

— Mieux vivre les épidémies hivernales aux urgences pédiatriques

— Que fait ou que peut faire une ARS ?

Ce qu'en a compris un pédiatre référent thématique

Eric Lachassinne

Direction Offre de soins ARS IDF

— De quoi parle t-on ? :

- des tensions hospitalières aux pics d'épidémies (véritable test pour les structures et le système de soin)
- Des épidémies de bronchiolites, gastro-entérites et gripes (peu d'hospitalisations en pédiatrie pour grippe mais forte tension aux urgences)
- D'infections saisonnières communautaires qui concernent autant le public que les soignants et leurs enfants (absentéisme), en période hivernale (fatigue accumulée, solde des congés annuels et heures supplémentaires, fêtes de fin d'année)
- De qualité de prise en charge et d'accueil très liées aux conditions de travail / pénibilité.

Et donc de mieux vivre les épidémies pour les enfants, les familles et les soignants.

Des fils conducteurs

Améliorer les conditions de travail et d'accueil aux urgences

- Mieux prendre soins des enfants : penser parcours de soin au SAU et en hospitalisation, mais aussi en amont (1^{er} recours, SMUR) et en aval du SAU (consultations post-urgences et post-hospitalisations, HAD, kinésithérapie...)
- Prendre soin des soignants : qualité de vie au travail vs effectifs vs charge de travail vs formation vs organisation du travail vs mode de garde enfants,.....

Mieux/bien connaitre pour mieux agir : Anticipation

- Etre attentif aux structures : dépister les fragilités, consolider, connaitre l'activité de routine, améliorer le quotidien avant de penser améliorer au moment des pics épidémiques
- Surveiller les épidémies
- surveiller les indicateurs de tension
- Ecouter les professionnels, leur faire confiance, retours d'expériences

Qu'est ce que l'ARS ?

- Une tutelle, un financeur
- Une instance de régulation, de planification et d'accompagnement
- Le garant d'un égal accès aux soins de qualité dans les territoires (ambulatoire, hospitalier et médico-social)

L'ARS dispose d'outils et de leviers, et surtout de partenaires

- Partenaires : usagers, professionnels de santé libéraux ou publiques, instances, fédérations, syndicats, URPS, CTRU, FEDORU,.....
- Des sources d'information : PMSI, SNIRAM, santé publique France, réseau sentinelle, SOS médecin, OSCOUR,
- Une organisation : siège (DOS, cellule soins critiques et permanence des soins, référents thématiques régionaux,) et délégations départementales et une organisation de plus en plus transversale
- des leviers :
 - Autorisations, reconnaissances, aide aux recrutements de praticiens
 - CPOM établissements, Projets médicaux partagés des GHT
 - Diffusion des connaissances, recommandations, retours d'expériences, promotion des innovations
 - Déploiement outils numériques

-

— ARS dans quel cadre ?

- Code de la santé publique
- Décrets et circulaires DGOS
- Pour la période 2018-2022
 - Stratégie nationale de sante
 - Projet régional de santé

Et Ma Santé 2022.....

Stratégie nationale de santé 2018 – 2022

- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales
- Garantir qualité, sécurité et pertinence des prises en charge
- Transformer l'offre de santé dans les territoires pour répondre aux nouveaux besoins de la population :
 - Structurer les soins primaires et l'offre des établissements de santé pour concilier proximité et accessibilité des plateaux techniques et expertises de recours.
- Prendre soin de ceux qui soignent

Et priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune : Repérage et la prise en charge précoce, adaptation de l'offre de soins aux spécificités des enfants et des adolescents

— **Projet régional de santé 2018 – 2022**

2 Priorités thématiques de santé / 8

- Périnatalité et santé du jeune enfant
- Santé des adolescents et des jeunes adultes

Axe de transformation n° 2 : une réponse aux besoins mieux ciblée, plus pertinente, efficiente et équitable

- Connaitre pour agir dans une logique territoriale de gradation des prises en charge
- 4 axes prioritaires : recensement de l'offre, révolution numérique, renforcement offre, meilleure organisation professions, faire confiance aux acteurs / projets et innovations / responsabilité territoriale
- Stratégie d'intervention : soutien à la démographie et aux conditions d'exercice des professionnels de 1^e recours dans les zones sous denses (redéploiements de moyens importants / démographie de professions critiques, enjeux d'attractivité,...)

— **Projet régional de santé 2018 – 2022**

Nouvel outil de transformation

- Article 51: dérogations au droit existant dans des buts bien définis : développer le financement au parcours ou à la séquence de soins, inciter à la mise en place d'organisations innovantes, favoriser les modes d'exercice regroupés, lutter contre les déserts médicaux, améliorer la pertinence de la prise en charge et des prescriptions.

— Mieux/bien connaître pour mieux agir (1)

1. Etre attentif aux structures et organisations :
l'organisation de routine doit être optimale
 2. Surveiller les épidémies pédiatriques
 3. Surveiller les indicateurs de tension
 4. Actions / mesures possibles
- Anticiper en période de routine l'apparition prévisible des épidémies
 - Anticiper en période pré épidémique le pic lui-même prévisible

Mieux/bien connaitre pour mieux agir (2)

— Etre attentif aux structures et organisations :

l'organisation de routine doit être optimale

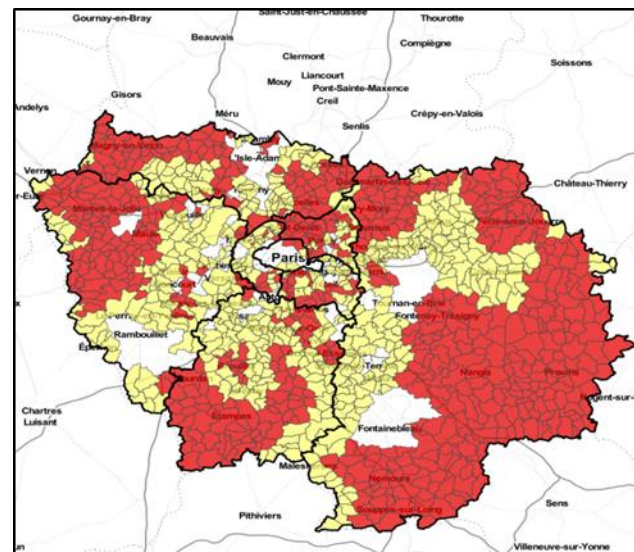
- Dépister les fragilités, consolider, connaitre l'activité de routine, améliorer le quotidien avant de penser aux pics épidémiques
- La qualité d'un système de soin se juge ensuite sur sa capacité à s'adapter et à réagir au stress (mise en tension)
- Mieux gérer la prévention, le 1^e recours et l'amont de l'hospitalisation devrait permettre de diminuer la pression sur les services d'urgence.

L'amont de l'hospitalisation : Fragilité du 1^e recours

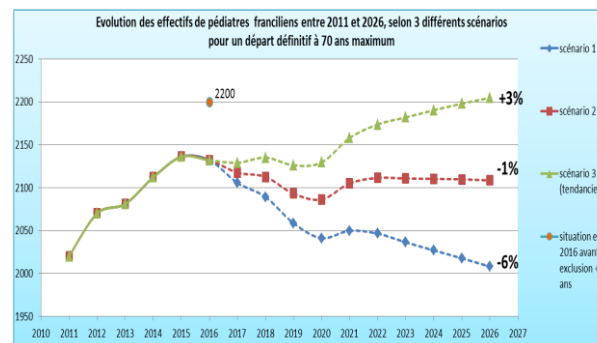
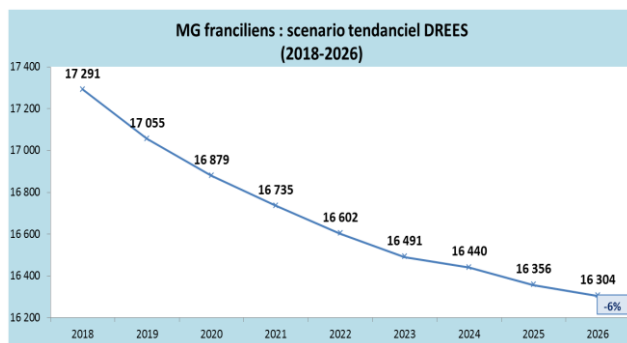
Densités médicales

■ Zones d'intervention prioritaire (ZIP)

■ Zones d'action complémentaire (ZAC)



Projections démographiques



Maisons médicales de garde

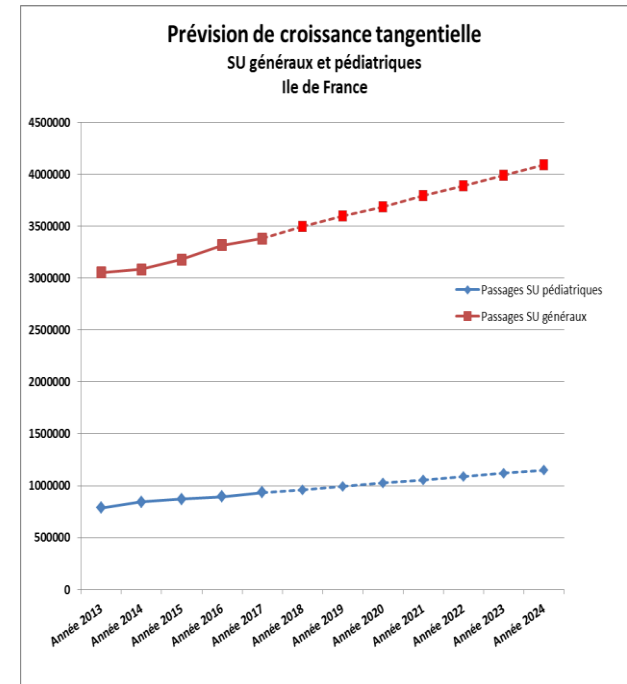
35 Services d'urgences pédiatriques

Augmentation passages

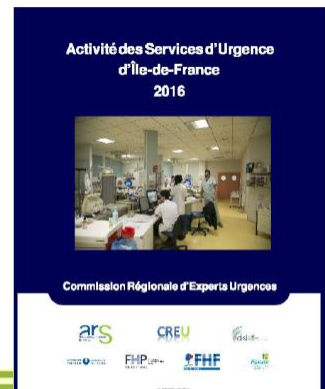
Éléments d'activité aux urgences pédiatriques Ile de France



Dept	2015	2016	2016 / 2015	
75	211275	220531	+ 9256	+ 4,3%
77	79009	84576	+ 5567	+ 7%
78	78182	81856	+ 3674	+ 4,7%
91	75639	75993	+ 354	+ 0,4%
92	112539	115737	+ 3198	+ 2,8%
93	117216	128668	+ 11452	+ 9,7%
94	132038	141882	+ 9844	+ 7,4%
95	86541	95352	+ 8811	+ 10%
Total passages	892439	944595	+ 52156	+ 5,8%



S'y ajoutent près de 200 000 passages en dehors des SU pédiatriques



Mieux/bien connaître pour mieux agir (4)

Surveiller les épidémies :

- en consultation médecine générale, SOS médecin,
- En passages aux urgences
- En hospitalisation

Etat des lieux sur les indicateurs
suivis par le dispositif de veille
régionale

Séminaire ARS
9 mars 2018

CERVEAU IdF

ASSISTANCE
PUBLIQUE  HÔPITAUX
DE PARIS

— Exemples d'illustration outils de suivi des épidémies saisonnières **pédiatriques** en région

— Des épidémies annuelles, de survenue prévisible mais dont l'importance et la chronologie le sont moins (successives ou concomitantes ? vacances scolaires,...)

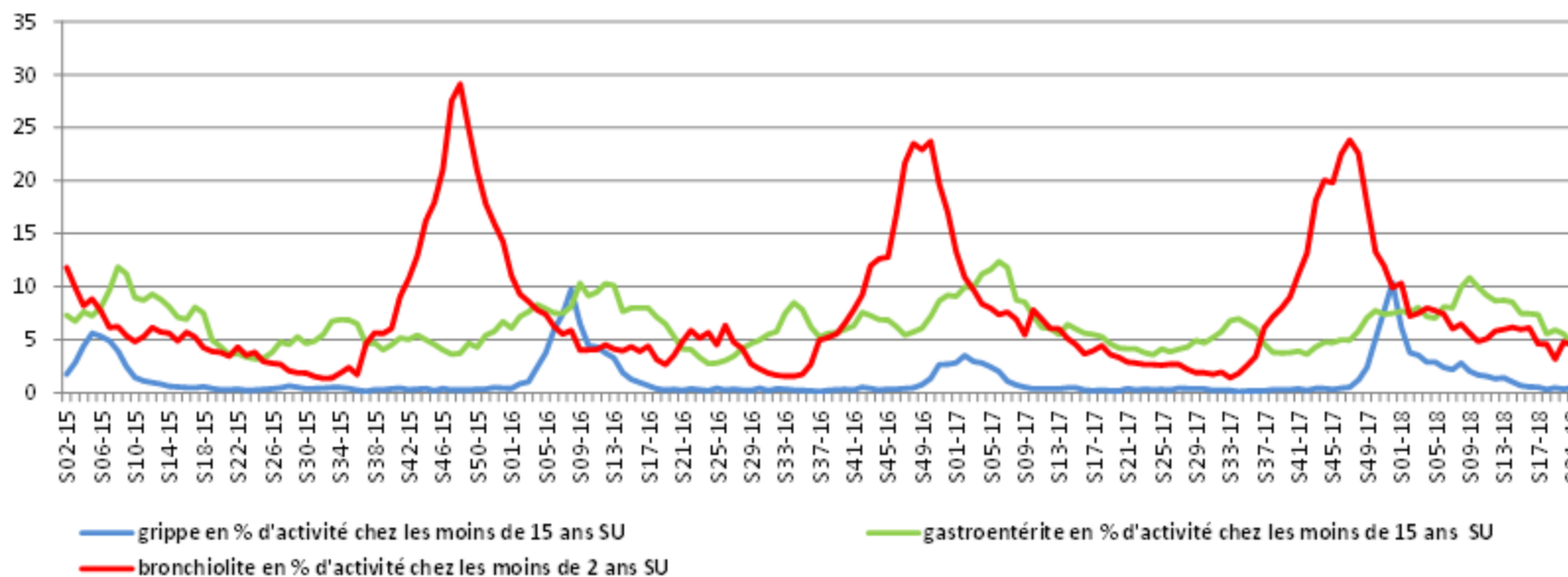
— Vigilance sur la durée de la mise en tension des équipes

Passages aux urgences pour grippe et gastro-entérites chez les moins de 15 ans et pour bronchiolite chez les moins de 2 ans.

Le pourcentage d'activité correspond au nombre de passages pour la pathologie concernée sur le nombre de passages avec un diagnostic renseigné.

Cette méthode permet de s'affranchir de l'évolution du nombre de services d'urgence au fil du temps et porte sur l'hypothèse d'un taux de codage relativement stable (75% en IDF)

Nombre de passages aux urgences pour grippe, gastroentérite et bronchiolite chez les enfants, en pourcentage d'activité

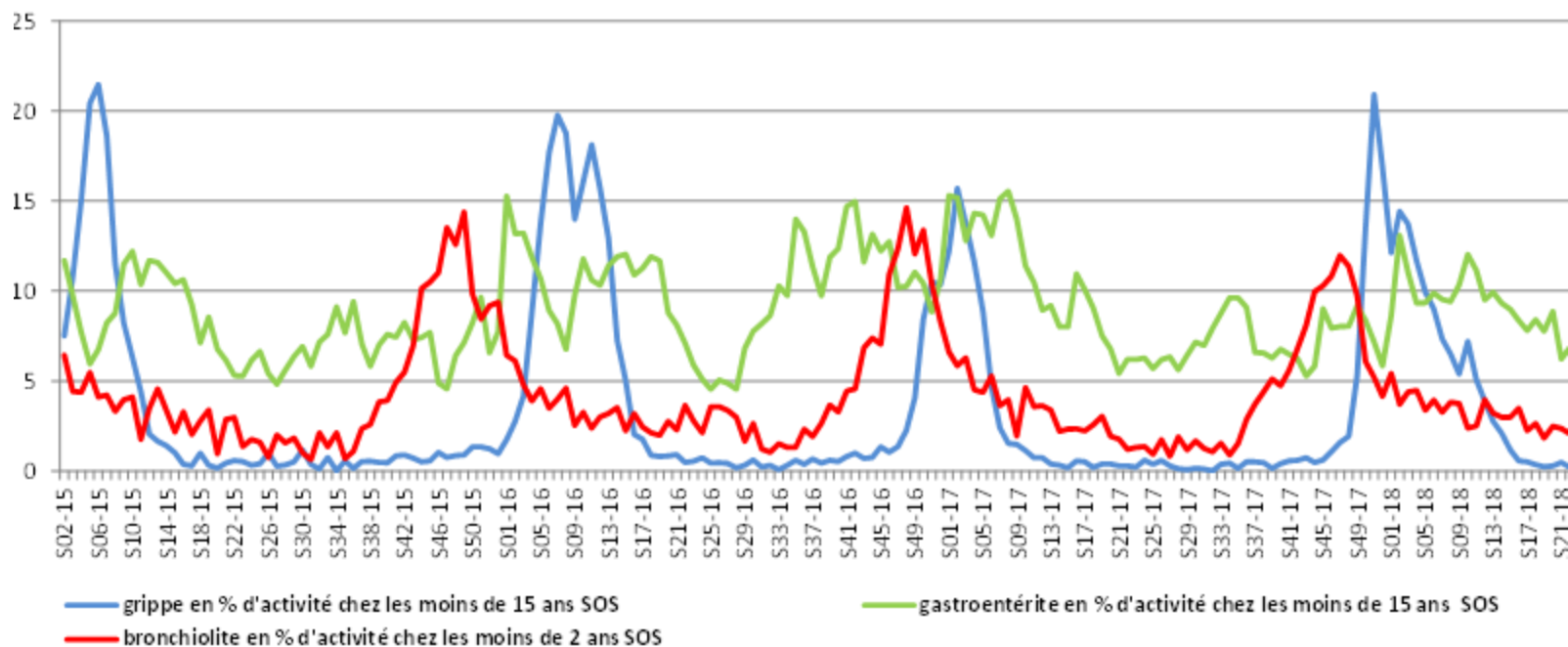


(source : réseau Oscour® via SurSaUD®)

Consultations à Sos Médecins pour grippe et gastro-entérites chez les moins de 15 ans et pour bronchiolite chez les moins de 2 ans.

La bronchiolite est très largement prise en charge dans les services d'urgence (1/3 des passages sont suivis d'une hospitalisation) tandis que la grippe et la gastro-entérite sont plus largement et d'abord prises en charge à SOS Médecins

Nombre de consultations à SOS Médecins pour grippe, gastroentérite et bronchiolite chez les enfants, en pourcentage d'activité



Rétro-information ARS: bulletin hebdomadaire : épidémies hivernales

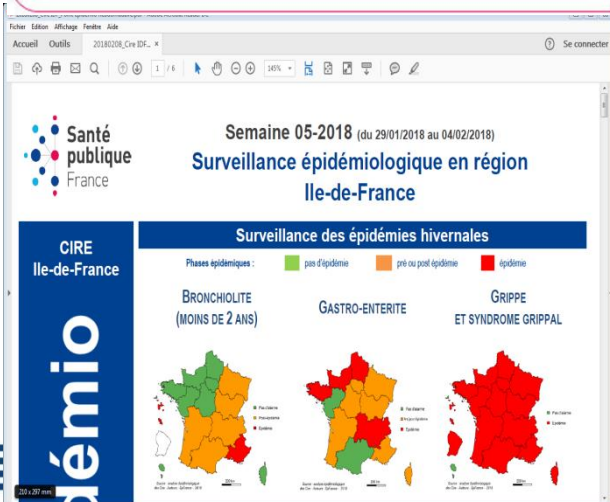
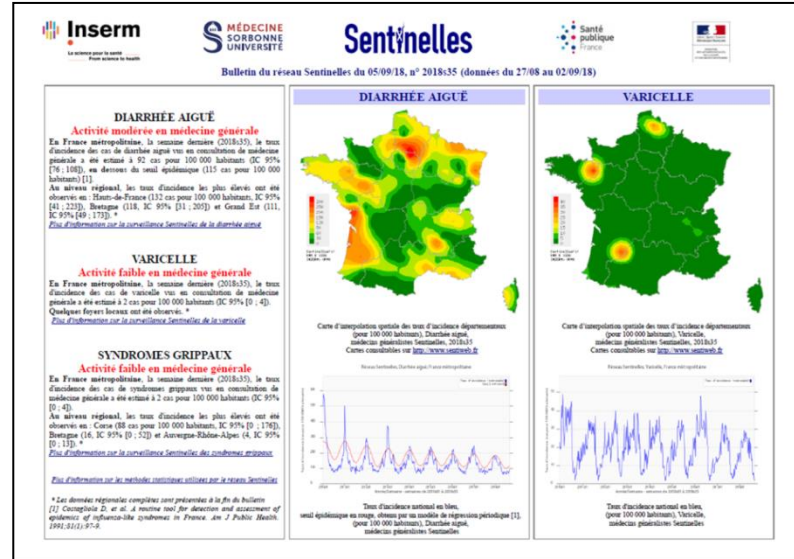
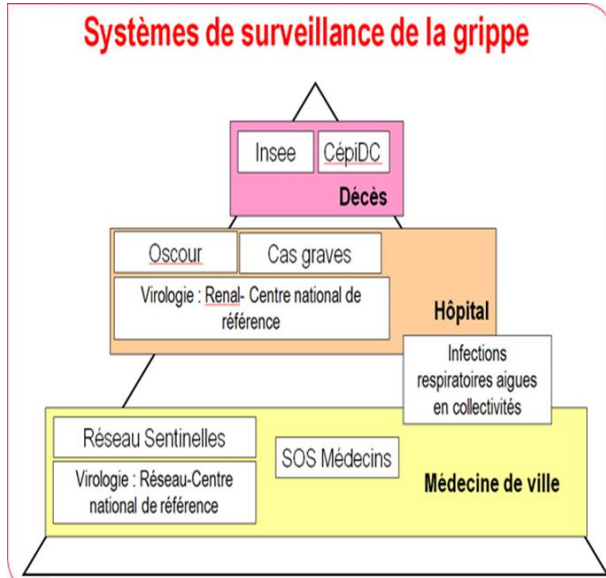
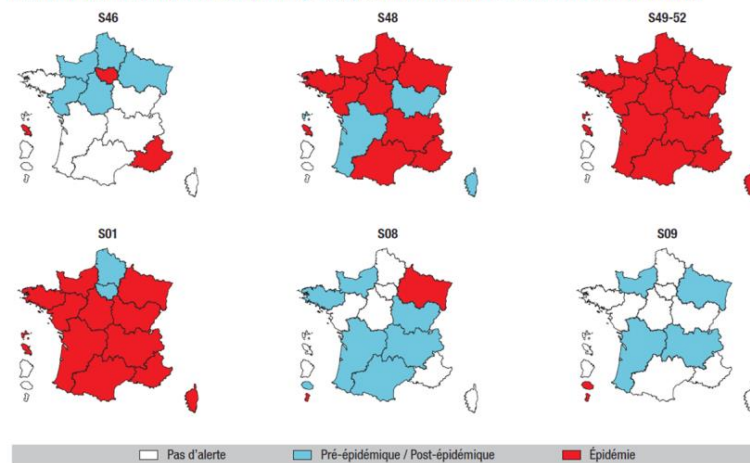


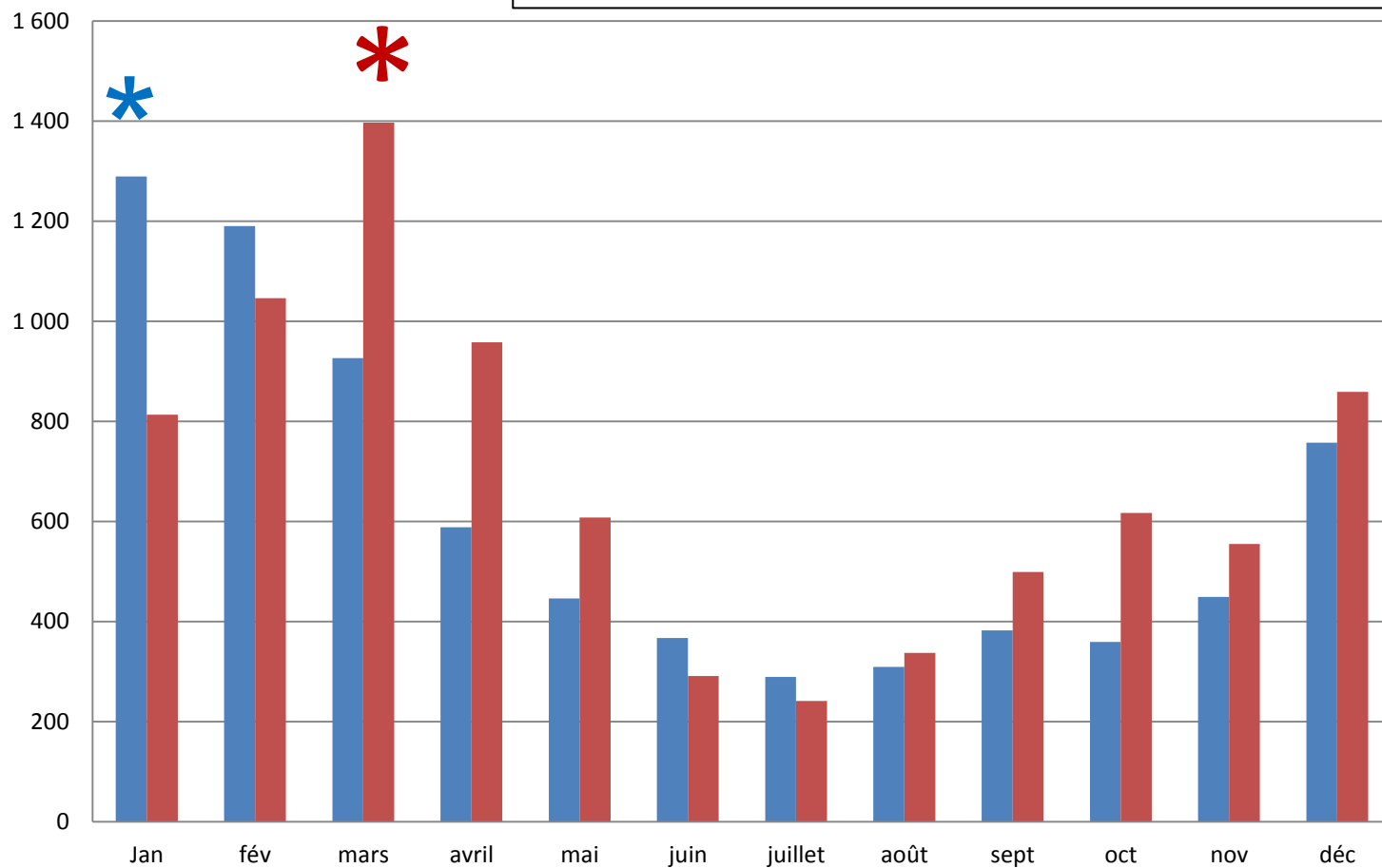
Figure 1
Évolution hebdomadaire des niveaux d'alerte régionaux pour la bronchite, France, semaines 42-2016 à 09-2017



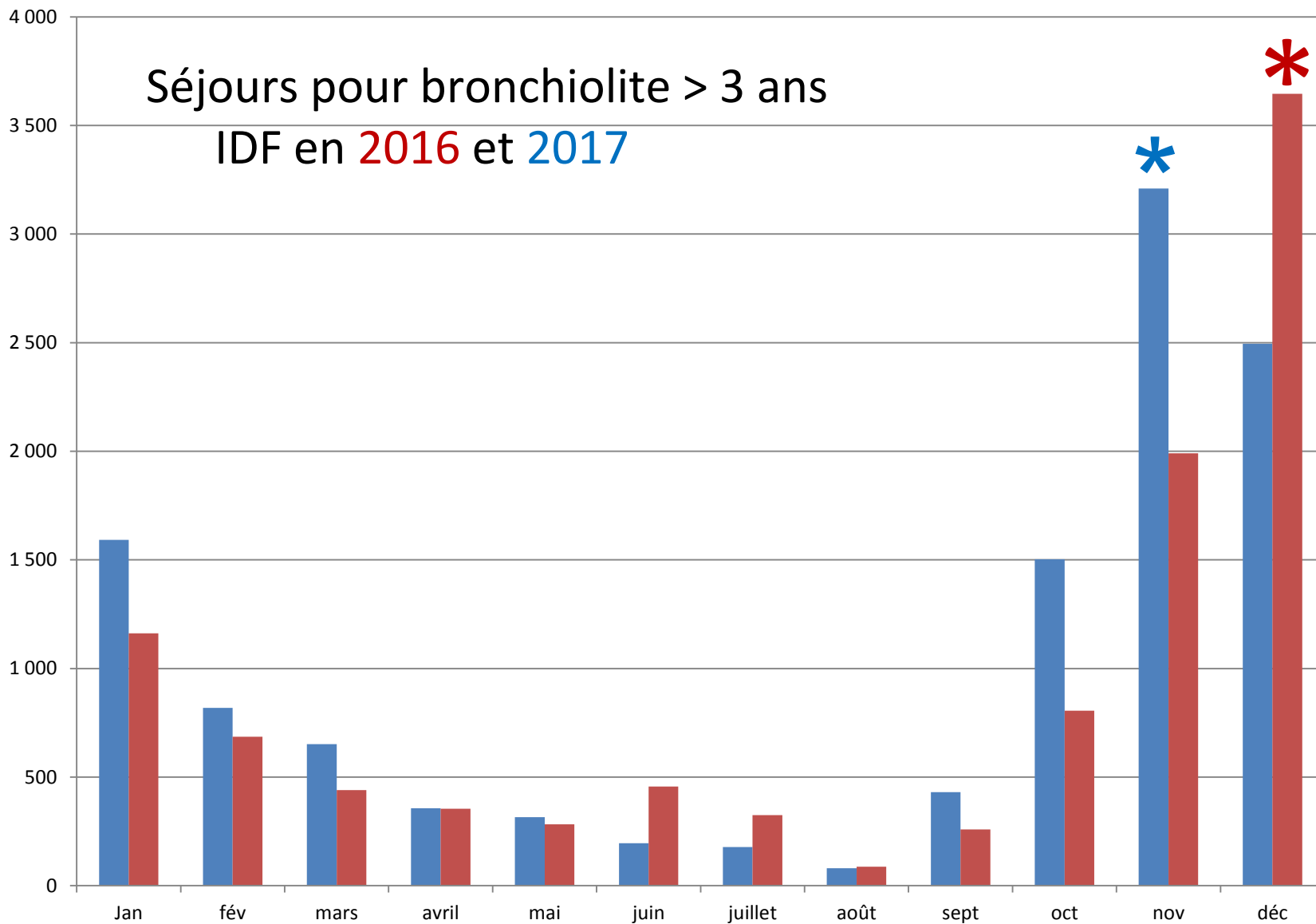
Source : analyse épidémiologique des Cire - Auteurs : Santé publique France – 2016-2017.

Les hospitalisations

Séjours gastro entérite 0-14 ans IDF en 2016 et 2017



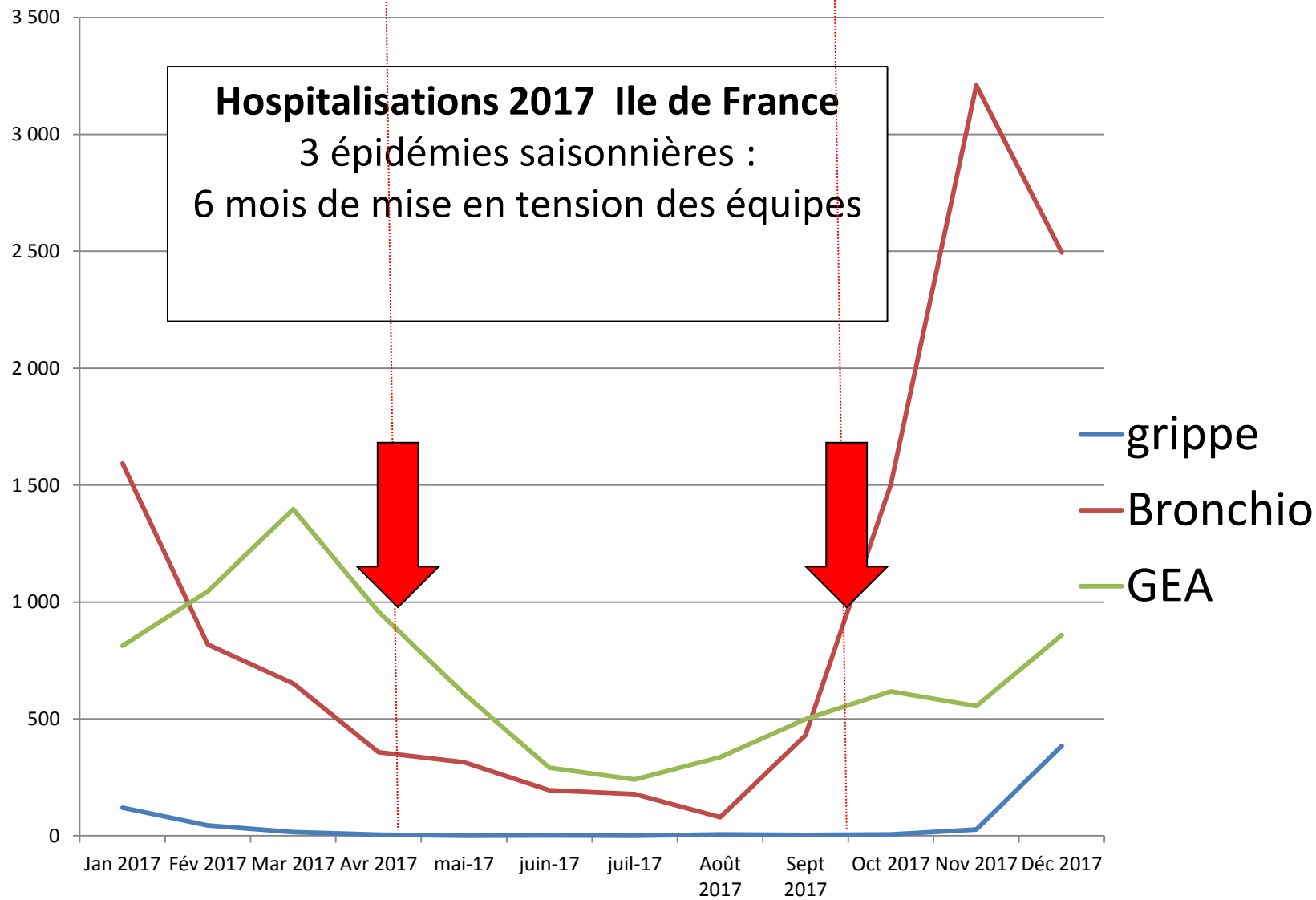
Séjours pour bronchiolite > 3 ans IDF en 2016 et 2017



Période de tension

Période de tension

Hospitalisations 2017 Ile de France
3 épidémies saisonnières :
6 mois de mise en tension des équipes



Mieux/bien connaitre pour mieux agir :

surveiller les indicateurs de tension

- Inscription dans le PRS comme axe prioritaire :
- Une cellule dédiée au siège de l'ARS à l'anticipation et la régulation des soins non programmés (Cellule ARSNP)
- Des référents soins non programmés identifiés dans chaque DD

ars Agence Régionale de Santé Ile-de-France
Anticipation & Régulation des Soins Non Programmés
Cellule ARSNP

Indicateurs de tension dans les services d'accueil et d'urgences en Ile de France

Séminaire régional

9/03/2018

sesan SERVICE NUMÉRIQUE DE SANTÉ

ANTENNAIRE DIGITAL AU SERVICE DE LA SANTÉ DES FRANÇAIS

Séminaire Urgences
Tension et indicateurs de tension en médecine d'urgence
État des lieux GCS Sesan

ars Agence Régionale de Santé Ile-de-France
Anticipation & Régulation des Soins Non Programmés
Cellule ARSNP

Séminaire régional

Flux hôpital / flux des urgences : comment mieux détecter et anticiper ?



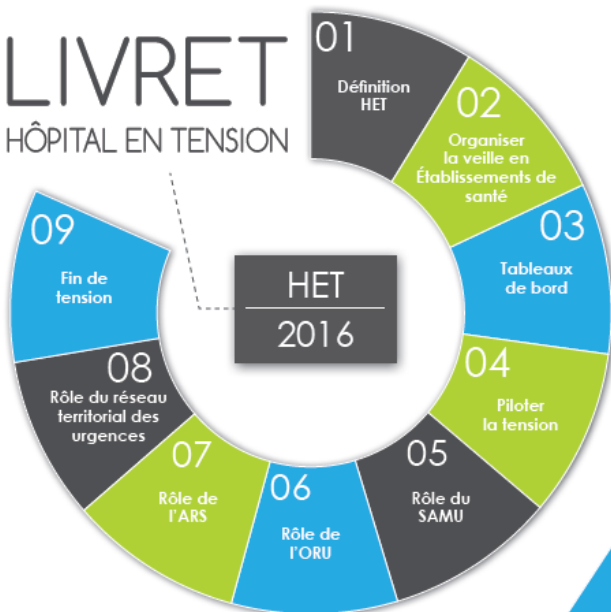
9/03/2018

Indicateurs de tension : Pour qui? Pour quoi? Institutions

Qui/Quoi	ARS DD-Siège	ARS siège	DGS/ CORRUS
Objectifs	- Détecter précocement et piloter la tension grâce à des dispositifs de veille d'indicateurs communs - Connaître la vulnérabilité au quotidien des ES de la région dans le cadre des tensions - Assurer la détection précoce et le suivi d'une tension et guider les actions		
Missions	- Suivre l'évolution actuelle/prévisible de l'activité - Veiller sur l'incidence des pics épidémiologiques (en lien avec la CRE) - Piloter la tension sur la région (Bureau national) - Suivre l'activité des SAU au travers d'un échantillon d'ES / l'activité des SAMU (en lien avec la cellule du CERVEAU) - Mise à disposition des données partagées		
Outils et institutions	 <ul style="list-style-type: none">- Rapport d'activité interne- Bulletin- Base de données		
Communication	- Diffusion quotidienne du bulletin quotidien du CERVEAU accessible sur eCerveau adressé à la liste de diffusion (ARS - AP-HP) - Information / info-information - Communication institutionnelle		

96

LIVRET HÔPITAL EN TENSION



V01 - 2016

Rôle de l'ARS

FICHE
TECHNIQUE

7

1 OBJECTIFS

Mettre en place un dispositif interne au sein de l'ARS permettant :

De connaître la vulnérabilité au quotidien des établissements de santé au territoire dans le cadre des tensions.

D'assurer la détection précoce et le suivi d'une tension et de guider les actions

Mettre en place un plan d'action sur le territoire en partenariat avec les établissements pour faire face aux épisodes de tension hospitalière.

2 MISSIONS

- Regarder et confronter l'évolution actuelle et prévisible de l'activité des urgences avec les disponibilités en lits actuelles sur le territoire.
- Veiller sur l'incidence des pics épidémiques.
- Veiller à l'élaboration et à la validation des procédures « HET » des établissements de santé.
- Participer à l'élaboration d'un plan d'action territoriale.
- Mettre en œuvre le plan d'action « hôpital en tension solidaire ».

3 MISE EN ŒUVRE

Création d'une cellule de veille et de crise HET au sein de l'ARS

Outil

Le ROR

- Déclaration de l'activation de la cellule de crise et des actions dans l'établissement en tension et de l'évolution attendue.
- Supervision des indicateurs « hôpital en tension » des SU du département.
- Supervision de la synthèse des lits disponibles du département.

Hors ROR

- Du contexte épidémiologique (CIRE) ou de la situation particulière (crise).

Modalités

- Appel du directeur de l'établissement en tension afin d'évaluer au mieux la tension hospitalière et les limites du plan d'action établissement.
- Déclenchement du plan hôpital en tension solidaire en fonction des modalités définies, partagées et validées sur le territoire de santé. Lors du déclenchement par l'ARS du plan hôpital en tension solidaire des établissements ne présentant pas de difficultés déclenchent leur plan hôpital en tension pour assister les établissements en difficultés. Tous les établissements sanitaires peuvent être concernés.
- Communication auprès des médecins de premier recours.

Tracabilité

Relevé de conclusions du point quotidien.

RETOUR SUR LES ASSISES RÉGIONALES DES URGENCES

10 MESURES

Cellule SNP

Feuille de route en 10 actions

- ❑ Améliorer la répartition régionale des médecins en formation dans les structures d'urgence
- ❑ Etudier et suivre l'évolution de la démographie médicale et soignante dans le champ de la médecine d'urgence
- ❑ Faire émerger le management et le leadership en médecine d'urgence au sein des territoires
- ❑ Favoriser le développement de nouveaux métiers dans le champ de la médecine d'urgence
- ❑ Impulser une démarche régionale sur l'innovation en médecine d'urgence

Feuille de route en 10 actions

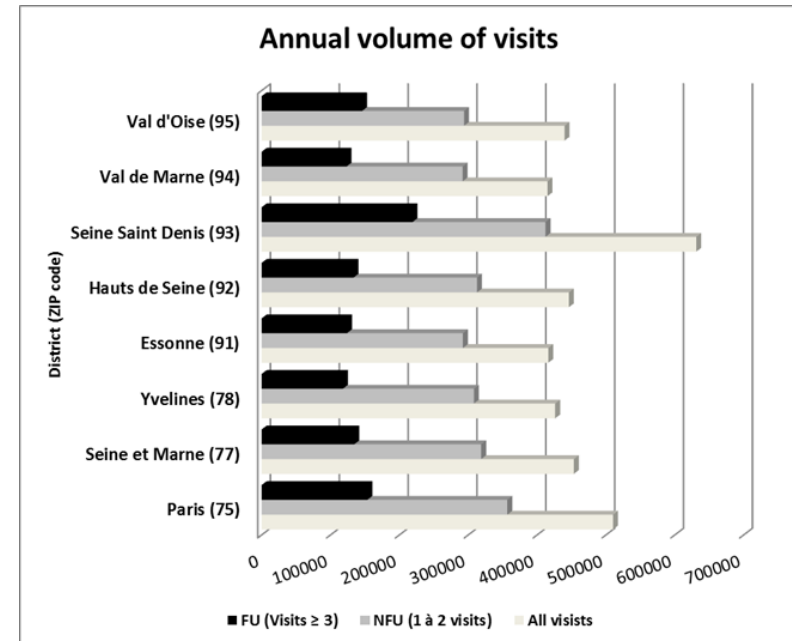
- Aider à l'élaboration des projets d'amélioration de structures d'urgence
- Soutenir l'investissement pour la modernisation des structures d'urgences de la région
- Renforcer la réponse à la demande en soins non programmés
- Mettre en place un observatoire régional des urgences et des soins non programmés
- Développer la recherche en santé dans le domaine des urgences et des soins non programmés

Etude sur les utilisateurs multiples des services d'urgence en Ile de France

Approche populationnelle

Le phénomène existe-t-il chez nous ?

- **Source de données** : SNIIRAM année 2015
- **Utilisateurs fréquents (FU)**: ≥ 3 passages / an
- **Total de passages** : 3 718 209
- **Nombre de FU** : 280 657 (11,7 %)
- **Nombre de passages générés par les FU** :
1 144 837 (30,8 %)



— Connaitre et agir (en pédiatrie ?)

Un peu d'enfants dans ce monde d'adultes

- Intégrer une dimension pédiatrique dans toutes les discussions et groupe de travail, tableaux de bords spécifiques, CTRU, ORU,.....
- Développer en pédiatrie la dynamique de l'hôpital en tension vers la notion de territoire en tension
 - rôle des référents du siège **et** des délégations territoriales
 - Prendre appui sur l'exemple de la cellule de crise APHP (réunions puis points hebdomadaires)
- Maintien de structures d'urgences hospitalières dans les zones qui cumulent les handicaps (désertification en ville, faible attractivité des postes ex grande couronne IDF) : mesures incitatives
- et accompagner les responsables de structure pédiatriques dans leurs hôpitaux et instances, clarifier les organisations
- Promouvoir la prévention générale (hygiène,...) et spécifique : vaccination antigrippale / maladies chroniques et soignants, palivizumab...

— Connaître et agir (en pédiatrie ?)

- Connaître l'offre et les capacités en lits pédiatriques
Promouvoir l'utilisation du ROR en pédiatrie
- Déployer des Unités de surveillance continue pédiatrique
Les intégrer au ROR, développer des outils d'évaluation et de pilotage (tableaux de bord), évaluer l'impact sur les unités de réanimation (effet « tampon » ?)
- Mettre en place 1 régulation régionale des SMUR pédiatriques
(« zéro transferts hors région » nouveau-nés en été et nourrissons en hiver)
- Connaître en pédiatrie les ratio soignants / soignés aux SAU, être attentif aux postes vacants
- Faire diffuser, connaître et encourager les innovations techniques ou organisationnelles en pédiatrie.
- Ecouter les professionnels : groupes de travail, comités « de pilotage », journées de rencontre, d'échanges et de retour d'expérience

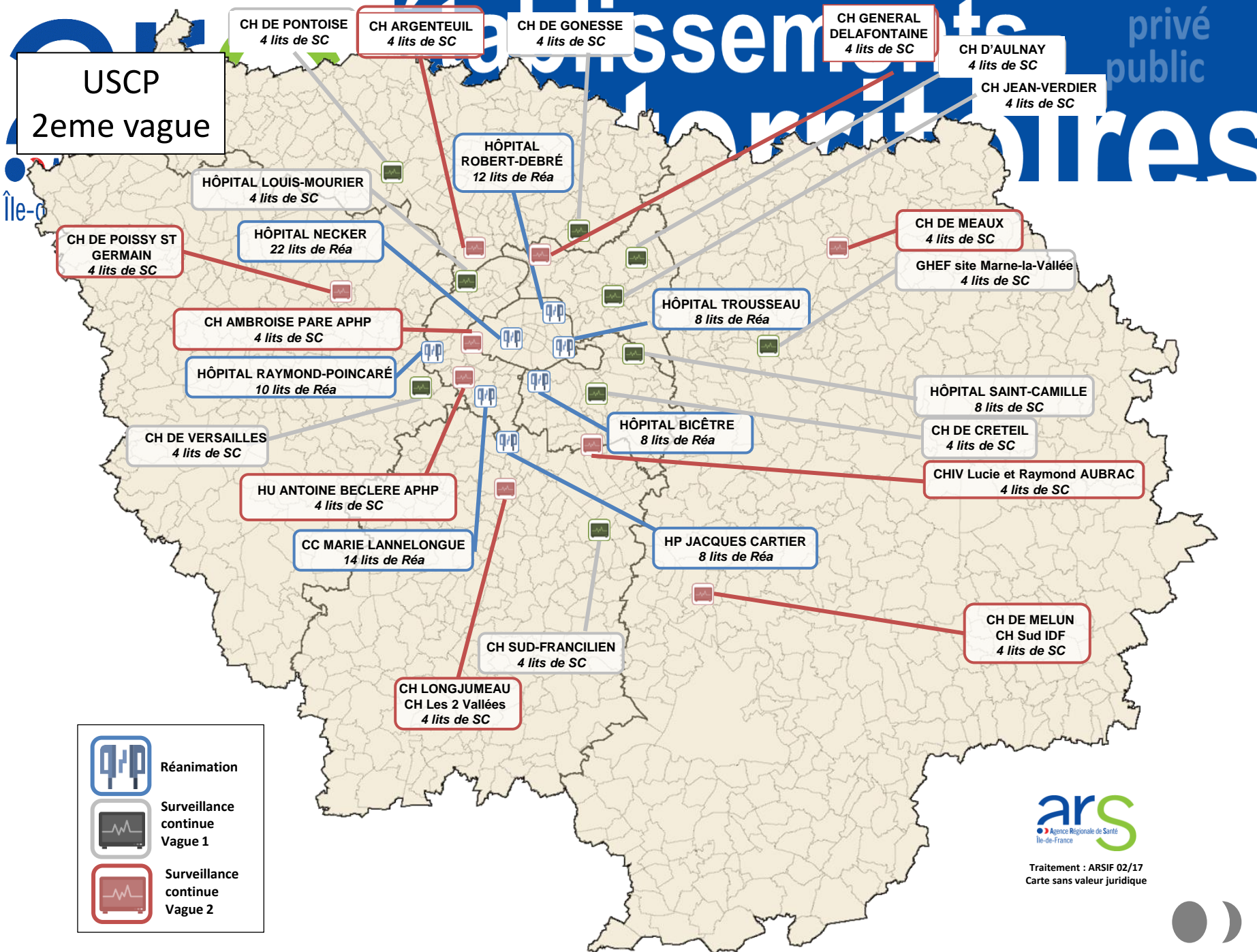
Déploiement d'USC Pédiatriques (*Reconnaisances*)

Objectif :

- Sécuriser la prise en charge en établissements sans réanimation
- Solution d'amont et d'aval pour les réanimations (effet « tampon »)
- Offre de proximité

Historique

- **Avant 2014 : Des unités de surveillance continue toutes attenantes à des réanimations polyvalentes**
- **1ere vague 2014 : Appel à candidatures pour USCP « isolées » non rattachées à des réanimations**
 - PEC sécurisée des patients nécessitant une surveillance rapprochée en relation avec les services de réanimation (convention)
 - Projet cohérent avec l'activité de l'établissement : SAU, activité des urgences pédiatriques (médecine et chirurgie > 20 000 / an), activité et taux d'occupation, pathologies éligibles (et niveau de gravité)
 - Unité individualisée, personnel dédié, médecin responsable, équipement
 - Projet inscrit dans le projet médical et d'établissement (financement, travaux,...)
- **Choix des sites 1ere vague 2014 = 10 sites mis en œuvre**
- **Choix des sites 2eme vague 2017 = 9 sites (1 seul mise en œuvre)**






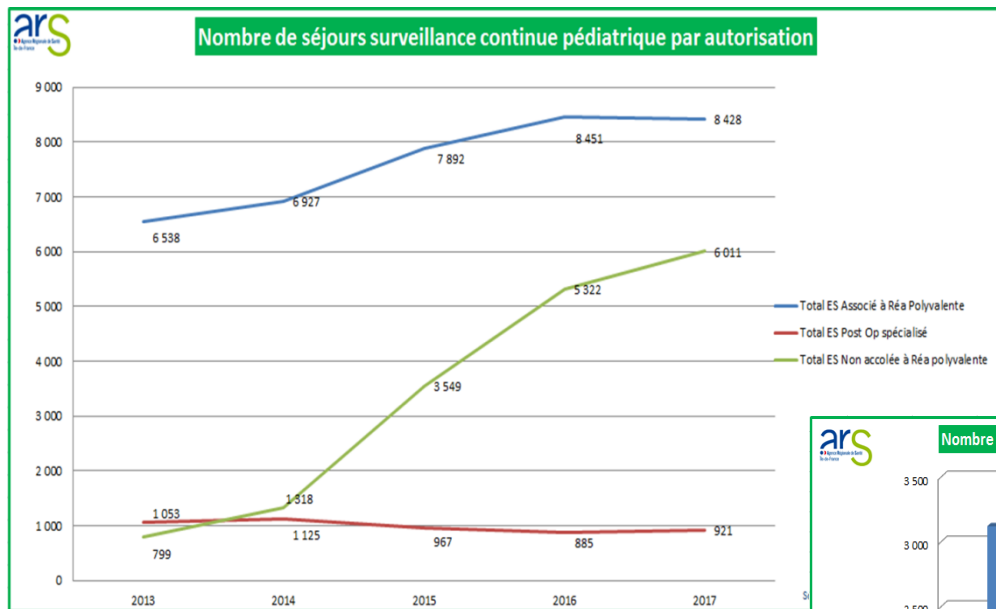
-  Réanimation
-  Surveillance continue Vague 1
-  Surveillance continue Vague 2

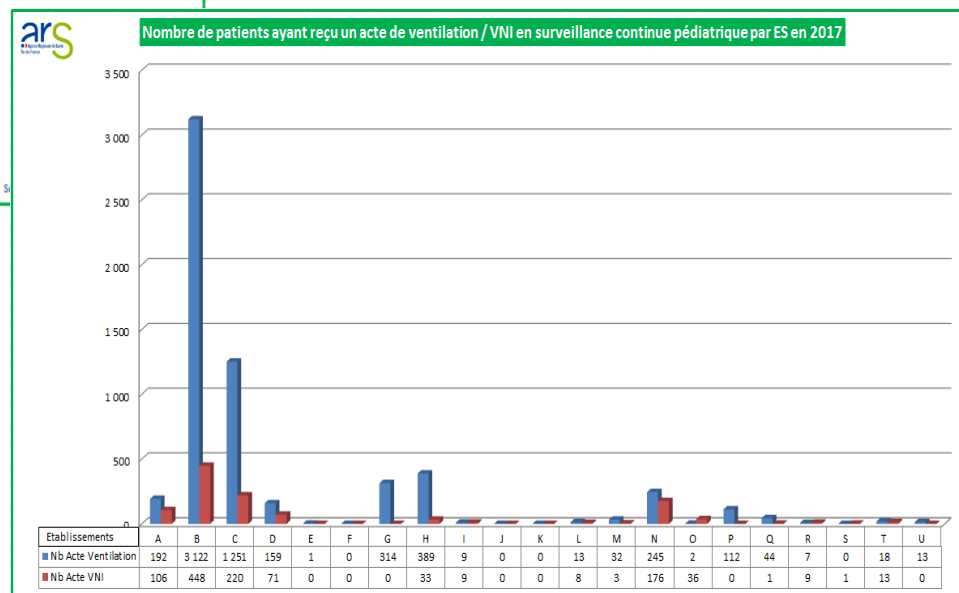


Tableau de bord USC pédiatriques



Accompagnement

Evaluation



Réflexions autour de l'organisation régionale des SMUR pédiatriques en Ile de France

Organisation actuelle : * ne concerne pas la PDS

- 8 SAMU / 5 SMUR péd. = 4 APHP et 1 Pontoise :
6000 transports /an dont 2600 nouveau-nés
1/3 Paris 2/3 petite et grande couronne
- Délégation de régulation transports 2^{ndaires}

Régulation centralisée/régionale SMUR pédiatriques ?

Justification de la démarche

Difficultés

- Absence d'interconnexion des systèmes d'information
- discontinuité offre, transferts hors région, risque médical à réguler tout en transportant +++
- Pas de connexion avec le ROR, ni programmation des fermetures
- Pas de visibilité régionale pour l'ARS

Régulation tournante pédiatrique dans les locaux du SAMU

- Expertise médicale en appui régulation
- Priorité à la logique territoriale et de proximité : zero transferts hors région
- Mission d'évaluation et d'observatoire

Les effectifs : les ratio soignants/soignés en pédiatrie Médicaux et non médicaux

- Etat des lieux de l'existant ++++ les ratios, les postes vacants
- Les référentiels métiers : outil de négociation ?
cf SAMU – Urgences de France 2011
- Et la pédiatrie ? Enquête nationale

Tableau 3 (SU) : Nombre de médecins seniors nécessaires au fonctionnement des Services d'Urgences en fonction du nombre de passages.

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

Tableau 9 : Nombre de cadre de santé au Service des Urgences

Nbre de passages/an	Nbre de cadres le jour	Nbre de cadres la nuit	Nbre d'ETP
< 10 000	0,5	0	1,5
10 – 20 000	1	0	3
20 – 30 000	1,5	0,5	6
30 – 40 000	2	0,5	7,5
40 – 50 000	2	1	9
50 – 60 000	2,5	1	10,5
60 – 70 000	2,5	1	10,5
70 – 80 000	3	1,5	13,5
80 – 90 000	3	1,5	13,5
90 – 100 000	3,5	1,5	15

Tableau 8 : Nombre d'IDE pour les Service des Urgences (hors UHCD)

Nbre de passages/an	Nbre IDE H24*	Nbre d'IOA H24	Nbre d'IDE SAUV	Nbre d'IDE Gypso	Nbre d'ETP
< 10 000	1	0	0	0	6
10 – 17 500	2	0,5	0,5	0	18
17,5 – 25 000	3	0,5	0,5	0,5	27
25 – 35 000	4	1	1	0,5	39
35 – 45 000	5	1	1	1	48
45 – 55 000	6	1,5	1,5	1	60
55 – 65 000	7	1,5	1,5	1	66
65 – 75 000	8	2	2	1	78
75 – 85 000	9	2	2	1,5	87
85 – 95 000	10	2,5	2,5	1,5	99

Tableau 10 : Nombre d'aide soignants au Service des Urgences

Nbre de passages/an	Nbre d'AS H24	Nbre d'AS avec IOA et circuit court - H24	Nbre d'AS SAUV H24	Nbre d'AS brancardage H24	Nbre d'ETP
< 10 000	1	0	0	0	6
10 – 17 500	1	0,5	0,5	0,5	15
17,5 – 25 000	2	0,5	0,5	1	24
25 – 35 000	2	1	1	1,5	33
35 – 45 000	3	1	1	2	42
45 – 55 000	3	1,5	1,5	2,5	51
55 – 65 000	4	1,5	1,5	3	60
65 – 75 000	4	2	2	3,5	69
75 – 85 000	5	2	2	4	78
85 – 95 000	5	2,5	2,5	4,5	87

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

Nbre de lits d'UHCD	Nbre de médecins seniors « diurne »	Nbre d'ETP
1 – 2	0,25	0,6
3 – 4	0,5	1,2
5 – 6	0,75	1,8
7 – 9	1	2,4
10 – 20	1,5	3,6
21 – 30	2	4,8

3.5 Effectifs non médicaux de l'UHCD

L'unité d'hospitalisation de courte durée doit être dotée des moyens humains suivants :

- Cadres de santé : 1 ETP pour 8 lits
- Infirmiers : 1 IDE 24/7 pour 8 lits, soit 6 ETP pour 8 lits
- Aides soignants : 1 AS 24/7 pour 8 lits, soit 6 ETP pour 8 lits
- Secrétariat médical : 0,5 ETP si moins de 8 lits ; 1 ETP pour 8 à 16 lits ; 1,5 ETP au-delà
- Psychologues : ils sont inclus dans les effectifs des autres structures de l'établissement
- Agents de service hospitalier, techniciens de surface : ils doivent être présents en quantité suffisante pour garantir la propreté des locaux. L'effectif est donc proportionnel aux surfaces et volumes des locaux. Il est de 1 ETP par tranche de 250m² à entretenir
- Techniciens et informaticiens : ils sont intégrés à la DSI de l'établissement et valorisés à hauteur de 0,1 ETP

**« Retours d'expérience »
Innovations
organisationnelles
aux Urgences pédiatriques
*Jeudi 5 juillet 2018***

« Retours d'expérience »
Innovations organisationnelles
aux Urgences pédiatriques
Jeudi 5 juillet 2018

Urgences adultes, Urgences enfants :
Les défis à relever.
Professeur Jeannot SCHMIDT,
Clermont Ferrand

XXXXXXXX

Les défis

Pédiatre urgentiste : un métier ou un
second métier ?

Pr Ricardo Carbajal
Hôpital Armand Trousseau, Paris
www.urgencesrousseau.fr

1^{ère} Journée « ARS Ile-de-France : retours d'expérience »

1

Formation pour les médecins des
Urgences pédiatriques :
DES et FST

H Chappuy
Hôpital Armand Trousseau, Paris
V Gajdos
Hôpital Antoine Béclère, Paris

La (les) formation(s)

Détresses vitales
La formation par la simulation
Pr Gérard Cheron



- Innovations organisationnelles aux urgences pédiatriques
- 1^{ère} journée ARS Ile de France
- 5 juillet 2018

Retour d'expérience d'un SAUP dans un hôpital d'adultes

Avantages et inconvénients d'une équipe médicale dédiée

SAU pédiatrique
Hôpital Jean Verdier, Bondy

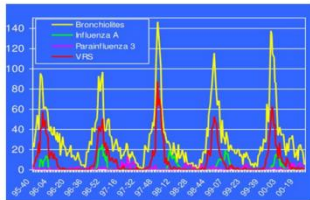
3 Juillet 2018



LA FONCTION TRI :

FACTEUR CLE DE SUCCES

Saisonnalisation de l'activité: adapter les ressources aux besoins...



- Pics et creux
- Annualisation de temps de travail
 - Pas de vacances l'hiver
- Temps de formation
- Transformations de CDI en CDD

(15 IDE jour- 12 IDE nuit)

Présence 3 IDE le jour / 2 la nuit



Echelle de triage

	Infectieux	Cutané	Viscérale
Échocardi	<ul style="list-style-type: none"> Choc septique <ul style="list-style-type: none"> Critères de sepsis / infections Tachycardie Température de la cavité Pression artérielle Hypotension Purpura fulminant <ul style="list-style-type: none"> Hypothermie Edème Prédominance hémorragique Prédominance hémodynamique Prédominance de coagulopathie 	<ul style="list-style-type: none"> Choc anaphylactique : manifestations cutanées avec <ul style="list-style-type: none"> Tachycardie Respiratoire Genèse respiratoire Edème de Quincke 	<ul style="list-style-type: none"> Hémorragie digestive haute ou basse <ul style="list-style-type: none"> Hémorragie de haut appareil Passer, sang Prédominance infectieuse Hémorragie vaginale <ul style="list-style-type: none"> Prédominance infectieuse Passer Vomissements verts avec recoloration chez bébé de moins de 6 mois
Priorité	<ul style="list-style-type: none"> Fièvre bébé - 3 mois Hypothermie mal tolérée <ul style="list-style-type: none"> Tachycardie Prédominance hémodynamique Prédominance hémorragique Purpura Hypothermie > 5 jours <ul style="list-style-type: none"> Hypothermie post opératoire dans le mois suivant l'intervention Syndrôme marionne <ul style="list-style-type: none"> Malaise de visage, céphalées Vomissements Photophobie Conjonctivite Edème face avec hyperthermie (cellulite) Parasite (C) <ul style="list-style-type: none"> EVA > 7 Hypothermie Variole <ul style="list-style-type: none"> Quarantaine / nécrase (EVA) Œdème ophthalmique Figère d'origine oculaire dans les - de 24h (EVA) Œdème avec hyperthermie (EVA) 	<ul style="list-style-type: none"> Brûlure (C) <ul style="list-style-type: none"> EVA = 1 Localisation : main, thorax, visage Étendue Chirurgie Éruption bulleuse étendue (EVA) Cellulite (cf. infectieux) (EVA) Purpura difuse (EVA) 	<ul style="list-style-type: none"> Douleur abdominale <ul style="list-style-type: none"> Infection anaphylactique Hypothermie Vomissements ABO Hémorragie digestive haute ou basse <ul style="list-style-type: none"> Conservation de sang gastro Douleurs abdominales / hernie inguinale <ul style="list-style-type: none"> EVA > 7 Vomissements verts Recoloration Passer, sang Douleurs paroxystiques <ul style="list-style-type: none"> Bébé de 3 mois - 3 ans Passer Méiose Services sexuels <ul style="list-style-type: none"> Douleurs paroxystiques Absence de règles Douleur testiculaire et/ou augmentation du volume Paraphimosis Complication de circoncision <ul style="list-style-type: none"> EVA > 7 Anurie
Semi-priorité	<ul style="list-style-type: none"> Hypothermie > 7 jours (38°5) Hypothermie avec brûlures maculonevées Aidéropathie <ul style="list-style-type: none"> Cervicales volumineuses (EVA) Figère d'origine oculaire - de 24h (EVA) Œdème sans hyperthermie (EVA) Hypothermie au retour du pays (2 mois) 	<ul style="list-style-type: none"> Purpura avec localisation <ul style="list-style-type: none"> Non infectieuse Fréquences buccales Urticaires généralisées (EVA) Éruption bulleuse Stomatite (EVA) 	<ul style="list-style-type: none"> Hernie inguinale Enfant post-op <ul style="list-style-type: none"> Méiose / circulation Œdème postop <ul style="list-style-type: none"> EVA > 4 - 7 Brûlures maculonevées = hyperthermie
Simple	<ul style="list-style-type: none"> Hypothermie < 7 jours Bon état général Hypothermie Éruption cutanée Parasite sans fièvre (EVA) Strutures maculonevées (EVA) - aggraves 	<ul style="list-style-type: none"> Urticaires localisées (EVA) Zona (EVA) Herpès (EVA) Dale Muguet (EVA) Aphlie (EVA) Cyrtisme testar RCC RA Figère d'insulte Sans réaction inflammatoire Coup de soleil 	<ul style="list-style-type: none"> Douleur abdominale en part ombilicale Absence de vomissements Émétrorragie Œdème du pénis - postite
Paramètres	<ul style="list-style-type: none"> Hypothermie mal tolérée, syndrome marionne, enfants - 3 mois <ul style="list-style-type: none"> Tension RA Glucose SU (soche urinaire /trauma abdominal /vacc) 	<ul style="list-style-type: none"> Dévies Appeler l'adec de chirurgie ou l'inteme de chirurgie de garde Pétéchies <ul style="list-style-type: none"> Enlever les tâches au stylo Raporter la bouche 	<ul style="list-style-type: none"> Paramètres <ul style="list-style-type: none"> Tension Antalgique ou antipyrétique suivant protocole EMLA si pathologie surtannée Enfant à jeun EVA



RetEx Innovations organisationnelles aux urgences pédiatriques

La gestion de l'aval

Benjamin Azémar
Sébastien Rouget

ARS Ile-de-France
05/07/2018



Retours d'expérience



Département d'Accueil des Urgences
Hôpitaux Universitaires Paris Nord Val de Seine
SAU Bichat - SAU Beaujon - SMUR Beaujon
Chef de Département : Pr E. Casalino

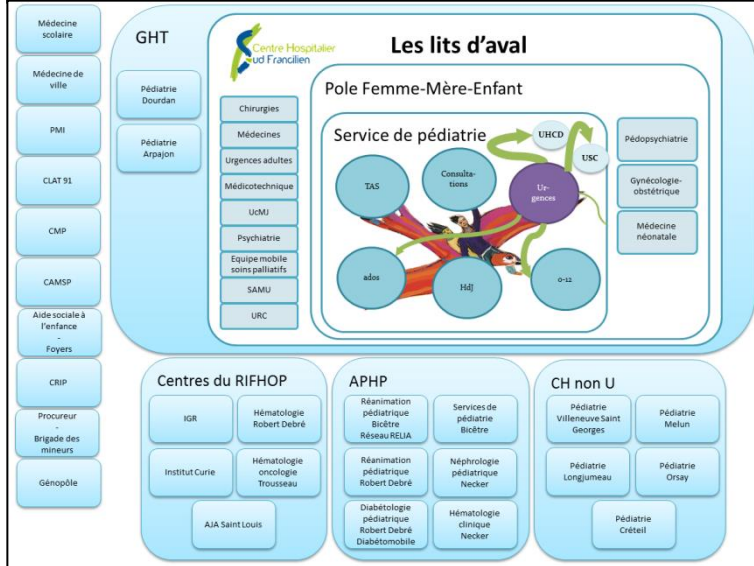
FACULTE DE MEDECINE

UNIVERSITÉ
PARIS
DIDEROT
PARIS 7

Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité
EA 7334 Recherche clinique coordonnée ville-hôpital, Méthodologies et Société (REMES)
Study Group for Efficiency and Quality of Emergency Departments and Non-Scheduled Activities Departments

Organisation d'un service d'urgences adultes: l'expérience de Bichat et Beaujon (est-elle extrapolable à la Pédiatrie?)

Pr Enrique Casalino
et l'équipe d'encadrement des SAU Bichat et Beaujon



APPORTS ET LIMITES DE L'ÉCHOGRAPHIE AU SAU

L'EXPÉRIENCE DE NECKER

Innovations

Géraldine Patteau,
Service des Urgences pédiatriques,
Hôpital Necker-Enfants malades

Première journée « ARS Ile-de-France: retours d'expérience », 5 Juillet 2018
Innovations organisationnelles aux urgences pédiatrique



HUG InfoKids®

Urgences: de l'amont à l'aval. L'exemple d'InfoKids à Genève

Clothilde ORMIERES



HUG
Hôpitaux
Universitaires
Genève



Suture : MEOPA, anesthésie locale, distraction



16

Les videolaryngoscopes, l'intubation trachéale aux urgences de demain?

Frédéric Adnet

Urgences - SAMU 93 – Inserm
U942

Hôpital Avicenne & Université
Paris 13, Bobigny



URPS
URPS ILE-DE-FRANCE

Séminaire « Retours d'expérience » :
Innovations organisationnelles aux urgences
pédiatriques - 5 juillet 2018

**Les soins non programmés aux enfants en
médecine de ville et la part pédiatrique de la
permanence des soins ambulatoire**

Dr Patricia Lubelski, Verrières-le-Buisson (91)

ARPDS 78
ars
Poissy Saint-Germain-en-Laye
Centre Hospitalier Intercommunal
HÔPITAL DE MANTES

Maison Médicale Pédiatrique
Expérience du GHT Yvelines Nord

CHI Poissy St Germain – depuis Mars 2014
CHFQ Mantes la Jolie – depuis Janvier 2018

Innovations organisationnelles aux Urgences pédiatriques
RetEx ARS – 5 Juillet 2018
Dr Béatrice PELLEGRINO

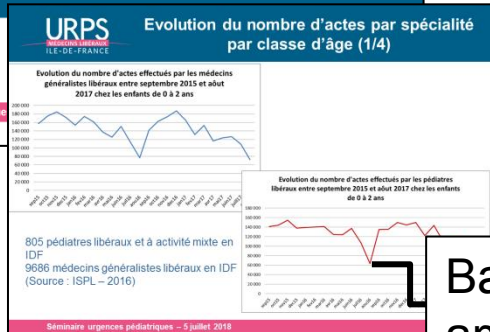
sfmu

Prise en charge et tri des
appels pédiatriques au
SAMU 95

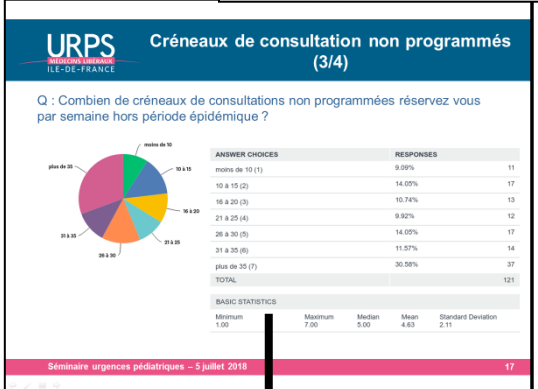
Mr Cyril GOBE (ARM)
Dr Agnès RICARD-HIBON
SAMU 95



L'amont et l'aval



Baisse de l'offre ambulatoire en Août

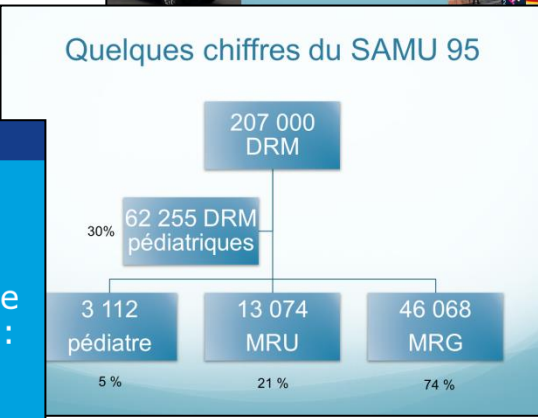


**L'HAD a déclenchement rapide
lors de épidémies hivernales :
le dispositif Epiver**

Dr Edith Gatbois, pédiatre Pole Mère Enfant
HAD AP-HP, Paris

Hospitalisation à Domicile
L'hôpital vient à vous

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS



30% des pédiatres réservent plus de 35 créneaux / semaine pour les SNP

Réflexions du 5 juillet

- Favoriser les centres de santé, maisons médicales de garde, le 1^{er} recours (information du public, financement...)
- Stratégie à l'échelle du territoire, recueil centralisé des places disponibles et régulation du SMUR
- Ratio soignants soignés, rythme de travail
- Favoriser des plans de carrière individuels, diversifiés, faciliter les recrutements
- Adapter les structures au flux de patients et fluidifier l'aval
- Créer un environnement capable et compétent (biologie et imagerie +++), intérêt des réseaux (chirurgie, pédopsychiatrie, sur spécialités), de la télémédecine
- Innovations organisationnelles ; médecin d'accueil et d'orientation ? Circuit court ? MMG ? Postes de coordination des soins
- Soutenir les pratiques avancées

10 mesures ou pistes en pédiatrie ?

En Ile de France ?

Spécifiques / adulte ? Pratiques / pragmatiques ?

- Améliorer la répartition régionale des médecins en formation dans les structures d'urgence (DES pédiatrie, DES médecine d'urgence, DES MG) :
- Soutenir la démographie / listes de garde : La licence de remplacement pour des gardes sénior aux urgences et / attractivité (mesures incitatives)
- Clarifier le financement des maisons médicales de garde
- Recenser les organisations territoriales : équipe territoriale dans le cadre d'un GHT ? Réduction du nombre de sites en nuit profonde ? Animation ? Proposer une animation territoire en tension intégrant l'offre de 1^{er} recours, recueil des consultations libérales ?
- Promotion du ROR en pédiatrie en y intégrant les USCP

- ❑ Poursuivre le déploiement des USCP (mise en place de tableau de bord, évaluation, accompagnement,...)
- ❑ Mise en place régulation régionale des SMUR pédiatriques
- ❑ Description des effectifs médicaux et paramédicaux (ratio / activité)
- ❑ Recenser les innovations organisationnelles (IDF et au-delà) et les promouvoir (ex l'HAD à déclenchement rapide)
- ❑ Déploiement télémédecine
- ❑ Recenser les besoins en pratiques avancées et les protocoles de coopération

Et proposer une réunion annuelle ? (retours d'expériences, échanges) en intégrant les urgences chirurgicales, traumatologiques et pédopsychiatriques ?

— Prendre soin de ceux qui soignent


Pénibilité ou qualité de vie au travail

- Organisation : efficiente vs bienveillante (bienveillance ?)
- Architecture : efficiente vs bienveillante
- Formation : les bonnes compétences au bon endroit
 - Adapter la formation initiale des professionnels
 - Faire progresser les compétences tout au long de la vie professionnelle
- Améliorer la qualité de vie et la sécurité au travail : manuel certification

RV Sous commission conciliation_juin2017.pdf - Adobe Reader
Fichier Edition Affichage Fenêtre Aide

1 / 2 169%

Outils Commentaire



CELLULE DE CONCILIATION, DE MÉDIATION ET DE PRÉVENTION DES CONFLITS EN ÎLE-DE-FRANCE

Prévention des risques psychosociaux des médecins hospitaliers

Comme tous les personnels hospitaliers, les médecins exerçant dans les établissements publics de santé peuvent être exposés à des facteurs de risques psychosociaux, susceptibles d'avoir des conséquences néfastes sur leur santé (stress, fatigue, épuisement professionnel...). La prévention de ces risques psychosociaux est donc une priorité, tant au niveau national que pour l'Agence régionale de santé Île-de-France.

C'est pourquoi ce thème a été proposé début 2015 comme axe de réflexion à la Commission Régionale Paritaire (CRP). Un groupe de travail a été constitué et a formulé des propositions pour prévenir ces risques. Parmi celles-ci, une sous-commission est constituée avec une mission de conciliation, de médiation et de prévention des conflits à destination des médecins hospitaliers.

Cadre réglementaire et mission principale de la sous-commission

Cette sous-commission est issue de la CRP, qui peut selon le décret n° 2013-843 du 20 septembre 2013, se voir confier, à la demande du Centre national de gestion ou du Directeur général de l'Agence régionale de santé, une « action de conciliation en matière de gestion des praticiens ou de prévention des conflits ».

Elle pourra intervenir dans les situations de conflit ou de souffrance au travail des médecins des établissements publics de santé de la région Île-de-France, toutes catégories confondues, titulaires ou contractuels (internes compris).
La mission de la sous-commission de conciliation est de contribuer à résoudre les litiges et de prévenir les conflits

FR 17:43 14/09/2018



Gérer son sommeil, avant,
pendant et après une garde

Soirée Urgences SAMU
Paris

Dr Arnaud Depil Duval - Urgences Evreux Vernon



Les siestes

Aménager une salle de sieste



- **Choix n°1 : chambre de garde**
 - Mais accès limité aux médecins
 - Rotation difficile (1 seul utilisateur)
- **Choix n°2 : Salle de sieste**
 - Zone calme
 - Accessible aux paramédicaux de nuit
 - Fat Boy® ou autre (facilite la micro nap)
 - Luminothérapie
 - Musique (Melomind® bientôt en test à Evreux!)
- **Choix n°3 : aménagement individuel**
 - Accès limité
 - Totalement paramétrable
 - Achat individuel



Dr Arnaud Depil Duval - Urgences Evreux & Vernon

— Mieux vivre les épidémies hivernales aux urgences pédiatriques

— Que fait ou que peut faire l'ARS ?

— Et à votre avis ?

** En dehors de promouvoir les médecins référents pédiatres dans les ARS*