166	240	286	263	123	2001	0,39%	
Montereau	753	674	699	778	789	843	594	481	662	718	666	839	8496	1,67%	
Montmorency	1738	1457	1585	1483	1669	1603	978	710	1309	1615	1387	1990	17524	3,45%	
Necker	4131	3882	3898	3758	3922	4219	3358	2766	4565	4340	5420	6341	50600	9,96%	18,78%
PSG Ped.	1650	1650	1567	1508	1521	1590	1408	949	1380	1659	1619	2268	18769	3,69%	
Poissy	377	363	438	466	621	638	361	290	514	534	184	146	4932	0,97%	
Pontoise	564	529	653	739	806	881	557	436	654	747	567	395	7528	1,48%	
R.Debre	6065	5291	4654	5635	5768	5559	4647	4339	5310	6174	6516	7441	67399	13,27%	25,02%
Rambouillet Ped.	621	652	582	563	620	556	513	337	516	633	609	818	7020	1,38%	
St Denis	2154	1955	1897	2090	1313	1501	1656	1544	1983	2221	2382	2860	23556	4,64%	
St Vincent P.	1566	1694	1580	1733	1708	1843	870	0	0	0	0	0	10994	2,16%	4,08%
Trappes	722	700	954	971	1183	1130	644	625	938	1001	633	813	10314	2,03%	
Trouseau	2326	3227	3383	3362	2817	3472	2703	2016	2647	2158	2014	3897	34022	6,70%	12,63%
Versailles Ped.	1229	1047	1129	1074	1026	973	905	605	910	1132	1136	1639	12805	2,52%	
Total IDF	45154	42884	42973	44831	44191	46955	35833	29541	39936	39694	44910	51089	507991		
Total AP-HP	23414	23485	22387	23633	22883	24514	18794	15232	20103	21900	23361	29667	269373	53,03%	

Nombre de lits pédiatriques en Île de France

Le tableau 4 ci-dessous évalue l'adéquation du nombre de lits d'aval pédiatriques par territoire de santé

Territoire de santé (nombre d'enfants – INSEE 2009)	Nombre d'hospitalisations	Nombre de Lits	Nb théorique de lits pour un TOB=80% et une DMS=4 jours	Nombre transferts (faute de place)
75 (439.677 enfants)	18513	100 (PG) - ? (Chir)	246	RDB=390
77 (372.362 enfants)	9045	131	121	148 (9)
78 (385.279 enfants)	7394	119	100	161 (32)
91 (335.917 enfants)	7755	88	103	243 (81)
92 (390.965 enfants)	10748	139	143	1306 (39)
93 (438.113 enfants)	9706	164	130	761 (100+)
94 (340.209 enfants)	11456	181	153	706 (271+)
95 (337.390 enfants)	10402	149	139	136 (23)
Total (3.039.812 enfants)	85019	1061	1133	3851

Un bref calcul permet d'estimer qu'un lit d'hospitalisation avec un Taux d'Occupation Brut =80% permet 300 journées d'hospitalisation par an. Si la Durée Moyenne de Séjour est de 3 jours, il permet l'hospitalisation de 100 enfants, de 4 jours l'hospitalisation de 75 enfants et de 5 jours de 60 enfants/an. Ainsi pour un TOB=80% et une DMS=4jours, le nombre théorique de lits correspond presque exactement au nombre de lits autorisés par territoire de santé.

Chaque année, les services d'urgences pédiatriques d'Île de France sont confrontés à des **difficultés d'hospitalisation** quasi-insurmontables au moment des **épidémies hivernales**, avec parfois des *transferts nécessaires hors de la région Île de France* et de *forts risques d'accidents graves liés à un défaut de surveillance*. Dans notre société médiatisée, tout décès « *illégitime* » d'un enfant peut prendre des proportions incontrôlables... Et pourtant rien n'est fait d'une année sur l'autre pour améliorer la situation.

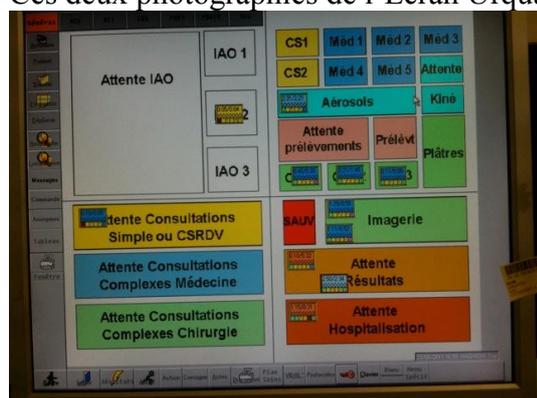
Aussi, il est très important que les tutelles réalisent que toute recomposition de la PDS-ES pédiatrique devra se faire à lits constants, et même avec des moyens en augmentation !

« *Il n'y a pas d'économies à faire sur la PDS-ES* » (SAMU-Urgences de France)

On trouvera les cartes de la région Île de France avec le nombre de passages (Annexe 4) et de lits (Annexe 5).

L'activité des Urgences pédiatrique est aussi saisonnière, et elle dépend des comportements sociétaux

Ces deux photographies de l'Ecran Urquial® du SAU pédiatrique Robert Debré ont été prises



Le 23 Juin 2011, 16h : 1^{er} jour des soldes
11 enfants pour 8 médecins !



Et le 23 Octobre 2009, 4h : pic de la grippe A H1N1
33 enfants en attente pour 3 médecins de garde !

Ainsi, quand les gardes et les astreintes sont limitées par les tutelles, le *libre choix des familles à consulter où elles veulent et quand elles le veulent*, met en péril la bonne organisation des Urgences pédiatriques...

A titre d'exemple, si on rapporte l'activité du SAU pédiatrique Robert Debré par tranche horaire à la présence médicale permise par le financement des gardes, l'inadéquation entre les moyens médicaux et le nombre des passages est flagrante sur le Tableau 5 :

2010	Activité moyenne par jour		Présence médicale	
	Médecine	Chirurgie	Médecine	Chirurgie
Horaires				
0h-4h	4.079 (11,2 enfant/4h)	603 (1,6 enfant/4h)	1 Senior + 2 DES	1 DES chirurgie (souvent au bloc)
4h-8h	2.513 (6,9 enfant/4h)	242 (0,7 enfant/4h)	1 Senior + 2 DES	1 DES chirurgie (parfois au bloc)
8h-13h	14.913 (40,9enfant/5h)	6.369 (17,4enft/5h)	1 Référent + 3-4 Seniors + 2 DES	1 Senior MG + 2 DES SAU
13-18h	14.398 (39,4enfant/5h)	7333 (20,1enft/5h)	1 Référent + 3-4 Seniors + 3 DES	1,5 Senior MG + 2 DES SAU
18h-24h	15.422 (42,3enfant/6h)	8.201 (22,5enft/6h)	1 à 1,5 Seniors* +2 DES +1 MG	1 à 1,5 Seniors** + 1 DES (22h)

* Une demi-garde de médecin senior renforce la garde pendant 6 mois de l'année en hiver

** Une demi-garde de médecin senior renforce la demi-garde pendant 5 mois, l'été

Le nombre d'hospitalisations décidées entre 18h et 24h a été de 2.336 (35%) et entre 0h et 8h le lendemain de 1.020 (15%). Par conséquent, la *moitié des hospitalisations* intervient pendant la garde, principalement dans l'UHCD de 15 lits.

Il faut donc que les tutelles mesurent l'importance de *renforcer le financement des gardes et des astreintes touchant à la PDS-ES pédiatrique*, alors que les mesures récentes prises à l'AP-HP et les projets annoncés sont plutôt de faire des économies sur la PDS.

PDS-ES chirurgicale pédiatrique

1. Dans le territoire de santé 75

La mission initialement dévolue concernait essentiellement l'activité des sites d'urgence pédiatrique. Ce n'est que progressivement que l'on a découvert les énormes difficultés rencontrées par la PDS-ES chirurgicale pédiatrique.

Une enquête AP-HP sur l'activité chirurgicale a comparé l'activité en urgence des 4 sites de chirurgie pédiatrique pendant l'été 2009 (du 17/6 au 2/9) (Tableau 6)

Hôp	8h-18h	Op en urgence	Op différée	Transfert autre Hôp	Transferts acceptés	Total refus	8h-18h	Op en urgence	Op. différée	Transfert autre Hôp	Transferts acceptés	Total refus
BCT	11	6	4	6	11	1	23	11	7	28	18	11
NCK	182	138	38	4	38	10	175	131	34	1	65	15
RDB	237	120	111	6	49	18	126	51	72	3	57	6
TRS	150	85	63	1	42	15	108	37	71	0	47	25
AP	580	349	216	17	140	44	432	240	184	32	187	107

Ce tableau ne tient pas compte de Saint Vincent de Paul dont la fermeture est intervenue en Juillet 2009.

Le Tableau 7 donne le nombre d'interventions chirurgicales non programmées à Robert Debré en 2010 :

	8h-18h	18h-8h	WE & JF	Total
Janvier	47	44	65	156
Février	36	42	50	128
Mars	52	41	45	138
Avril	52	49	60	161
Mai	51	70	85	206
Juin	47	56	57	160
Juillet	53	48	57	158
Août	63	49	47	159
Septembre	78	71	55	204
Octobre	45	52	65	162
Novembre	50	42	53	145
Décembre	69	47	43	159
Total	643 (1,8/Jour)	611 (1,7/Nuit)	682 (11,8/J WE)	1936

Il est hautement probable que la DPM de l'AP-HP dispose d'autres indicateurs d'activité et de personnel médical chirurgical. Toutefois, il faut souligner que Robert Debré a la plus forte activité chirurgicale d'urgence, alors que celle-ci est pénalisée par un système alternant gardes de chirurgie viscérale et astreintes de chirurgie orthopédique (et vice versa) et par l'absence d'une salle d'opération dédiée aux Urgences, faute d'anesthésistes en nombre suffisant.

2. Dans les territoires de santé 77, 78, 91 et 92, il n'y a plus de chirurgie pédiatrique publique.

- Dans le 77, la Clinique des Fontaines à Melun aurait une activité de chirurgie pédiatrique
- Dans le 91, l'Institut Jacques Cartier à Massy a une activité de Chirurgie pédiatrique (chirurgie cardiaque pédiatrique ?)
- Dans le 92, l'Hôpital privé d'Antony et la Clinique Marcel Sembat (CCBB) de Boulogne-Billancourt) ont une activité de chirurgie pédiatrique limitée en pratique aux jours ouvrables et aux heures ouvrables.

3. Dans le territoire de santé 93, il y deux services de chirurgie pédiatrique

- A Robert Ballanger (Aulnay sous Bois) :
 - o 6 PH chirurgiens pédiatres, dont 4 en chirurgie viscérale et 2 en orthopédie
 - o Une garde assurée par un interne de chirurgie sur place et doublée par une astreinte opérationnelle en chirurgie viscérale et en chirurgie orthopédique
 - o 2 anesthésistes sont de garde, dont 1 compétent en pédiatrie
 - o 18 lits de chirurgie pédiatrique + 2 lits ambulatoires
 - o Activité 2010 :
 - 1700 hospitalisations
 - 1500 anesthésies pédiatriques dont 150 (<1an) et 300 (1-3 ans)
 - 400 enfants référés de l'extérieur
 - 60 interventions entre 18 et 24h et 30 interventions entre 0 et 8h
 - o Convention avec l'Hôpital de Montfermeil
- A Delafontaine (Saint-Denis) :
 - o 3 PH chirurgiens viscéral et orthopédie
 - o 1 Assistant en consultation
 - o Pas d'internes de chirurgie
 - o Une astreinte opérationnelle
 - o Un total de 11 anesthésistes de garde dont 6 compétents en pédiatrie
 - o 12 lits de chirurgie dans le service de pédiatrie de 38 lits
 - o Activité 2010 :
 - 866 hospitalisations
 - 690 interventions dont la moitié en urgence
 - 100 (<1 an) et 196 (1-3 ans)
 - 75 interventions entre 18 et 24h et 7 interventions entre 0 et 8h

4. Dans le territoire de santé 94, il y a 4 services de chirurgie pédiatrique

- En comptant Bicêtre qui n'a qu'un seul service de chirurgie viscérale spécialisé en transplantation hépatique. Une greffe hépatique occupe toute l'équipe chirurgicale de garde et le bloc opératoire pendant une nuit entière, conduisant à transférer les autres urgences chirurgicales.
- Au CHIC (Créteil):
 - o 4 PH chirurgiens + 4 p.Att. dont un orthopédiste + 1 pédiatre pour les Urgences
 - o Internes ?
 - o Une astreinte opérationnelle
 - o 3 Anesthésistes pédiatres (+ un 4^e en formation)
 - o 33 lits de chirurgie pédiatrique et ambulatoire
 - o Activité 2010 :
 - 3095 hospitalisations
 - 2244 interventions dont 218 >20h et 430 le WE & JF
 - o Conventions avec Melun et avec Fontainebleau (A6)
- A Sainte Camille (Bry-sur-Marne) :

- 5 PH chirurgiens (3,3 ETP)
- Pas d'internes, mais 5 étudiants hospitaliers
- Une astreinte opérationnelle
- Des anesthésistes pédiatres entre 8h et 18h, mais très variable en garde
- 10 lits de chirurgie pédiatrique + 1 lit ambulatoire
- Activité 2010 :
 - 988 interventions dont 34 entre 18h et 24h et 12 entre 0h et 8h
- Conventions avec Lagny-sur-Marne et avec Meaux (A4)

- A Villeneuve Saint Georges :
 - 2,8 PH + 1PH détaché du CHIC 1 jour/semaine
 - Pas d'internes, mais 3 praticiens Attachés urgentistes compétents en chirurgie
 - Urgences chirurgicales assurées de 8h à 1h du matin par 1 des 3 p. Attachés
 - Une astreinte opérationnelle chirurgicale
 - Pas de limite d'âge en anesthésie (sauf pour les prématurés)
 - IADE et IBODE uniquement d'astreintes >20h depuis Septembre 2010.
 - 16 lits de chirurgie pédiatrique
 - Activité 2010 :
 - 7.500 urgences chirurgicales
 - 7.400 consultations chirurgicales
 - 1.900 hospitalisations
 - 90 interventions entre 18h et 24h et 8 entre 0h et 8h
 - Pas de convention signée entre le CHIV et d'autres hôpitaux, mais les urgences 91 référées par Etampes, Longjumeau, Juvisy, Corbeil, Evry, et cliniques du Val d'Yerres et Claude Gallien et les urgences 77 référées par Sens, Fontainebleau et Melun

5. Dans le territoire de santé 95, il y a 1 seul service de chirurgie pédiatrique à Pontoise

- 2,3 PH dont 1 ETP d'orthopédie et 1 ETP d'uro-viscéral + 1 ETP d'uro-viscéral partagé entre Pontoise (30%) et Montmorency (70%)
- Pas d'internes.
- 4 PH d'anesthésie à compétence pédiatrique.
- Pas d'astreintes spécifiques pédiatriques, mais gardes assurées en association avec les chirurgiens adultes
- 9 lits de chirurgie pédiatrique + 6 lits ambulatoire à Pontoise
- Activité opératoire?
 - ? Hospitalisations
 - ? Interventions
 - Dont ? (<1an) et ? (1-3 ans)
 - ? Interventions entre 18h et 24h et ? Entre 0h et 8h
- Conventions passées avec d'autres hôpitaux

Tableau 8 - Lignes de gardes et d'astreintes recensées par l'ARS par Etablissement de Santé

Lieu	Nuit	Sam	Dim&JF	Nb ETP de l'ES	Nb ETP de garde	Libéraux	PH	HU
75 NCK	Garde	½ Garde	Garde	12	7		65%	35%
75 NCK	Astreinte	½Astreinte	Aucune	12	8		67%	33%
75 NCK	Garde	½ Garde	Garde	26	9		36%	64%
75 NCK	Garde	½ Garde	Garde	21	10		51%	47%
75 NCK	Astreinte	Aucun	Aucun	21	8		11%	89%
75 NCK	½ Garde ½Astrein	½ Garde	Aucun	9	6		28%	72%
75 NCK	Garde	½ Garde	Garde	36	18		16%	84%
75 RDB	Garde	½ Garde	Garde	9	9		27%	73%
75 RDB	Astreinte	½Astreinte	Astreinte	14	10		17%	83%
75 TRS	Garde	½ Garde	Garde	11	7		54%	46%
75 TRS	Garde	½ Garde	Garde	10	10		67%	33%
77Clinique Fontaines Melun	Astreinte	½Astreinte	Astreinte	1	1	100%		
91 Institut Jacques Cartier	Astreinte	½Astreinte	Astreinte	3	3	100%		
92 Hôpital privé Anthony	Astreinte	½Astreinte	Astreinte	5	5	100%		
92 CCBB Boulogne	Astreinte	½Astreinte	Astreinte	6	6	100%		
93 Aulnay	Astreinte	½Astreinte	Astreinte	6	4		67%	
94 Bicêtre	Astreinte	Aucun	Aucun	11	11		45%	55%
94 CHIC	½ Garde ½Astrein	½ Garde	½ Garde ½Astrein	9	6		100%	
94 Bry ?	Astreinte	½Astreinte	Astreinte	9	3		100%	

* Communication de Valérie Intcigaray (ARS-Santé, Île de France) le 18/10/11

L'activité de Réanimation pédiatrique/Unité de surveillance continue

L'activité de Réanimation pédiatrique et de Surveillance continue est encadrée par les décrets de réanimation pédiatrique.⁸

Les données des 5 Services de Réanimation pédiatrique d'Île de France au moment du décret 2003 étaient les suivantes (Tableau 9) :

	Trousseau	R. Debré	Bicêtre	Necker EM	R. Poincaré	Total
Lits	6	11	17	12	10	56
Admissions	216	327	570	466	276	1855
Journées	1598	3236	3402	2922	3485	14.643
DMS	7,4	9,9	6,0	6,3	12,6	Moy.=8,5
TO brut	73%	80%	55%	67%	95%	Moy.= 74%
% journées valorisées Réa (VM)	60% VM dont 50%>48h	50% VM dont 22%>48h	84% VM dont 22%>48h	64% VM dont 44%>48h	64% VM dont 56%>48h	Moy.=64% dont 39%>48h

Les données des mêmes 5 Services de Réanimation pédiatrique d'Île de France ont évolué de la façon suivante en 2010 (Tableau 10) :

	Trousseau	R. Debré	Bicêtre	Necker EM	R. Poincaré	Total
Lits autorisés	6	12	8	12	10	48
Lits ouverts	6	12	8	12	10	48
Admissions	269	447	433	422	208	1779
Journées	2096	4074 (2227/25pts)	3312	3630	3223	16.335
DMS	8	9,1	7,2	7,5	13,4	9,0
TO brut	95,7%	93%	113%	83%	88%	95%
J valorisées (%) Réa (VM)	2086 (99,5%)	4034 (99%)	2654 (80%)	3271 (91%)	2459 (76%)	14504 (89%)

Ainsi :

1. En 7 ans, le nombre de journées a augmenté de 15.000 en 2003, à 16.200 en 2009 et 16.300 (+9%) en 2010.
2. Mais la DMS a augmenté de 8,5 jours en 2003 à 9,0 jours en 2010. Illustre ce fait que 25 patients chroniques ont occupé 2.227, soit 55% des 4.074 journées à Robert Debré.
3. Aussi, le TOB moyen qui était de **74%** en 2003 est maintenant de **95%** en 2010. On considère généralement que le TOB doit être proche de 80% pour prendre facilement et rapidement les urgences. Un TOB à 95% ne laisse plus qu'une flexibilité réduite pour recevoir les urgences ; ceci explique les énormes difficultés pour admettre un enfant en Réanimation, en particulier au cours des épidémies hivernales, la Réanimation souffrant également du manque de lits d'aval pour prendre les enfants qui peuvent sortir.
4. Il apparaît nettement que les 6 lits de Trousseau sont insuffisants et que la réduction à 8 lits à Bicêtre qui avait été surdimensionné à 17 lits a été beaucoup trop sévère. Ainsi, il conviendrait que Trousseau passe à 8 lits et que Bicêtre retrouve 11 lits. Cependant, la situation actuelle des effectifs médicaux de Trousseau est critique, avec seulement 4,5 ETP (1PU-PH, 3 PH et 2 CCA dont un poste prêté par la Faculté pour 2 ans) pour gérer les 3 Unités de réanimation, dont celle de réanimation néonatale de 8 lits (281 séjours + 40 séjours chirurgicaux + 20 Assistanes Respiratoires Extra-Corporelles néonatales).

Les données 2010 pour les Unités de Surveillance Continue sont plus difficiles à analyser, parce que de créations plus récentes (Tableau 11).

	Trousseau	R. Debré	Bicêtre	Necker EM	R. Poincaré	Total
Lits autorisés	4	4	4-8 (9/2010)	8	13	33 à 37
Lits ouverts	4	4	4-8 (9/2010)	8	11	31 à 35
Admissions	208	535	138	405	203	1489
Journées	803	1139	798	1902	2855	7497
DMS	3,9	2,1	5,2	4,7	13,7	6,0
TO brut	55%	78%	42%	63%	71%	62%
% J valorisées	729 (91%)	982 (86%)	510 (64%)	- (93%)	2094 (73%)	4315 (81%)

Ainsi :

1. Les décrets avaient fixé la *taille des USC* à un tiers des lits des Unités de Réanimation.
2. Il apparaît que Robert Debré est « à l'étroit » avec seulement 4 lits (des travaux sont néanmoins prévus en 2013 ou en 2014...) et que Necker est « au large » avec les 40 lits prévus dans le nouveau bâtiment Laënnec devant ouvrir en 2013.
3. Le TOB moyen de 62% est bien inférieur à ce qui avait été prévu, mais les lits d'USC constituent une variable d'ajustement pour compenser l'insuffisance de lits en Réanimation pédiatrique.
4. Enfin, il convient que les Tutelles réfléchissent à convertir certains lits d'UHCD des services d'urgence parisiens en lits d'USC, notamment parce que de nombreux enfants y sont transférés pour « rapprochement de Réanimation » où il apparaît nécessaire d'améliorer leur ratio en personnel infirmier (à titre d'exemple : 2 IDE pour 15 lits d'UHCD à Robert Debré). Dans les centres pédiatriques « lourds » des CHG, la création de quelques lits d'USC permettrait de prendre en observation des enfants autrement transférés pour « rapprochement de Réanimation ».

L'activité de Réanimation et des USC chirurgicales pédiatriques est donnée (Tableau 12) :

	Trousseau	Robert Debré	Necker Réa*	Necker USC*	Total
Lits autorisés	12	11	12	16	51
Lits ouverts	8	11	6	8-12	33 à 36
Admissions	489	630	157	531	1807
Journées	2175	2910	950	3006	6131
DMS	4,5	4,1	?	?	4,3
TO brut	75%	73% (TOC=78%)	75% (TOC=85%)	?	74% (TOC=81%)
% J valorisées	1642 (76%)	(85%)	(90%)	(89%)	88%

Necker Réa & USC : chiffres des 7 premiers mois (Janvier-Juillet) 2011

Le commentaire du Pr. Isabelle Constant en ce qui concerne l'USC chirurgicale de Trousseau est le suivant : « L'enquête DPM avait conclu à un besoin de 16 lits, en sachant que géographiquement nous n'avons la possibilité d'en ouvrir que 8 sans travaux conséquents. Faute de travaux, les 8 lits sont toujours saturés et ils n'accueillent que de l'orthopédie lourde (taux d'IMC très important) et du viscéral. Le TOB est calculé d'après le nombre de lits (8) ouverts sur 365 jours. En fait, l'USC passe à 4 lits en période estivale et une semaine sur deux pendant les vacances scolaires (soit 9 semaines), ce qui conduit à un TOC de 82%. Par ailleurs, sont admis en USC les enfants ayant une analgésie péridurale postopératoire pendant 48h, ce qui pose des problèmes de valorisation de séjour USC (acte non reconnu). »

Les commentaires du Pr. Jamil Hamza en ce qui concerne la Réanimation chirurgicale et l'USC chirurgicale de Necker – Enfants Malades sont les suivants :

- Fonctionnement de la Réanimation chirurgicale rendu difficile par le fait que les 6 lits correspondent en fait à 3 chambres de 2 lits. Dès qu'un grand enfant est hospitalisé ou qu'il a besoin d'être isolé, le deuxième lit est inoccupé, ce qui mécaniquement pénalise le TOB. En Février 2011, aucun nouveau patient n'a été admis puisque le service a servi de « rocade » pour isoler les malades infectés ou contacts de l'épidémie à *Acinetobacter sp.* qui a touché les autres Unités de réanimation du site. Compte tenu de ces contraintes, le TOC est proche de 85%.
- Fonctionnement de l'USC globalement très satisfaisant avec un recrutement médicalement et financièrement justifié (près de 90% de journées valorisées). Mais un nombre de lits ponctuellement insuffisant avec pour conséquence l'impossibilité d'admission depuis les Unités de réanimation dont l'USC est l'aval. Diverses pistes d'amélioration sont à l'étude pour « lisser » l'activité afin d'optimiser les admissions.
- L'activité des Réanimations et des USC chirurgicales spécialisées (Neurochirurgie et Chirurgie cardiaque) de Necker – Enfants Malades n'est pas présentée ici.

L'activité de transport pédiatrique (SAMU/SMUR)

Organisation actuelle du réseau

Le réseau inter-SMUR pédiatrique d'Île de France est constitué de **5 SMUR pédiatriques** dans 4 des 8 SAMU de la région Île de France :

- Les 2 équipes du SAMU 75 (Necker et Robert-Debré, AP-HP),
- Celles du SAMU 92 (Antoine-Béclère, Clamart, AP-HP)
- Et du SAMU 93 (Avicenne AP-HP/André-Grégoire, Montreuil)
- Et celle du SAMU 95 (CH René Dubos, Pontoise).

Deux SMUR pédiatriques, celui de Montreuil et celui de Clamart disposent d'une deuxième équipe de jour (de 9 h à 18 h, du lundi au vendredi), en plus de leur équipe de 24 h.

Ce dispositif a pour but de répondre, 24 heures sur 24 et le plus rapidement possible, dans toute la région Île de France à toutes les demandes de transferts « *secondaires* » pédiatriques (sans limite 'rigide' d'âge) urgents provenant des maternités, des services d'urgences ou de spécialités, mais également à assurer les transferts « *programmés* » (examens complémentaires, re-transferts...) des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants à partir des unités de réanimation médico-chirurgicales, de soins intensifs ou de spécialités pédiatriques. Elles effectuent également un nombre croissant d'interventions « *primaires* » (domicile, voie publique).

Chacune de ces équipes est en charge depuis 1980 d'une **zone géographique** de la région Île de France (SROS-3 et autorisations de fonctionnement des SMUR pédiatriques). Ces secteurs ont été définis à partir de la disposition géographique des équipes, de leur nombre, des axes de circulation et des délais mesurés d'intervention.

Les deux équipes du SAMU 75 prennent en charge chacune une moitié de Paris et les trois autres trois grands secteurs géographiques composés de plusieurs départements (Annexe 6):

- Sud/Sud-Ouest (SAMU 92 Clamart)
- Nord-Est/Sud-Est (SAMU 93 Montreuil)
- Nord-Ouest (SAMU 95 Pontoise)

Régulation des appels pédiatriques (transferts secondaires)

Les 4 sites actuels où parviennent les appels néonataux ou pédiatriques sont :

- le SAMU 75 à Necker Enfants-Malades pour les deux SMUR pédiatriques de Paris (convention entre Robert Debré et Necker),
- le SAMU 92 à Garches avec délégation de régulation au SMUR de Clamart (convention) pour le secteur Sud/Sud-Ouest,
- le SAMU 93 à Bobigny avec délégation de régulation au SMUR de Montreuil (convention) pour le Nord-Est/Sud-Est,
- le SAMU 95 à Pontoise pour le Nord-Ouest.

Ceci a pour avantage que les interlocuteurs pédiatriques sont mis en contact direct (sans perdre d'information, ni de temps, pour des conseils et des décisions d'orientation), par la permanencière, 24 h sur 24, avec un pédiatre qui connaît la disponibilité de son ou de ses équipe(s) et des places de réanimation ou de spécialités de la région (logiciel Capri) ainsi que les particularités régionales de l'organisation périnatale et pédiatrique.

En cas d'indisponibilité de son équipe, chaque régulateur pédiatrique peut faire appel à une autre équipe (selon le répertoire de sectorisation) pour lui confier l'intervention qu'il ne peut effectuer dans un délai suffisamment rapide dans son secteur. Il lui transfère lui-même les données de régulation de l'appel et prévient l'appelant d'origine.

Activité des SMUR pédiatriques en 2010

Le tableau 13 montre que l'activité est importante (les chiffres de l'activité du SMUR pédiatrique de Necker - Enfants Malades ne sont plus disponibles depuis début 2008.)

SMUR	Transport	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
75-RD	Total	1207	1318	1302	1112	1247	1472	1183
	Primaire	395	453	384	415	435	515	436
	Secondaire	812	865	918	697	812	958	747
75-EM	Total	1125	1131	1106	1060	?	?	?
	Primaire	212	284	242	293			
	Secondaire	913	847	864	767			
92	Total	1479	1443	1487	1478	1501	1535	1535
	Primaire	207	257	261	298	280	323	346
	Secondaire	1272	1186	1126	1180	1121	1212	1189
93	Total	1481	1424	1495	1400	1504	1546	1550
	Primaire	216	241	301	329	362	390	363
	Secondaire	1218	1183	1194	1071	1142	1156	1187
95	Total	487	452	483	445	436	446	498
	Primaire	36	42	40	44	52	80	82
	Secondaire	451	410	443	401	384	366	416
	TOTAL	5779	5768	5873	5495	4688	4999	4766

Âge des enfants transférés par les SMUR pédiatriques en 2010 (Tableau 14)

SMUR	75 RD	75 NEM	92	93	95	TOTAL
Nbre total d'interventions	1183	?	1535	1550	498	4766
Nouveau-nés (Urgents et programmés)	511 (43%)	?	972 (63%)	863 (56%)	298 (60%)	2644
J28-24 Mois	338 (29%)	?	424 (28%)	357 (23%)	153 (31%)	1272
2 ans - 4 Ans	146 (12%)	?	113 (7%)	302 (19%)	39 (8%)	600
≥ 5 ans	188 (16%)	?	26 (2%)	28 (2%)	7 (1%)	249

Depuis Juillet 2009, le SMUR pédiatrique de Necker (qui n'a plus de responsable médical référent) n'est plus en mesure d'assurer le fonctionnement toute l'année d'une équipe de jour ou de garde la nuit, faute d'un nombre suffisant de pédiatres au sein de l'équipe.

Depuis le 1^{er} septembre 2003, l'équipe de Pontoise a interrompu son fonctionnement de nuit, de 0 h à 8 h 30, car le financement de la garde lui a été retiré.

Les autres équipes (Robert Debré, Antoine Béclère et Montreuil) suppléent à ces deux carences, au prix souvent d'un allongement excessif des délais de réponse et d'un éloignement important de leurs secteurs d'interventions respectifs.

Il serait important, comme cela a été discuté à plusieurs reprises avec l'ARH puis avec l'ARS d'Île de France, de trouver une solution à ces deux difficultés de fonctionnement pour conserver des délais d'intervention adaptés dans toute la région.

Propositions

1. Regrouper ou mutualiser les sites d'urgences pédiatriques

1. **La PDS-ES adulte** va être refondue en profondeur par des *regroupements hospitaliers* au sein desquels les établissements de santé 'volontaires' devront s'investir dans la prise en charge des urgences et de son aval qui deviendrait une mission prioritaire dans l'organisation de l'établissement. Les propositions en cours de discussion sont résumées dans le tableau 15 ci-dessous donné par l'ARS le 27 Juin 2011 :

Population 2009	Sites d'urgences	Sites candidats	Commentaires
75 - 2.189.761	16	6 sites AP-HP: 1. HEGP 2. Cochin 3. Pitié-Salpêtrière 4. Saint Antoine 5. Lariboisière 6. Bichat Hôpital St. Joseph	1 site par GH pour l'AP-HP
77 - 1.313.038	11	Meaux-Lagny Melun-Corbeil-Evry?	Coopération public-privé à Melun Fontainebleau le WE
78 - 1.4147.068	12	Poissy-St Germain Versailles (Mignot) - Trappes?	
91 - 1.215.453	12	Evry Longjumeau-Orsay	Vigilance Sud-Essonne
92 - 1.566.062	13	Antoine Bécclère - Antony Ambroise Paré - CMC Foch Louis Mourier & Nanterre	Contacts en cours
93 - 1.516.074	12	Avicenne Aulnay Saint-Denis?	
94 - 1.315.837	9	Bicêtre CHIC-Henri Mondor	
95 - 1.172.126	10	Pontoise - Clinique Ste Marie Argenteuil - Eaubonne Gonesse-Hôpital Privé Nord-Parisien	
IDF - 11.705.419	95	23 à 25 sites PDS-ES Adulte?	

2. **De même, la PDS-ES pédiatrique** pourrait être réorganisée par des regroupements hospitaliers au sein de chaque territoire de santé, de sorte à obtenir une masse critique de compétences pédiatriques autour des urgences. Un seuil minimal de 15.000 passages annuels devrait être retenu comme une garantie d'expertise.

Toutefois :

1. Il convient que les tutelles prennent en considération la *triple mission* des services de pédiatrie des CHG : a) Néonatalogie et couverture pédiatrique en Maternité ; b) Urgences et hospitalisation pédiatrique ; c) auxquelles s'ajoutent les consultations, la pédiatrie sociale et mentale en relation avec les PMI, les médecins généralistes et les pédiatres libéraux.
2. Il convient que les tutelles repensent également l'organisation de l'aval des urgences en veillant à ce que le *nombre total des lits pédiatriques* ne diminue pas, de sorte à pouvoir faire face aux épidémies hivernales.
3. Enfin, il convient également que les tutelles admettent la *grave insuffisance des moyens médicaux et paramédicaux* des sites d'urgences pédiatriques qui menace constamment le fragile équilibre entre nombre de passage, d'hospitalisations et de lits d'aval pour un fonctionnement 'sécuritaire' de la filière pédiatrique.⁹

Le tableau 16 ci-dessous donne, pour chaque territoire de santé, la population d'enfants estimée par l'INSEE en 2009, le nombre de passages en 2010 et le nombre de lits d'aval, ainsi que les regroupements en cours de discussion ou qui méritent réflexion avec entre parenthèses les voies rapides de communication.

Population 2009 Enfants	Sites	Nb passages 2010	Nb de lits	Regroupements envisagés
75 – 439.677	Necker-EM	56.214	44	
	Trousseau	43.220	16	
	Robert Debré	71.120	40	
Total	3 POSU	166.954	100	
77 – 372.362	Meaux	21.850	35	Meaux-Lagny ? (A4)
	Lagny	17.884	23	
	Coulommiers	5.800	10	
	Provins	7.263	14	
	Melun	18.624	22	Melun avec ? (A5)
	Fontainebleau	13.259	15	
	Montereau	<u>8.674</u>	<u>12</u>	
Total	7 SAU pédiatriques	79.825	131	
78 – 385.279	Versailles	18.167	26	Versailles avec ? (A13)
	Mantes	21.974	40	
	Poissy-St Germain	20.073	30	Poissy-St Germain (A14) (effectif)
	Rambouillet	<u>7.427</u>	<u>13</u>	
Total	4 SAU pédiatriques	67.641	119	
91 – 335.917	Evry	23.500	24	Evry avec?
	Longjumeau	21.459	20	Longjumeau avec? (N20 – N86)
	Arpajon	8.236	16	
	Orsay	14.250	12	
	Dourdan	6.250	16	Dourdan-Etampes
	Etampes	<u>4.500</u>	<u>0</u>	
Total	7 SAU pédiatriques	78.195	88	
92 – 390.965	Antoine Béclère	20.006	27	Impact des rapprochements proposés pour la PDS-ES adulte ?
	Ambroise Paré	20.049	33	
	Louis Mourier	26.073	38	
	IHFB	16.151	19	
	Neuilly-Courb-Put.	<u>11.154</u>	<u>22</u>	
Total	5 SAU pédiatriques	94.233	139	
93 – 438.113	Robert Ballanger	19.256	30	Robert Ballanger – Montfermeil ?
	Montfermeil	13.500	24	
	St Denis	25.223	38	
	Jean Verdier	25.098	59	
	Montreuil	<u>19.184</u>	<u>13</u>	
Total	5 SAU pédiatriques	102.261	164	
94 – 340.209	Bicêtre	27.059	34	Impact des rapprochements proposés pour la PDS-ES adulte ?
	CHIC Créteil	30.838	66	
	Ste Camille/Bry	24.017	27	
	CHIV Villeneuve-St.G.	<u>20.772</u>	<u>54</u>	
Total	4 SAU pédiatriques	102.686	181	
95 – 337.390	Pontoise	21.834	39	Pontoise-Beaumont-sur-Oise (N184)
	Beaumont-sur-Oise	6.300	19	
	Montmorency	13.708	21	
	Gonesse	21.013	43	
	Argenteuil	<u>25.604</u>	<u>21</u>	
Total	5 SAU pédiatriques	78.601	149	
TOTAL IDF 3.039.812	39 sites d'urgences pédiatriques	770.396	1.061	Sur une base de 2-3 centres lourds par territoires de santé =>17-24 sites d'urgences pédiatriques?

Il est très important que les regroupements ou des fermetures n'aggravent pas la tendance centripète des urgences pédiatriques vers Paris intra-muros, et que l'on conserve le principe de sites d'urgences pédiatriques *de proximité* et de centres *de recours*, notamment en CHU. De même, il apparaît judicieux de respecter les *cohérences universitaires*, quant à l'enseignement et à la recherche cliniques.

Sur la base de 2 centres lourds d'urgences médico-chirurgicales pédiatriques par territoire de santé, chaque site nouvellement créé recevrait environ 50.000 passages annuels.

SAMU-Urgences de France a défini des *normes de personnel médical* pour faire face à l'activité des Urgences, notamment pédiatrique. La saisonnalité propre à la pédiatrie a tendance à être gommée lorsque le site d'urgences pédiatriques est médico-chirurgical, du fait de l'alternance entre épidémies virales hivernales et traumatologie chirurgicale estivale.

Le personnel médical nécessaire pour les Urgences par tranches de 10.000 passages (Tableau 17) :

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

Le nombre de médecins seniors nécessaires au bon fonctionnement de l'UHCD est de (Tableau 18) :

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

Par conséquent, le personnel nécessaire pour le bon fonctionnement d'un SAU pédiatrique recevant environ 50.000 passages annuels et disposant d'environ 10 lits d'UHCD doit être au minimum de 20 ETP.

Et celui nécessaire pour un SAU pédiatrique recevant environ 100.000 passages annuels et disposant d'environ 20 lits d'UHCD doit être au minimum de 30 ETP, comme ceci pourrait être le cas dans les CHU parisiens, notamment à Necker et à Robert Debré.

2. Renforcer la chirurgie pédiatrique est une priorité

Un regroupement des sites pédiatriques n'aurait de sens que si les urgences deviennent médico-chirurgicales, ce qui implique de renforcer la chirurgie pédiatrique de 1^{ère} ligne à orientation viscérale et traumatologique où elle est présente et de renforcer les moyens des services de chirurgie pédiatrique spécialisée ou de recours dans les CHU parisiens.

- a) La chirurgie pédiatrique est en effet ‘sinistrée’ dans les territoires de santé périphériques :
- La chirurgie pédiatrique a disparu des territoires de santé 77, 78, 91 et 92.
 - Les responsables des sites d’Urgences pédiatriques dépourvus de chirurgie pédiatrique sont unanimes pour déplorer les grandes difficultés qu’ils rencontrent au quotidien pour joindre les chirurgiens pédiatres des CHU parisiens qui sont souvent inaccessibles parce qu’au bloc opératoire. Les pédiatres des urgences passent ainsi de longues heures au téléphone, alors qu’ils pourraient consacrer ce temps perdu à des activités plus productives.
 - La chirurgie pédiatrique qui subsiste dans les territoires de santé 93, 94 et 95 est très sous dotée en personnel titulaire et souvent dépourvue en internes en chirurgie. Le tableau de garde a fait place à de simples astreintes opérationnelles, laissant des « trous » importants dans la PDS-ES chirurgicale pédiatrique.
 - Les collègues chirurgiens adultes rechignent souvent à s’impliquer dans des actes opératoires chez les enfants même chez les adolescents, et les anesthésistes ont une politique très variable pour endormir les enfants d’un établissement de santé à l’autre voire d’un anesthésiste à l’autre.
 - Enfin, le recours aux cliniques ou aux hôpitaux privés est certes possible, mais il n’est en pratique opérationnel qu’en semaines et aux heures ouvrables.
- b) La chirurgie pédiatrique de recours dans les CHU parisiens est elle-même en difficulté,
- En dehors de Necker – Enfants Malades qui a *centralisé l’activité de greffes* et développé la chirurgie néonatale, tout en ayant le quasi-monopole de la neurochirurgie et de la chirurgie cardiaque pédiatriques, outre l’arrivée annoncée d’équipes réputées de chirurgie ORL, stomatologique et plastique en provenance de Trousseau.
 - Robert Debré a la *plus importante activité chirurgicale d’urgence* des centres parisiens, mais est gêné par le système alternant une garde, tantôt de chirurgie viscérale, tantôt de chirurgie orthopédique, avec une astreinte de l’autre spécialité et par l’absence de bloc opératoire dédié aux Urgences. Ainsi, les urgences sont souvent intercalées avec le programme opératoire « froid » du jour, et celles qui peuvent « attendre » sont fréquemment remises au lendemain, voire au surlendemain. Or, des *activités spécialisées d’urgences médico-chirurgicales de recours* sont nécessaires dans au moins deux sites en Île de France.
 - Trousseau fonctionne de façon probablement plus homogène, avec 2 gardes de chirurgie viscérale et de chirurgie orthopédique et un bloc opératoire des Urgences, mais son activité opératoire et d’urgences y est moindre.
 - Bicêtre, enfin, ne dispose que d’un seul service de chirurgie viscérale qui a également une *activité de transplantation hépatique*. Quand elle est nocturne, une greffe hépatique repousse au lendemain la prise en charge des urgences viscérales ou conduit à leur transfert, tandis que, faute de chirurgie pédiatrique orthopédique sur place, la chirurgie traumatique est transférée dans les autres hôpitaux, notamment à Trousseau.

Les propositions sont de :

- a) Renforcer les centres de chirurgie pédiatrique de 1^{ère} ligne par territoire de santé :
- Par la création de postes titulaires et de postes d’internes de chirurgie,
 - Par la création de gardes au lieu d’astreintes à la condition d’un nombre d’ETP suffisants ($n \geq 7$).
- b) Renforcer les centres de chirurgie pédiatrique de recours qui en ont besoin :
- Par la création d’une double garde de chirurgie pédiatrique viscérale et orthopédique dans les centres qui alternent gardes et astreintes des 2 spécialités
 - Par la création de postes titulaires en nombre suffisant pour permettre une double garde spécifique et l’ouverture d’un bloc opératoire dédié aux Urgences 24h/24.

2. Développer l'anesthésie pédiatrique

Bien que les deux enquêtes sur l'activité et l'organisation des urgences pédiatriques n'aient pas ciblé spécifiquement l'organisation de l'anesthésie dans les établissements de santé d'Île de France, il est frappant de constater l'extrême hétérogénéité existant entre les établissements de santé dans la prise en charge anesthésique des enfants.

Le SROS de chirurgie/ORL/anesthésie pédiatrique prévoit que :¹⁰

- Les *enfants âgés de moins d'un an* doivent être pris en charge dans un centre spécialisé
- Les *enfants de un à trois ans* doivent être pris en charge pour des pathologies simples dans tous les centres, à la condition que l'activité d'anesthésie pédiatrique soit réalisée par des praticiens ayant une expérience pédiatrique régulière.
- *Au delà de trois ans*, tous les enfants devraient pouvoir être pris en charge dans toutes les structures.
- Cependant, quel que soit l'âge, lorsqu'il s'agit d'une pathologie complexe nécessitant une réanimation ou un plateau technique spécialisé, il est souhaitable d'orienter les enfants vers un centre spécialisé à l'échelon régional voire interrégional.

Dans un article récent intitulé « *Faut-il être spécialiste en anesthésie pédiatrique pour endormir les enfants ?* »,¹¹ figurait ce tableau 19 résumant l'organisation de la chirurgie/anesthésie pédiatrique :

Tableau I

Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) de troisième génération enfants-adolescents.

	Centre spécialisé à vocation régionale, voire interrégionale	Centre spécialisé	Centre de proximité
Age	Prise en charge des enfants de tout âge, y compris < 1 an		
Missions, activités	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de tous les actes, y compris ceux nécessitant une réanimation pédiatrique spécialisée ou la présence de plusieurs spécialistes de l'enfant. - Réanimation pédiatrique spécialisée - Animation de réseau, recherche clinique, formation continue 	<ul style="list-style-type: none"> - Réalisation de la majorité des actes, à l'exception de ceux nécessitant une réanimation pédiatrique spécialisée ou la présence de plusieurs spécialistes de l'enfant - Réanimation pédiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> - Enfant > 3 ans : pathologies et actes les plus courants, programmés ou non - Enfant 1-3 ans : actes programmés avec priorité à l'ambulatoire, actes non programmés limités aux reprises. Si service de pédiatrie et compétences anesthésie et chirurgicales H24 : traumatologie et urgences simples - Enfant < 1 an : aucun, sauf dérogation (ex : difficultés d'accessibilité géographique). - Urgences : transfert vers un centre spécialisé
Compétences médicales requises	<ul style="list-style-type: none"> - Au moins 1 filière individualisée de chirurgie viscérale et d'orthopédie pédiatrique - Équipe d'anesthésie-réanimation pédiatrique spécifique - Équipe de réanimation pédiatrique - Au moins un ORL à pratique pédiatrique exclusive 	<ul style="list-style-type: none"> - Équipe chirurgicale spécialisée et spécifique H24 - Chirurgiens avec activité pédiatrique exclusive - Anesthésistes ayant une expérience pédiatrique et assurant la prise en charge continue des enfants < 3 ans 	<ul style="list-style-type: none"> - Chirurgien généraliste avec formation > 6 mois, participant à un réseau de FMC, avec activité pédiatrique hebdomadaire - Anesthésistes : pratique régulière hebdomadaire, anesthésiste référent, entretien des compétences - Pédiatre référent lié à la structure par convention
Permanence des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Garde sur place d'anesthésie pédiatrique - Garde (ou astreinte) de chirurgien viscéral et astreinte (ou garde) d'orthopédiste pédiatrique 	<ul style="list-style-type: none"> - Un chirurgien pédiatre et un anesthésiste ayant une expérience pédiatrique de garde ou d'astreinte opérationnelle 	<ul style="list-style-type: none"> - Astreinte pour les actes non programmés chez les enfants > 3 ans.
Environnement hospitalier	<ul style="list-style-type: none"> - Secteur d'hospitalisation spécifique (recommandations SFAR/ADARPEF) - Personnel comprenant puéricultrice et auxiliaires de puériculture - Salle d'opération, SSPI et salle de consultations équipées et réservée aux enfants - Unité de surveillance continue pédiatrique - Collaboration avec service de pédiatrie, plateau technique et laboratoire 		<ul style="list-style-type: none"> - Réseaux de chirurgie pédiatrique et ORL et d'anesthésie pédiatrique : modalités d'orientation des enfants, actions de formation et d'évaluation, échanges de pratique - Si enfant < 1 an : service de pédiatrie

Par conséquent, il apparaît important de :

1. Renforcer les sites de chirurgie/anesthésie pédiatrique de 1^{ère} ligne dans les CHG.
2. Motiver des anesthésistes-réanimateurs vers la pédiatrie en créant des postes statutaires en nombre suffisant.
3. Renforcer les Départements d'Anesthésie-Réanimation pédiatriques dans les CHU par la création de postes statutaires en nombre suffisant.

4. Revitaliser l'imagerie pédiatrique

Bien que cette enquête sur les sites d'urgences pédiatriques se soit limitée à une simple évaluation de l'environnement des sites d'urgence incluant le plateau technique, il est frappant de constater une **compétence en imagerie médicale pédiatrique en régression** dans presque tous les Etablissements de Santé. De moins en moins d'Etablissements de santé disposent de médecins radiologues et/ou de manipulateurs en électroradiologie compétents en imagerie médicale chez l'enfant.

Les pistes de travail reposent sur les recommandations du Conseil professionnel de la Radiologie G4 IDF. Une solution séduisante réside, certes, sur la téléradiologie et la télé-expertise radio-pédiatriques, mais celles-ci sous-tendent la disponibilité et la rémunération de médecins compétents pour lire et interpréter des images, alors qu'ils peinent à faire face à leur charge locale de travail.

L'échographie est également un enjeu important en pédiatrie et sa demande est sans cesse croissante. Il est donc recommandé de mettre en place au plus vite dans le cadre des coopérations des personnels de santé des formations d'échographie pédiatrique pour les manipulateurs en électroradiologie ('sonographes' pédiatriques) en Île de France.

Il est également important de *développer l'Echographie Appliquée aux Urgences Pédiatriques (E.A.U. Pédiatrique)*. Certains examens échographiques devraient pouvoir être réalisés directement par les urgentistes dans les services d'urgence pédiatriques, à la condition d'une formation initiale et continue spécifique (DIU avec module pédiatrique et E.A.U Pédiatrique), de la mise en place de bonnes pratiques et d'une collaboration entre médecins urgentistes et radiologues pédiatres.

Renforcer la PDS-ES en imagerie pédiatrique passe par le rétablissement d'une garde formatrice des jeunes internes (double-garde junior et senior) et par la création de postes titulaires dans les CHU et les centres lourds afin de rendre cette filière, indispensable à la bonne marche de l'hôpital, à nouveau attractive. Tel est l'enjeu de la refonte d'un système d'urgence fondé sur les compétences.

Ces gardes formatrices aux urgences radio-pédiatriques doivent faire partie obligatoirement de la maquette du DES d'imagerie médicale puisque la radio-pédiatrie représente environ 10 % de l'activité radiologique (4,6 millions de radiographies pratiquées par an sur 12 millions d'enfants) et du fait de l'enjeu en Santé publique de la radioprotection (Directive Euratom 97-43 et décret de radioprotection 2003-270).

La mobilité des internes pour prendre des gardes dans un centre formateur doit être facilitée et encouragée.

5. Augmenter le nombre de lits de réanimation et d'USC pédiatriques

Bien que cette enquête sur les sites d'urgences pédiatriques ne fasse qu'effleurer leur environnement de recours, comme la présence d'un SMUR, d'une Unité de Surveillance

Continue de Néonatalogie et/ou Réanimation pédiatrique, elle identifiait les difficultés récurrentes à faire admettre des enfants en Réanimation ou en Unité de Surveillance Continue pédiatriques, notamment au moment des épidémies hivernales.

Comme on l'a vu plus haut, l'activité des cinq services de réanimation pédiatrique de l'AP-HP a progressé de façon telle entre 2003 et 2010 que le Taux d'Occupation Brut est maintenant proche de 95%, d'où les grandes difficultés à trouver une place en Réanimation pédiatrique pour admettre une nouvelle urgence nécessitant des soins de réanimation.

Les commentaires du Professeur Philippe Hubert, Président du GFRUP, sont les suivants :

1. Concernant les Unités de Réanimation pédiatrique :

« Le nombre total de malades admis en réanimation n'a pas diminué en 2010 par rapport aux chiffres de référence de l'ARH en 2002 et aurait même augmenté en 2009.

De même, le nombre de journées, identique en 2009 et en 2010, se situe autour de 16 200 à 16 300 ; il est légèrement supérieur au nombre de journées enregistré en réanimation en 2002 (un peu moins de 15 000).

Ces chiffres contrastent avec une diminution des capacités d'accueil en réanimation d'une dizaine de lits. Ceci pourrait être interprété comme une meilleure efficacité mais ce serait à mon avis une interprétation erronée. En effet, en 2002, en dehors d'une capacité d'accueil surdimensionnée à Bicêtre (taux d'occupation brut ou TOB 55 %), les TOB fluctuaient entre 67 et 80 % à l'exception de Garches (95 %) qui avait une durée de séjour plus longue et des malades en partie programmés (chirurgie du rachis).

Tous les experts admettent qu'une réanimation médicale, pour faire face aux fluctuations des admissions, beaucoup moins régulières que dans une réanimation chirurgicale, les taux d'occupation ne devraient pas dépasser 80 %. Or, en 2009 et en 2010 les TOB montrent, à l'exception de la réanimation de Necker-Enfants Malades, des taux franchement excessifs puisque supérieurs à 92 % et atteignant même plus de 100 %.

Ces chiffres sont d'autant plus impressionnants que parallèlement des lits de surveillance continue pédiatrique se sont ouverts dans ces différents hôpitaux ; on aurait pu penser qu'ils assurent un délestage d'un certain nombre de patients qui étaient auparavant admis en réanimation. Ce n'est pas le cas et les 80 à 99 % de séjours valorisés réanimation confirment, s'il en était besoin, qu'il s'agit bien de malades avec actes marqueurs de réanimation qui ne relevaient pas d'une USC. »

Au niveau des différents hôpitaux

- A Armand Trousseau, le nombre de 6 lits de réanimation pédiatrique est insuffisant et 8 lits seraient plus adaptés.

- A Bicêtre, la contraction de 17 à 8 lits de réanimation pédiatrique entre 2002 et 2009 apparaît excessive. Un calcul rapide basé sur 3300 journées et un TOB de 80 % montre que 11.3 lits seraient nécessaires.

- A Raymond Poincaré (Garches), les taux d'occupation de 88 et 92 % montrent que l'ouverture du 10^{ème} lit était bien indispensable.

- A Robert Debré, les chiffres sont plus difficiles à interpréter dans la mesure où 55 % des journées sont générés par des malades dits chroniques qui ne représentent que 25 des 447 admissions. Il n'en reste pas moins que les TOB sont excessifs et traduisent soit une capacité d'accueil insuffisante par rapport à la demande, soit une difficulté de lits d'aval si certains malades pouvaient être pris en charge dans des structures spécialisées de type SSR.

- A Necker-Enfants Malades, les TOB plus faibles que dans les autres unités (73 et 83 %) masquent un taux d'occupation corrigé nettement plus élevé, lié à la fermeture répétée de 2 lits lorsque les ratios entre la charge de travail et les effectifs infirmiers apparaissent

intenable. Cette situation a d'ailleurs été admise par l'administration, qui a créé 6 postes supplémentaires d'infirmières dans le service en avril 2011 (postes budgétés mais non encore pourvus).

Cette réduction des capacités d'accueil en réanimation est encore plus importante si l'on prend en compte la réanimation chirurgicale. A Saint Vincent de Paul, cette unité disposait de 12 lits, mais depuis son transfert à Necker-Enfants Malades en août 2010, la capacité d'accueil a diminué à 6 lits, disposés dans 3 chambres doubles et à proximité des lits de réanimation de neurochirurgie, ce qui ne permet donc pas d'accueillir 6 enfants (enfants infectés et isolement), et notamment pas les bronchiolites en phase épidémique.

2. Concernant les USC pédiatriques :

« Il est probablement plus difficile d'analyser les chiffres de surveillance continue et 2009 peut être considérée comme une année de mise en place et de rodage

Dimensionnement

Plusieurs unités ont choisi un nombre de lits de surveillance continue plus important que le chiffre minimum recommandé dans les décrets qui est de la moitié du nombre de lits de réanimation. C'est le cas notamment à Bicêtre, à Necker-Enfants Malades et à Garches. En revanche, Robert Debré apparaît à l'étroit avec 4 lits de surveillance continue par rapport à 12 lits de réanimation. En 2013, cette discordance va devenir flagrante avec l'ouverture du bâtiment Laennec à Necker-Enfants Malades, puisque c'est au moins 40 lits de SC médico-chirurgicale qui sont prévus.

Il existe également à Trousseau une USC chirurgicale, rattachée administrativement et fonctionnellement à la Réanimation des Brûlés dirigée par le Pr. Isabelle Constant (Département d'Anesthésie-Réanimation). Cette unité a une capacité de 8 lits et assure environ 500 séjours par an (268 de Janvier à juin 2011), avec une DMS de 4,5 jours et un TOB de 80%.

TOB

Les taux d'occupation des unités de surveillance continue sont relativement faibles, avec des TOB fluctuant en 2010 entre 42 et 78 %, bien inférieurs à ceux des réanimations.

A Necker-Enfants Malades, l'unité de SC n'est pas encore contiguë à la réanimation ; elle est hébergée dans une ancienne unité d'hospitalisation avec 8 lits en 2009 et 2010 dans des chambres doubles (et même une chambre à 4 lits encore en 2010), ce qui peut expliquer le TOB à 63 %. En 2011, la capacité d'accueil est passée à 12 lits, mais toujours en chambres doubles.

Valorisation des journées

Le taux de valorisation des journées de SC s'est amélioré, du fait de l'utilisation des critères DHOS pédiatriques et non plus adultes, mais elle reste inégale d'un établissement à l'autre, encore insuffisante à Bicêtre (64 %) et à Garches (73 %) ».

6. Renforcer les moyens des SMUR pédiatriques

Bien que la tentation soit grande de regrouper les SMUR pédiatriques existants, les distances et donc les délais d'interventions, notamment pour les interventions primaires, en région parisienne qui est caractérisée par des encombrements routiers réguliers ne permettent pas de retenir cette solution.

Il est donc crucial de renforcer les équipes SMUR pédiatriques que ne peuvent pas toujours être remplacées par les équipes SMUR adultes, notamment dans le cas du transport des nouveau-nés et des jeunes enfants du fait de problèmes spécifiques (comme le syndrome de mort inattendue du nourrisson) ou de techniques de support spécifiques (matériel adapté à toutes les tailles pédiatriques).

Il convient de s'interroger sur la re-création d'une équipe de SMUR pédiatrique dans le secteur 75 Sud et dans le 94, tandis qu'il convient de renforcer les équipes des SMUR 75 Nord, 92, 93 et 95 par la création de postes de titulaires permettant à de jeunes médecins de se réinvestir dans la médecine pré-hospitalière de l'enfant.

Conclusions

Cette enquête sur les sites d'urgence pédiatriques dans la région Île de France fait ressortir un certain nombre de faits saillants :

1. **L'activité y est considérable** avec un total >750.000 passages dont environ 25% d'urgences traumatiques conduisant à ~85.000 (11%) hospitalisations annuelles dans ~1.000 lits incluant ~20.000 hospitalisations dans la centaine de lits d'UHC identifiés.
2. Certains sites sont en **grandes difficultés** de personnel, tant médical que paramédical, voire d'encadrement avec le risque d'un cercle « vicieux » trop de gardes - surmenage – perte d'attractivité auprès des plus jeunes.
3. La **chirurgie pédiatrique** en périphérie est **sinistrée** et certains centres universitaires peinent à disposer d'une double garde et d'un bloc opératoire dédié aux urgences. Parallèlement, l'organisation de **l'anesthésie pédiatrique** est très hétérogène entre les établissements avec des limites d'âge pour endormir les enfants éminemment variables qui reflètent probablement des compétences en anesthésie pédiatrique très variables.
4. De même, **l'imagerie pédiatrique** est **menacée de disparition** si rien n'est fait pour attirer les plus jeunes par la création d'une garde formatrice et la création de postes statutaires en nombre suffisant dans les centres d'imagerie pédiatrique.
5. Enfin, la **réanimation pédiatrique** a subi des fermetures de lits qui ne lui permettent plus d'assurer un accueil de toutes les urgences vitales, ce qui se traduit au quotidien par d'énormes difficultés à trouver un lit de réanimation et par le risque de survenue ultime d'un accident avec ses conséquences humaines catastrophiques et médiatiques redoutables.

Les économies espérées de la réorganisation de la PDS-ES adulte doivent donc être réinvesties dans celle de la PDS-ES pédiatrique.

1. Elle nécessite probablement un **regroupement des sites** et de leurs moyens autour de **2-3 « têtes de pont » par territoires de santé** qui auraient à gérer environ 50.000 passages d'urgences médico-chirurgicales avec 10 lits d'UHCD, tandis que le nombre de lits par territoire de santé ne doit impérativement pas diminuer sous peine de difficultés extrêmes lors des épidémies hivernales. Tout doit être fait pour conserver des sites d'urgences pédiatriques *de proximité* coopérant avec des sites d'urgences *de recours*, afin d'éviter une saturation de ces derniers par un afflux de pathologies traitables dans les premiers.
2. Il serait raisonnable de renforcer les **centres existants de chirurgie pédiatrique de 1^{ère} ligne** par la création d'un nombre suffisant de postes de titulaires et d'internes de chirurgie et la substitution d'un système de gardes au système actuel d'astreintes.
3. Il apparaît également nécessaire de renforcer les **services de chirurgie pédiatriques spécialisés ou de recours** des CHU parisiens qui reçoivent le plus d'urgences chirurgicales pédiatriques par la création d'une double garde de chirurgie pédiatrique viscérale et orthopédique et la création de postes statutaires en nombre suffisant tant en chirurgie qu'en anesthésie pour maintenir ouvert un bloc opératoire dédié aux urgences 24h sur 24.
4. Il est crucial de **renforcer les effectifs squelettiques des radiologues pédiatres** en rétablissant une double garde, senior et formatrice, afin de revitaliser la filière d'imagerie pédiatrique et d'assurer le télédiagnostic dont il faut prévoir le financement, en plus de leurs activités normales.
5. Il est également crucial de **rouvrir des lits tant de Réanimation que d'USC pédiatriques**, afin de desserrer la disponibilité des lits pour faire face plus facilement aux urgences vitales. Il convient de compléter cette réflexion par la création de quelques lits de Surveillance continue dans les UHCD des CHU pour les enfants qui y sont transférés pour « *rapprochement de Réanimation* » et des centres « lourds » périphériques afin d'éviter leur transfert.
6. Enfin, il convient de **renforcer les équipes des SMUR pédiatriques** afin d'obtenir un maillage satisfaisant de l'Île de France permettant des délais d'intervention compatibles avec une bonne prise en charge des urgences vitales.

Du fait de réformes successives (numerus clausus, T2A, etc.), la pédiatrie connaît de grandes difficultés de fonctionnement et d'attractivité. Il conviendrait que la réorganisation de la PDS-ES pédiatrique proposée par l'ARS ne les aggrave pas. Nos propositions d'amélioration tiennent, certes en des regroupements nécessaires, mais surtout en un réinvestissement des économies faites par la réorganisation de la PDS-ES adulte avec la création de postes titulaires attractifs et le rétablissement de gardes formatrices. Enfin, il convient de développer des réseaux entre sites d'urgences de première ligne en CHG et de recours en CHU, peut-être sur une base territoriale.

Annexe 1 – Répertoire Opérationnel des Ressources des Urgences pédiatriques

Département	Hôpital	Adresse	Ville	Responsable	Téléphone SAU	Téléphone Référent	Fax SAU
	75 Necker - Enfants Malades	149 Rue de Sévres	75015 Paris	Pr. Gérard Chiron	01 44 49 42 91	01 44 49 42 90	01 44 49 42 90
	75 Armand Trousseau	26 Av Dr. Arnold Netter	75012 Paris	Pr. Ricardo Carbalal	01 44 73 68 75	01 71 73 84 11	
	75 Robert Debré	48 Bd Sévurier	75019 Paris	Pr. Jean-Christophe Mercier	01 40 03 22 70	01 40 03 40 40	01 40 03 23 44
	77 René Arbellet	Rue Gabriel Péri	77527 Coulommiers	Dr. Fathi Khatir	01 64 65 39 96	01 64 65 39 51, Bip 236	01 64 65 36 88
	77 CH de Fontainebleau	35 Bd du Maréchal Joffre	77300 Fontainebleau	Dr. Pascal Saunier	01 50 74 12 88	01 60 74 10 10, Bip 32 90	01 60 74 13 98
	77 CH de Lagry Mame la Vallée	31 Rue du Général Lederc	77400 Lagry sur Mame	Dr. Gisèle Niseack	01 64 30 74 15	01 64 30 75 47	01 64 30 75 87
	77 CH de Meaux	6 Rue Saint Fiacre	77100 Meaux	Dr. François Gouraud	01 64 35 37 86		01 64 35 37 23
	77 Marc Jacquet	Rue Fréreau de Perly	77000 Melun	Dr. Bernard Le Lonier	01 64 71 64 50	DECT personnels	01 64 71 66 11
	77 CH de Montreuil	1bis rue Victor Hugo	77130 Montreuil	Dr. Gérard Branca	01 64 31 85 50	DECT personnels	01 64 31 64 88
	77 CH Léon Binet	Route Chalaure	77160 Provins	Dr. Abdelhadi	01 64 60 40 60	01 64 60 35 98	01 64 60 41 23
	78 CH François Quessy	2 Bd Sully	78200 Mantes-la-Jolie	Dr. Jean Furlot	01 34 97 42 05	01 34 97 40 00, Bip pédiatre gard	01 34 97 42 00
	78 CHI Poissy-St Germain	10 Rue Champ Gaillard	78100 Poissy	Dr. Béatrice Pellegrino	01 39 27 55 91	01 39 27 40 50, DECT 67 55 99	
	78 Hôpital-Centre de Rambouillet	57 Rue Pierre et Marie Curie	78120 Rambouillet	Dr. Stéphanie Müller	01 34 83 75 66		
	78 André Mignot	177 Rue de Versailles	78150 Le Chesnay	Dr. Pierre Foucaud	01 39 83 93 66		
	91 CHG Dourdan	2 Rue Pothelet	91415 Dourdan	Dr. Cédric Tahiri	01 60 81 58 59	01 60 81 58 58, Bip 02	01 60 81 58 58
	91 CH Sud-Français	Quartier du canal Courcouronnes	91014 Evry	Dr. Alexis Mosca	01 60 87 62 14		01 60 87 61 67
	91 CH de Longjumeau	159 Rue François Mitterand	91160 Longjumeau	Dr. Hervé Béaume	01 64 54 30 06		01 64 54 29 76
	91 CH d'Arpajon	18 Avenue de Verdun	91294 Arpajon	Dr. Marc Saf	01 64 92 91 95	01 64 92 92 92, Bip 7184	01 69 26 95 49
	91 CHG d'Orsay	4 Place du Général Lederc	91400 Orsay	Dr. Marion Decobert	01 69 29 75 75		
	92 Antoine Bécétre	157 Rue de la Porte de Trivaux	92140 Clamart	Dr. Francis Pemeaux	01 45 37 49 31	01 45 37 46 11	01 45 37 46 69
	92 Ambroise Paré	9 Ave Charles de Gaulle	92104 Boulogne	Dr. Valérie Soussan	01 49 09 57 00	01 49 09 52 81	01 49 09 52 81
	92 CH Courbevoie-Neuilly-Puteaux	36 Bd du Général Lederc	92205 Neuilly-sur-Seine	Dr. Hélène Pejoan	01 40 88 62 33		
	92 Institut H. Franco-Britannique	4 Rue Kléber	92300 Levallois-Perret	Dr. Mohamed Zouch	01 47 59 19 30	01 47 59 19 30	01 47 59 59 55
	92 Louis Mourier	178 Rue des Renouillers	92700 Colombes	Dr. Bogdan Cojocaru	01 47 60 67 51	01 47 60 61 62, Bip 247	01 47 60 68 84
	93 Jean Verdier	Av du 14 Juillet	93140 Bondy	Dr. Anne-Marie Teyohéné	01 48 02 60 36		01 48 02 64 55
	93 André Grégoire	56 Bvd de la Boissière	93105 Montreuil	Dr. Marie Aurel	01 49 20 31 58	01 49 20 30 40, Bip 207	01 49 20 34 55
	93 CHI Le Raincy-Montfermeil	10 Rue du Général Lederc	93370 Montfermeil	Dr. Amar Taleb	01 41 70 80 00, 7100	01 41 70 80 00, Bip 102	01 43 30 36 44
	93 CHI Robert Ballanger	Bd Robert Ballanger	93602 Aulnay-sous-Bois	Dr. Cheick Coly	01 49 36 73 16	01 49 36 71 23	01 49 36 74 12
	93 CH Delafontaine	2 Rue du Dr. Delafontaine	93205 Saint Denis	Dr. Houria Ghoni	01 42 35 61 42		
	94 Biotère	75 Rue du Général Lederc	94270 Le Kremlin-Biotère	Pr. Isabelle Koné-Paut	01 45 21 39 60	01 45 21 77 65	01 45 21 34 59
	94 CHIC	40 Av de Verdun	94000 Créteil	Dr. Sandra Bisconti	01 45 17 95 22	01 45 17 54 14	01 45 17 56 30
	94 CH Villeneuve St-Georges	28 Avenue de la République	91560 Crosnes (accès véhicules)	Dr. Halim Bekri	01 43 86 21 03		01 43 86 21 97
	94 Saint Camille	2 Rue des Pères Camilliers	94360 Bry-sur-Marne	Dr. H Djaffar	01 49 83 10 10 poste2010	01 49 83 10 10Bip2361	01 48 81 09 26
	95 Victor Dupouy	89 rue du Lt-Colonel Frudhon	95100 Argenteuil	Dr. Carlos Antefor	01 34 23 30 07	01 34 23 24 25, Bip 37 57	01 34 23 20 07
	95 CH de Gonesse	25 Rue Pierre de Thellay	95500 Gonesse	Dr. Issam Barakat	01 34 53 22 86	01 34 53 21 21, Bip 3961	01 74 93 34 28
	95 CH René Dubos	6 Av d'Ile de France	95300 Fontaine	Dr. Letitia Pantalone	01 30 75 40 03		01 30 75 44 26
	95 CHI des Portes de l'Oise	25 Rue Edmond Turcq	95280 Beaumont sur Oise	Dr. Myriam Azba Mouhoub	01 39 57 15 00		
	95 Simone Veil	1 Rue Jean Moulin	95180 Montmorency	Dr. Brigitte Cochet-Monier	01 34 06 61 61		01 34 06 61 96

Annexe 2 – Premier questionnaire (J-C Mercier et J-L Chabernaude) - Recto

SAMU-Urgences Île de France

Enquête sur les SAU pédiatriques d'Île de France

Identification du site

- Hôpital :
- Service :
- Chef de Service :
- Responsable des Urgences :
- Téléphone :
- Email :

Personnel médical

- PU-PH :
- MCU-PH :
- CCA ou Assistant Spécialistes :
- PH :
- PHC :
- Praticiens Attachés :
- Nb total ETP :
- Nb DES pédiatrie :
- Nb DES de médecine générale :
- Nb de FFI (DFMS/DFMSA) :
- Nb de gardes (ou d'astreintes) de nuit rémunérées :
- Précisez :

Personnel non médical

- Nb de cadres infirmiers : Jour Nuit
- Nb d'IDE : Jour Nuit
- Nb d'AS : Jour Nuit
- Nb d'Agents Hospitaliers : Jour Nuit
- Estimation du personnel manquant cet hiver en ETP : Jour Nuit
- Nb de secrétaires alloués aux Urgences :
- Disponibilité d'une Assistante sociale Psychologue
- Disponibilité de volontaires (Fondation Pampidou) : Oui Non

Activité 2010

- Combien avez-vous eu de passages en 2010 ?
- Combien avez-vous eu d'urgences chirurgicales en 2010 ?
- Combien avez-vous de box d'exams au SAU pédiatrique ?
- Disposez-vous d'une SAUV ? Oui Non
- Disposez-vous d'un système informatisé (type Urqual) ? Oui Non
- Combien d'enfants avez-vous hospitalisé en 2010 ?
- Avez-vous une UHCD ? Oui Non
- Nombre de lits ? Total Ouverts cet hiver
- Combien d'enfants y ont été hospitalisés ?
- Combien d'enfants avez-vous transféré ?
- Combien de lits pédiatriques d'aval disposez-vous ?
- Combien de lits étaient fermés cet hiver, faute de personnel suffisant ?

Permanence des soins

- Avez-vous un accord avec une Maison Médicale de garde ou l'équivalent ?
Précisez :
- Avez-vous un laboratoire de garde sur place ?

Verso

SAMU-Urgences Île de France

- Hématologie (NFS – hémostase) : Oui Non
- Biochimie (biologie courante, CRP ? PCT ?) : Oui Non
- Bactériologie (PL, ECBU, IF virale) : Oui Non
- Microméthodes pédiatriques : Oui Non
- Conventions passées avec d'autres centres :
.....
- Avez-vous un service d'imagerie médicale sur place ?
 - Radiographies standard (Rx Th, ASP, Rx os) : Oui Non
 - Echographie : Oui Non
 - Scanner : Oui Non
 - RMN : Oui Non
 - Un radiologue sur place : Oui Non
 - Un radiologue pédiatre sur place : Oui Non
 - Conventions passées avec d'autres centres :
.....
- Avez-vous un service de chirurgie sur place ?
 - Générale : Oui Non
 - Traumatologie : Oui Non
 - Pédiatrique : Oui Non
 - Bloc opératoire ouvert la nuit : Oui Non
 - Conventions passées avec d'autres centres :
.....
- Avez-vous un département d'anesthésie-réanimation sur place ?
 - Généraliste (adultes et enfants) : Oui Non
 - Pédiatrique : Oui Non
 - Conventions passées avec d'autres centres :
Précisez :
- Avez-vous une structure permettant la transfusion de dérivés sanguins la nuit ?
 - Conventions passées avec d'autres centres :
.....
- Avez-vous un service ou unité de néonatalogie sur place ?
 - USC : Oui Non
 - Réanimation néonatale : Oui Non
 - Accord pour un transfert vers un centre privilégié ?
Précisez :
- Avez-vous un service ou unité de réanimation pédiatrique sur place ?
 - USC : Oui Non
 - Réanimation pédiatrique : Oui Non
 - Réanimation polyvalente : Oui Non
 - Accord pour un transfert vers un centre privilégié ?
Précisez :
- Avez-vous accès à un SMUR sur place?
 - Adulte : Oui Non
 - Pédiatrique/Néonatal : Oui Non

Merci d'adresser votre réponse par mail à jean-christophe.mercier@rdb.aphp.fr avec copie à jean-louis.chabernaud@abc.aphp.fr avant le **4 Février 2011**

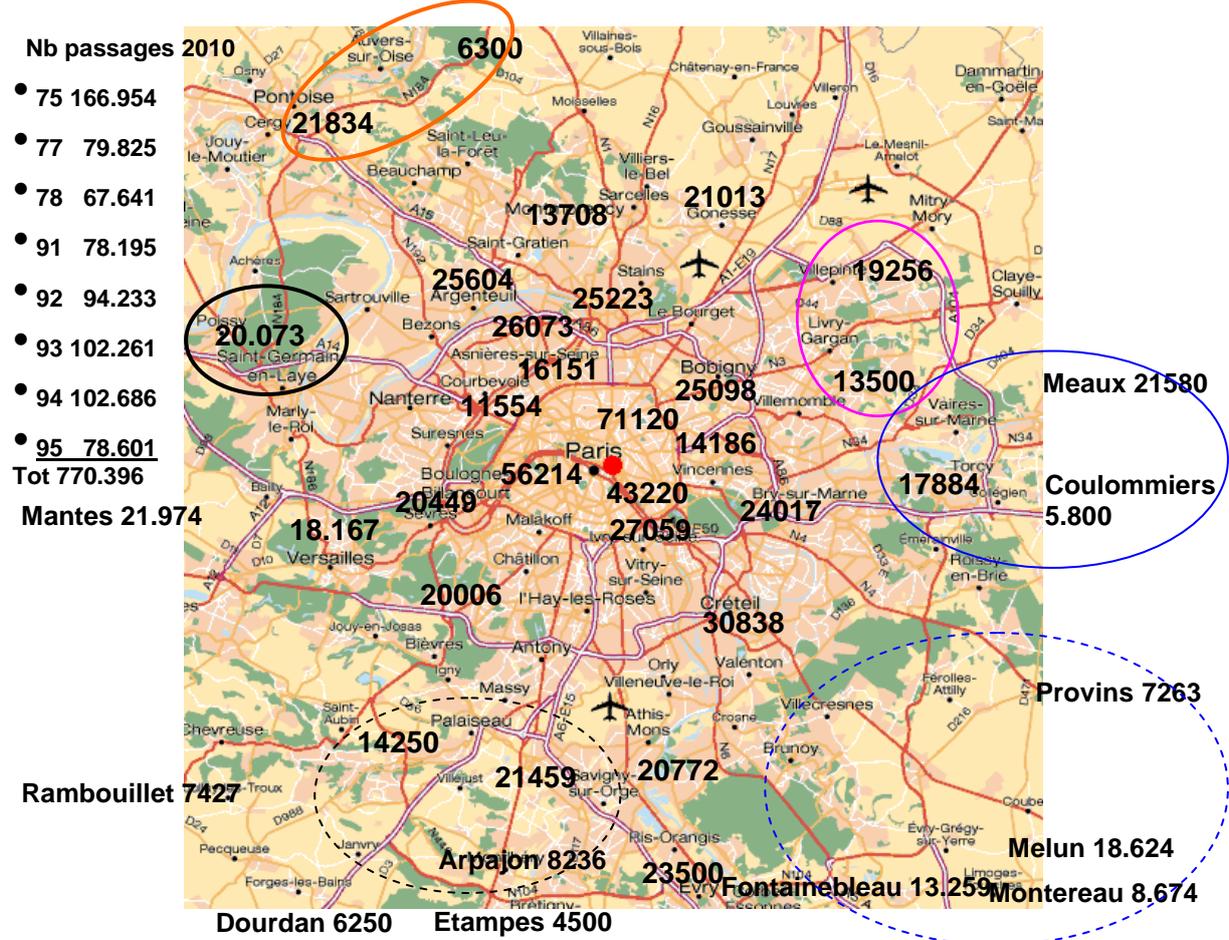
Annexe 3 – Deuxième questionnaire (Pierre Foucaud et Arnaud Chalvon)

1	Age limite de passage aux urgences pédiatriques (15 ans 3 mois, 16 ans, 18 ans,
2	Les locaux des urgences pédiatriques sont-ils spécifiques ?
3	Les locaux des urgences pédiatriques sont-ils contigus aux urgences adultes ?
4	Les locaux des urgences pédiatriques sont-ils contigus au service de pédiatrie ?
5	Les locaux des urgences pédiatriques sont-ils les mêmes 24h/24 ?
6	Si non, texte en clair
7	Nombre de passages en 2010 traumatologie et chirurgie viscérale comprises
8	Nombre de passages en 2010 pris en charge par pédiatres
9	Nb de consultations, programmées ou non, en dehors des locaux des urgences en 2010
10	Nb de consultations de chirurgie, programmées ou non, en dehors des locaux des urgences en 2010
11	Combien d'enfants ont été hospitalisés en 2010 à partir des urgences (hospi conventionnelle) ?
12	Nombre total de transferts à partir des Urgences en 2010
13	Nombre de transferts faute de place à partir des Urgences en 2010
14	Nombre de transferts faute de spécialité (Réanimation comprise) à partir des Urgences en 2010
15	De combien de lits pédiatriques d'aval disposez-vous ?
16	Disposez-vous d'une consultation post-urgence en dehors des locaux des urgences ?
17	Disposez-vous d'une "maison médicale de garde" adossée à vos urgences ?
18	Nombre de médecins présents aux urgences en dehors de la garde (en moyenne sur l'année)
19	Nombre d'internes présents aux urgences en dehors de la garde (en moyenne sur l'année)
20	Nombre d'internes présents de 8h30 à 18h30
21	Nombre moyen de lignes de seniors par jour sur l'année (incluant les 1/2 gardes éventuelles)
22	S'agit-il d'une garde dédiée aux seules urgences - porte et aux enfants hospitalisés ?
23	S'agit-il d'une garde commune pédiatrie-néonatalogie ?
24	Pour les gardes mixtes s'agit-il d'une néonatalogie IIa ou IIb ?
25	Pour les gardes mixtes, nombre de naissances en 2010
26	Nombre d'IDE moyen sur place le matin et l'après midi
27	Nombre d'IDE moyen sur place la nuit
28	Nombre d'AP ou AS moyen sur place le matin et l'après midi
29	Nombre d'AP ou AS moyen sur place la nuit
30	L'équipe paramédicale est-elle affectée uniquement aux urgences pédiatriques aux heures ouvrables ?
31	L'équipe paramédicale est-elle affectée aux urgences pédiatriques la nuit et le week-end ?
32	L'IOA est-elle rattachée au cadre de santé de la pédiatrie ou du SAU ?
33	L'IOA est-elle polyvalente adulte/enfant ?
34	Nombre de lits d'UHCD aux urgences pédiatriques
35	Nombre d'hospitalisations UHCD en 2010
36	Nombre de seniors participants à la garde
37	Pourcentage des gardes de seniors assurées par des praticiens hors effectif en 2010
38	Nombre de box d'examen aux urgences pédiatriques
39	Disposez-vous d'une salle de mise en condition (déchocage) spécifique à la pédiatrie ?
40	Disposez-vous d'un système de gestion dossier informatisé ?
41	Avez-vous un SMUR adulte sur place ?
42	Avez-vous un SMUR pédiatrique sur place ?
43	Avez-vous une réanimation néonatale dans votre hôpital ?
44	Avez-vous une réanimation pédiatrique dans votre hôpital ?
45	Avez-vous un service de chirurgie pédiatrique dans votre hôpital ?
46	Si non, quelles sont les limites d'âge d'anesthésie générale en urgence dans votre hôpital ?
47	Avez-vous une astreinte d'ORL sur site ?
48	Avez-vous une astreinte de stomato sur site ?
49	Avez-vous une astreinte d'ophtalmo sur site ?
50	La nuit et le week-end, l'imagerie est-elle organisée en garde sur place ou demi-garde/demi-astreinte ?
51	Y-a-t-il un service de pédopsychiatrie dans votre hôpital ?
52	Y-a-t-il des lits de pédopsychiatrie dans votre hôpital ?
53	Y-a-t-il un psychiatre de garde dans votre hôpital ?
54	Si oui, prend-il en charge des patients mineurs, et à partir de quel âge ?

par ex., si 2 médecins présents du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30, 4 mois sur 12 et
par ex., si une garde 365 jours par an + une demi-garde durant 3 mois : $1,5 \times 3/12 + 1 = 1,37$

Annexe 4

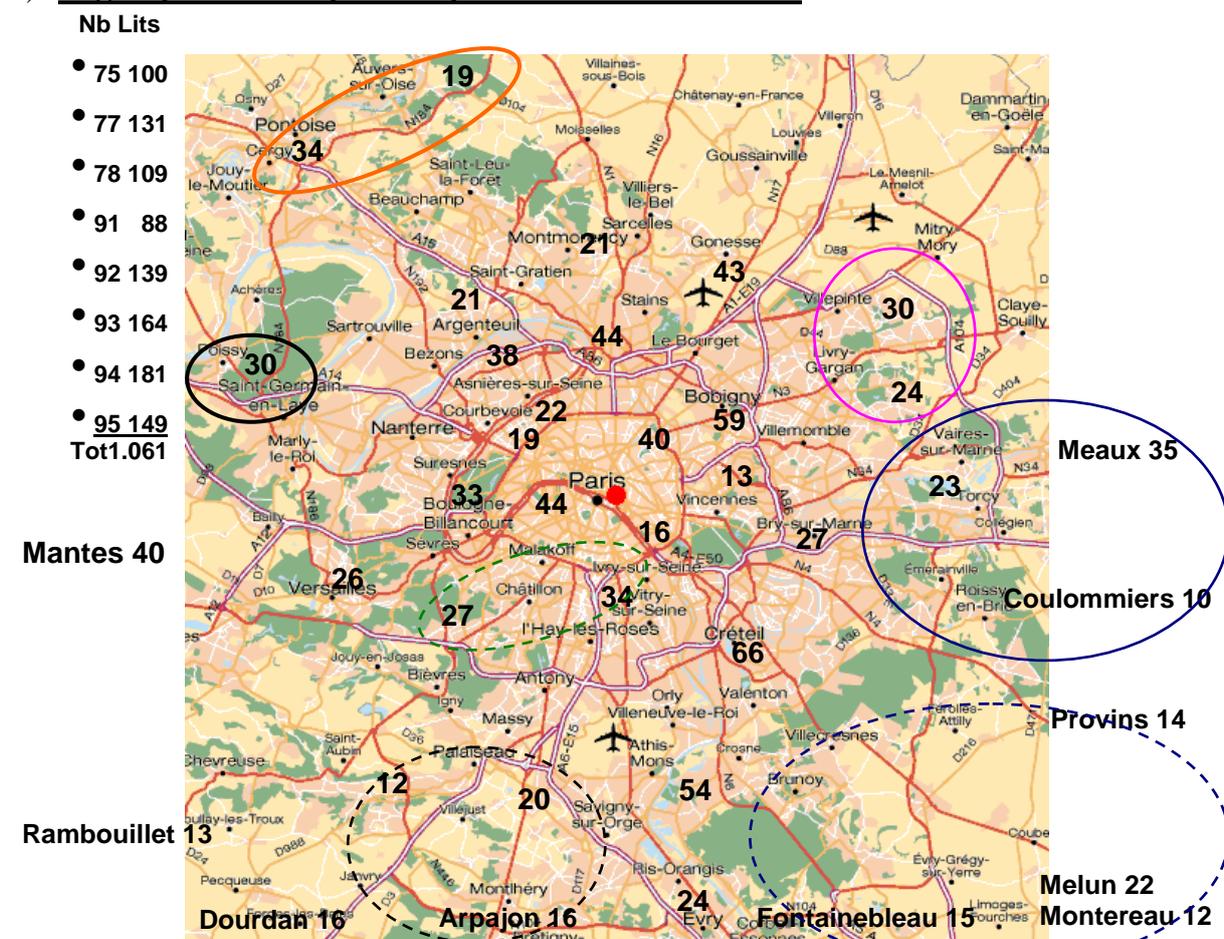
a) Regroupements hospitaliers possibles en termes de passages pédiatriques



Les ellipses en traits pleins indiquent des regroupements en cours de discussion, et celle en trait épais un regroupement intervenu en Juin 2007 et mené avec succès. Celles en tirets suggèrent uniquement des pistes de réflexion.

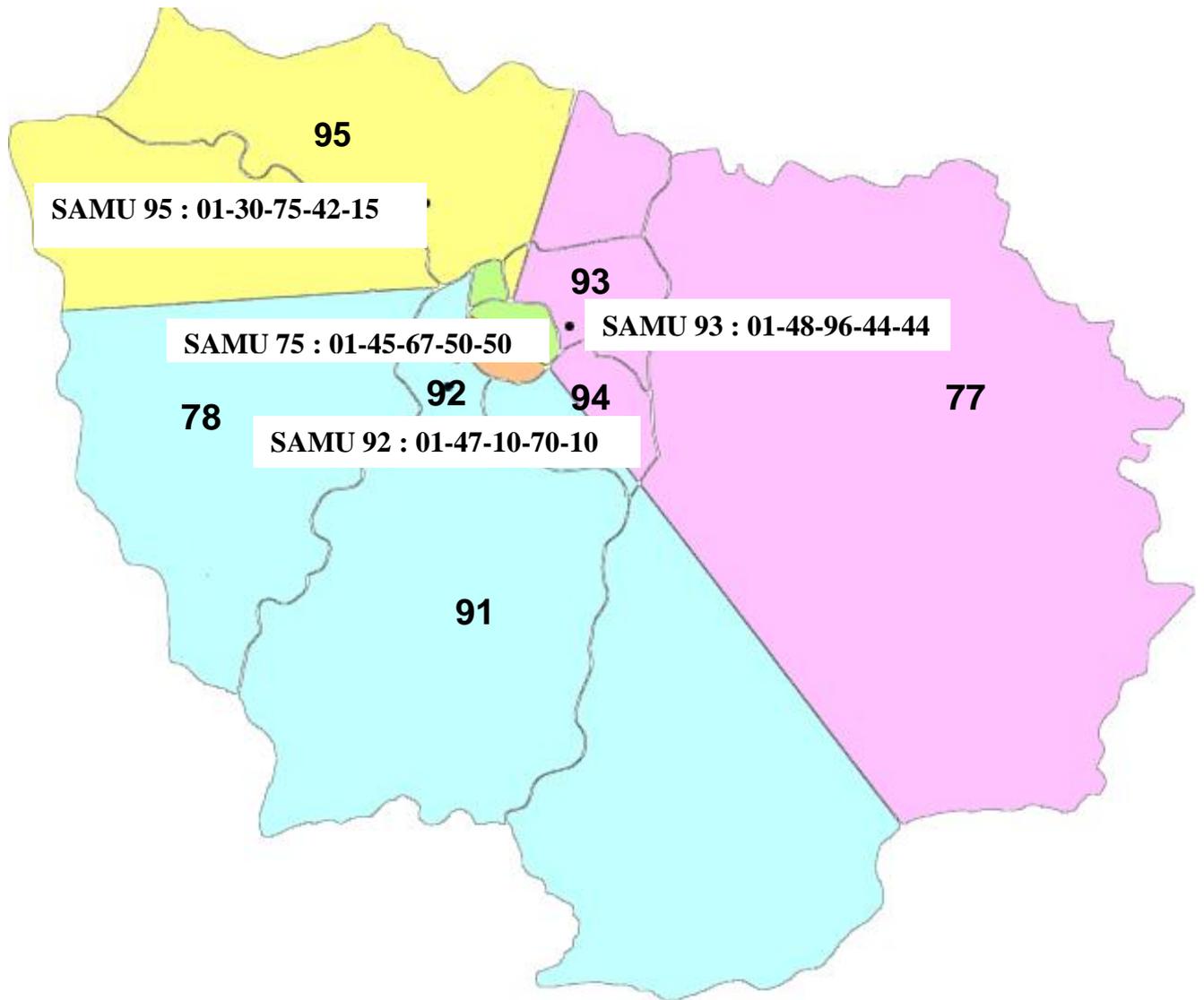
Annexe 5

b) Regroupements hospitaliers possibles en termes de lits :



Les ellipses en traits pleins indiquent des regroupements en cours de discussion, et celle en trait épais un regroupement intervenu en Juin 2007 et mené avec succès. Celles en tirets suggèrent uniquement des pistes de réflexion.

Annexe 7 – Sectorisation des SMUR pédiatriques en Île de France



Références

- ¹ Carrasco V, Baubeau D. Les usagers des urgences. Premiers résultats d'une enquête nationale. DREES Etudes Résultats. 2003 ; **212**:1-8.
- ² Leclerc F, Martinot A, Sadik A et al. L'inflation des urgences pédiatriques. *Arch Pédiatr* 1999 ; **6 (Suppl 2)**:454-6.
- ³ Carrasco V. L'activité des services d'urgence en 2004 : une stabilisation du nombre des passages. DREES Etudes Résultats. 2006 ; **524**:1-8.
- ⁴ Gouin S, Gravel J, Amre DK, Bergeron S. Evaluation of the paediatric Canadian triage and Acuity scale in a pediatric ED. *Am J Emerg Med* 2005; **23**:243-7.
- ⁵ Van Veen M, Steyerberg EW, Ruige M, Van Meurs AHJ, Roukema J, Van der Lei J, Moll HA. Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. *BMJ* 2008; **337**:a1501.
- ⁶ Chéron G, Chabernaude JL, Dalmas S et al. Recommandations concernant la mise en place, la gestion, l'utilisation et l'évaluation d'une salle d'accueil des urgences vitales pédiatriques. *Arch Pédiatr* 2004 ; **11**:44-50.
- ⁷ Hue V, Bonnel C, Martinot A. Les zones de surveillance de très courte durée aux urgences : organisation et potentialités. *Arch Pédiatr* 2005 ; **12**:706-8.
- ⁸ Décrets n°2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires) et n°2006-74 du 24 janvier 2006 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour pratiquer les activités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue pédiatrique. JO n°22 du 26 janvier 2006.
- ⁹ Hue V, Dubos F, Pruvost I, Martinot A, et le Groupe Francophone de Réanimation et d'Urgences pédiatriques. Organisation et moyens des urgences pédiatriques : enquête nationale française en 2008. *Arch Pédiatr* 2011 ; **18**:142-8.
- ¹⁰ Société Française d'Anesthésie et de Réanimation (SFAR) et Association des Anesthésistes-Réanimation Pédiatriques d'Expression Française (ADARPEF). Le SROS de l'enfant et de l'adolescent et la pratique de l'anesthésie pédiatrique. *Ann Franç Anesth Réa* 2008 ; **27**:284-5.
- ¹¹ Orliaguet G, Salvi N. Faut-il être un anesthésiste pédiatre pour endormir les enfants ? *JEPU* 2011.