

# EVALUATION DES BESOINS EN PEDIATRIE DANS LES CHG

## ENQUETE COLPEHGE 2001

**Simon DIB**, Service de Pédiatrie, Hôpital Pasteur, CHERBOURG.

**Pierre FOUCAUD**, Collèges des Pédiatres des Hôpitaux Généraux.

**Daniel CAU**, Syndicat National des Pédiatres des Etablissements Hospitaliers.

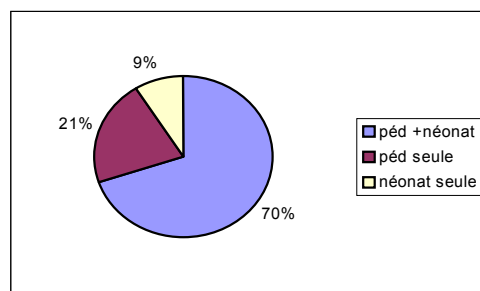
Dans la situation de crise que connaît actuellement la pédiatrie hospitalière, le Collège des Pédiatres des Hôpitaux Généraux a souhaité faire une évaluation des besoins en pédiatres dans les CHG. 297 questionnaires (Enquête COLPEHGE) ont été adressés aux services de pédiatrie et/ou de néonatalogie des Hôpitaux Généraux en février 2001 avec relance pour ceux qui n'avaient pas répondu en juillet 2001. Ces questionnaires étaient adressés aux chefs des services de pédiatrie des Hôpitaux Généraux recensés grâce au «Guide de l'hospitalisation des Enfants» publié par l'association APACHE (Docteur Sylvie ROSENBERG-RAINER) que nous remercions. Cet état des lieux de la pédiatrie des hôpitaux généraux nous a permis de préciser les structures, l'activité, l'organigramme des services. Nous sommes particulièrement attachés aux problèmes des urgences, en néonatalogie comme en pédiatrie générale étant donné les discussions en cours sur l'organisation des gardes et astreintes et la mise en place de l'ARTT (Aménagement et Réduction du Temps de Travail). Cette évaluation des besoins en pédiatrie dans les CHG a été utilisée dans les discussions avec la Direction des Hôpitaux de l'Organisation des Soins ayant abouti en novembre 2001 au rapport du groupe de travail dirigé sur les urgences par Monsieur Daniel NICOLLE, faisant suite aux accords AUBRY 2000. L'évaluation des besoins de pédiatrie hospitalière en CHU est à l'étude. La complexité de l'organisation des CHU, l'urgence d'une évaluation des besoins en pédiatrie hospitalière nous ont fait préférer la publication séparée de ce rapport sur la pédiatrie en CHG.

178 questionnaires sur les 297 adressés aux chefs de service de pédiatrie et/ou néonatalogie des hôpitaux généraux ont été exploités soit 60 % de l'ensemble des services de pédiatrie non universitaires.

Ces questionnaires explorent la structure administrative, le fonctionnement, l'activité de 1998 à 2000, et le personnel médical des services. Nous avons exclu dans une première analyse le problème des internes que nous proposons de traiter secondairement. L'évaluation des besoins en pédiatres des hôpitaux généraux a été faite en extrapolant à 100% les résultats de cette enquête faite sur 60 % des services. Les données ont été exploitées sur le logiciel EXCEL.

### A) STRUCTURES ADMINISTRATIVES

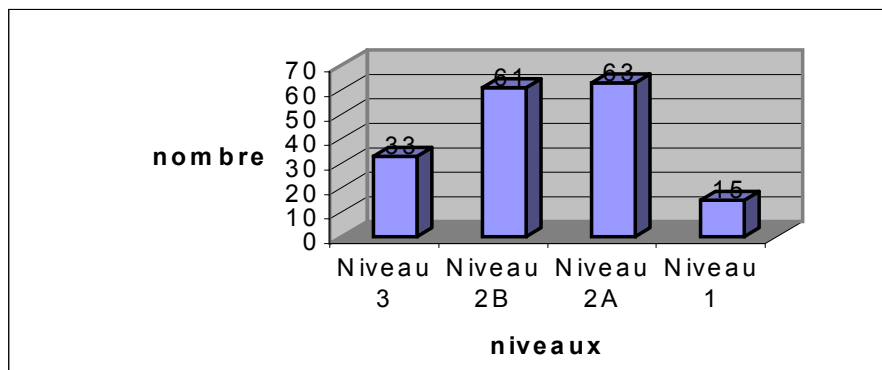
124 soit 70 % des services ayant répondu ont une activité mixte de pédiatrie et néonatalogie, 38 soit 21 % ont une activité de pédiatrie exclusive et 16 soit 9 % de néonatalogie exclusive.



La collaboration reste cependant la règle entre néonatalogie et pédiatrie. 47 sur 178 services sont organisés soit en fédération (28 = 16 %) soit en département (19 = 11 %).

### - Néonatalogie

172/178 hôpitaux ont une maternité intra-muros. Elle est de niveau 3 pour 39 soit 19 %, de niveau 2 B pour 61 soit 35 %, de niveau 2 A pour 63 soit 37 % et de niveau 1 pour 15 soit 9 %.



Ce sont donc 94 soit 54 % des 172 CHG ayant répondu qui ont ou devraient avoir réglementairement une garde de pédiatre sur place au titre de la néonatalogie (cf JO octobre 98). En fait 23 de ces 94 services n'ont pas de pédiatre de garde sur place.

¼ des services (42/176 = 24 %) accueillent des nouveaux nés venant de plus d'une maternité et travaillent sur 2 sites (ou plus) d'accouchements. La distance moyenne entre ces sites est de 30 km.

### - Pédiatrie

113 services sur les 142 ayant répondu à cette question, soit les **2/3 d'entre eux (63 %)** ont une **UF d'urgences pédiatriques**. 97/162 disent bénéficier de locaux spécifiquement dévolus aux urgences pédiatriques. **Plus des trois quarts (77/97 = 77 %) de ces urgences pédiatriques sont localisées dans le service de pédiatrie.**

Les lits portes n'existent que dans 15 services avec en moyenne 2,75 lits par service. Par contre, 111 services ont un hôpital de jour avec en moyenne 2,7 lits par service ; cet hôpital de jour est utilisé par les urgences dans 29 % des cas (47/111).

Les trois quarts des urgences des CHG sont structurées en SAU (Service d'Accueil et de Traitement des Urgences) (105/142) et un quart en UPATOU (Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences) (36/142). Un seul CHG est constitué en POSU (Pôle Spécialisé d'Accueil, de Traitement des Urgences).

La polyvalence des services de pédiatrie est fréquente puisque les deux tiers reçoivent en hospitalisation des enfants souffrant de pathologie chirurgicale, viscérale, et que la moitié reçoivent de l'orthopédie.

57 % reçoivent en hospitalisation de la chirurgie spécialisée (ORL, Ophtalmologie, stomatologie) :

<b>Hospitalisation en pédiatrie</b>	<b>oui</b>	<b>non</b>	<b>?</b>	<b>Total</b>
<b>Chirurgie viscérale</b>	<b>110</b> 62%	<b>61</b> 35%	<b>7</b> 4%	<b>178</b> 100%
<b>Chirurgie orthopédique</b>	<b>89</b> 50%	<b>83</b> 47%	<b>6</b> 3%	<b>178</b> 100%
<b>ORL/OPH/STOM</b>	<b>101</b> 57%	<b>66</b> 37%	<b>11</b> 6%	<b>178</b> 100%

**Tableau 1 : Le lieu d'hospitalisation des enfants selon leur pathologie**

Par contre les enfants hospitalisés en pédiatrie pour problèmes chirurgicaux passent avant leur hospitalisation soit aux urgences de pédiatrie, soit aux urgences chirurgicales polyvalentes puisque 52 % seulement des urgences pédiatriques disent recevoir de la chirurgie viscérale et 30 % de la chirurgie orthopédique. En fait la traumatologie, souvent bénigne, n'entraînant pas d'hospitalisation, est souvent prise en charge aux urgences adultes. Plusieurs auteurs ont montré que la moyenne d'âge des urgences chirurgicales des enfants est de 9 ans avec 2/3 de traumatologie, alors que la moyenne d'âge des urgences médicales de l'enfant est de 2,5 ans (Gérard CHERON 1999). Les adolescents sont souvent pris en charge en pédiatrie comme l'avait déjà montré l'enquête de Patrick ALVIN puisque la moyenne d'âge maximum d'hospitalisation en pédiatrie est de 16,5 ans (entre 15 et 19 ans). La collaboration en urgence avec un pédopsychiatre est possible dans 58 % des services.

## **B- BILAN D'ACTIVITES**

172 services nous ont transmis leurs bilans d'activités de 1998, de 1999 et 2000.

### **1- En Néonatalogie :**

La moyenne des accouchements pris en charge par le service de pédiatrie par an est de 1305 en 1998, 1357 en 1999, 1450 en 2000 soit une augmentation de 3,4 % par an. L'accroissement des accouchements extra-muros (5%) est supérieur à celui des accouchements intra-muros.

Les hospitalisations en néonatalogie augmentent également : 321 en 1998 et en 1999, 335 en 2000 soit + 2,2 % par an de 1998 à 2000. La durée moyenne de séjour (DMS) moyenne en néonatalogie est de 9,13 jours en 1998 et 9,45 en 2000. Cet accroissement est probablement secondaire à l'augmentation du nombre de prématurés et de prématurissisme. D'autres rapports ont souligné le nombre insuffisant de lits d'élevage en Néonatalogie. La moyenne annuelle des transferts en CHU est de 15 en 1998 et de 18 en 2000.

21 % des 172 maternités ont une unité « kangourou ». Les hospitalisations dans cette unité kangourou augmentent de 110 en 1998 à 122 en 2000 soit de 5,5 % par an, soulignant l'effort des pédiatres pour laisser les nouveaux nés près de leur mère. L'activité de consultations de néonatalogie est importante : 1 221 par an en 1998 et 1281 en 2000 soit une augmentation de 2,5 % par an.

Au total : l'augmentation de l'activité en néonatalogie en CHG est de 2 à 6 % par an selon les différents secteurs d'activité clinique. Les lits d'élevage de prématurés ont été prévus en nombre insuffisant dans le plan périnatalité.

## 2- En Pédiatrie

L'augmentation des hospitalisations traditionnelles est de 3,7 % par an et celle des hôpitaux de jour de 3,3 % par an (tableau2).

<b>Activité / Année</b>	<b>1998</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>%/an</b>
<b>Hospitalisation traditionnelle</b>	1892	1935	2033	+3.7
<b>DMS</b>	3.11	2.96	2.88	-3.7
<b>Hôpital de jour</b>	481	494	527	+3.3
<b>Consultations programmées</b>	2846	2754	2723	-2.1
<b>Consultations en urgence</b>	3799	4162	4478	+8.9
<b>Passages aux urgences</b>	6632	7050	7542	+6.8

**Tableau 2 : Bilan d'activité des services de pédiatrie sur 3 ans**

**Les consultations d'urgences** (= non suivies d'une hospitalisation immédiate) **s'accroissent de façon considérable : 8,9 % par an** soit environ 2 fois plus que les urgences adultes. Les passages aux urgences qui additionnent les hospitalisations en urgence et les consultations d'urgence s'accroissent de 6,8 % par an. Ce différentiel est dû soit à l'effort des pédiatres pour éviter l'hospitalisation, soit à un recours plus fréquent aux urgences de pédiatrie hospitalière pour des pathologies bénignes. En 2000, 44 services sur 172 soit 25 %, ont pu comptabiliser avec précisions le nombre d'hospitalisations traditionnelles réalisées en urgence : les urgences constituent 87 % de l'ensemble du recrutement des hospitalisations traditionnelles. Les durées moyennes de séjour en pédiatrie générale sont passées de 3,11 en 1998 à 2,88 jours en 2000.

Contrastant avec l'inflation des urgences, **le nombre des consultations programmées diminue de 2,1 % par an**

Au total :

- **L'inflation** des urgences de pédiatrie est supérieure à celle des urgences adultes.
- Les services de pédiatrie fonctionnent de plus en plus comme **des services d'urgence** de l'enfant. Une proportion importante de lits de pédiatrie fonctionne comme des « lits portes ».
- La diminution du nombre moyen de consultations programmées malgré la diminution de l'offre de consultations pédiatriques dans le secteur libéral, traduit probablement une **saturation des capacités de consultations**.

On assiste donc à un changement dans la demande et l'offre de soins en pédiatrie générale avec accroissement des soins en urgence au détriment des soins programmés.

En France cette inflation des urgences n'est probablement pas secondaire à une modification de la mortalité ou de la morbidité infantile dans notre pays. La France a l'un des plus bas taux de mortalité infantile (3<sup>ème</sup> rang mondial après la Finlande et la Suède en 1996 avec 4,8 décès pour 1000 naissances dans l'enquête comparative du CREDESS publiée dans ECO SANTE, CDE 2000). Par contre cette inflation des urgences qui est généralisée dans le monde, a des causes sociologiques voire culturelles qui ont été débattues dans le milieu

pédiatrique à l'occasion des Assises Nationales de Pédiatrie organisées à Lyon le 10/11/2001.

Notre enquête a étudié la motivation des pédiatres pour les urgences. Elle est forte puisque **seulement 7/178 soit 4 % des chefs de service de pédiatrie générale ayant répondu estiment que les urgences de pédiatrie devraient être prises en charge dans les services d'urgence polyvalente**. Par contre 127/178 soit **68 %** estiment qu'elles doivent être prises en charge en collaboration entre pédiatres et urgentistes. 77 soit **43 %** estiment que les urgences de l'enfant devraient être prises en charge exclusivement par les pédiatres (tableau 3).

Réponses	oui	non	?	Total
<b>Pédiatres</b>	<b>77</b> 43%	<b>43</b> 24%	<b>58</b> 33%	<b>178</b> 100%
<b>Urgentistes</b>	<b>7</b> 4%	<b>82</b> 46%	<b>89</b> 50%	<b>178</b> 100%
<b>Collaboration</b>	<b>121</b> 68%	<b>18</b> 10%	<b>39</b> 22%	<b>178</b> 100%

Tableau 3 : Avis des pédiatres sur l'organisation de l'accueil pédiatrique en urgence

L'amélioration de l'accueil des urgences de pédiatrie ne peut se concevoir que par l'encouragement de l'investissement des services de pédiatrie dans cette activité.

Urgences pédiatriques	oui	non	?	Total
<b>Chirurgie viscérale</b>	<b>84</b> 52%	<b>45</b> 28%	<b>33</b> 20%	<b>162</b> 100%
<b>Chirurgie orthopédique</b>	<b>48</b> 30%	<b>72</b> 44%	<b>42</b> 26%	<b>162</b> 100%
<b>Astreinte pédopsychiatrie</b>	<b>99</b> 61%	<b>54</b> 33%	<b>9</b> 6%	<b>162</b> 100%

Tableau 4 : Les pathologies vues par les pédiatres

La collaboration avec les urgentistes est évidemment souhaitable pour élargir le temps et l'espace consacrés aux enfants. Cette collaboration doit tenir compte de tous les contextes locaux mais ne peut se concevoir que dans un circuit individualisé d'urgences pédiatriques respectant la spécificité de l'accueil et de la pathologie de l'enfant (tableau 4).

De plus cette collaboration doit être étroitement articulée avec l'ensemble des activités du service de pédiatrie pour permettre le retour dès que possible de l'urgence dans le circuit du soin programmé et éviter les dysfonctionnements entre les unités d'urgence et les services d'hospitalisation et de consultations programmées. C'est le sens des recommandations du rapport du groupe de travail sur les urgences dirigé par Monsieur Daniel NICOLLE à la Direction des Hôpitaux de l'Organisation des Soins dans lequel le SNPEH a représenté les pédiatres qui vient de rendre ses conclusions à Monsieur Bernard Kouchner en novembre 2001.

## C- EFFECTIFS MEDICAUX

Les 178 services interrogés ont précisé leur organigramme : (Tableau 5)

Statut	Nombre	Moy./ service	vacants
PH – TP	443	2,75	34 = 8 %
PH – tp	165	1,5	18 = 11 %
PAC	130	1,5	25 = 19 %
Assist. Spéc	70	1,3	13 = 19 %
Assist. gén.	13	1	0
TOTAL	821	4,6	11%
Attachés	277	3	\

**Tableau 5 : La répartition des pédiatres selon leur statut et les postes vacants**

Si on calcule le nombre de praticien en équivalent temps plein (ETP) on obtient une moyenne de **4,15 ETP par service** de pédiatrie, non compris les attachés. Les services ayant une activité de pédiatrie générale exclusive ont en moyenne 1,25 ETP de moins que les services ayant une activité de néonatalogie exclusive : (tableau 6)

PEDIATRIE	3,25 ETP/ service
NEONATOLOGIE	4,5 ETP/ service
PEDIA/NEONAT	4,15 ETP/ service

**Tableau 6 : ETP pour chaque catégorie de fonctionnement**

### Postes vacants :

Actuellement 90 postes sont vacants, tous statuts confondus, dans les 178 services explorés. En extrapolant aux 297 services de pédiatrie dénombrés en France, c'est donc probablement  $297 \times \frac{90}{178} = 149$  pédiatres qui manquent d'ors et déjà.

178

Pour mémoire, il avait été publié que 115 postes vacants dans les CHG au journal officiel du 10/03/2001 (plus 58 postes en CHU).

### Départ à la retraite :

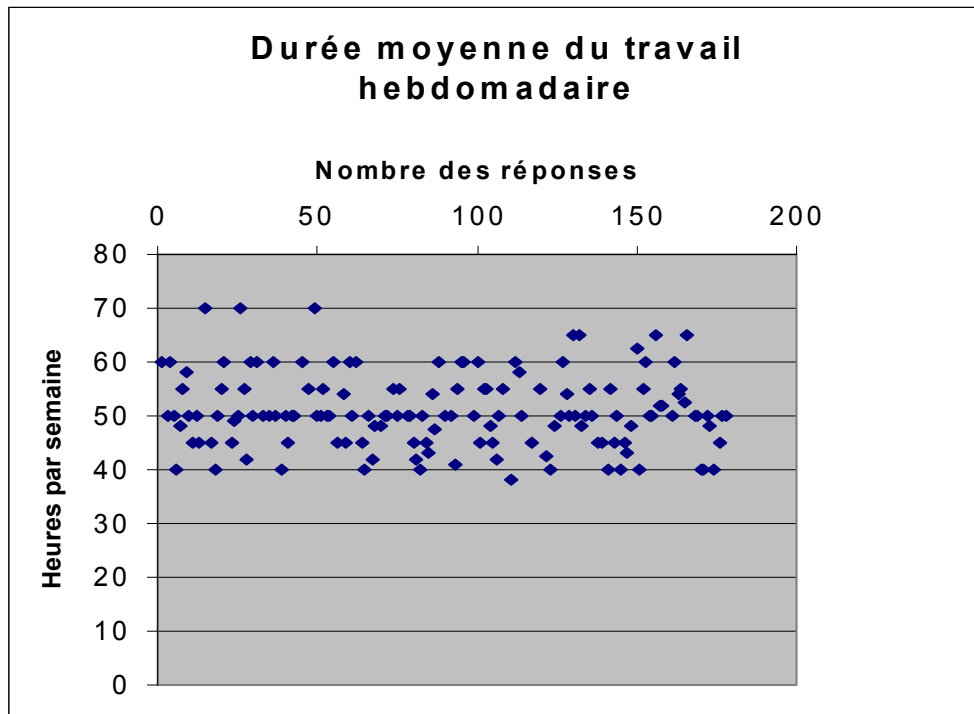
D'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2005, 41 PH temps plein sur 443 soit 10 % des effectifs et 26 PH temps partiel sur 165 soit 16 % des effectifs et 67 % en tout partiront à la retraite. Si l'on extrapole à l'ensemble des CHG c'est donc  $\frac{67}{178} \times 297 = 112$  pédiatres environ qui partiront probablement

des CHG avant le 1<sup>er</sup> janvier 2005. Et ceci sans tenir compte du vieillissement et de la féminisation de la population pédiatrique qui ont un retentissement sur l'organisation des gardes.

Ainsi, avant même tout mise en conformité des services avec les textes réglementaires, avant toute discussion sur l'ARTT, il est indispensable pour le maintien du statu quo d'intégrer 261 pédiatres en 3 ans dans les CHG.

### ARTT :

La durée hebdomadaire de travail des chefs de service temps plein, estimée par eux mêmes est de 51 heures par semaine hors gardes et astreintes. Cette évaluation est proche de celle faite dans les autres spécialités par les intersyndicales des médecins des hôpitaux.



### DUREE HEBDOMADAIRE DE TRAVAIL HORS GARDE

Le passage à l'ARTT (35 h hors gardes et astreintes) nécessite  $51 - 35 = 16$  h soit 46% de temps de travail supplémentaire. Compte tenu des 4,15 ETP actuellement présent en moyenne dans les services c'est donc  $4,15 \times 46\% = 1,9$  ETP par service soit  $1,9 \times 297 = 567$  ETP pédiatres à trouver pour assurer la continuité des services de pédiatrie/néonatalogie des CHG après mise en place de l'ARTT.

### BESOINS POUR LES GARDES ET ASTREINTES

43 % des services ont déjà un pédiatre senior de garde sur place le plus souvent pour la néonatalogie et la pédiatrie à la fois. Seulement 10 % des services ont une garde double de néonatalogie et de pédiatrie. Rappelons cependant que 54 % des maternités des CHG sont de niveau 2B ou 3 et devraient avoir réglementairement une garde sur place. Actuellement les pédiatres assurent en moyenne 5,25 gardes par senior et par mois. Le tableau de garde est en moyenne constitué à partir de 5,85 pédiatres. Si l'on adopte les mêmes calculs de besoins que les obstétriciens et les anesthésistes c'est à dire 7 ETP pour une garde sur place et 5 ETP pour une astreinte, il faut :

$7 - 4,15 = 2,85$  ETP supplémentaires en moyenne pour les 54 % de services de niveau 3 ou 2B nécessitant une garde sur place, soit en extrapolant aux 297 CHG :

$$\underline{2,85 \times 297 \times 54} = 457 \text{ ETP.}$$

Pour les 46 % des 197 services de niveau 2A ou 1 fonctionnant en astreintes, il est nécessaire pour avoir 5 ETP sur la liste d'astreinte, en sachant qu'il y en a actuellement en moyenne 4,15 ETP par service :

$$\frac{(5 - 4,15) \times 297 \times 46}{100} = 116 \text{ ETP}$$

C'est donc 457 pour les gardes + 116 pour les astreintes = **573 ETP** qui sont nécessaires pour permettre la mise en conformité des gardes et astreintes de pédiatrie avec les textes réglementaires sur la périnatalité publiée au JO d'octobre 98.

#### En conclusion :

Si nous évaluons les besoins en pédiatrie pour le passage aux 35 h (ARTT) pour l'activité de pédiatrie et de néonatalogie de jour nous aboutissons à 567 ETP. Si nous évaluons les besoins en pédiatres pour les gardes et astreintes nous aboutissons à 573 ETP. C'est donc bien de 570 ETP environ dont nous avons besoin dans les services de pédiatrie - néonatalogie des CHG dont nous avons besoin. Il faut y ajouter les 149 postes actuellement non pourvus et les 112 départs à la retraite d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2005 soit 261 pédiatres (et non pas équivalent temps plein). C'est donc de 570 ETP + 261 pédiatres, dont la majorité ETP, soit 831 pédiatres qu'il est nécessaire de trouver en 3 ans pour maintenir notre système de soins aux enfants dans les hôpitaux généraux. Rappelons que ceci ne préjuge pas des besoins en CHU, en cours d'évaluation.

#### Conclusion :

Il est impossible que soit créé en 2002 le nombre de postes dont nous avons besoin. Il est impossible également de trouver des pédiatres formés pour remplir les postes dont nous avons besoin. Il est donc nécessaire de mener une réflexion à cours moyen et long terme sur l'ouverture des postes, le recrutement des pédiatres et la formation en pédiatrie. Il nous semble réaliste au terme de cette évaluation COLPEHGE de faire les propositions suivantes :

##### 1- Pour améliorer les effectifs :

- La budgétisation des 344 postes mis au concours en 2001 et le maintien de ce recrutement en 2002.
- Réévaluation des contrats proposés aux médecins étrangers et assouplissement des statuts des PH oncontractuels pour permettre l'adaptation de l'offre et de la demande aux contextes locaux
- Incitations au recrutement de médecins libéraux dans les hôpitaux, en particulier à l'intégration de vacataires comme temps partiel
- Incitation financière pour les régions les moins interactives et/ou pour les postes à pénibilité reconnue.
- Augmentation du nombre de DES en formation en pédiatrie à 200 par an en 2001, à 220 par an en 2002, 240 par an en 2003 et les années suivantes.

2 - Pour améliorer la représentation des enfants dans le système de soins :

- L'obligation de créer des UF d'urgences de pédiatrie à partir de 6 000 passages d'enfants par an dans les CHG
- réaffirmer la nécessité de ne plus hospitaliser d'enfants dans les services d'adultes, en conformité avec la Charte Européenne des Droits de l'Enfant.
- L'obligation d'écrire des SROS de pédiatrie de 3<sup>ème</sup> génération dans toutes les régions, intégrés au SROS de périnatalité. Il est scandaleux qu'un tiers des régions, dont la région d'Ile de France n'ait pas eu de SROS de pédiatrie.
- L'intégration de la Pédiatrie Générale, y compris les urgences de pédiatrie, au sein des Comités Régionaux de la Naissance en élargissant leur champ de responsabilité à la mère et à l'enfant
- Enfin création de Services Unifiés de l'enfance dans tous les départements.