



## COMMUNIQUE DE PRESSE DU 15 JUIN 2022

Mission Flash Urgences : Contribution des organisations pédiatriques (CNPP, SFP, AFPA GFRUP, SNPEH, SNPF) à l'état des lieux et aux propositions pour les urgences pédiatriques

**Dans le cadre de la mission Flash proposée par le Président Emmanuel Macron en juin 2022, les organisations pédiatriques se sont auto-saisies de la problématique des urgences Pédiatriques, celles-ci représentent près de 30% des 22 millions de passages annuels en France.**

**La situation des urgences pédiatriques est très dégradée** avec des perspectives sombres pour les mois et les années qui viennent. On retrouve pour partie les mêmes causes que celles qui touchent les services d'urgences adultes et pour partie des **problématiques spécifiques aux urgences pédiatriques et à la santé de l'enfant** :

- Faible reconnaissance et **déficit historique de moyens des urgences pédiatriques** par rapport aux urgences générales. A activités égales les ressources en personnels médicaux, paramédicaux, et matériels sont **plus faibles** aux urgences pédiatriques qu'aux urgences adultes et ce sur tout le territoire.
- Etat dégradé de la Pédiatrie hospitalière et des lits d'aval pour les urgences : **Innombrables fermetures de lits, de services** sur des périodes plus ou moins prolongées sur tout le territoire : les témoignages affluent par centaines. Liste non exhaustive d'établissements concernés<sup>1</sup>
- **Accumulation des crises avec un retard historique en soin de santé mentale de l'enfant et l'adolescent** : la crise des services d'urgences se surajoute à celle de la pédopsychiatrie avec pour effet de concentrer les difficultés sur les urgences pédiatriques, porte d'entrée des hôpitaux pour enfants et adolescents.
- **La très faible offre de soins d'urgences pédiatriques dans le secteur privé.**
- L'absence d'alternative en ville pour de nombreux sur-spécialistes : traumatologie pédiatrique, ORL pédiatrique, cardiologie pédiatrique, gastro-entérologie pédiatrique, chirurgie viscérale pédiatriques, radiologie pédiatrique, etc. L'accès à ces sur-spécialistes en urgences ne se fait à l'heure actuelle que par les services d'urgences pédiatriques.
- **Des alternatives au passage aux urgences pour des soins non programmés beaucoup plus réduites** en ville pour les enfants que pour les adultes : Le nombre de médecins de ville susceptibles de recevoir des enfants pour des soins non programmés est plus faible que pour les adultes.
- Une **régulation pédiatrique par les centres 15 très en difficulté** compte tenu du volume des appels et de la difficulté de l'exercice en l'absence de formation spécifique pédiatrique des régulateurs et des Assistants de Régulation Médicale (ARM).
- Dans de nombreux établissements, le même médecin et les mêmes personnels soignants interviennent dans des secteurs très différents avec une **nécessité de grande polyvalence** : Hospitalisation conventionnelle, Hôpital de Jour, Unité de Soins Continues, Consultations programmées, Salle de naissance, Néonatalogie, Urgences Pédiatriques. La crise des urgences pédiatriques se surajoute ainsi à la crise des Pédiatres en néonatalogie et en maternité. L'activité de ces personnels, exigeante en termes de continuité des soins les nuits et les week-end, souvent en centres hospitaliers généraux est mal reconnue, ce qui entraîne une confusion et **une sous-estimation des moyens nécessaires à la permanence des soins aux urgences pédiatriques.**
- **La réforme du financement des urgences induit une baisse sans précédent du financement des urgences pédiatriques.** Avec cette réforme, à sévérité égale, le passage d'un adulte apporte **un financement supérieur à celui d'un enfant.** Il en résulte un déséquilibre qui rend non rentable l'activité d'urgences pédiatriques pour de nombreux établissements. Cette réforme est une **incitation directe pour les établissements de baisser leur activité d'urgences pédiatriques** au profit de l'activité d'urgences adultes.

- **Disparité de l'offre de soins sur le territoire y compris en région urbaine :** Il existe de vastes zones de désertification médicale sur le plan pédiatrique ne laissant **pas d'alternatives pour les familles** autre que de consulter aux urgences y compris pour des pathologies bénignes. A cela se grevent des disparités sociales.
- Les urgences pédiatriques sont un **maillon essentiel** pour le dépistage et la prise en charge des situations de **négligence et de maltraitance à enfant**. Cet aspect est très spécifique aux urgences pédiatriques et nécessite du personnel multidisciplinaire et formé à ces prises en charges difficiles (Pédiatres, Assistantes Sociales, Psychologues, Puéricultrices).

### 10 Propositions prioritaires des sociétés de pédiatrie :

#### **1/ Soutenir et aider les Pédiatres ambulatoires et les médecins généralistes à assumer une activité de soins non programmés comme alternative au passage par les urgences.**

Ces médecins ont souvent une activité déjà intense en particulier dans les zones de désertification médicale. Pour les décharger de certaines tâches non médicales une aide sous la forme d'un octroi et/ou baisse de charge et/ou facilitation d'embauche d'un **assistant médical** faciliterait la prise en charge de consultations non programmée. Aide à l'embauche de secrétaires formées à la réponse téléphonique, valorisation de l'activité de réponse téléphonique. Défiscalisation du travail des médecins. Présence d'assistants médicaux et de secrétaires le soir et le week-end. Favoriser la poursuite/reprise du travail des retraités sous la forme d'une incitation financière et l'exonération de charges.

**2/ Aider à la création d'une « garde » libérale en pédiatrie et en médecine générale aux heures ouvrables** (locaux dédiés ou créneaux dédiés dans les cabinets libéraux) pour accueillir les patients réorientés pour des **consultations non programmées** et **renforcement** de la permanence de soins libérale la nuit et les week-ends, extension de la PDSA au samedi matin.

**3/ Développer une régulation adaptée et spécifique à la Pédiatrie** pour mieux orienter les familles et limiter les passages ne relevant pas de l'urgence. Un conseil aux familles inquiètes par des personnels non médecins (puéricultrices, IPA) permettrait de limiter le nombre des consultations non justifiées (fiches et algorithmes de régulations déjà rédigés et expérimentés par Courlygonnes : <https://courlygonnes.net/plaquettes-pour-professionnels/>)

**4/ Ouvrir et optimiser l'utilisation de tous les lits de Pédiatrie** de manière souple et adaptée à l'activité saisonnière très marquée en pédiatrie. Définir des objectifs de nombres de lits de Pédiatrie aiguë par région avec une aide de l'ARS pour parvenir à ces objectifs. Compte tenu des variations saisonnières une marge de sécurité dans l'occupation des lits est essentielle (plans « hôpital en tension » opérationnels). Le même effort doit être réalisé pour fluidifier les circuits de chirurgie pédiatrique et de pédopsychiatrie.

**5/ Accentuer l'effort pour rattraper le retard historique des urgences pédiatriques** par rapport aux urgences adultes : sortir des idées reçues : « **petits enfants = petites urgences avec petits moyens** ». Augmentation du nombre de professionnels, médicaux comme paramédicaux, formés et dédiés à l'activité d'urgences pédiatriques. L'ensemble des enfants sur le territoire a le droit d'être pris en charge en cas d'urgence par des professionnels spécialisés en Pédiatrie la nuit, comme le jour, la semaine comme le week-end, en ville comme à l'hôpital.

**6/Revaloriser de façon immédiate** le forfait des passages aux urgences pédiatriques.

**7/ Inciter et envoyer des signaux forts pour le personnel à rester à l'hôpital public** comme pour les urgences adultes : revalorisation des salaires et des gardes. Reconnaissance de leur spécialisation, de leur expertise et de leur plus-value.

**8/ Instaurer un système de Bed Manager spécifique** aux services d'urgences pédiatriques.

**9/Instaurer un système de Bed Manager au niveau régional** (cf. l'exemple de la SRAE RESOPEDIA et des parcours de soins pédiatriques en Pays de la Loire <https://www.reso-pedia.fr/>)

**10/Investir de façon importante** pour le renouvellement du matériel, et dans des solutions permettant de réduire le temps de passage des patients (biologie délocalisée, matériel d'imagerie portatif : échographe...). Formation du personnel au bon usage des examens complémentaires (réduit à leur strict nécessaire).

**-Pr Robert Cohen**

Président du Conseil National Professionnel de Pédiatrie (CNPP)

**-Pr Christèle Gras-Le Guen**

Présidente de la Société Française de Pédiatrie (SFP)

**-Dr Andreas Werner**

Président de l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA)

**-Pr Francois Angoulvant**

Président du Groupe Francophone de Réanimation et d'Urgences Pédiatriques (GFRUP)

**-Dr Emmanuel Cixous**

Président du Syndicat National des Pédiatres des Etablissements Hospitaliers (SNPEH)

**-Dr Brigitte Virey**

Présidente du Syndicat National des Pédiatres Français (SNPF)

---

**<sup>i</sup> Quelques exemples de services de Pédiatrie en difficultés pouvant entraîner des fermetures temporaires et/ou une activité dégradée.**

Aix en Provence, Angoulême, Avignon, Cahors, Chambéry, Chinon, Lisieux, Metz, Nancy, Orléans, Poitiers, Saint Lo, Saintes, Thionville, Toulon, St Denis, Longjumeau, Arpajon, Nice, Meaux, Foix, Evry, Douai, Carcassonne, Albi, Auch, Aulnay-Sous-Bois, Saint Nazaire, Châteaubriant, Nantes, La Roche/Yon, Rochefort, Poitiers, Niort, Le Mans, Boulogne, Saint Omer, Tourcoing, Béthune, Blois, Chartre, Dreux, Montargis, Romorantin, Châteauroux, Toulouse, Saint Briec, Rennes, Bayeux, Saint Lô, Lisieux, Flers, Alençon, Avranches, Caen, Vitré, HFME Lyon, Villefranche sur Saône et beaucoup d'autres encore...