

## **Projet de restructuration du rez-de-chaussée du bâtiment Robert Debré pour la Pédiatrie.**

Rapport rédigé par le Docteur François Bastard, chirurgien pédiatrique, responsable médical du service Urgences, Médecine, Psychiatrie et Chirurgie Pédiatriques, pour le groupe de travail sur la restructuration du rez-de-chaussée du bâtiment Robert Debré pour la Pédiatrie au Centre Hospitalier Universitaire (CHU) d'Angers. 20/06/2025.

Relu par le chef de pôle, Pr Guillaume Podevin, le 23/06/2025.

Composition du Groupe de travail sur la Restructuration du rez-de-chaussée du bâtiment Robert Debré pour la Pédiatrie

Dr Orianne Pauvert, pédiatre, Unité de réanimation pédiatrique,  
Dr Clément Gégou, anesthésiste pédiatrique, Unité de réanimation pédiatrique,  
Dr Apolline Cailliez, pédo-psychiatre, responsable de l'unité de pédo-psychiatre et de l'unité de chirurgie et médecine de l'adolescent,  
Dr Nicolas Henric, Orthopédiste pédiatrique, unité de chirurgie pédiatrique,  
Dr Estelle Darviot, pédiatre, responsable de l'Unité des Urgences pédiatriques,  
Dr Arthur Flausse, urgentiste, Unité des Urgences pédiatriques,  
Dr Sophie Gueden, pédiatre, Unité de Neurologie-Neurochirurgie pédiatriques,  
Dr Morgane Willaume, pédiatre, Unité de chirurgie et médecine de l'adolescent,  
Dr Aurélie Donzeau, pédiatre, responsable de l'Unité de chirurgie et médecine de l'enfant et de l'hôpital de jour médico-chirurgicale pédiatrique,  
Pr Isabelle Pellier, pédiatre, responsable du service des spécialités de l'enfant,  
Pr Christophe Aubé, radiologue, Chef du Pôle SIS-PO,  
Carole Durigneux, cadre supérieure du pôle FME

## Sommaire

Introduction.....	4
État des lieux de la Pédiatrie.....	5
1. Restructuration de la réanimation pédiatrique.....	7
2. Création d'une unité d'urgences pédopsychiatriques .....	10
3. Restructuration des Urgences Pédiatriques.....	11
4. L'anesthésie pédiatrique.....	13
5. La radiologie pédiatrique.....	13
6. Les autres impacts de ces modifications.....	13
Conclusion – référence - annexes.....	14

## Introduction

Une restructuration de l'ensemble du bâtiment de pédiatrie a été débutée en 2018 par une 1<sup>e</sup> phase impliquant les différents étages du bâtiment Robert Debré. Une 2<sup>e</sup> phase doit concerner les urgences, la réanimation pédiatrique et la neurologie pédiatrique, et les autres ailes non restructurées.

Rappelons qu'un nouveau décret (n° 0098 du 27/04/2022 (Annexe1)) sur les soins critiques pédiatriques a modifié le projet pour la restructuration de la réanimation pédiatrique. Il a été nécessaire d'évaluer les besoins de la réanimation pédiatrique de recours pour l'hémi-région Est des Pays de la Loire, en coordination avec l'évaluation de l'hémi-région ouest. Il a ainsi été acté la nécessité d'augmenter très nettement la taille de la réanimation avec 10 lits de réanimation et 8 lits de soins intensifs contre actuellement 8 lits de réanimation et 4 lits de soins intensifs délocalisés en Chirurgie et Médecine de l'Enfant (CME). Les travaux de rénovation des unités des urgences, de neuropédiatrie et de la réanimation n'ont ainsi pas été effectués dans ce contexte de modification des projets, car ce nouveau dimensionnement de la réanimation avec 18 lits n'était envisageable qu'avec une localisation au rez-de-chaussée du bâtiment de Robert Debré, dont la surface serait éventuellement agrandie. Elle impliquera le remplacement de la salle du plan blanc. Il est en parallèle nécessaire d'envisager une rénovation en profondeur des urgences pédiatriques, peu fonctionnelles actuellement.

Par ailleurs, les urgences pédiatriques accueillent de plus en plus de patients présentant des troubles pédopsychiatriques. La prise en charge de ces patients est très spécifique et demande du personnel formé pour les accueillir dans de bonnes conditions. L'accueil aux urgences pédiatriques est actuellement autorisé pour les moins de 16 ans, mais le décret n° 0226 du 29/09/2022 (Annexe 2) impose dorénavant que les patients avec troubles psychiatriques soient pris en charge jusqu'à 18 ans par les pédopsychiatres au sein de la pédiatrie. Afin de se mettre en conformité, un secteur d'urgence dédié à ces patients est recommandé.

Parallèlement, en avril 2016, les pédiatres du CHU d'Angers ont amorcé une réflexion sur la permanence des soins, avec la volonté de faire évoluer certains fronts de garde et astreinte qu'ils assurent, tout en veillant à préserver leurs activités quotidiennes et en particulier le suivi de patients avec maladies chroniques. Cette réflexion a été initialement motivée par l'absence d'un pédiatre assurant les urgences pédiatriques du CHU la nuit, secteur dont l'activité ne cesse de croître, ainsi que par un déséquilibre ressenti ou réel entre praticiens de charge de travail en lien avec la permanence des soins. Des discussions, autour de demandes de modifications du rythme de travail des internes aux urgences ainsi que de la continuité de soins, ont également mis en évidence des faiblesses quant à l'organisation des Urgences Pédiatriques et des visites dans les unités pédiatriques le week-end.

Enfin, le dernier point de l'ensemble de cette réflexion concerne l'unité de radiologie B au sein du bâtiment Robert Debré. En prévision des travaux de Convergences, cette unité de radiologie doit également accueillir un scanner et une IRM, ce qui impactera fortement les surfaces du rez-de-chaussée du bâtiment.

C'est donc dans ce contexte qu'en Mars 2025, le Pr Podevin, Chef de Pôle, a demandé un projet médical dédié à la restructuration globale du rez-de-chaussée du bâtiment de Robert Debré. Un groupe de travail, à l'initiative des chefs de service de la pédiatrie et constitué de membres de chaque unité de la pédiatrie, a donc été créé, afin d'écrire ce projet.

## État des lieux de la Pédiatrie

La Pédiatrie est composée de 3 services depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2023 :

- 1/ Néonatalogie et soins critiques pédiatriques,
- 2/ Urgences, Médecine, Psychiatrie et Chirurgie Pédiatriques,
- 3/ Spécialités de l'enfant.

Ces 3 services constituent avec le Service de Gynécologie-Obstétrique, le Pôle Femme-Mère-Enfant du CHU d'Angers. Le bâtiment Robert Debré concentre l'activité de Pédiatrie.

Le bâtiment de Robert Debré est en cours de rénovation depuis 7 ans. Les 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> étages ont été refaits complètement, ainsi que 2 ailes du 2<sup>e</sup> étage (reste la réanimation pédiatrique), 2 ailes du 5<sup>e</sup> étage (bureaux médecins et secrétariats) et l'unité d'oncologie pédiatrique au 4<sup>e</sup> étage et l'accueil et l'office du rez-de-chaussée.

La prochaine étape correspond à la restructuration du reste du rez-de-chaussée intégrant l'agrandissement de la réanimation avec 18 lits, la rénovation des urgences en créant une unité d'UCHD et un accueil d'urgences pour les patients pédopsychiatriques (cf *infra*), une nouvelle salle de plan blanc. L'aile du rez-de-chaussée des bureaux médicaux (notamment pour les soignants d'oncologie pédiatrique) et le centre de la douleur et soin palliatif devront à terme être déplacés dans les ailes libérées des étages.

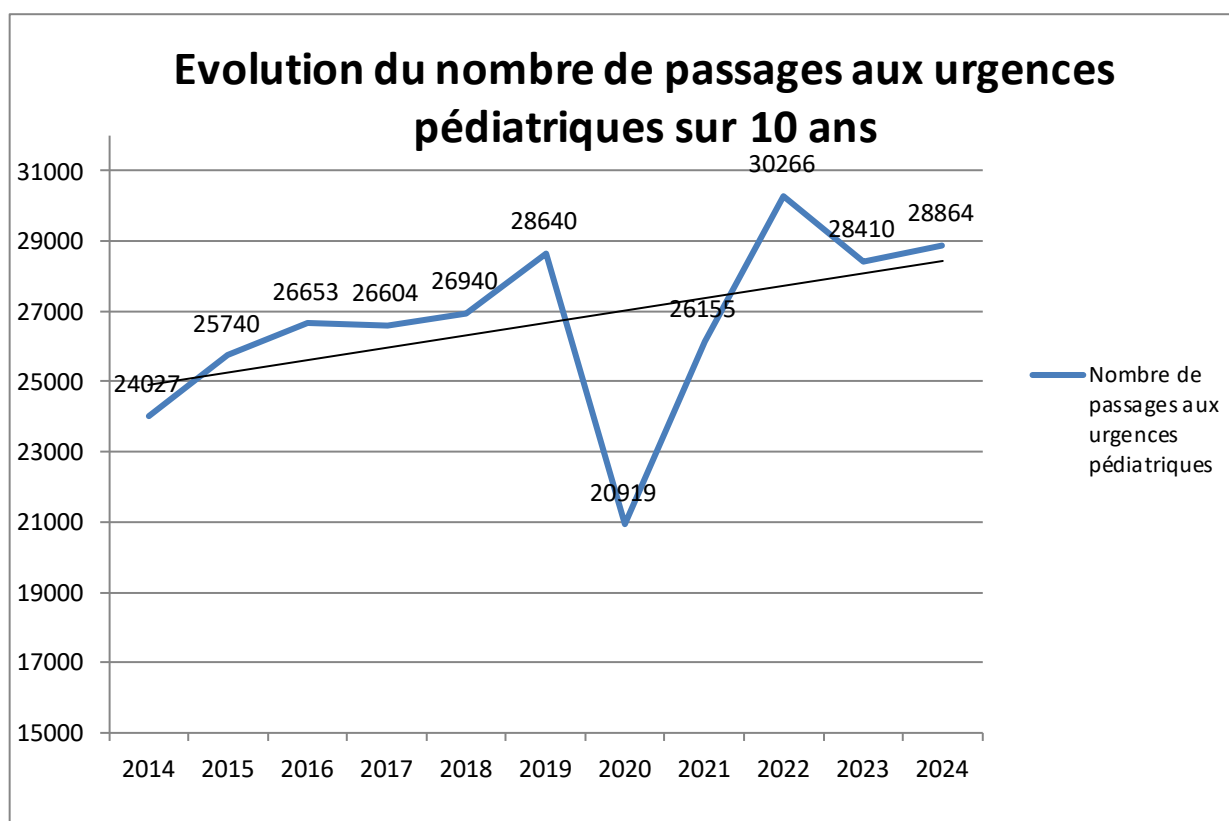
La modification du nombre de lits en réanimation impliquera une modification du nombre de praticiens, du personnel paramédical et modifiera dans le même temps l'impact sur la disponibilité des lits d'aval dans les services de pédiatrie communautaire.

Il faut, en parallèle, prendre en compte la majoration du nombre de passages aux urgences pour motifs psychiatriques. Il a été comptabilisé en 2024, 1616 passages pour motifs pédopsychiatriques jusqu'à 17 ans révolus. L'augmentation de l'afflux aux urgences des mineurs pour motifs pédopsychiatriques, avec à la fois une clinique de plus en plus marquée par de l'impulsivité (augmentation des tentatives de suicide) et la pénurie de lits d'hospitalisation, mettent en tension les unités et, surtout, entraînent une stagnation de jeunes patients suicidaires dans les urgences du CHU d'Angers. Cette situation, comme nous l'avions prédit, nous a conduit à faire face à des « drames humains », et nous imposent de renforcer nos effectifs pour une meilleure prise en charge, tant en terme de sécurisation que d'expertise. L'unité de Chirurgie et Médecine de l'Adolescent (CMA) accueille les patients pédopsychiatriques en aval des urgences et dans le contexte de troubles des conduites alimentaires, avec nécessité de renforcer les équipes afin d'aider à la prise en charge de ces patients.

Le nombre de passages aux urgences semble stabilisé aux environs de 28 000 passages années mais avec une structure inadaptée pour ce nombre de patients. De plus, les patients nécessitant une hospitalisation provisoire de type « UHCD » sont actuellement installés dans un lit sans surveillance spécifique ni équipe dédiée, car pris en charge par l'équipe qui s'occupe de l'afflux des consultations aux urgences, rendant la situation non sécuritaire.

Evolution du nombre de passages aux urgences pédiatriques depuis 10 ans :

Année	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Passages	24027	25740	26653	26604	26940	28640	20919	26155	30266	28410	28864



La radiologie pédiatrique ou radiologie B est indépendante de la pédiatrie et fonctionne en journée jusqu'à 23 heures, sans possibilité de réaliser des examens en période nocturne en dehors des échographies, réalisées par les internes de radiologie. Les imageries en coupes (TDM / IRM) sont réalisées la nuit seulement sur le site de la radiologie A.

Concernant le bloc opératoire, il est disponible 24h/24h, l'activité est réalisée de 8h à 18h avec disponibilité de la salle de réveil jusqu'à 20h. L'équipe d'anesthésie pédiatrique fonctionne sur une ligne d'astreinte 24h/24 pour la prise en charge des patients de moins de 3 ans. Un/une IBODE est d'astreinte également 24h/24 pour la chirurgie pédiatrique et la neurochirurgie. Un/Une IADE est également d'astreinte de 18h à 6h et libérable par le bloc des urgences adultes la nuit. Il n'y a pas d'aide-soignante d'astreinte ou d'infirmière de salle de réveil (SSPI) d'astreinte, empêchant un fonctionnement optimal. Les chirurgiens pédiatriques sont sur 2 lignes d'astreinte (orthopédie-traumatologie et viscéral-urologie), et ce sont les neurochirurgiens de garde qui prennent en charge les enfants.

Le plateau de consultation est devenu trop petit au vu des augmentations d'activité sur l'ensemble des spécialités de pédiatrie, et notamment en prenant en compte les patients pédo-psychiatriques nécessitant un suivi jusqu'à maintenant 18 ans au sein du bâtiment Robert Debré. De même la plateforme chronique ne permet plus d'extension de l'activité, pourtant indispensable.

En partant de ces postulats, il a été proposé de mettre en lumière les objectifs pour chaque unité dans le contexte de la restructuration.

## 1/ Restructuration de la Réanimation Pédiatrie

Vers un service de soins critiques pédiatriques « Réanimation-Soins Intensifs-SMUR Pédiatrique » :

- 10 lits de réanimation pédiatrique de recours (valence neurochirurgicale),
- 8 lits de soins intensifs pédiatriques,
- 1 plateau technique pédiatrique,
- 1 SMUR Pédiatrique hémi-régional (0-15 ans révolus).

### a) Organisation architecturale

Unité de lieu indispensable : mutualisation des équipes, du matériel, des équipements, du plateau technique...

Localisation facile d'accès : rez-de-chaussée ++, à proximité des urgences pédiatriques, du plateau d'imagerie, des accès extérieurs (évacuation de patients).

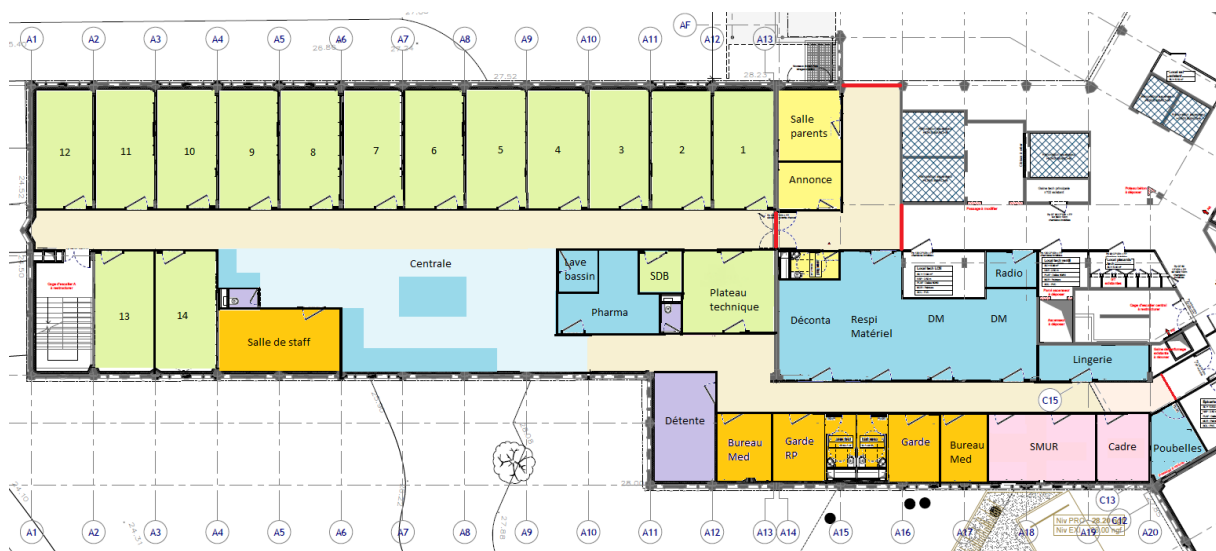
L'unité de réanimation (UR) doit se trouver idéalement au même niveau que les urgences et le plateau technique d'imagerie et de chirurgie.

L'architecture générale de l'UR doit comporter des zones spécifiquement dédiées. La surface recommandée pour la totalité de l'unité est de 80 m<sup>2</sup> par lit. (Réf 1)

- Une zone d'accueil et de circulation pour les patients admis et sortants de l'UR
  - o Largeur couloir 2.5m
- Une zone d'accueil pour les familles
  - o Salle d'attente avec vestiaires
  - o Pièce d'entretien avec les familles, en dehors de la zone de soins
- Une zone de soins
  - o PC de surveillance avec centrale, lavabo et plans de travail
  - o Surveillance visuelle directe depuis les espaces de surveillance
  - o Régulation de la température et de l'hygrométrie (température entre 21 et 24 °C, hygrométrie entre 40 et 60 %)
  - o Chambres individuelles
    - Minimum 25m<sup>2</sup> (permettant l'accueil H24 des parents) avec lumière naturelle
    - Le plus carré possible avec accès facile autour du lit
    - +/- chambre avec sas (accueil immunodéprimé)
    - Portes à ouverture automatique ou évitant un contact avec mains
    - Cloisons permettant une vision depuis zone de surveillance
    - Zone avec point d'eau (vasques des lavabos sans trop-plein, profondes et larges pour éviter les éclaboussures)
    - Espace de préparation des soins, rangement petit matériel
    - Eclairage général, non dirigé vers la tête du patient ; un éclairage à la tête du lit avec variateur pour le patient (lecture) ; un éclairage de type « chirurgical » pour la réalisation des actes de soins
    - Espace de rangement des affaires personnelles du patient
    - Dispositif d'appel
    - Bras articulés, 16-20 prises PCI, au moins 3 prises sur onduleur, 1 prise informatique, accès internet, TV, fluides médicaux (4xO<sub>2</sub>, 3xvide, 2xair)
  - o 1 plateau technique d'au moins 25 m<sup>2</sup> équipé comme une chambre

- Une zone dédiée aux personnels
  - Salle de détente, mini 20m<sup>2</sup>, dans l'UR mais à distance des zones de soins, avec lumière naturelle, rappel de scope
  - Vestiaires avec toilettes et douches (déportés)
- Une zone technique et logistique
  - Pièces de stock 5m<sup>2</sup>/lit minimum
    - Pièce de stockage pour gros matériel et gaz médicaux
    - Pièce de stockage pour consommable
    - Pièce stock médicaments (pharmacie)
  - Pièce décontamination-entretien-nettoyage
  - Pièces séparées pour linge propre et linge sale
  - Office de préparation des repas déporté avec zone dédiée au stockage des biberons
  - Local pour biologie délocalisée
  - 1 pièce SMUR 20-25m<sup>2</sup> avec réserve et bureaux
- Une zone administrative et tertiaire
  - Secrétariats (actuellement déportés 5<sup>e</sup> étage)
  - Bureau de cadre proche de la zone de soins
  - Salle de réunion pour le personnel
  - 1 pièce de travail pour les internes dans la zone de soins (mutualisable avec la salle de réunion du personnel)
  - 1 bureau médical.
  - 2 Chambres de garde (médecin sénior et interne) avec lumière naturelle et salle de bains/toilettes dans l'UR, sur site mais à distance de la zone de soins (bruit)

*Rappel du plan proposé dans une hypothèse de 10 lits de réa + 4 lits SI.*





## b) Organisation médicale

Concernant les besoins RH pour une projection de 10 lits de réanimation et 8 lits de soins intensifs

- Sur le plan des médecins sénior :

- Si fonctionnement actuel (avec une astreinte de SMUR), en comptant 1 médecin en SI, 2 en réa dont plateau technique, 1 en autre temps (formation, enseignement, encadrement, consultations) et 1 de garde : 8.4 ETP
- Pour un fonctionnement avec médecin SMUR H24 (préférable pour être le 2ème médecin la nuit en réa au vu du nombre de lits et au vu des problématiques de l'astreinte de SMUR...) : 10.6 ETP.
- Ces calculs ne prennent pas en compte les 48h/semaine en temps continu, qui feraient monter le nombre d'ETP à la hausse.

- Pour les internes : En se basant sur 2 en réa, 1 en soins intensifs et 1 de garde : 5.8 ETP

## c) Organisation paramédicale : Ratios soignants définis par les décrets.

### ◦ IDE/PDE

1 IDE pour 2 malades en réanimation pédiatrique de recours, soit 5 IDE par période.

Une IDE pour 4 malades en USIP, soit 2 IDE par période.

Besoin de 7 matin, 7 soir et 7 nuit, soit un besoin de 42, 3 ETP en 07h30

OU Besoin de 7 journée et 7 nuit en 12H, soit un besoin de 40,91 ETP en 12h.

### ◦ AS/AP

1 AS/AP pour 4 malades en RP, soit 2 AS/AP par période

1 AS/AP pour 4 malades en USIP, soit 2 AS/AP par période

En pratique 2 AS/AP par période et 1 coupe en journée pour les missions AST et l'aide sur le plateau technique.

1 Besoin de 4 matin, 4 soir, 4 nuit et 1 coupe (mission AST/plateau technique) : besoin de 25,95 ETP APS en 07h30 OU Besoin de 4 journée, 4 nuit et 1 coupe de 07h30 pour une organisation en 12h, soit un besoin de 25,14 ETP en 12h.

### ◦ Temps kiné

0.5 ETP, à réévaluer, possibilité de kiné 7 jours /7

### ◦ Temps psychologue

0.5 ETP 2è semestre 2024, à renforcer à 1 ETP

### ◦ Temps assistante sociale

1 ETP d'assistante sociale

### ◦ Temps cadre de santé : 1 cadre à plein temps pour le secteur.

- Passage des équipes paramédicales en 12 heures pour l'harmonisation entre les équipes de SC pédiatriques, synchronisation avec l'organisation médicale, limitation du temps de transmission et des pertes d'information.

- Envisager une mutualisation du poste IDE SMUR ped et d'un poste d'IDE de réa ped, jour et nuit :

- Unité de lieu d'intervention pour les IDE de SMUR ped en dehors des sorties SMUR.
- Harmonisation des fonctionnements pour faciliter les remplacements (congrés, arrêts), car organisation identique entre Réa-USIP et SMUR Ped.
- En cas de sortie SMUR, il reste 4 IDE en réa (soit 1 IDE pour 2.5 malades, correspondant au ratio pour les réanimations pédiatriques classiques).
- Arrêt de l'astreinte IDE.
- En se basant sur les décrets de soins critiques pédiatriques, nécessité de 42,3 ETP IDE/PDE, 25,95 ETP AP/AS en organisation en 07h30.
- Pour les IDE de SMUR qui sont pour le moment en plus (5.6 ETP mais sous doté puisque qu'elles ne peuvent pas toutes poser leurs congés sans remplacement extérieur).

Pour ce qui concerne le matériel, si la radiologie B ne peut pas rester ouverte 24h/24, il est important que les enfants puissent tout de même bénéficier dans le cadre de la neurochirurgie d'un scanner cérébral en urgences au sein du bâtiment et sans recours aux manipulateurs radio. Le Pr Aubé nous a proposé l'utilisation d'un scanner mobile au sein de la réanimation avec une lecture des images à distance par le radiologue de la radiologie A de garde.

## **2/ Création d'une unité d'urgences pédopsychiatriques :**

Afin d'améliorer la prise en charge des patients pédopsychiatriques et avec la majoration du nombre de passage aux urgences, nous souhaitons créer une unité d'urgences pédopsychiatriques avec un accueil commun aux urgences pédiatriques :

a) Voici l'organisation souhaitée :

Une salle d'attente commune centrale avec l'IDE/PDE organisateur d'accueil (IOA), qui envoie soit en salle d'attente médico-chirurgicale pour les patients de moins de 16 ans, soit en salle d'attente psy jusqu'à 18 ans (si par exemple il faut d'abord des sutures c'est une orientation initiale vers les urgences adultes, puis un transfert en salle d'attente de pédopsychiatrie)

b) Dans le secteur psychiatrique, les besoins sont :

Deux salles de consultation, 3 chambres doubles pour UHCD pédopsychiatrique, dont une chambre double d'isolement et une chambre simple qu'on pourrait transformer facilement en chambre sécurisée.

Définition d'une chambre isolement : deux chambres avec une entrée par SAS de sécurité et un accès à la salle de bain (SDB), lit cloué au sol, aucun autre meuble, pas de fenêtre accessible, murs lessivables capitonnés, une horloge numérique visible dans la chambre, nécessité d'une climatisation.

Définition d'une chambre sécurisée : pas de SAS mais SDB pouvant être fermée à clé, lit cloué au sol, pas de meuble dans la chambre, murs lessivables capitonnés.

c) L'organisation paramédicale dans cette unité prévoit :

IDE psy : un du matin, un du soir, un de coupe allant jusqu'à 20h (en 07h30), un de nuit

IDE puer : un du matin, un du soir et un de nuit => besoin estimé à 13,86 ETP IDE en 07h30 OU 13,45 ETP IDE en 12H (2 en journée, 2 en nuit, et une coupe en 07h30).

Autres besoins : 7,81 ETP APS, soit un du matin, un du soir et un de nuit en 07h30 OU 7,61 ETP (1 journée et 1 nuit en 12h avec une coupe en 07h30).

Temps d'assistante sociale et de psychologue à définir.

d) L'organisation médicale prévoit :

En journée, il faut un pédopsychiatre senior et un interne de pédopsychiatrie. Un interne de médecine générale examine tous les patients des urgences pédopsychiatriques.

L'organisation médicale prévoit un senior en temps plein en journée. Pour la permanence de soin, il est proposé d'arrêter l'astreinte mutualisée avec Roger Mises. Le front de garde de pédopsychiatrie serait assuré par les internes et les chefs de pédopsychiatrie (pas assez d'internes pour assurer une garde), et une astreinte de senior quand c'est un interne de garde.

Lien des urgences pédopsychiatriques avec CMA ou hospitalisation en secteur. Projection dans quelques années de lits d'hospitalisation pour ados 14-18 ans au Césame : 7 lits pour le Maine et Loire (semblant en deçà des besoins prévisibles). Il n'est pas prévu pour le CHU de se substituer à une hospitalisation en secteur.

### **3/ Restructuration des urgences pédiatriques**

a) Organisation architecturale

L'architecture des urgences actuelles doit être repensée avec nécessité pour les patients d'une marche en avant vers la sortie avec plusieurs salles d'attente. Nous avons listé les points importants de l'organisation souhaitée :

- ▶ Accueil par IOA à l'entrée du service
- ▶ Accueil administratif à proximité
- ▶ Vision sur la salle d'attente pour surveiller
- ▶ Salle d'examen pour l'IOA
- ▶ Accès fléché pour patients couchés

Un circuit court

- ▶ Proche de l'entrée / sortie
- ▶ 9 salles avec brancards (5 consultations / 2 sutures / 1 plâtre (2 places) / 1 prélèvements)
- ▶ Salle d'attente x 2
  - Avant prise en charge (proche entrée)
  - En attente résultat (proche sortie)
  - Bureau de sortie (proche de la sortie !) pour remettre les ordonnances...

UHCD

- ▶ 8 lits
- ▶ 4 chambres simples ET 2 chambres doubles
- ▶ Salle de bain / toilettes
- ▶ Réserve fauteuil / lit

- ▶ Office délocalisé

#### 3 salles spécifiques

- ▶ Une SAUV (Salle d'Accueil d'Urgences Vitales) proche du PC médical et qui ne servira pas de salle de consultation
- ▶ Un salon accueil Mort inattendu du Nourrisson (MIN) et entretien avec les familles.
- ▶ Si le projet de création d'urgences pédopsychiatrique n'était pas retenu, il sera néanmoins nécessaire de créer une chambre double d'isolement et une pièce sécurisée pour la contention.

#### PC médical et IDE

- ▶ Au milieu du circuit court et en face des chambres UHCD
- ▶ Proches de la SAUV
- ▶ Lieu isolé et sécurisé pour préparation et stockage médicaments
- ▶ 9 postes informatiques - PC médical
- ▶ Bureaux médicaux – 8 médecins (dont moitié à temps partiels)
- ▶ 1 Bureau pour les internes
- ▶ 1 Bureau cadre
- ▶ Salle rangement plan blanc – staff

#### Autres

- ▶ Réserve linge / matériel
- ▶ Local décontamination
- ▶ Local ménage / vidoir
- ▶ Toilettes publiques + change nourrisson proches salle d'attente
- ▶ Secrétariat – 1 poste
- ▶ Salle de pause
- ▶ Salle bien-être

#### b) L'organisation paramédicale

Besoins en IDE : 33,77 ETP en 7H30 (5 matin, 6 soir, 5 nuit et 1 renfort soir hiver) OU 33,34 ETP en 12H (5 journée, 5 nuit et 1 coupe en 10H jour et 1 renfort soir hiver).

Besoins en APS : 19,91 ETP en 7H30 (3 matin, 4 soir et 3 nuit) OU 19,3 ETP en 12H (3 journée, 3 nuit et 1 coupe en 10h).

#### c) Organisation médicale

L'organisation médicale proposée est en journée :

- Un médecin Praticien hospitalier (PH) d'accueil MAO
- 1 PH présent +1 DJ ou assistant ou CCA + 3 Internes pour le circuit court
- 1 PH + 1 interne pour l'UHCD
- 1 IPA

Soit 8 internes par semestre

La permanence de soin prévue comprend :

- 1 sénior de garde,
- 1 sénior de demi-garde

-1 interne de garde circuit court + 1 interne décalé soirée +1/2 garde interne

-1 interne de garde étage et UHCD + aide aux urgences si besoin

Plan dans l'aile actuelle avec nécessité d'ajouter un bureau IDE pour la surveillance des lits d'UHCD et manque une chambre d'hospitalisation en UHCD. Dans ce plan, il faut prévoir une salle de plan blanc servant de salle de réunion.

Au total, il faut prévoir de demander du temps d'encadrement pour l'ensemble des missions : augmentation des effectifs de la réanimation pédiatrique, des urgences, et mis en place d'un accueil dédié aux urgences pédopsychiatrique avec nécessité d'au moins 1 ETP de Cadre. Un temps de préparateur en pharmacie sera nécessaire pour assurer la logistique pharmacie sur nos secteurs du rez-de-chaussée (temps à définir).

#### **4/ L'anesthésie pédiatrique**

Les projets actuels sur le rez-de-chaussée entraînent un certain nombre de question sur l'environnement et l'organisation médicale du bâtiment Robert Debré. En conséquence des modifications prévues, une réflexion plus globale est en cours concernant l'anesthésie pédiatrique qui n'appartient pas au pôle FME. Il s'agit donc d'un questionnement sur l'avenir qui pourra être discuté en parallèle de ce projet du rez-de-chaussée et après validation de la démarche auprès du responsable du pôle ASUR-Bloc.

#### **5/ La radiologie pédiatrique**

Dans le cadre des travaux pour convergences, il est prévu l'arrivée d'un scanner et d'une IRM dans la radiologie pédiatrique, qui fonctionnera 24h/24 pendant le temps des travaux de la radiologie A. Les patients adultes et enfants y transiteront. Il n'est pas prévu de mettre en place une permanence de soin sur la radiologie B à terme. Cependant, l'IRM et le scanner resteront sur place. Dans le cadre de ces travaux, il doit être réalisé une étude de faisabilité pour étendre la radiologie B vers les urgences pédiatriques afin de ne pas devoir délocaliser la radiologie. Ce travail sera entamé une fois que les plans du rez-de-chaussée du bâtiment seront validés. En l'absence de faisabilité, cela impactera le projet architectural global.

Avec l'arrivée de ce matériel et l'augmentation du flux de patients en réanimation pédiatrique, il semble important de s'interroger sur la réalisation d'imagerie 24h/24 au sein du bâtiment. Cela permettrait la prise en charge des enfants sur un plateau technique dédié et complet en cas de déchocage pédiatrique avec une ligne de garde d'anesthésiste pédiatrique. Il faudra donc s'interroger sur la faisabilité économique de ce modèle avec la mise place d'une ligne de garde de manipulateur radio sur la radiologie B afin de pouvoir réaliser les examens à toute heure même si le radiologue de garde reste sur la radiologie A.

#### **6/ Les autres impacts de ces modifications**

a) Avec le départ annoncé du centre de ressource autistique et la nécessité d'augmenter le volume d'accueil en consultation, il est indispensable que la pédiatrie puisse utiliser ces locaux afin d'augmenter le volume de l'unité de pédopsychiatrie qui sera impacté par l'augmentation du nombre

de passages aux urgences. Parallèlement, la plateforme de maladie chronique s'est développée avec plusieurs projets en cours nécessitant une capacité d'accueil plus importante. L'aile de consultation est elle aussi trop limitée pour accueillir l'ensemble des patients et professionnels avec déjà à l'heure actuelle une extension au 5ème dans une aile ne devant pas accueillir de patients.

b) La salle du plan blanc disparaîtra avec les travaux nécessaires et devra être recréée sur un autre espace.

c) Afin de garantir un équilibre satisfaisant pour les équipes paramédicales et sécuriser les patients et les familles, il faudra prévoir de renforcer l'équipe paramédicale de la CMA en mettant en place un infirmier psychiatrique sur la journée 10h-18 h (projet en cours de validation).

d) Dans le cadre de l'astreinte de pédiatrie libérale fonctionnelle depuis 2 ans, il est indispensable de garder un espace de consultation pouvant être mis à disposition des professionnels lorsqu'ils sont présents au sein du CHU les weekends de la période hivernale de novembre à février.

### **Conclusion :**

Ce projet s'inscrit dans une ligne directrice d'amélioration des conditions de prise en charge des patients et de leur famille. Le rôle du CHU d'Angers est essentiel dans l'organisation des soins des Pays de La Loire et des régions avoisinantes.

C'est un projet ambitieux mais qui correspond à l'augmentation de nos activités de proximité et régionales de recours. Une structure solide avec des moyens conséquents nous semble indispensable afin de continuer à garantir la qualité des soins en pédiatrie et pour s'adapter à la modernisation de la médecine.

### **Référence :**

**« 300 recommendations and guidelines on structural and organizational requirements for intensive care units »** F. Fourrier et le groupe de rédaction du référentiel : R. Boiteau ; P. Charbonneau ; J.-N. Drault ; S. Dray ; J.-C. Farkas ; F. Leclerc ; B. Misset ; J.-P. Rigaud ; F. Saulnier ; A. Soury-Lavergne ; D. Thévenin ; M. Wolff. Réanimation (2012) 21:S523-S539

### **Annexes**

1/ Décret réanimation : Journal officiel électronique authentifié n° 0098 du 27/04/2022

2/ Décret pédopsychiatrie : Journal officiel électronique authentifié n° 0226 du 29/09/2022