



# Réanimation pédiatrique en Ile-de-France : note de conclusion de la mission flash



Note définitive

**Christine D'AUTUME**

**Dr Francis FELLINGER**

**Membres de l'Inspection générale des affaires sociales**

2019-116N  
Décembre 2019



## RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

n°	Recommandation
1	Organiser sous l'égide de l'ARS un RETEX en février avec tous les acteurs concernés
2	Définir des indicateurs d'alerte fondés sur la disponibilité des lits de soins critiques
3	Signaler toute fermeture de lit de soins critiques à l'ARS et définir une chaîne claire de signalement des fermetures de lits de soins critiques pédiatriques, en interne à l'APHP et dans les établissements périphériques, et à l'ARSIF
4	Formaliser la procédure de signalement sans délai par les SMUR à l'ARS et au siège de l'APHP des transferts hors région
5	Avancer à juin la préparation aux épidémies hivernales
6	Assurer le suivi aux différents échelons de l'APHP (établissement/GHU/siège) de la mise en œuvre des actions prévues par le dispositif hivernal
7	Assurer une concertation préalable avec l'ensemble des acteurs sur les différentes mesures susceptibles d'être activées pour faire face à la crise en amont de la phase épidémique, en lien avec la recommandation 5
8	Mettre en place une gestion proactive pour constituer et maintenir un vivier interne d'infirmières et de puéricultrices ayant l'expérience des services de soins critiques et acceptant d'être sollicitées en renfort
9	Mettre en place une politique active de stages infirmiers et de puéricultrices dans les services de soins critiques en lien avec les instituts de formation
10	Etendre le bénéfice de la NBI accordée aux infirmières et puéricultrices de réanimation néonatale aux infirmières de réanimation pédiatrique et de surveillance continue, dans des conditions à déterminer. Organiser par ailleurs des parcours IDE valorisant les passages en soins critiques
11	Mettre en place des formations spécifiques au management des unités de soins critiques à destination de l'encadrement soignant
12	Stabiliser les ressources soignantes de services de soins critiques en maintenant sur l'année les ressources correspondant aux capacités autorisées
13	Lancer une étude spécifique nationale sur les coûts de l'activité de réanimation au regard des taux d'encadrement en vigueur
14	Conforter les réseaux pédiatriques APHP/services des hôpitaux hors APHP (formation, assistants partagés) et poursuivre et faciliter le développement des USC des hôpitaux périphériques



# SOMMAIRE

<b>RECOMMANDATIONS DE LA MISSION .....</b>	<b>3</b>
<b>NOTE .....</b>	<b>7</b>
1.1 LE CADRE JURIDIQUE DE L'ORGANISATION DES SOINS CRITIQUES EN PEDIATRIE ET LA SITUATION EN IDF .....	8
1.1.1 <i>Le cadre juridique: des soins normés .....</i>	8
1.1.2 <i>La situation en IDF: un monopole de l'APHP en réanimation pédiatrique, une stratégie régionale plus récente de développement d'USC dans les hôpitaux périphériques .....</i>	9
1.2 UNE ACTIVITE DE BRONCHIOLITE DANS L'ENSEMBLE STABLE, UNE SAISONNALITE MARQUEE MAIS REPRODUCTIBLE ET PREVISIBLE .....	12
1.2.1 <i>Une épidémie de bronchiolite globalement similaire à celles des années précédentes.....</i>	12
1.2.2 <i>Une activité de soins critiques pédiatriques à la saisonnalité marquée .....</i>	13
1.2.3 <i>Une activité liée la bronchiolite qui est prévisible, ce qui permet d'anticiper les besoins.....</i>	14
1.3 UNE TECHNICITE CROISSANTE ET DES RESSOURCES PLUS DIFFICILES A STABILISER .....	14
<b>2 UN DISPOSITIF DE GESTION HIVERNALE QUI N'A PAS PERMIS D'EVITER LA SATURATION DES CAPACITES ET UNE ALERTE QUI N'A PAS FONCTIONNE .....</b>	<b>15</b>
2.1 UN DISPOSITIF DE GESTION HIVERNALE POUR FAIRE FACE AUX EPIDEMIES SAISONNIERES, EN PRINCIPE RODE .....	15
2.2 UNE ANTICIPATION INSUFFISANTE DES DIFFICULTES EN 2019 .....	19
2.2.1 <i>Une anticipation insuffisante des difficultés prévisibles lors de la préparation du plan EPIVER 2019.....</i>	19
2.2.2 <i>Une alerte qui n'a pas fonctionné pendant l'épidémie, conduisant à l'activation tardive du niveau approprié du dispositif Hôpital en tension .....</i>	22
2.2.3 <i>Les trois nouveaux transferts opérés après l'activation du dispositif Hôpital en tension confirment la fragilité structurelle du dispositif de soins critiques.....</i>	26
<b>3 LES PRECONISATIONS .....</b>	<b>28</b>
3.1 AMELIORER LA PREPARATION DU PLAN HIVERNAL ET LA GESTION DES ALERTES .....	28
3.1.1 <i>Un dispositif de surveillance et d'alerte à revoir.....</i>	28
3.1.2 <i>Une préparation de la gestion des épidémies hivernales à améliorer et mieux anticiper .....</i>	30
3.2 FACILITER LES RECRUTEMENTS ET FAVORISER LA FIDELISATION DES INFIRMIERS ET PUERICULTRICES DES UNITES DE SOINS CRITIQUES .....	31
3.2.1 <i>Une politique active de stages.....</i>	31
3.2.2 <i>Valoriser le choix des services critiques .....</i>	31
3.3 STABILISER LES RESSOURCES SOIGNANTES DES SERVICES DE SOINS CRITIQUES .....	32
3.4 AFFIRMER LA VOCATION REGIONALE DES SERVICES DE SOINS CRITIQUES DE L'APHP ET POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DES SERVICES HORS APHP.....	33
<b>LETTRE DE MISSION .....</b>	<b>35</b>
<b>ANNEXE 1 : CHRONOLOGIE DES TRANSFERTS HORS IDF ET CAPACITES DE SOINS CRITIQUES DE L'APHP DU 17 10 AU 10 12 2019 .....</b>	<b>37</b>
<b>LISTE DES PERSONNES RENCONTREES .....</b>	<b>39</b>



# NOTE

## Introduction

Par lettre du 3 décembre 2019, la ministre des solidarités et de la santé a saisi l'Inspection générale des affaires sociales d'une mission « flash » d'appui à l'Agence régionale de santé d'Ile de France, visant à éclairer les causes de la saturation récurrente des services de réanimation pédiatriques conduisant à transférer de nombreux patients hors région et à faire des préconisations pour y remédier. En raison du risque d'aggravation de la situation à l'approche de l'hiver, les premières conclusions et recommandations de la mission étaient attendues sous quinzaine.

Cette mission a été confiée à Francis FELLINGER et Christine D'AUTUME, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

La lettre de mission précise qu'il est en premier lieu attendu de la mission un diagnostic fin permettant d'éclairer et préciser les constats actuels sur la situation en cours. Ils concernent la situation épidémiologique, qui apparaît globalement similaire à celle des années précédentes même si le virus semble un peu plus agressif, et les capacités d'hospitalisation en pédiatrie aigüe, qui auraient subi une forte restriction en particulier à l'hôpital Necker. Cette restriction serait imputable à la difficulté de recruter des infirmiers dans ces services. Il est demandé à la mission d'étendre son diagnostic à la prise en compte des facteurs organisationnels et de pratique, notamment de régulation médicale et de gestion globale des compétences en pédiatrie aigüe.

Il est attendu en second lieu de la mission qu'elle détermine si le pilotage et la gestion de la crise au niveau régional et de l'Assistance publique –Hôpitaux de Paris (APHP) nécessitent d'être renforcés et améliorés, en s'appuyant sur l'évaluation des actions menées pour limiter les risques de saturation de la filière de pédiatrie aigüe au regard des recommandations de bonne pratique et des plans gouvernementaux, notamment le Pacte de refondation des urgences du 9 septembre dernier.

La lettre de mission indique que les préconisations devront permettre de contrôler les risques de transferts, à très court terme et à l'avenir, en distinguant les actions nouvelles de celles à arbitrer.

La mission tient à souligner qu'elle a disposé d'un délai très court pour conduire sa mission<sup>1</sup> et que les difficultés liées à la situation de grève des transports en Ile de France en décembre 2019 ont constitué une difficulté supplémentaire.

Elle a donc fait le choix de concentrer son diagnostic :

- Sur les capacités de réanimation pédiatrique et de surveillance continue en Ile de France au dernier trimestre 2019, et les facteurs à l'origine des écarts constatés entre les capacités théoriques et opérationnelles ;
- Sur la préparation et le suivi de l'épidémie hivernale à l'APHP, qui concentre les lits de réanimation pédiatrique d'Ile de France, et sur la gestion de la situation d'alerte constatée.

La mission n'a pas intégré dans son diagnostic, faute de temps, les services de réanimation et de surveillance continue néonatale, d'une part, et les SMUR pédiatriques, d'autre part. Elle n'a pas non

---

<sup>1</sup> Inférieur à 20 jours.

plus examiné la situation des services de surveillance continue d'Ile de France hors APHP. Elle n'a pas été en mesure d'approfondir les caractéristiques de la file active en soins aigus pédiatrique au dernier trimestre 2019, pour préciser la part des patients ayant un diagnostic de bronchiolite. Elle n'a pas approfondi, enfin, les écarts des différentes sources concernant les capacités autorisées, installées et opérationnelles de soins aigus pédiatriques en Ile de France<sup>2</sup>.

Il n'a pas été non plus possible, pour mettre en perspective les difficultés constatées en Ile de France, de mener des comparaisons avec les autres régions, dont certaines ont connu des tensions au dernier trimestre 2019.

La présente note, définitive, prend en compte les observations respectives de la direction générale de l'AP-HP et de l'Agence régionale de santé d'Ile de France.

## 1.1 Le cadre juridique de l'organisation des soins critiques en pédiatrie et la situation en IDF

### 1.1.1 Le cadre juridique: des soins normés

[1] Les modalités d'implantation et de fonctionnement des soins critiques de pédiatrie sont définies par voie réglementaire<sup>3</sup> et ont fait l'objet d'une circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) en 2006<sup>4</sup>. Cette circulaire précise les modalités pratiques de fonctionnement des soins critiques, en s'appuyant sur les travaux d'un groupe réunissant des représentants de l'administration centrale et des professionnels hospitaliers.

[2] Les soins critiques de pédiatrie sont assurés, selon le niveau de gravité de la pathologie, dans des services ou unités de réanimation pédiatrique et pédiatrique spécialisée, de soins intensifs ou de surveillance continue. Ces unités sont distinctes des réanimations ou des soins intensifs de néonatalogie.

[3] Les unités de soins intensifs, rares en pédiatrie et hautement spécialisées, destinées à la prise en charge de patients souffrant d'une défaillance d'une seule fonction, ne participent pas directement à la prise en charge des pathologies saisonnières et ne rentrent pas dans le cadre d'investigation de la mission.

#### 1.1.1.1 Les services ou unités de réanimation pédiatrique

[4] Les services ou unités de réanimation pédiatrique et pédiatrique spécialisée<sup>5</sup> sont destinés à accueillir les nourrissons, enfants et adolescents jusqu'à 18 ans<sup>6</sup> qui « présentent ou sont susceptibles de présenter plusieurs défaillances viscérales aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital et impliquant le recours à des méthodes de suppléance », à l'exception de la néonatalogie.

---

<sup>2</sup> Entre l'ARS et l'APHP, d'une part, entre le siège et les sites de l'APHP d'autre part,

<sup>3</sup> Code de la santé publique (CSP) art. R. 6123-38-2 à R. 6123-38-6.

<sup>4</sup> Circulaire DHOS/O n° 2006/396 du 8 septembre 2006 relative à l'application des décrets n°s 2006-72 et 2006-74 du 24 janvier 2006 relatifs à la réanimation pédiatrique.

<sup>5</sup> La réanimation pédiatrique a pour mission le traitement des détresses vitales les plus fréquentes des nourrissons, enfants et adolescents ; elle assure également la réanimation postopératoire des enfants de la chirurgie pédiatrique et, le cas échéant, de la chirurgie néonatale. La réanimation pédiatrique spécialisée prend en charge des nourrissons, enfants et adolescents dont l'affection requiert des avis et prises en charge spécialisés du fait de sa rareté ou de sa complexité, en plus des missions d'une réanimation pédiatrique

<sup>6</sup> Entre 15 et 18 ans, l'adolescent peut être admis, en cas de nécessité ou si les circonstances l'exigent, en réanimation adulte.

[5] Ces services sont normés en personnel médical et soignant. Ainsi en réanimation pédiatrique l'encadrement minimum est de deux infirmiers diplômés d'Etat pour cinq patients, et d'un aide-soignant ou auxiliaire de puériculture pour quatre patients. En réanimation pédiatrique spécialisée le ratio est d'un infirmier pour deux patients. La réglementation précise que ces infirmiers de réanimation sont de préférence diplômés de puériculture et que l'équipe paramédicale doit comporter une puéricultrice.

[6] Il faut noter que ces effectifs sont rapportés au nombre de patients et non de lits. Or l'activité de réanimation médicale, hors période d'épidémie où les taux d'occupation sont saturés, peut fluctuer d'heure en heure dans des proportions significatives tout en nécessitant une réactivité immédiate. La stricte application des textes, qui conduirait à modifier sans cesse les plannings dans ces services en fonction des patients présents, est donc malaisée.

[7] Ces normes réglementaires en personnel conditionnent, quoi qu'il en soit, la capacité effective en lits de réanimation. Des effectifs infirmiers inférieurs au taux réglementaire conduisent à fermer des lits. Le manque d'infirmiers a ainsi réduit cette année la capacité théorique en lits de réanimation pédiatrique en Ile-de-France.

#### 1.1.1.2 Les services de surveillance continue

[8] Ainsi que le précise la circulaire DHOS, « une unité de surveillance continue en pédiatrie (USCP) a vocation à accueillir les nourrissons, enfants et adolescents (jusqu'à 18 ans) qui nécessitent une surveillance rapprochée et/ou un monitoring continu en raison d'une défaillance potentielle d'un ou de plusieurs organes ne nécessitant pas la mise en œuvre de méthodes de suppléance (art. R. 6123-38-7) ».

[9] Le fonctionnement et les obligations des USCP sont contractualisés dans le CPOM de l'établissement.

[10] Ces unités de surveillance continue sont soit adossées à un service de réanimation ou de réanimation spécialisée, soit située dans des établissements de santé ne disposant pas de réanimation sur site, et dans ces cas conventionnés avec un service de réanimation pédiatrique ou pédiatrique spécialisée. La convention précise notamment les conditions de transfert des patients vers les établissements disposant d'une unité de réanimation ou de soins intensifs.

[11] Un modèle de convention-type entre USCP et réanimation est annexé au cahier des charges des unités de surveillance continue pédiatrique de l'Agence régionale de santé d'Ile-de-France (ARSIF). Cette convention prévoit que c'est à l'établissement siège de l'USCP de trouver le lit de réanimation disponible, éventuellement avec l'appui du SMUR pédiatrique référent.

[12] Le taux d'encadrement en personnel paramédical n'est pas défini réglementairement dans les USCP. La circulaire DHOS recommande un infirmier pour quatre patients. Dans le cas d'un adossement à une unité de réanimation, le personnel paramédical peut être commun, mais néanmoins chaque poste de travail en réanimation ou réanimation spécialisée doit respecter le taux d'encadrement réglementaire.

#### 1.1.2 La situation en IDF: un monopole de l'APHP en réanimation pédiatrique, une stratégie régionale plus récente de développement d'USC dans les hôpitaux périphériques

[13] Le projet régional de santé d'Ile-de-France a confirmé les sites autorisés à l'activité de réanimation pédiatrique : en dehors d'un site chirurgical spécialisé (Marie Lannelongue), non

concerné par l'accueil des enfants atteints de bronchiolite, cinq autorisations sont détenues par l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), qui détient de ce fait l'exclusivité de la réanimation pédiatrique médicale d'Ile-de-France. **Selon les données de l'ARSIF, 68 lits de réanimation pédiatrique sont autorisés dans ces 5 sites.**

[14] **Dans le champ de la surveillance continue, 209 lits sont autorisés en Ile de France.**

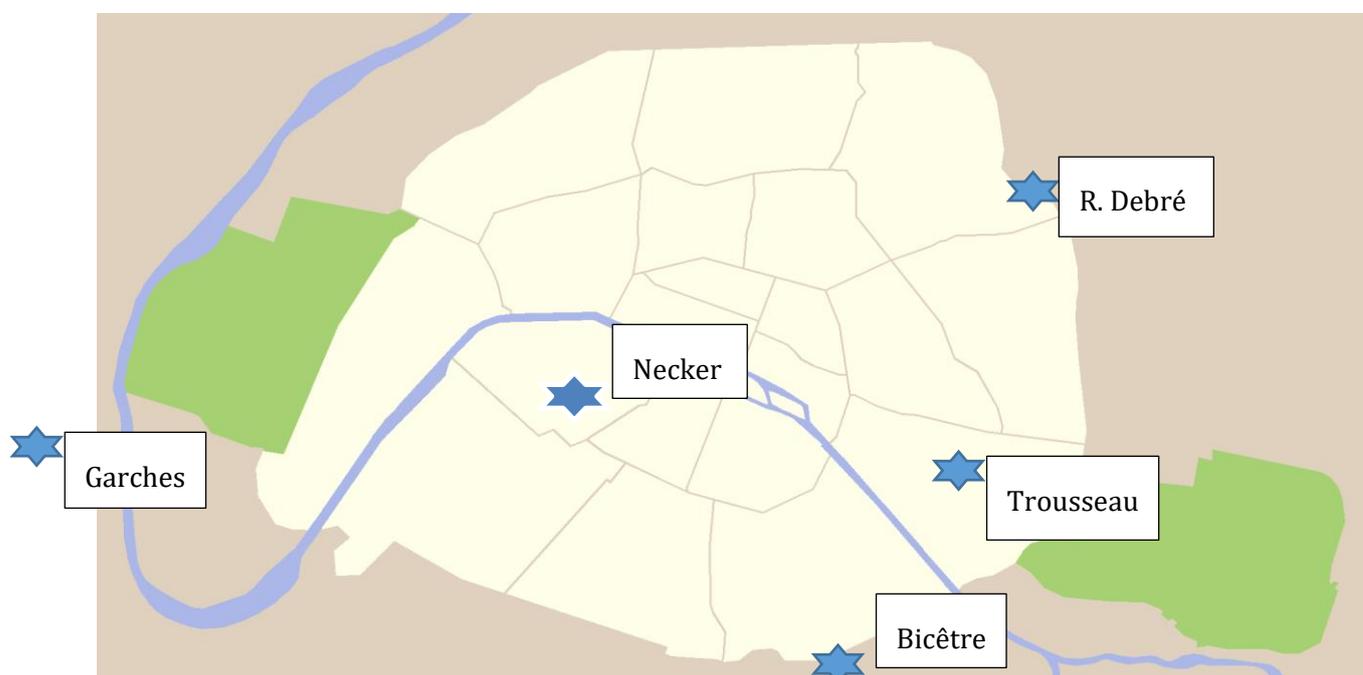
[15] Les données d'activité correspondantes, plus de 5200 séjours en réanimation pédiatrique en 2018 et 17600 en surveillance continue en 2018, sont globalement cohérentes avec ces capacités.

[16] L'APHP a 173 lits autorisés. Huit lits supplémentaires autorisés en 2017 (quatre lits à l'hôpital Ambroise Paré et quatre à l'hôpital Bécclère) ne sont pas installés.

[17] Hors APHP, 20 unités de surveillance continue ont été mises en place dans le cadre d'appel à projets de l'ARSIF, dont 5 ne fonctionnent pas non plus faute de pédiatres<sup>7</sup>. Hors APHP, la capacité autorisée s'élève ainsi à 36 lits.

[18] Les capacités de soins critiques de l'APHP sont réparties dans cinq établissements : le groupe hospitalier Necker-Enfants malades (Paris VII<sup>e</sup>), l'hôpital Robert Debré (Paris XIX<sup>e</sup>), l'hôpital Trousseau (Paris XI<sup>e</sup>), l'hôpital Raymond Poincaré à Garches et l'hôpital Bicêtre au Kremlin-Bicêtre. Cette répartition reflète davantage une volonté historique de développer et concentrer les spécialités que la préoccupation plus récente d'assurer une couverture territoriale équilibrée des soins critiques.

Carte 1 : Situation des cinq services de réanimation pédiatrique médicale d'Ile-de-France



[19] Quatre services sont des services de réanimation pédiatrique spécialisé, seule Garches a le statut de réanimation pédiatrique.

<sup>7</sup> L'USC saisonnière de Mantes la Jolie vient cependant d'ouvrir (4 lits).

[20] Ces établissements ont des environnements techniques et des orientations spécifiques. Ainsi l'hôpital Necker et dans une moindre mesure l'hôpital Robert Debré concentrent des centres de références de pathologies rares et des activités hautement spécialisés et souvent de recours national. L'hôpital Raymond Poincaré à Garches a une patientèle d'enfants polyhandicapés neurologiques unique en France.

[21] Ces unités doivent combiner les prises en charge des patients suivis pour ces pathologies rares et complexes avec une activité de réanimation médicale « de proximité », et une activité de recours pour les USC d'Ile-de-France.

[22] Le tableau 1 ci-dessous recense les capacités utiles de réanimation et soins continus pédiatriques qui concourent à la prise en charge des bronchiolites à l'APHP, telles que la mission a pu l'analyser. L'APHP dispose néanmoins de capacités supérieures qui agrègent des unités de soins critiques à orientation chirurgicale ou spécifique, décomptées de façon distincte même si les frontières sont parfois ténues. Il en résulte un flou relatif sur le nombre de lits disponibles pour des soins critiques liés à la bronchiolite, les points de vue variant selon les acteurs interrogés.

Tableau 1 : Capacité en lits de réanimation pédiatrique, réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue pédiatrique « médicale polyvalente » au 1 janvier 2019

	Necker	R.Debré	Trousseau	Bicêtre	R. Poincaré	J Verdier -L Mourier	AP-HP
Réanimation pédiatrique	12	20	8	8	10	Non autorisée	58 <sup>8</sup>
Unités de surveillance	20	20	8	10	16	8	82 <sup>9</sup>

Source : Données APHP – tableau mission

[23] En conclusion de ce rapide panorama, quelques constats méritent d'être soulignés :

- **Les capacités autorisées de réanimation et de surveillance continue pédiatrique en Ile de France sont suffisantes** et permettent de faire face aux besoins de prise en charge ; toutefois, **en période épidémique seule l'ouverture en pleine capacité peut permettre de répondre au besoin sanitaire**, compte-tenu de l'accroissement marqué de l'activité de soins critiques pédiatriques (supérieur à 25 % au dernier trimestre en Ile de France comme précisé au 1.2 infra).
- **L'APHP qui détient l'ensemble des autorisations de réanimation pédiatrique et de réanimation pédiatrique spécialisée médicale d'Ile-de-France a une responsabilité régionale de recours à assumer dans ce champ** ; la sécurisation de ce recours nécessite l'ouverture de toutes les capacités utiles.
- **Les capacités de surveillance continue, qui concourent à la prise en charge aigue des bronchiolites, requièrent également une pleine ouverture en période épidémique.**

<sup>8</sup> "Dix lits de réanimation pédiatrique chirurgicale autorisés à Necker ne sont pas comptabilisés dans ce total de 58 lits, ce qui explique la différence avec les 68 lits de réanimation autorisés mentionnés au paragraphe 13 *supra*

<sup>9</sup> 91 lits de surveillance continue pédiatrique ne sont pas comptabilisés dans ce total (8 lits non ouverts à Béclère et Ambroise Paré ; lits de surveillance continue chirurgicale), ce qui explique la différence avec 173 lits de surveillance continue mentionnés au paragraphe 13 *supra*

### 1.1.2.1 Les SMUR pédiatriques

[24] Cinq structures mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) fonctionnent en Ile-de-France. Ces SMUR sont localisés à Necker, à Robert Debré, à Bécclère, à Montreuil et à Pontoise. Une coordination est assurée par la responsable du SMUR de l'hôpital Robert Debré. Ces SMUR sont activés par la régulation des SAMU départementaux.

[25] La coordinatrice des SMUR pédiatrique est à l'origine des signalements précoces transmis au dernier trimestre 2018 à l'ARS et à la Direction générale de l'APHP, concernant les transferts hors région et les difficultés de prise en charge des patients en soins critiques, liées à l'épidémie de bronchiolite.

[26] Ces SMUR fonctionnent de façon permanente, sauf à l'hôpital Necker et à Pontoise, qui ont des difficultés à assurer une ligne de garde médicale permanente.

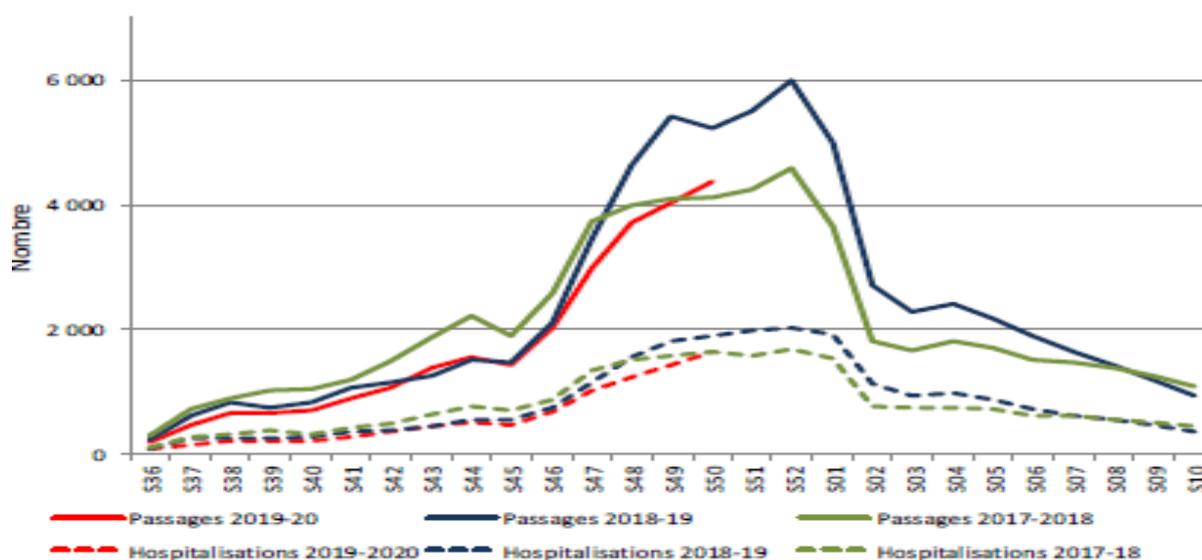
[27] Comme indiqué supra, la mission n'a pas été en mesure d'approfondir ces difficultés ni plus généralement d'analyser l'activité et les modalités de fonctionnement des SMUR pédiatriques.

## 1.2 Une activité de bronchiolite dans l'ensemble stable, une saisonnalité marquée mais reproductible et prévisible

### 1.2.1 Une épidémie de bronchiolite globalement similaire à celles des années précédentes

[28] L'activité liée à l'épidémie de bronchiolite de 2019-2020 est à ce jour globalement superposable en volume de passage et d'hospitalisation aux années précédentes. Elle est récurrente et survient dans une plage de temps stable de fin octobre à fin février, comme le montre le graphique 1 ci-dessous. Elle semble néanmoins cette année s'être accompagnée d'un taux un peu supérieur d'hospitalisation en soins critiques mais ces données restent à confirmer.

Graphique 1 : Passages et hospitalisation des enfants de moins de deux ans, données chronologiques par semaine (France métropolitaine)



Source : BEH Bronchiolite, semaine 50-2019, Santé Publique France

## 1.2.2 Une activité de soins critiques pédiatriques à la saisonnalité marquée

[29] Le graphique 1 ci-dessus et le tableau 2 ci-dessous permettent d'apprécier l'évolution de l'activité des services de soins critiques d'Ile de France tout au long de l'année et plus particulièrement au dernier trimestre 2018.

[30] En 2018, le dernier trimestre concentrait près d'un tiers des entrées de l'Ile de France en soins continus (32 %) et à peine moins en réanimation (31 %). L'AP-HP réalisait 29 % de ses entrées en soins continus et près d'un tiers en réanimation. Apprécié en journées d'hospitalisation, le bilan est identique pour la surveillance continue et un peu moindre pour la réanimation (28 % des journées d'hospitalisation pour l'IDF et pour l'APHP, ce qui reflète le raccourcissement de la durée des séjours à cette période).

Tableau 2 : Evolution mensuelle des entrées dans les services de soins critiques pédiatriques en Ile de France en 2018<sup>10</sup>

Statut	Janvier		Février		Mars		Avril		Mai		Juin		Juillet		Août		Septembre		Octobre		Novembre		Décembre		T4		2018		
	SC	REA P	SC	REA P	SC	REA P	SC	REA P	SC	REA P	SC	REA P	SC	REA P	SC	REA P	SC	REA P	SC	REA P	SC	REA P	SC	REA P	SC	REA P	SC	REA P	
Total IDF	22	1 526	520	1 397	458	1 514	502	1 427	453	1 405	437	1 608	414	1 494	457	1 059	298	1 441	345	1 758	475	2 005	552	2 212	695	5 975	1 722	18 846	5 606
Public	10	457	365	388	394	425	453	391	331	451	508	671	852	2 031	5 686	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
AP-HP	7	901	439	864	365	950	408	864	350	810	349	959	336	923	359	623	269	811	287	982	381	1 040	468	1 080	620	3 102	1469	10 807	4 631
Espic	4	141	155	145	137	141	169	144	103	179	268	294	280	842	2 156	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
SSA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Privé	1	27	13	31	32	29	27	36	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	197	0	

Source : ARSIF (ARGHOS-source PMSI-SAE via DIAMANT)

[31] Le tableau 3 ci-dessous fournit un indicateur synthétique de l'accélération de l'activité de soins critiques au dernier trimestre, en rapportant les entrées constatées à cette période aux entrées moyennes trimestrielles en 2018 : les entrées en soins continus sont ainsi supérieures de 27 % à la moyenne trimestrielle en Ile de France (15 % pour l'APHP) et de 23 % en réanimation (27 % pour l'APHP).

Tableau 3 : Taux d'activité au dernier trimestre par rapport à la moyenne trimestrielle 2018

	2018		Moyenne trimestrielle		Taux de suractivité T4	
	SC	REA P	SC	REA P	SC	REA P
<b>Total IDF</b>	<b>18 846</b>	<b>5 606</b>	<b>4712</b>	<b>1402</b>	<b>127 %</b>	<b>123 %</b>
Public hors AP-HP	5 686		1422	0	143 %	
<b>AP-HP</b>	<b>10 807</b>	<b>4 631</b>	<b>2703</b>	<b>1158</b>	<b>115 %</b>	<b>127 %</b>
Espic	2 156		539	0	156 %	
SSA	0		0	0		
Privé	197		49	0	0 %	

Source : ARSIF (ARGHOS-source PMSI-SAE via DIAMANT)

<sup>10</sup> Le périmètre des établissements et unités de réanimation et surveillance continue est un peu plus large dans ce tableau que le périmètre retenu par la mission (exclusion de la réanimation chirurgicale et des soins aigus à orientation spécifique).

### 1.2.3 Une activité liée la bronchiolite qui est prévisible, ce qui permet d'anticiper les besoins

[32] Le dispositif de préparation à l'épidémie hivernale dit EPIVERS devrait permettre d'éviter le recours aux mesures exceptionnelles du plan Hôpital en tension, en veillant notamment à ce que les effectifs d'infirmiers et de puéricultrice et plus largement de soignants permettent d'ouvrir tous les lits autorisés. En effet, activer des mesures prévues pour des situations exceptionnelles et inopinées, telles que déprogrammation d'activités, appel aux ressources d'autres services et plus généralement fonctionnement en mode dégradé ne se comprend guère quand le surcroît d'activité saisonnière, globalement prévisible et reproductible d'une année à l'autre, est attendu.

[33] La saisonnalité affecte certains services de réanimation pédiatrique plus que d'autres. Si certains services connaissant des taux d'occupations bas hors période épidémique, ce qui soulève des questions de régulation des ressources soignantes tout au long de l'année, ce n'est pas le cas de toutes les unités en fonction de l'environnement pédiatrique de l'établissement : Bicêtre, qui réalisait en 2018 42 % de son activité de réanimation pédiatrique au dernier trimestre est ainsi plus affecté par la baisse d'activité hors période hivernale que Necker dont l'activité est plus régulière (26 % au dernier trimestre).

### 1.3 Une technicité croissante et des ressources plus difficiles à stabiliser

[34] L'activité de réanimation a évolué ces dernières années, avec une technicité croissante liée à de nouveaux modes de suppléances, en particulier l'utilisation plus large d'assistance circulatoire avec oxygénation par membrane extracorporelle [ECMO : extracorporeal membrane oxygenation] et de dialyse rénale. Ces techniques nécessitent une technicité accrue du personnel paramédical infirmier, d'autant que toute erreur engage le risque vital. La mission n'a pu, dans les délais imposés, évaluer la charge de travail supplémentaire induit par ces modifications techniques et leur impact en terme de stress au travail, décrit par les professionnels rencontrés.

[35] Les difficultés de recrutement de personnel infirmier sont variables d'un site à l'autre, sans que la mission ne puisse déterminer de facteur explicatif discriminant. Ces difficultés sont toutefois partagées, avec une baisse significative des candidatures depuis fin 2018. A titre d'exemple, les cadres de l'hôpital Trousseau ont indiqué à la mission que jusqu'en fin 2018, l'établissement disposait de liste d'attente de candidatures à des postes en réanimation pédiatrique, mais que depuis début 2019, seuls deux personnes ont candidaté spontanément.

[36] Le taux de rotation du personnel, qui varie selon les sites de 15-20 % à plus de 50 % (Necker) interroge également, avec probablement des causes multifactorielles : modification des dates de fin d'études d'infirmier, modification des programmes où la pédiatrie n'est plus individualisée, offre liée à l'ouverture d'USCP en grande couronne avec plus de facilité de logement, rémunération plus attractive en intérim, situation géographique, intensité de la charge de travail et mortalité des enfants difficile à assumer pour de jeunes soignants, taux de postes vacants et de « seniorisation » dans l'équipe, etc.

## 2 Un dispositif de gestion hivernale qui n'a pas permis d'éviter la saturation des capacités et une alerte qui n'a pas fonctionné

### 2.1 Un dispositif de gestion hivernale pour faire face aux épidémies saisonnières, en principe rodé

[37] Les hôpitaux de l'APHP s'organisent de longue date pour faire face aux épidémies hivernales, à l'origine d'un surcroît d'activité susceptible de provoquer une saturation des capacités. L'organisation repose sur deux dispositifs, le dispositif EPIVERS et le plan « Hôpital en tension » qui se recoupent en pratique.

[38] Le dispositif EPIVERS a pour objectif général de mobiliser en tant que de besoin des capacités additionnelles d'hospitalisation, en fluidifiant les parcours des patients et en mettant en place les moyens supplémentaires nécessaires, notamment d'infirmières et de puéricultrices : heures supplémentaires, appel à l'intérim ou à des professionnels en CET notamment. Il concerne ainsi toutes les unités qui concourent à la prise en charge des patients et à leur hospitalisation éventuelle, notamment les unités de pédiatrie générale, les urgences pédiatriques et les UHCD, sans se limiter aux services de soins critiques, ni sur le plan épidémiologique à la bronchiolite.

[39] Le plan Hôpital en tension s'applique à toutes les situations de saturation des capacités d'accueil des établissements. Il prévoit des niveaux d'activation gradués, en fonction de l'intensité des tensions constatées. Il repose sur une procédure écrite.

[40] Le dispositif EPIVERS a vocation à préparer l'application en tant que de besoin du plan Hôpital en tension. Cette phase de préparation ne semble pas faire l'objet d'une procédure formalisée au niveau du siège.

- Le dispositif EPIVERS est conçu pour s'inscrire en cohérence avec le plan « Hôpital en tension » de l'APHP
  - La préparation du dispositif EPIVERS vise à ouvrir des capacités supplémentaires chaque année en période épidémique
    - La préparation du dispositif hivernal est assurée au sein des GHU

[41] Chaque année, les établissements concernés de l'APHP se préparent aux épidémies hivernales affectant les enfants, au premier rang desquelles la bronchiolite, mais aussi la grippe, la bronchite, l'asthme sévère et autres pathologies ou syndromes pouvant conduire à augmenter les besoins d'hospitalisation. Il s'agit d'épidémies récurrentes, dont les impacts sur les établissements de santé sont globalement connus, qu'il s'agisse de l'augmentation de la file active aux urgences ou des besoins d'hospitalisation d'une partie des patients en pédiatrie générale ou en soins critiques.

[42] Cette phase de préparation, qui commence en septembre, est gérée au niveau des GHU. Elle est initiée par une réunion de lancement avec les acteurs concernés des GHU<sup>11</sup>, en général à la mi-septembre<sup>12</sup>. Elle vise à ajuster le dispositif à la lumière de l'expérience des années précédentes et des données nouvelles disponibles. Pour l'essentiel, la préparation du dispositif EPIVERS vise à

---

<sup>11</sup> A Robert DEBRE, par exemple, la liste des acteurs mentionne la direction du GH (directeur général, directeur de la qualité et des projets, directeur adjoint des finances, les directrices des soins (DEBRE et TROUSSEAU), les chefs de service et chefs de pôle (SAUP, pédiatrie générale, néonatalogie, réanimation pédiatrique), le SMUR, les cadres de pôle et cadre supérieurs de santé des services concernés.

<sup>12</sup> 25 septembre 2019 (GHU Robert DEBRE) ; 19 septembre à Necker.

dimensionner les capacités supplémentaires de prise en charge aux urgences et dans les services d'hospitalisation qui pourront être mobilisées pendant l'épidémie. La période couverte par EPIVERS s'étend globalement de mi-octobre à mi-février

[43] Des réunions hebdomadaires de suivi du dispositif se tiennent à partir de la mi-octobre dans les GHU. Ces réunions visent à suivre l'évolution de la file active et celle de la disponibilité en lits, pour détecter d'éventuelles tensions sur les capacités d'accueil aux urgences et les capacités d'hospitalisation. Les caractéristiques épidémiologiques de la bronchiolite peuvent en effet varier d'une année sur l'autre et influencer notamment sur la proportion de patients nécessitant une hospitalisation.

[44] Le siège peut suivre en principe l'évolution de la disponibilité en lits, via les ouvertures et fermetures enregistrées dans le Répertoire opérationnel des ressources (ROR) et dans l'outil OSLO propre à l'APHP. Toutefois, la volatilité des données, et le renseignement inconstant de ces outils en période épidémique, ne lui permettent pas de disposer d'une vue d'ensemble fiable et actualisée. Il est en revanche destinataire des données épidémiologiques d'évolution de la file active aux urgences pédiatriques.

[45] Le renforcement des ressources destiné à faire face aux pics épidémiques porte au 1<sup>er</sup> chef sur les capacités d'hospitalisation. Des lits sont dédiés à l'accueil des patients supplémentaires dans les différentes unités de la filière pédiatrique, du SAU à la réanimation pédiatrique, en soins aigus, ainsi que dans les unités de pédiatrie générale. La HAD est mobilisée pour faciliter la prise en charge à domicile et contribuer à libérer des lits hospitaliers. Les lits dédiés regroupent des lits supplémentaires et des lits ouverts par transformation de lits existants (par exemple transformation de lits de surveillance continue en lits de réanimation pédiatrique).

[46] L'ouverture des capacités supplémentaires repose à l'APHP en grande partie sur le renforcement des ressources en infirmières et puéricultrices, différents leviers pouvant être mobilisés à cet effet comme indiqué supra (heures supplémentaires, CDD ou intérim).

- Le siège assure la supervision de la préparation

[47] Dans la période de préparation d'EPIVERS au sein des GHU, le siège de l'APHP intervient peu. Il organise en revanche un point avec les GHU sur le dispositif d'ensemble dans le courant d'octobre. En 2019, ce premier point a été programmé le 17 septembre pour le 22 octobre, date à laquelle il s'est tenu par voie de conférence téléphonique.

[48] Le siège est destinataire ensuite des éléments de suivi hebdomadaire remontés par les GHU.

- En cas de tension problématique, le plan Hôpital en tension peut être activé au niveau approprié

[49] Les différents niveaux du plan hôpital en tension de l'APHP<sup>13</sup> ont vocation à être activés au cours d'une épidémie de bronchiolite : tension avérée (niveau 1), tension accentuée (niveau 2), tension de grande ampleur ou prolongée (niveau 3).

[50] Selon les éléments fournis par le siège de l'APHP, présentés ci-après, les plans EPIVERS constituent des adaptations locales du dispositif hôpital en tension en période hivernale. Les sites passent en vigilance saisonnière à compter du 15 octobre. Chaque site peut activer ensuite, à son initiative, les différents niveaux du plan Hôpital en tension et mettre en œuvre les mesures prévues

---

<sup>13</sup> Dans sa dernière version de 2014

(modification des organisations des services et des flux, réduction de l'activité programmée, renforcement du suivi de la capacité disponibles en lits, de la fluidité des séjours, cellule de veille).

[51] En pratique fin 2019, selon les informations recueillies par la mission, seul le site Robert DEBRE a activé formellement le niveau 2 du plan hôpital le 19 novembre<sup>14</sup>.

- Le dispositif en période de veille (niveau 1)

[52] Une cellule de veille est activée dans chaque GHU concerné. Elle se réunit une fois par semaine pour examiner l'évolution de la situation (file active et disponibilités en lits), et décider le cas échéant du passage au niveau supérieur (niveau 2). Certains sites comme Robert DEBRE se sont dotés d'indicateurs pour guider l'activation éventuelle d'un niveau plus élevé du plan Hôpital en tensions. Ces indicateurs (voir infra) font l'objet d'un suivi par la cellule de veille.

[53] En cas d'accentuation des tensions constatées par la cellule de veille, le niveau 2 du plan Hôpital en tension est activé. La cellule locale de veille s'élargit et se transforme en cellule de crise. Les patients des services de médecine peuvent être déprogrammés, les admissions en chirurgie sont modulées, des renforts peuvent être demandés aux professionnels d'un autre secteur d'hospitalisation.

[54] Lorsque ces différentes mesures ne permettent plus de faire face aux besoins urgents d'hospitalisation, le directeur du GH peut activer le niveau 3 du plan HET. La cellule de veille du siège organise alors la prise en charge des nouveaux patients dans les autres hôpitaux pédiatriques de l'APHP, conduits en tant que de besoin à ouvrir des lits supplémentaires.

[55] Les établissements (GHU aujourd'hui) peuvent ainsi décider d'activer à leur initiative les différents niveaux du plan hôpital en tension, sous réserve d'en informer le siège. Le siège peut décider d'activer le niveau 3 dans tous les établissements concernés de l'APHP. Dans tous les cas, la sortie du dispositif HET se fait en accord avec le siège.

[56] Dans le cadre du dispositif EPIVERS, les données d'activité en pédiatrie (files actives et disponibilités en lits) des GHU font l'objet d'une remontée au siège. Celui-ci active une cellule de veille en cas de passage au niveau 2 du plan et une cellule de crise au niveau 3.

- Le Centre régional de veille et d'action sur les urgences (CERVEAU) assure une veille régionale permettant la diffusion de bulletins quotidiens aux acteurs concernés

[57] Le dispositif dit CERVEAU a été géré jusqu'à présent<sup>15</sup> par le CGS SESAN, groupement de coopération sanitaire travaillant en collaboration avec l'ARSIF pour développer des Systèmes d'Information de santé régionaux partagés. Les informations analysées et synthétisées par le CERVEAU concernent avant tout les tensions sur les accueils d'urgence. Néanmoins, le dispositif Hôpital en tension prévoit :

- Qu'il suit un indicateur sur le nombre de lits de réanimation et de surveillance continue de la région, disponibles quotidiennement à 14h ;
- Qu'un nombre quotidien de lits disponibles inférieur à une valeur seuil est considéré comme une alerte entraînant une investigation précise de la situation ;

---

<sup>14</sup> Le plan EPIVERS 2019 de ce site prévoit par ailleurs l'activation automatique du niveau 1 HET au 1<sup>er</sup> novembre 2019.

<sup>15</sup> Le futur Observatoire régional des urgences en cours de préfiguration devrait reprendre le CERVEAU.

- Qu'« un bulletin analysant l'activité des services d'urgences et des Samu, ainsi que la disponibilité des lits (notamment de réanimation) est adressé chaque jour aux différents acteurs des urgences et aux tutelles. Des bulletins hebdomadaires thématiques sont également édités : pour le suivi des pathologies hivernales de l'adulte et de l'enfant notamment ».

[58] La mission n'a pas eu connaissance, cependant, du suivi de l'indicateur sur la disponibilité les lits de réanimation pédiatriques dans le cadre d'EPIVERS.

- Au total, l'analyse des documents disponibles sur les dispositifs EPIVERS et Hôpital en tension conduit à faire plusieurs observations
  - On constate tout d'abord que l'information de l'ARSIF sur la mise en place et le suivi des dispositifs EPIVERS et Hôpital en tension ne fait l'objet d'aucune précision.

[59] L'ARSIF n'est de fait pas tenue informée de la mise en œuvre du dispositif EPIVERS ni du suivi réalisé. Pourtant, le fait que l'APHP concentre la quasi-totalité des capacités de réanimation pédiatrique de la région IDF, comme indiqué supra, justifierait incontestablement qu'elle soit associée au dispositif EPIVERS (voir infra).

- En second lieu, il n'existe pas ou plus de procédure décrivant formellement le dispositif EPIVERS.

[60] La mission a pu consulter des documents élaborés par un site<sup>16</sup> dont la lecture, combinée à celle du plan Hôpital en tension, lui a permis de reconstituer peu ou prou l'économie générale d'EPIVERS. Il reste nécessaire de formaliser dans un document la procédure EPIVERS, comme l'APHP vient d'ailleurs de le faire pour l'épidémie de grippe hivernale<sup>17</sup>.

- L'articulation d'EPIVERS et du plan Hôpital en tension mériterait en tout état de cause d'être clarifiée

[61] Les mesures susceptibles d'être activées dans le cadre des niveaux 1, 2 et 3 du plan Hôpital en tension et du dispositif EPIVERS ne concordent pas parfaitement. Par exemple, il est possible de limiter les admissions programmées dès le niveau 1 d'EPIVERS, à la différence semble-t-il du plan Hôpital en tension où le niveau 1 ne comporte que des mesures de vigilance (activation d'une cellule de veille, suivi des données pertinentes). Par ailleurs, l'activation des différents niveaux de vigilance dans le cadre d'EPIVERS ne font pas l'objet de précisions de la part du siège, qu'il s'agisse des critères ou de la formalisation de cette activation.

[62] Enfin, on ne sait pas si le suivi e-cerveau prévu pour le dispositif HET doit s'appliquer ou non à EPIVERS, moyennant le cas échéant des adaptations. Une clarification est aussi nécessaire sur ce point. Dans l'affirmative, les unités concernées devront impérativement enregistrer leurs disponibilités quotidiennes en lits dans le répertoire opérationnel des ressources.

- L'actualisation du plan Hôpital en tension, dont la dernière version remonte à 2014, paraît nécessaire

[63] Les évolutions de l'organisation de l'APHP et de sa gouvernance (GHU), d'une part, et celles de son environnement d'autre part (création en cours de l'Observatoire régional des urgences), d'autre part, rendent nécessaires d'actualiser le plan Hôpital en tension.

---

<sup>16</sup> Rober DEBRE

<sup>17</sup> Fiche technique plan épidémies hivernales chez les adultes. 16 décembre 2019.

## 2.2 Une anticipation insuffisante des difficultés en 2019

[64] La préparation du dispositif EPIVERS s'est déroulée conformément au processus habituel en 2019, selon les informations données à la mission.

[65] La situation générale apparaissait pourtant particulièrement tendue. Les difficultés à pourvoir les postes vacants ont conduit le directeur général à demander le déplafonnement des heures supplémentaires à l'APHP, autorisé par la ministre des solidarités et de la santé le 20 septembre 2019. Le 10 octobre 2019, le directeur général indiquait que 900 lits étaient fermés à l'APHP et 400 postes d'IDE vacants.

[66] Les services de pédiatrie et de soins critiques n'étaient pas épargnés par ces difficultés. Dans ce contexte, les risques de saturation des capacités de soins critiques auraient mérités d'être davantage anticipés. Une vigilance particulière semblait en tout état de cause nécessaire.

### 2.2.1 Une anticipation insuffisante des difficultés prévisibles lors de la préparation du plan EPIVER 2019

- Des capacités réduites d'hospitalisation en soins critiques liées à des effectifs IDE insuffisants, qui compromettaient le bon fonctionnement du dispositif
  - Des capacités réduites dès le début de la période épidémique

[67] Les données recueillies par la mission (voir annexe 1) permettent d'objectiver la réduction des capacités d'hospitalisation dès le début de la mise en place du plan EPIVERS, comme le montre le tableau ci-dessous :

Tableau 4 : Capacités de soins critiques au 17 10 2019

Lits de soins critiques	Réa autorisés	Réa ouverts	USC autorisés	USC Ouverts
Necker	12	15 (+3)	20	8
R.Debré	20	20	20	20
Trousseau	8	8	8	8
Garches-RPC	10	6 (-4)	16	16
Bicêtre	8	8	10	7
APHP	58	57 (-1)	82	67 (-15)

Source : APHP

[68] Dès le 17 octobre, 124 lits seulement étaient ouverts sur une capacité totale autorisée de 140 lits de soins critiques, soit une réduction supérieure à 10 %. En réanimation pédiatrique, la capacité était presque maintenue à l'identique suite à l'ouverture de 3 lits supplémentaire à Necker<sup>18</sup>. En revanche, la capacité de surveillance continue était d'emblée sensiblement amoindrie avec près d'un lit sur cinq fermé.

[69] L'effort de maintien des capacités en réanimation n'a pu être opérée, en effet, que dans le cadre d'une bascule des lits de surveillance continue de Necker, dont plusieurs été « armés » en lits de

<sup>18</sup> Selon le CR du 23 10 remis à la mission, ces 3 lits n'ont été ouverts qu'à cette date et non le 17/10.

réanimation pédiatrique (voir infra). La conversion de lits de surveillance continue en lits de réanimation pédiatrique est l'un des leviers habituellement mobilisés à Necker pour faire face à l'épidémie. Cette pratique n'appelle pas en elle-même de critiques. Cependant, elle a dû être mise en œuvre cette année dans un contexte de fermetures de lits déjà nombreuses (8 lits d'USC fermés sur 20 au 16 octobre 2019)<sup>19</sup>. La conversion en lits de réanimation de trois lits supplémentaires a encore accru la contraction des capacités de surveillance continue de Necker.

[70] Par ailleurs, la fermeture de 4 lits de réanimation à Raymond POINCARE (RPC) depuis 18 mois a contribué aux difficultés pour faire face aux besoins de l'épidémie. Les difficultés de recrutement d'IDE et de puéricultrice dans cet établissement ne sont pas nouvelles (voir infra).

[71] Ces tensions sur les soins critiques concernaient au-delà tous les segments de la filière pédiatrique, y compris les services de pédiatrie générale. A Necker, de plus, plusieurs lits étaient fermés dans l'unité de réanimation chirurgicale.

[72] Au total, le dispositif EPIVERS a débuté dans un contexte qui le fragilisait d'emblée, la contraction des capacités d'hospitalisation en soins critiques augurant de probables difficultés à mobiliser les moyens nécessaires - en clair, des temps infirmiers et puéricultrices formés aux soins critiques - pour ouvrir des lits supplémentaires en cas de besoin.

- La nécessité de respecter les taux d'encadrement réglementaires et celle de disposer de personnels formés ne facilitent pas l'ajustement rapide aux besoins d'ouverture de lits supplémentaires dans les unités de soins critiques

[73] Comme indiqué supra, la réglementation des services de réanimation et les référentiels des unités de surveillance continues pédiatriques subordonne l'ouverture des services au respect de taux d'encadrement sensiblement supérieurs à ceux des autres unités. Cette exigence, qui découle directement de l'intensité de la surveillance et des soins requis par les patients rend plus difficile, d'ouvrir des lits supplémentaires fortement consommateurs de ressources infirmières, dans un contexte où les tensions sont généralisées.

[74] En outre, comme il a été abondamment souligné auprès de la mission, les infirmières recrutées doivent impérativement être formées aux soins de réanimation et de surveillance continue, une formation minimale de deux mois étant jugée nécessaire.

[75] Ces particularités expliquent notamment que le recours à l'intérim de courte durée et au travail temporaire (CDD) ne soit pas considéré comme un levier efficace pour faire face aux épidémies hivernales pédiatriques, les candidats ayant l'expérience requise n'étant pas légion.

[76] Le recours aux heures supplémentaires constitue donc le levier le plus utilisé pour ouvrir de nouveaux lits ou maintenir des lits ouverts. Les demandes sont adressées aux infirmières de ces services et le cas échéant d'autres services de réanimation et de surveillance continue, notamment chirurgicale. L'efficacité du recours aux heures supplémentaires rencontre néanmoins des limites, liées d'une part à la réglementation (repos de sécurité) et d'autre part à la disponibilité des professionnels soumis à des sollicitations répétées. Le recours aux heures supplémentaires a de fait été massif, en particulier à Necker où il a quadruplé<sup>20</sup> selon les données avancées par la direction générale.

---

<sup>19</sup> Le CR de la réunion Plan bronchiolite du 16 10 2019 précise qu'il n'y aura pas de réouverture des quatre lits prévus en USC suite à un arrêt IDE.

<sup>20</sup> USC et réanimation pédiatrique

[77] Au total, les leviers susceptibles d'être mobilisés pour ouvrir des lits supplémentaires ou rouvrir des lits fermés dans les services de soins critiques ne sont pas dénués de fragilités qui rendaient leur efficacité incertaine, dans le contexte des tensions sur les effectifs que connaissaient ces services.

[78] La situation n'a d'ailleurs pas évolué du 17 10 au 30 11 2019, date à laquelle 21 transferts hors région étaient déjà enregistrés.

Tableau 5 : Capacités de soins critiques du 17 10 au 30 11 2019

Lits de soins critiques	Réa autorisés	Réa ouverts	USC autorisés	USC Ouverts
Necker	12	15	20	8
R. Debré	20	20	20	20
Trousseau	8	8	8	8
Garches	10	6	16	16
Bicêtre	8	8	10	7
APHP	58	57 (-1)	82	67 (-15)

Source : APHP

- La conscience de cette donnée défavorable n'a cependant pas conduit les acteurs du dispositif EPIVERS à anticiper la préparation du dispositif

[79] Le dispositif EPIVERS a été préparé selon la procédure habituelle, au vu des éléments dont dispose la mission. Les tensions sur les effectifs infirmiers étaient pourtant patentées depuis plusieurs mois. Il semblait clair que le dispositif EPIVERS pourrait difficilement mobiliser des moyens supplémentaires dans des services qui ne faisaient pas le plein de leurs effectifs et qui peinaient à maintenir les lits ouverts. On aurait pu s'attendre à ce que la préparation soit avancée, pour laisser le temps nécessaire à la formation des renforts infirmiers. Plus généralement, les difficultés à disposer d'effectifs infirmiers suffisants et les moyens d'y faire face auraient pu faire l'objet d'une réflexion collective réunissant les GH concernés, en amont du lancement de la procédure.

[80] Ce constat est d'autant plus surprenant que dans les GH concernés, la plupart des chefs de services de pédiatrie protestaient régulièrement contre la pénurie persistante d'infirmiers.

[81] On peut sans doute faire l'hypothèse que les établissements ont attendu l'issue de la campagne de recrutements à la sortie des IFSI, en septembre 2019, pour disposer d'une vision précise des effectifs. Néanmoins, comme il a été souligné auprès de la mission, les infirmiers recrutés à la fin de l'été voire plus tardivement ne bénéficient pas d'une durée de formation suffisante pour être pleinement opérationnels en période de bronchiolite.

[82] Selon les éléments recueillis par la mission au cours des entretiens, la préparation d'EPIVERS n'a pas fait l'objet d'ajustements particuliers. Les établissements ont mis en place les leviers habituels : heures supplémentaires, intérim et CDD, mobilisation de l'HAD pour limiter les besoins d'hospitalisation dans les services de pédiatrie, auxquels s'ajoute le renforcement des unités d'urgence pédiatriques.

## 2.2.2 Une alerte qui n'a pas fonctionné pendant l'épidémie, conduisant à l'activation tardive du niveau approprié du dispositif Hôpital en tension

- Des signalements réguliers des transferts par la coordination SMUR qui ont tardé à produire des effets

[83] La coordinatrice du SMUR a signalé régulièrement les transferts effectués hors région à l'APHP et à l'ARS. Elle indique avoir signalé, comme le confirme l'ARSIF :

- Le 1<sup>er</sup> transfert le 22 octobre lors d'un point des services de soins critiques sur le dispositif EPIVERS<sup>21</sup> ;

[84] Le signalement d'un transfert hors région ne constitue pas néanmoins une alerte, de l'ordre de 3 à quatre transferts hors région étant opérés chaque année.

- Le 12 novembre, par courriel à l'ARS et au siège de l'APHP, les 3 transferts effectués ce même jour ;

[85] Ces transferts opérés simultanément constituaient en revanche un signal de tension forte et inhabituelle, invitant à renforcer la vigilance sur les disponibilités de soins critiques, au premier chef de réanimation pédiatrique.

- Le 20 novembre, par courriel à l'ARS et au siège de l'APHP, la réalisation de 11 transferts hors région depuis le 17 octobre ;
- Le 29 novembre, le 18<sup>me</sup> transfert à l'ARS

[86] Par ailleurs, l'ARS indique que de nouveaux transferts ont été signalés à l'astreinte de direction le week-end du 23 et 24 novembre 2019.

[87] Le tableau ci-dessous retrace la chronologie des transferts hors IDF réalisés pendant l'épidémie de bronchiolite 2019-2020 :

Tableau 6 : Transferts hors IDF faute de place en soins critiques pédiatriques ou NN (Réa, SC, SI)

	Etablissement d'origine	Etablissement destinataire	Service destinataire	SMUR intervenu
jeudi 17 oct	Pontoise	Reims	Réa NN	SMUR ped 95
mardi 22 oct	Poissy	Orléans	Réa Ped	Smur ped 92
mercredi 23 oct	Poissy	Amiens	Réa Ped	Smur ped Amiens
vendredi 01 nov	Etampes	Orléans	Réa NN	Smur ped 92
mardi 12 nov	Saint Denis	Lille	Réa Ped	Smur ped 95
mardi 12 nov	Aulnay	Amiens	Réa Ped	Smur ped 93
mardi 12 nov	Longjumeau	Rouen	Réa Ped	Smur ped 92
mardi 19 nov	Pontoise	Rouen	Réa Ped	Smur ped 95
mercredi 20 nov	Gonesse	Amiens	Réa Ped	Smur ped 93
mercredi 20 nov	Antoine Béclère	Rouen	Réa Ped	Smur ped 92
mercredi 20 nov	Mantes	Rouen	Réa Ped	Smur 75 RDB
jeudi 21 nov	Pontoise	Rouen	Réa Ped	Smur ped 95
vendredi 22 nov	Argenteuil	Amiens	Réa Ped	Smur adu 95
samedi 23 nov	Poissy	Orléans	Réa Ped	Smur ped 92
samedi 23 nov	Poissy	Caen	Réa Ped	Smur ped 95

<sup>21</sup> Ce point ne s'est pas tenu au siège de l'APHP suite au refus des professionnels concernés.

dimanche 24 nov	Sud Francilien	Reims	Réa Ped	Smur ped 92
lundi 25 nov	Poissy	Orléans	Réa Ped	Smur ped 95
vendredi 29 nov	Versailles	Rouen	Réa Ped	Smur ped 92
vendredi 29 nov	Gonesse	Reims	Réa Ped	Smur ped 93
vendredi 29 nov	Gonesse	Amiens	Réa Ped	Smur ped 95
samedi 30 nov	Jean verdier	Rouen	Réa Ped	Smur ped 93
lundi 02 déc	Domicile Saint-Denis	Amiens	Réa Ped	Smur ped 93-H 94

Source : SMUR pédiatriques

- Ces signalements ont tardé à produire des effets
  - L'ARS s'est activement mobilisée à compter du 20 novembre face à cette situation inédite et préoccupante.

[88] Comme indiqué supra, des transferts hors région sont effectués tous les ans dans la mesure où la saturation de l'ensemble des capacités de réanimation ne peut parfois être évitée, même quand toutes les capacités de soins critiques sont opérationnelles. La moyenne des transferts hors région est cependant comprise entre 2 et 5 par an ces dernières années. Des transferts en nombre limité ne constituent pas à eux seuls un signal d'alerte. Il en va différemment de la répétition à brève échéance et de la simultanéité des transferts.

[89] Les actions de l'ARS en réponse à ces signalements sont les suivantes :

- 13 novembre : mise en place d'une veille informelle (contacts permanents entre le référent pédiatrie de l'ARS IF, la coordinatrice du SMUR et les chefs de service de pédiatrie) ;
- 19 novembre : demande un point circonstancié à l'APHP sur les transferts effectués ;
- 20 novembre : demande à l'APHP une réunion de crise pour trouver des solutions palliatives ;
- 22 novembre : envoi d'un mail de l'ARS invitant tous les établissements d'IDF ayant un service de pédiatrie ou une USC pédiatrique à se mettre en tension ;
- 23 et 24 novembre :
  - ✓ Demande à l'APHP un état de la situation capacitaire et le nombre de personnels à mobiliser, dans l'éventualité d'une saisine de la réserve sanitaire ;
  - ✓ Echanges avec la DGS (CORUSS et DG)
- 25 novembre :
  - ✓ Mise en place d'un suivi quotidien de la situation à l'APHP (demande de point quotidien sur les fermetures, transferts, recherche de personnels, déprogrammation)
  - ✓ Demande à l'APHP d'ouvrir quelques lits de réanimation pour stopper les transferts.
- Le siège de l'APHP a activé le 26 novembre le niveau 3 du plan hôpital en tension et mis en place une cellule de crise

[90] Si le siège de l'APHP n'est pas resté inactif face à l'augmentation régulière des transferts, il a régulièrement indiqué buter sur les difficultés de recrutement des IDE pour desserrer la contrainte et rouvrir des lits de soins critiques.

[91] Le suivi des disponibilités faisait l'objet d'un point hebdomadaire dans le cadre du dispositif EPIVERS avant cette date.

[92] Le 21 novembre, le siège de l'APHP organise une réunion téléphonique avec les services concernés pour faire le point des difficultés et des actions pouvant être engagées. Le compte-rendu mentionne notamment :

- ✓ Pour les difficultés :
  - Les difficultés de recrutement de personnel non médical qui touchent également les autres services pédiatriques, fragilisant le dispositif hivernal ;
  - Les capacités supplémentaires normalement mises en place en pédiatrie générale ou en pneumologie, durant la saison hivernale, revues à la baisse dans certains sites (Trousseau 6 lits, Robert Debré 4 lits) ;
- ✓ Pour les actions :
  - L'appel accru à la HAD pour désengorger la filière ;
  - L'appel aux IDE ayant une expérience de réanimation actuellement en formation dans les écoles de puériculture ;
  - L'appel aux IDE ayant une expérience en pédiatrie à l'AP-HP et ayant rejoint une société d'intérim, pour des contrats longs (par dérogation à la règle qui stipule qu'un agent venant de l'AP-HP ne peut pas assurer une mission d'intérim à l'AP-HP).

[93] Le 22 novembre, le référent du siège de l'APHP adresse un message aux établissements et services pédiatriques reprenant la demande de l'ARSIF « d'engager toutes les mesures permettant de faciliter l'aval des services de réanimation et surveillance continue pédiatrique, et d'envisager la déprogrammation d'activités chirurgicales afin de ne pas saturer les services de soins critiques en prises en charge post opératoires. Ces mesures peuvent aussi concerner des patients convoqués dans les services de médecine ». Il rappelle la possibilité de solliciter davantage la HAD.

[94] Le 26 novembre, l'APHP active le niveau 3 du plan Hôpital en tension pour les hôpitaux et services pédiatriques, que certains établissements avaient déjà mis en place (R Debré).

[95] Une conférence quotidienne sur l'état des disponibilités est organisée dans ce cadre, entre le siège et les GH dans le cadre de la cellule de crise.

[96] Le 4 décembre, 3 lits supplémentaire de réanimation sont ouverts à Necker, portant sa capacité à 18 lits.

[97] Néanmoins, si les capacités de réanimation pédiatriques sont rétablies, les difficultés persistent dans les unités de surveillance continue avec 15 lits fermés au 30 novembre sur 82 autorisés (près d'un lit sur cinq).

[98] Au total, davantage que le caractère suffisant des actions menées par l'APHP et ses sites pour pallier aux difficultés de recrutement en situation de crise, les éléments qui précèdent soulèvent trois questions :

- L'absence d'alerte formelle des autorités sanitaires sur la contraction des capacités de soins critiques pédiatriques en période épidémique ;
- La mise en place un peu tardive d'une organisation de crise ;
- Comme il a été vu supra, le manque d'anticipation des difficultés prévisibles au regard des vacances de postes, des difficultés à les pourvoir et des délais nécessaires à la formation au poste des infirmières et puéricultrices.

- Des fermetures de lits qui auraient méritées d'être signalées expressément à l'ARS

[99] Les capacités de réanimation pédiatriques de l'IDF étant en quasi-totalité implantées à l'APHP, toute réduction de celles-ci est susceptible d'avoir un retentissement régional. La responsabilité de

recours régional de l'APHP en matière de réanimation pédiatrique a pour contrepartie logique qu'elle tienne l'ARS informée des fermetures de lits dans ce secteur et des difficultés à ouvrir des lits supplémentaires en période épidémique. De plus, l'ARS adresse chaque année aux établissements dont l'APHP une instruction sur la préparation à la période hivernale qui prévoit notamment que les fermetures de lits de soins non programmés devront être opérées en concertation avec l'ARS<sup>22</sup>.

[100] La préparation et la gestion du dispositif EPIVERS, assurée par les GHU, ne créait sans doute pas les conditions les plus propices à une information complète et précise du siège sur ce point. Néanmoins, comme indiqué supra, celui-ci aurait pu anticiper ces difficultés dans le contexte de tension globale sur les effectifs infirmiers que connaissait l'APHP. Quoi qu'il en soit, à partir de la réunion du 22 octobre sur le dispositif EPIVERS et des points hebdomadaires qui ont suivi, le siège était en situation de faire le point sur ces difficultés et d'en tenir l'ARS informée.

[101] Hormis l'instruction du 6 septembre, la mission n'a pas eu connaissance d'une procédure précise qui imposerait à l'APHP de déclarer formellement à l'ARS ses fermetures de lits de soins critiques. Il existe en revanche une procédure qui fait obligation aux établissements de tenir à jour 2 fois par jour l'état de leurs capacités et disponibilités de lits de soins critiques dans le répertoire opérationnel des ressources (ROR). Cette procédure visait à permettre à l'ARS d'avoir une visibilité quotidienne sur les fermetures et les disponibilités de lits de soins critiques. Cependant, comme déjà indiqué, l'actualisation inconstante du ROR ne permet pas à l'ARS, ni d'ailleurs au siège de l'APHP, de disposer d'une vue d'ensemble en temps réel<sup>23</sup>. L'application du plan Hôpital en tension, qui prévoit qu'un nombre quotidien de lits de soins critiques disponibles inférieur à une valeur seuil<sup>24</sup> est considéré comme une alerte entraînant une investigation précise de la situation, se heurte sur ce point à la même difficulté.

[102] Malgré ces difficultés, la réduction significative globale des capacités d'hospitalisation en soins critiques qui prévalait dès le début de la période d'épidémie aurait mérité d'être portée expressément à la connaissance de l'ARS. La connaissance effective mais générale qu'avait l'ARSIF des tensions sur les ressources IDE de l'APHP ne pouvait tenir lieu d'alerte de celle-ci sur l'insuffisance de lits de soins critiques. L'ARS avait en revanche connaissance des 4 lits de réanimation fermés à Raymond POINCARE depuis 18 mois mais la situation ne différait pas sur ce point de celle de l'année précédente.

[103] L'APHP a tardé par ailleurs à adopter une configuration de crise, en lien avec le manque de clarté des procédures sur ce point.

- Un dispositif de pilotage interne du plan EPIVERS qui n'a pas favorisé l'identification d'un risque sérieux de crise sanitaire

[104] Ce constat peut sembler paradoxal alors même que le dispositif EPIVERS a précisément vocation à prévenir les risques de crise liées aux épidémies hivernales. La mise en place d'EPIVERS et celle du plan Hôpital en tension ont d'ailleurs constitué des avancées pour prévenir les situations de crise qu'il faut souligner. Par ailleurs, comme l'a rappelé son directeur général à la mission, les professionnels de l'APHP partagent une véritable culture de crise et ont toujours fait la preuve de leur capacité à se mobiliser sans compter face à des événements exceptionnels, comme le confirme l'épisode actuel de grève des transports.

<sup>22</sup> Instruction du 6 septembre 2019

<sup>23</sup> La direction de l'APHP a indiqué que les données sur la disponibilité de ces lits étaient très volatiles et pouvaient changer d'une heure à l'autre en situation épidémique.

<sup>24</sup> La mission n'a pas connaissance d'une valeur seuil pour les lits de soins critiques pédiatrique.

[105] En dépit de ces acquis, le dispositif n'a pas fonctionné. Il n'a pas globalement permis d'activer les paliers d'alerte qu'il prévoit au niveau approprié en temps utile.

[106] Plusieurs raisons concourent à l'expliquer.

[107] L'économie très déconcentrée du dispositif a probablement joué un rôle, le siège n'assurant directement le pilotage du dispositif que lorsque le niveau 3 du dispositif hôpital en tension est activé par ses soins. Avant cela, ce sont les GHU qui sont à la manœuvre même si le siège s'assure du bon déroulement des opérations via un reporting hebdomadaire qui devient quotidien en cas de passage au niveau 2. Les GHU ont d'ailleurs la possibilité d'activer directement pour leur établissement les différents niveaux du plan hôpital en tension. S'ils ne le font pas, alors qu'ils sont les mieux placés pour en apprécier la nécessité, cela crée une difficulté pour le siège.

[108] En outre, le dispositif EPIVERS est préparé dès septembre dans les GH, le premier point de situation avec le siège n'intervenant que le 22 octobre. Cette échéance apparaît tardive dans l'hypothèse de tensions susceptibles de compromettre le bon fonctionnement du dispositif.

[109] Les observations qui précèdent n'éclairent néanmoins que très partiellement le passage tardif au niveau 3 du plan hôpital en tension. La remontée « administrative » des données au siège sur l'épidémie ne créait pas non plus un contexte très favorable pour relever le niveau de tension. Les données épidémiologiques, en particulier, ne faisaient pas apparaître de sujet particulier de préoccupation du point de vue de la file active et de la gravité de l'épidémie. Les données des CR hebdomadaires des GH dont la mission a eu connaissance permettaient difficilement d'apprécier le niveau de tension interne sur les capacités<sup>25</sup>. La gestion des difficultés semble être restée cantonnée dans les sites les plus touchés. Les acteurs des services de soins critiques des GHU, selon des témoignages recueillis par la mission, savaient que le plan EPIVERS buterait sur les problèmes de recrutement d'infirmiers. Ils estimaient avoir alerté sur ces problèmes.

[110] La mission ne dispose pas au total d'éléments qui lui permette d'identifier précisément les raisons pour lesquelles la nécessité d'une organisation interne de crise n'a pas été perçue plus tôt, tant par les acteurs des GH que par le siège, en dépit des transferts hors région qui s'accumulaient. Elle fait l'hypothèse que la mise en place d'une organisation de crise n'était pas perçue comme une solution permettant de régler les problèmes structurels d'effectifs et d'attractivité de ces services ni d'assurer à court terme le renforcement infirmier nécessaire.

[111] Dans ce contexte, le manque d'un dispositif permettant d'identifier des seuils critiques de disponibilité en lits aux différents niveaux (établissement/GHU/siège) pour déclencher l'alerte, comme le prévoit le plan hôpital en tension doit être souligné.

### 2.2.3 Les trois nouveaux transferts opérés après l'activation du dispositif Hôpital en tension confirment la fragilité structurelle du dispositif de soins critiques

[112] La mission a été informée que trois nouveaux transferts hors région ont dû être opérés le week-end du 14 et 15 décembre 2019.

- Les leviers mobilisés dans le cadre du niveau 3 du plan Hôpital en tension ont amélioré temporairement la disponibilité en lits mais n'ont pas permis d'éviter de nouveaux transferts

---

<sup>25</sup> Les fermetures de lits sont évoquées mais pas systématiquement, de même que les tensions sur les effectifs. Il n'y a pas de commentaires ni de suivi des actions engagées pour rétablir les capacités.

[113] Au 4 décembre 2019, la capacité de réanimation à Necker est passée de 15 à 18 lits de réanimation, portant ainsi la capacité globale de soins critiques de 23 lits ouverts à 26 lits ouverts.

[114] Le tableau ci-dessous ne montre néanmoins pas d'amélioration au 16/12 des taux d'ouverture des lits de réanimation pédiatrique et surveillance continue (15% de lits de soins critiques pédiatriques fermés).

Tableau 7 : Situation au 16/12 des ouvertures et des disponibilités de soins critiques pédiatriques

AP-HP, DOMU 16/12/2019

### Le 16/12

pour APR, ABC, BCT, JVR, LMR, NCK, RDB, RPC, TRS

#### Recensement auprès des GH des lits disponibles en début d'après-midi

	Taux d'ouverture	Lits disponibles	Taux de disponibilité
UHCD	100%	35	46%
Pédiatrie Générale	100%	16	8%
Autre HC aval des urgences	100%	7	6%
Néonatal hors Réa/SI	94%	2	2%
REA /USC PED	85%	3	4%
REA /USC CHIR PED	85%	2	4%
Rea/SI Neonat	89%	3	2%

Source : APHP

[115] Il met en évidence les difficultés à rétablir un fonctionnement normal des services de soins critiques pédiatriques, une part significative des lits (15 %) demeurant fermés.

[116] Cette situation témoigne des tensions persistantes qui pèsent sur les lits de soins critiques. Le défaut imprévu d'une infirmière, toujours possible, suffit à perturber une organisation fragile de par la difficulté à trouver rapidement une infirmière formée en mesure d'assurer un remplacement.

[117] La mission a eu connaissance à cet égard des divergences entre des acteurs de la pédiatrie et de l'urgence sur le bien-fondé de certaines solutions palliatives pour rouvrir des lits et « pousser les murs » afin d'accueillir un patient en réanimation, notamment l'appel aux infirmières des services de réanimation chirurgicale et la déprogrammation de certaines interventions. Sans remettre en cause l'intérêt de ces solutions palliatives, elle estime qu'il ne lui appartient pas de se prononcer de façon générale sur cette question. Celle-ci relève à ses yeux d'une démarche de construction d'un consensus professionnel, prenant en compte les spécificités des établissements susceptibles de moduler l'éventail des solutions palliatives pouvant y être déployées. La spécificité des patients accueillis en chirurgie à Necker pour des pathologies rares et très lourdes, dans le cadre d'interventions qui ne sont pratiqués que dans cet établissement et programmées avec des délais parfois très longs, est à considérer dans ce cadre.

- La nécessité de stabiliser les infirmières et puéricultrices des services de soins critiques pédiatriques pose la question de la pertinence du modèle actuel de régulation des effectifs

[118] Les constats et analyses qui précèdent mettent en évidence la difficulté de stabiliser les ressources infirmières et puéricultrices des services de soins critiques, où les contraintes sont fortes

et les avantages de rémunération inexistants. Ces professionnelles sont en règle générale très motivées mais s'épuisent souvent rapidement compte-tenu de la charge technique et émotionnelle et de la disponibilité qui caractérisent ces unités.

[119] Il semble donc important dans ce contexte de créer des conditions favorables à la fidélisation des infirmières et puéricultrices, notamment en réduisant les délais de recrutement pour avoir des équipes les plus complètes possibles. Or, comme il a été déjà souligné, seules des infirmières et puéricultrices formées aux soins critiques peuvent être opérationnelles sans délai, un délai de deux mois de formation étant à défaut nécessaire.

[120] Cette spécificité des services de soins critiques complique notablement le renforcement des moyens infirmiers prévu par les plans EPIVERS et HET, a fortiori quand ces services sont déjà confrontés à des difficultés significatives de recrutement qui réduisent la possibilité de recourir aux heures supplémentaires ou à des infirmières formées. Le risque existe alors que le turn-over et l'absentéisme s'accroissent face à des charges qui ne cessent de croître.

[121] Ce contexte interroge nécessairement l'efficacité d'une régulation fondée sur le renforcement transitoire des ressources infirmières en période hivernale.

### 3 Les préconisations

[122] Pour prévenir la répétition à court et moyen terme des épisodes de saturation complète des services de soins critiques pédiatriques en période épidémique, la mission estime nécessaire d'agir sur trois leviers principaux :

- Améliorer la préparation du plan hivernal et la gestion des alertes ;
- Faciliter les recrutements dans les services de soins critiques et la fidélisation des infirmiers et puéricultrices
- Affirmer la vocation régionale des services de soins critiques pédiatriques de l'APHP et poursuivre le développement des services hors APHP

#### 3.1 Améliorer la préparation du plan hivernal et la gestion des alertes

##### 3.1.1 Un dispositif de surveillance et d'alerte à revoir

[123] Le constat du défaut d'une alerte précoce qui aurait facilité la mise en tension et la mobilisation de l'ensemble des acteurs de la filière pédiatrique à l'échelle de la région conduit à formuler un ensemble de préconisations en matière de surveillance et d'alerte.

[124] En premier lieu, il est indispensable d'établir rapidement un constat partagé avec l'ensemble des acteurs de la filière pédiatrique de l'APHP dont les acteurs de l'urgence pédiatrique, associant les hôpitaux périphériques de la région, afin d'approfondir le diagnostic des causes de la hausse inédite des transferts hors région en 2019, d'une part, et d'identifier les pistes qui permettraient d'assurer dorénavant en temps utile la mise en tension des ressources de soins critiques pédiatriques, d'autre part. S'agissant de l'approfondissement du diagnostic, il conviendra notamment d'examiner l'hypothèse d'une sévérité particulière de la bronchiolite en 2019 qui aurait conduit à transférer davantage d'enfants en réanimation et celle d'une hausse des transferts intra-régionaux vers l'APHP.

[125] La mission propose de confier à l'ARSIF le soin d'organiser dès que possible ce retour d'expérience.

[126] S'agissant de la mise en tension en temps utile des services pédiatriques, l'objectif est de mettre en place une procédure claire et opérationnelle de surveillance permettant de déclencher rapidement l'alerte, et un dispositif de gestion approprié, adapté au niveau de l'alerte (critères de déclenchement des différents niveaux d'alerte, organisation des cellules de crise, identification des données à remonter et circuits de reporting, définition et gradation des mesures à mobiliser selon le niveau de l'alerte, définition claire des responsabilités respectives des acteurs à chaque niveau). Ce retour d'expérience devra permettre de clarifier l'articulation des dispositifs EPIVERS et Hôpital en tension.

[127] Il est important que la réflexion à conduire comporte un volet sur les indicateurs d'alerte<sup>26</sup>. La mission a constaté que la majorité des indicateurs de surveillance utilisés aujourd'hui portent sur les données épidémiologiques et la file active des services d'urgences. Il est indispensable de les compléter par des indicateurs sur les tensions capacitaires. A cet égard, la mission souligne que si toute fermeture de lit de réanimation dans un établissement est potentiellement problématique, il est néanmoins différent en terme d'alerte d'avoir 2 % ou 20 % de lits de réanimation fermés.

[128] Ce retour d'expérience sera organisé dès que l'évolution épidémique permettra une disponibilité suffisante des acteurs, dans la mesure du possible en février.

**Recommandation n°1** Organiser sous l'égide de l'ARS un RETEX en février avec tous les acteurs concernés

**Recommandation n°2** Définir des indicateurs d'alerte fondés sur la disponibilité des lits de soins critiques

[129] Si la seule fermeture d'un lit de réanimation dans un établissement n'entraîne pas nécessairement à elle seule de tension problématique sur la capacité globale d'hospitalisation en réanimation pédiatrique, elle constitue néanmoins une situation préoccupante qui doit faire l'objet d'un signalement formel, en interne à l'APHP, et à l'ARSIF, en complément de la mise à jour du ROR. Il en va de même pour les lits de surveillance continue.

[130] Il est donc indispensable de définir un circuit clair de signalement des fermetures de lits de soins critiques aux différents niveaux (établissement/GHU/ siège de l'APHP) et à l'ARSIF.

[131] Une réflexion est également à conduire sur les conditions qui permettraient d'améliorer le renseignement du ROR, en particulier en période épidémique.

**Recommandation n°3** Signaler toute fermeture de lit de soins critiques à l'ARS et définir une chaîne claire de signalement des fermetures de lits de soins critiques pédiatriques, en interne à l'APHP et dans les établissements périphériques, et à l'ARSIF

<sup>26</sup> La mission a eu connaissance des indicateurs utilisés par l'hôpital Robert DEBRE qui fournissent une base utile pour la réflexion.

[132] Comme il a été rappelé supra, les SMUR jouent un rôle crucial dans la chaîne de signalement dans le champ des soins critiques. Il convient de formaliser leur rôle dans le signalement sans délai à l'ARS et au siège de l'APHP des transferts hors région de patients pédiatriques.

**Recommandation n°4** Formaliser la procédure de signalement sans délai par les SMUR à l'ARS et au siège de l'APHP des transferts hors région

### 3.1.2 Une préparation de la gestion des épidémies hivernales à améliorer et mieux anticiper

[133] Outre l'amélioration des circuits d'alerte, l'analyse de la crise qui précède conduit à faire différentes préconisations pour améliorer la préparation aux épidémies hivernales et la gestion du dispositif mis en place.

[134] Il apparaît tout d'abord nécessaire d'avancer à juin le lancement de la préparation, pour faciliter comme il a été dit précédemment le recrutement de professionnels formés aux soins critiques, compte-tenu du délai de deux mois nécessaire. Cette anticipation favorisera le partage des difficultés et des actions envisagées entre les GH et le siège et plus généralement, la qualité de la préparation aux épidémies hivernales.

**Recommandation n°5** Avancer à juin la préparation aux épidémies hivernales

[135] Il apparaît également nécessaire de mieux suivre la mise en œuvre des actions prévues pour faire face aux difficultés de la période hivernale. Les documents de suivi dont la mission a eu connaissance ne comportent que peu d'informations sur les actions menées par les GHU pour mettre en place les renforts nécessaires et sur leurs résultats, en particulier en matière d'appels aux heures supplémentaires et recrutement.

**Recommandation n°6** Assurer le suivi aux différents échelons de l'APHP (établissement/GHU/siège) de la mise en œuvre des actions prévues par le dispositif hivernal

[136] Pour faciliter la mise en place des mesures palliatives en cas de crise, il importe que celles-ci soient préalablement partagées par l'ensemble des acteurs dans le cadre d'une réflexion prenant en compte leurs différents impacts. L'objectif doit être d'organiser un recours gradué consensuel à ces actions, en fonction des différents niveaux de tension. Il importe de traiter avant le début des épidémies hivernales les désaccords éventuels sur certaines mesures afin de disposer du temps nécessaire pour dégager des solutions partagées.

**Recommandation n°7** Assurer une concertation préalable avec l'ensemble des acteurs sur les différentes mesures susceptibles d'être activées pour faire face à la crise, en amont de la phase épidémique, en lien avec la recommandation 5

[137] Enfin, parmi les leviers susceptibles d'être activés, la mission souligne l'intérêt de mettre en place une gestion proactive en vue de constituer des viviers d'IDE et de puéricultrices ayant une expérience des services de soins critiques. Dans cette perspective, il serait utile de solliciter systématiquement ces professionnelles lorsqu'elles quittent les services de soins critiques pour savoir si elles acceptent d'être inscrites dans ce vivier. Par ailleurs, il convient de poursuivre les efforts engagés pour identifier parmi les professionnelles ayant quitté le service depuis un temps à

préciser (par exemple 3 ou 4 ans), celles qui acceptent d'être inscrites dans ce vivier, en faisant le lien avec la réserve sanitaire.

**Recommandation n°8** Mettre en place une gestion proactive pour constituer et maintenir un vivier interne d'infirmières et de puéricultrices ayant l'expérience des services de soins critiques et acceptant d'être sollicitées en renfort

### 3.2 Faciliter les recrutements et favoriser la fidélisation des infirmiers et puéricultrices des unités de soins critiques

[138] La mission n'a pas examiné toutes les pistes susceptibles de faciliter les recrutements et la fidélisation dans les services de soins critiques de l'APHP, faute de temps d'expertise suffisant. Elle n'a pas formulé, notamment, de recommandation visant à mettre en place un module obligatoire de pédiatrie au cours de la formation, à augmenter les flux d'infirmiers en formation dans les IFSI de l'APHP ou à privilégier les sorties d'IFSI en mars plutôt qu'en septembre<sup>27</sup>, faute d'être en mesure d'apprécier la pertinence et le bien-fondé de ces différentes mesures au regard de l'ensemble de leurs impacts.

#### 3.2.1 Une politique active de stages

[139] Une politique active de stage permettant aux étudiants infirmiers de se familiariser avec les services de soins critiques est un levier important pour lever leurs éventuelles appréhensions face à ces services très techniques et améliorer l'attractivité des postes proposés. Un plan d'action spécifique est élaboré en ce sens avec les directions des IFSI et Ecole de puériculture, le siège de l'APHP et des professionnels de terrain volontaires, dans le cadre éventuel d'un plan d'action plus général pour améliorer le taux de recrutement des étudiants à la sortie des IFSI de l'APHP, aujourd'hui de l'ordre de un sur deux.

**Recommandation n°9** Mettre en place une politique active de stages infirmiers et de puéricultrices dans les services de soins critiques en lien avec les instituts de formation

#### 3.2.2 Valoriser le choix des services critiques

[140] Aucune raison ne paraît justifier aujourd'hui l'exclusion des IDE des services de réanimation pédiatrique du bénéfice de la nouvelle bonification indiciaire accordée en réanimation néonatale. La question se pose aussi des unités de surveillance continue, compte-tenu de la nécessité de renforcer globalement les services de soins critiques.

[141] Le service dans les unités de soins critiques devrait être fortement valorisé compte-tenu du niveau d'exigence qu'il requiert. Il serait utile d'organiser des parcours valorisant le passage dans ces services pour la suite de la carrière et d'encourager l'accès aux études promotionnelles de puéricultrice des infirmières ayant une expérience ou une appétence pour les soins critiques pédiatriques.

---

<sup>27</sup> La majorité des sorties d'IFSI intervient dorénavant au début de l'été et non plus en mars, dans une logique d'alignement sur le calendrier universitaire. De ce fait, les infirmières nouvellement diplômées ne prennent un poste qu'en septembre à l'issue de leurs congés et celles qui font le choix de rejoindre des services de soins critiques pédiatriques ne peuvent bénéficier d'un temps suffisant de formation pour être opérationnelles au début de l'épidémie.

**Recommandation n°10** Etendre le bénéfice de la NBI accordée aux infirmières et puéricultrices de réanimation néonatale aux infirmières de réanimation pédiatrique et de surveillance continue, dans des conditions à déterminer. Organiser par ailleurs des parcours IDE valorisant les passages en soins critiques

- Assurer un management « soutenant » et participatif

Le niveau d'exigence des services de soins critiques requiert de la part de l'encadrement une vigilance particulière pour sécuriser les conditions de travail, faire participer les équipes, valoriser les professionnels et développer la qualité de vie au travail.

**Recommandation n°11** Mettre en place des formations spécifiques au management des unités de soins critiques à destination de l'encadrement soignant

### 3.3 Stabiliser les ressources soignantes des services de soins critiques

[142] Pour améliorer l'attractivité des services de soins critiques et faciliter la gestion de la période hivernale, la mission estime au terme de sa mission qu'il serait pertinent de pérenniser sur l'année une quote-part des moyens IDE et puéricultrices mobilisés dans le cadre de la période hivernale

[143] Il paraît nécessaire tout d'abord de donner un signal pour restaurer l'attractivité de ces unités, affectées par une instabilité chronique. Une mesure en faveur de l'attractivité paraît justifiée à plusieurs titres, d'abord pour reconnaître le service majeur rendu par ces unités, composés en règle générale de professionnels très engagés, pour reconnaître ensuite l'accroissement tendanciel de la charge en soins des professionnels qui ont à prendre en charge des patients de plus en plus lourds. Ces différents éléments plaident pour améliorer les taux d'encadrement de ces services qui en tout état de cause constituent des planchers à respecter et non une cible.

[144] Maintenir tout au long de l'année les effectifs correspondant aux capacités autorisées semble également justifié par les taux d'occupation élevés des services de réanimation concernés, et dans une moindre mesure des services de surveillance continue. Ces taux d'occupation élevés découlent du rôle de recours régional des services de l'APHP

[145] De plus, il est nécessaire de mieux prendre en compte la difficulté de mobiliser en temps et en nombre des professionnels formés aux soins critiques en période hivernale.

[146] Pour l'ensemble de ces raisons, la mission préconise de stabiliser les ressources soignantes de services de soins critiques en maintenant sur l'année les ressources correspondant aux capacités autorisées, dans le triple souci d'améliorer les conditions de prise en charge des patients, les conditions de travail des soignants et de faciliter la gestion de la période hivernale. Le surcoût financier de cette mesure paraît raisonnable compte-tenu des économies d'intérim à en attendre et du petit nombre des professionnels concernés (de l'ordre de 250 IDE sur 22 000 à l'APHP).

**Recommandation n°12** Stabiliser les ressources soignantes de services de soins critiques en maintenant sur l'année les ressources correspondant aux capacités autorisées

[147] En complément de ces mesures, il conviendrait pour faciliter l'ajustement des ressources aux besoins des services et favoriser la fidélisation des professionnels, de lancer une étude nationale spécifique sur la tarification des activités de soins critiques.

**Recommandation n°13** Lancer une étude spécifique nationale sur les coûts de l'activité de réanimation au regard des taux d'encadrement en vigueur

### 3.4 Affirmer la vocation régionale des services de soins critiques de l'APHP et poursuivre le développement des services hors APHP

[148] La vocation régionale de l'APHP dans le domaine des soins pédiatriques critiques lui confère une double responsabilité, assurer en premier lieu l'accueil de tous les patients qui ont besoins de soins pédiatriques aigus et contribuer en second lieu à la qualité des soins et leur bonne organisation au niveau régional.

[149] Bien que la mission n'ait pas pu dans les délais impartis examiner la qualité des relations des établissements pédiatriques hors APHP unis par convention avec les différents GHU, il apparaît utile de souligner la nécessité de sa collaboration active pour le bon fonctionnement de la régulation régionale de cette activité.

[150] Le bon fonctionnement de la prise en charge de ces patients à l'échelle régionale implique aussi de mettre en service les unités de surveillance continue autorisées par l'ARS hors APHP. Un plan d'action est à élaborer sous l'égide de l'ARS pour leur permettre de se doter de pédiatres, condition de leur ouverture.

**Recommandation n°14** Conforter les réseaux pédiatriques APHP/services des hôpitaux hors APHP (formation, assistants partagés) et poursuivre et faciliter le développement des USC des hôpitaux périphériques

[151] Enfin, il apparaît utile de mettre en place une régulation régionale des SMUR, aujourd'hui confrontés sur certains sites à des difficultés pour organiser des lignes de garde H24. Une réflexion spécifique est à conduire sur ce point que la mission n'a pas eu le temps d'approfondir.

Christine D'AUTUME

Dr Francis FELLINGER



# LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

*La Ministre*

*Paris, le 3.12.2019*

Madame la Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales,

Depuis cet automne, les services de réanimation pédiatrique et de surveillance continue de la région Île-de-France connaissent une succession de phénomènes de saturation, ayant conduit à ce jour à plus de vingt transferts de patients hors région, via l'un des cinq SMUR pédiatriques franciliens.

Alors que les facteurs épidémiologiques apparaissent en volume similaires aux trois dernières années, avec néanmoins une intensité apparente importante du virus de la bronchiolite cette saison, les acteurs mettent en avant, pour expliquer cette crise, une forte restriction du nombre de lits disponibles, en particulier à l'hôpital Necker mais aussi, dans une moindre mesure, sur d'autres sites.

Cette réduction capacitaire est présentée comme la résultante d'une forte tension sur le recrutement d'infirmiers de puériculture à l'hôpital public, du fait d'une attractivité en berne qui affecterait tout particulièrement cette profession.

Dans le cadre d'une mission « flash » d'appui à l'Agence régionale de santé Île-de-France, il vous est demandé d'éclairer ces constats d'un diagnostic fin de la situation en cours, et d'apporter des préconisations de court et de moyen terme à même de résorber ces tensions et de limiter ainsi tout risque pour la couverture des besoins de la population pédiatrique de la région.

Vous vous attacherez donc à objectiver les tensions à l'œuvre et à en déterminer les causes, en traitant les facteurs épidémiologiques, les facteurs capacitaires, y compris dans leur dimension relative à l'attractivité des métiers, ainsi que les facteurs organisationnels et de pratique, en particulier en matière de régulation médicale et de gestion globale des compétences en pédiatrie aiguë, allant de la réanimation pédiatrique à la pédiatrie générale, incluant les soins intensifs et la réanimation néonatale.

Madame Nathalie DESTAIS  
Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociale  
39-43, quai André Citroën  
75739 PARIS Cedex 15

.../...

14, AVENUE DUQUESNE – 75700 PARIS  
TÉLÉPHONE : 01 40 56 00 00 – TÉLÉCOPIE : 01 40 56 00 00

Il s'agira également de déterminer dans quelle mesure le pilotage de cette crise au niveau régional et à l'échelle de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris est susceptible d'être renforcé et amélioré pour optimiser la réponse opérationnelle à court, moyen et long terme.

Dans cette phase, vous évalueriez la nature et la portée concrète des actions engagées par chaque acteur et établissement impliqué pour limiter les risques de saturation de la filière de pédiatrie aigüe, en lien notamment avec les recommandations de bonnes pratiques et les plans gouvernementaux, notamment le pacte de refondation des urgences annoncé le 9 septembre dernier.

Au-delà de ce diagnostic étayé, vous formulerez des recommandations pour limiter efficacement de nouveaux transferts de patients hors région, pour l'avenir immédiat et le moyen terme, en veillant à distinguer les actions nouvelles à entreprendre de celles qui sont à arbitrer.

Eu égard au risque d'aggravation de la situation cet hiver, je souhaite que vous me remettiez vos premières conclusions et recommandations sous quinzaine.

Je vous prie d'agréer, Madame la Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales, l'expression de ma considération distinguée.



Agnès BUZYN

# ANNEXE 1 : Chronologie des transferts hors IDF et capacités de soins critiques de l'APHP du 17 10 au 10 12 2019

Tableau 8 : Capacités de réanimation disponibles du 17 10 au 5 12 2019

Transferts effectués hors IDF		Capacités autorisées de réanimation pédiatrique et fermetures de lits																		
Date	nb	Bicêtre			Necker			Poincaré-Garches			Robert Debré			Trousseau		Autres		TOTAL APHP lits de réanimation		
		A	O	F	A	O	F	A	O	F	A	O	F	A	F	A	F	A	O	F
17-oct	1	8	8	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	57	4
22-oct	1	8	8	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	57	4
23-oct	1	8	8	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	57	4
01-nov	1	8	8	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	57	4
12-nov	3	8	8	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	57	4
13-nov		8	8	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	57	4
19-nov	1	8	8	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	57	4
20-nov	3	8	8	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	57	4
21-nov	1	8	8	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	57	4
22-nov	1	8	8	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	57	4
23-nov	2	8	8	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	57	4
24-nov	1	8	8	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	57	4
25-nov	1	8	8	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	57	4
29-nov	3	8	8	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	57	4
30-nov	1	8	8	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	57	4
02-déc	1	8	10	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	59	4
03-déc	0	8	10	0	12	15	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	59	4
04-déc	0	8	8	0	12	18	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	60	4
05-déc	0	8	8	0	12	18	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	60	4
06-déc	0	8	13	0	12	18	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	65	4
07-déc	0	8	13	0	12	18	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	65	4
08-déc	0	8	13	0	12	18	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	65	4
09-déc	0	8	12	0	12	18	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	64	4
10-déc	0	8	13	0	12	18	0	10	6	4	20	20	0	8	0			58	65	4

Source : ARS (transferts) et APHP

Tableau 9 : Capacités de surveillance continue disponibles du 17 10 au 5 12 2019

Transferts effectués hors IDF		Capacités autorisées de surveillance continue et fermetures de lits																			
Date	nb	Bicêtre			Necker			Poincaré-Garches			Robert Debré			Trousseau		Autres(lmr/jvr		TOTAL APHP USC			
		A	0	F	A	0	F	A	0	F	A	0	F	A	F	A	F	Lits d'USC autorisés	Lits d'USC ouverts	F	
17-oct	1	10	7	3	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	67	15	réa néonats
22-oct	1	10	7	3	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	67	15	
23-oct	1	10	7	3	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	67	15	
01-nov	1	10	7	3	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	67	15	réa néonats
12-nov	3	10	7	3	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	67	15	
13-nov		10	7	3	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	67	15	
19-nov	1	10	7	3	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	67	15	
20-nov	3	10	7	3	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	67	15	
21-nov	1	10	7	3	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	67	15	
22-nov	1	10	7	3	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	67	15	
23-nov	2	10	7	3	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	67	15	
24-nov	1	10	7	3	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	67	15	
25-nov	1	10	7	3	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	67	15	
29-nov	3	10	7	2	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	67	14	
30-nov	1	10	7	2	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	67	14	
02-déc	1	10	8	2	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	68	14	
03-déc	0	10	8	2	20	8	12	16	16	0	20	20	0	8	0	8	0	82	68	14	
04-déc	0	10	8	2	20	8	12	16	15	1	20	20	0	8	0	8	0	82	67	15	
05-déc	0	10	11	1	20	8	12	16	15	1	20	20	0	8	0	8	0	82	70	14	
06-déc	0	10	5	7	20	8	12	16	15	1	20	20	0	8	0	8	0	82	64	20	
07-déc	0	10	5	7	20	8	12	16	15	1	20	20	0	8	0	8	0	82	64	20	
08-déc	0	10	5	7	20	8	12	16	15	1	20	20	0	8	0	8	0	82	64	20	
09-déc	0	10	5	7	20	8	12	16	15	1	20	20	0	8	0	8	0	82	64	20	
10-déc	0	10	5	7	20	8	12	16	15	1	20	20	0	8	0	8	0	82	64	20	

Source : ARS (transferts) et APHP (capacités)

## LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

**AVERTISSEMENT : la liste des personnes rencontrées ci-dessous n'est pas exhaustive, la mission n'ayant pu procéder aux vérifications habituelles dans les délais très courts de cette mission « flash ». Elle prie les personnes rencontrées dont les noms ne figureraient pas ci-dessous de bien vouloir l'en excuser.**

### **Cabinet de la ministre des Solidarités et de la santé**

Thomas DEROCHE, Directeur adjoint

### **Ministère des solidarités et de la santé**

- **Direction générale de l'offre de soins**

Sylvie ESCALON, Sous-directrice de la régulation de l'offre de soins

Céline CASTELAIN-JEDOR, chef du bureau R3

Dr Pierre CHARESTAN, Conseiller médical

- **Direction générale de la Santé**

Pr Jérôme SALOMON, Directeur général de la santé, par entretien téléphonique

### **AP-HP**

Martin HIRSCH, Directeur général

François CREMIEUX, Directeur général adjoint

Vincent Raphael HIRSCH, Directeur de Cabinet

Pr Noël GARABEDIAN, Président de la commission médicale d'établissement (jusqu'au 14 janvier 2020)

Pr Rémi SALOMON, Président de la commission médicale d'établissement (élu le 14 janvier 2020)

Maxime Le MORVAN, Directeur des soins

### **GHU AP-HP CENTRE UNIVERSITE DE PARIS - NECKER**

Serge MOREL, Directeur du GHU

Pr Pierre CARLI, Président de la commission locale d'établissement et chef du SAMU 75

Maya VILAYLECK, Directrice du site

Jérôme ANTONINI, Adjoint au directeur général du GHU

Eric ROUSSEL, Directeur des ressources humaines du GHU

Philippe MAURICE, Coordinateur général des soins et activités paramédicales

Pr Sabine SARNACKI, Chirurgie viscérale pédiatrique

Pr Françoise DENOYELLE, ORL pédiatrique  
Pr Gilles ORLIAGUET, Anesthésie réanimation pédiatrique et obstétricale  
Pr Christophe GLORION, Chirurgie orthopédique pédiatrique  
Pr Sylvain RENOLLEAU, Réanimation pédiatrique et unité de soins continus  
Pr Christophe DELACOURT, Pneumologie et allergologie pédiatrique  
Pr Gérard CHERON, Urgences pédiatriques  
Pr Véronique ABADIE, Pédiatrie générale  
Axel HOFFMANN, Cadre de Santé réanimation pédiatrique  
Maëlia LEGRIX, Infirmière réanimation pédiatrique  
Sophie CRETE, Infirmière référente réanimation pédiatrique  
Maxime POTDEVIN, Infirmier réanimation pédiatrique et SMUR pédiatrique

**GHU AP-HP SACLAY UNIVERSITE DE PARIS RAYMOND POINCARE-GARCHES (Conférence téléphonique)**

Anne COSTA, DGA du GHU  
Hélène JACQUES, Directrice du site  
L.RINGOT, Directeur des soins  
Représentant DRH  
Pr Agnès LINGLART, Directrice du DMU SEA  
Pr Isabelle DESGUERRE, Réanimation pédiatrique et neurologie pédiatrique  
Dr Jean BERGOUNIOUX, Réanimation pédiatrique  
Anne DEWYNTER, Cadre paramédical DMU pédiatrie

**GHU AP-HP SACLAY UNIVERSITE DE PARIS LE KREMLIN-BICETRE**

Christophe KASSEL, Directeur du GHU  
Pr Jacques DURANTEAU, Président de la commission d'établissement  
Denis DUCASSE, Secrétaire général du GHU  
Anne LESAGE, Directrice BICETRE  
G. PICHON-NAUDE, DRH  
Denis PELASSY TARBOURIECH, Coordinateur des soins et activités paramédicales  
Pr Agnès LINGLART, DMU pédiatrie  
Pr TISSIERE, Réanimation pédiatrique et USC pédiatrique  
Anne DEWYNTER, Cadre paramédical DMU pédiatrie  
Pr GAJDOS, Pédiatrie générale Hôpital Béclère  
Dr Marc DUVAL-ARNOULD Urgences pédiatriques

**GHU AP-HP Nord Université de Paris - Site Robert Debré**

Vincent NICOLAS-DELPECH, Directeur du GHU

Pr Jean-Claude CAREL, Président de la commission d'établissement

Florent BOUSQUIE, Directeur du site

Anita FOUREAU, Coordinatrice générale des soins et activités paramédicales

Pierre BOSSER, Directeur des ressources humaines

Pr Stéphane DAUGER, Réanimation pédiatrique

Axel HOFFMANN, Cadre de Santé

**Hôpital TROUSSEAU**

Christine WELTY, Directrice générale du GH APHP Sorbonne Université, par entretien téléphonique

Renaud PELLÉ, Directeur de l'hôpital Trousseau

Pr Bertrand GUIDET, Professeur, Président de la Commission locale d'établissement

Pr Pierre-Louis LEGER, Chef de Service de Réanimation Polyvalente Pédiatrique et Néonatale

Pr Jean-Marie JOUANNIC, Directeur médical du DMU ORIGYNE

Brigitte PLAGÈS, Directrice des soins

Damien DUVEY et Marie MAILLOT, Cadres du service de Réanimation Polyvalente Pédiatrique et Néonatale

**SMUR PEDIATRIQUE**

Dr Noëlla LODE, coordinatrice des SMUR pédiatriques d'Ile de France (entretien téléphonique)