**Projet de transformation du service de pédiatrie de Vienne**

**Etat des lieux**

* Le service de pédiatrie comporte 14 lits d’hospitalisation conventionnelle (médico-chirurgicaux) et 6 lits de néonatologie (1600 accouchements par an). A cela s’ajoutent 4 box à l’accueil des urgences et un poste de réanimation.
* L’accueil des urgences compte 17000 passages par an (soit 45-50 par jour), assuré essentiellement par les pédiatres et 2 médecins urgentistes avec formation pédiatrique. Les pédiatres assurent la garde de 20h à 8h ainsi que le week-end.
* L’activité de consultation est actuellement très limitée, voire quasi inexistante.
* L’équipe médicale comporte 4 ETP répartis sur 5 médecins (1 + 1 + 0,8 + 0,8 + 0,4).
* Il n’y a qu’un seul pédiatre installé en ville, qui ne participe par à l’activité du service.
* Le CH de Vienne est à 27 km du Groupement Hospitalier Sud (40 min) de trajet et à 33 km du centre de Lyon (45 min).

**Les points forts**

* Volonté affichée de la direction et de la CME d’un changement radical visant à réorganiser et renforcer l’activité pédiatrique pour répondre aux besoins de la population et au projet d’établissement.
* Soutien des Hospices Civils de Lyon et conseil du CH de Villefranche-sur-Saône.
* Equipe médicale consciente de ses points faibles, mais sans tension en son sein.
* Equipe paramédicale bien formée, prête à assurer une augmentation d’activité et désireuse de développer des orientations nouvelles, sous l’impulsion d’une cadre dynamique issue du CHU de Lyon. Pas de problème de recrutement.
* Consultation de diabétologie bien organisée
* Locaux spacieux et bien pensés, nombreuses possibilités d’aménagement.
* Proximité du CHU de Lyon, notamment du Groupement Hospitalier Sud.
* Localisation plaisante de l’hôpital et ville agréable à vivre de 30 000 habitants.

**Les points faibles**

* Pas de projet médical.
* Implication insuffisante des acteurs médicaux.
* Collaboration forcée avec les urgentistes, donc peu structurée.
* Perte de la compétence pédiatrique aux urgences du fait de l’insuffisance de la séniorisation.
* Abandon progressif des consultations.
* Environnement pénalisant : limitation des anesthésies aux enfants de plus de 7-10 ans, pas d’imagerie en urgence, organisation floue de la traumatologie.

**Le projet**

* Structurer un service de pédiatrie qui réponde aux demandes de soins de proximité et qui représente au Sud de Lyon ce que Villefranche représente au Nord et Bourgoin-Jallieu à l’Est, en lien fonctionnel avec l’Hôpital Femme Mère Enfant.
* Amener progressivement l’équipe médicale à 8 ETP, avec identification d’un chef de service entreprenant, le chef de service adjoint étant plutôt néonatologue.
* Assurer d’abord les fondamentaux : pédiatrie générale, néonatologie niveau 2a (y compris salle de naissance), réappropriation de l’accueil des urgences par des pédiatres ou des MG à orientation pédiatrique (objectif : 4 gardes par mois au maximum avec 8 ETP).
* Créer une consultation de pédiatrie générale (qui peut d’ores et déjà être initiée par le médecin qui assure la consultation de diabétologie) puis de surspécialités.
* Développer les sur-spécialités pédiatriques
  + En priorité : diabétologie, pneumo-allergologie, troubles du comportement alimentaire, médecine des adolescents ;
  + Dans un second temps : neurologie, gastroentérologie, endocrinologie, néphrologie, rhumatologie, dermatologie, cardiologie.
* Renforcer l’activité chirurgicale (ce qui implique de structurer l’anesthésie pour les enfants de moins de 7-10 ans), notamment ORL.
* Renforcer l’activité de pédopsychiatrie.
* Renforcer les capacités d’accueil en néonatologie en passant à 9-10 lits, et créer des lits mère-enfant, en lien avec le GHS et le CH de Givors.
* Créer un hôpital de jour.

**Les outils**

* Associer d’emblée l’appui d’un chef de service extérieur, qui travaillera en binôme avec le(s) porteur(s) du projet sur place, avec autonomie dès que l’équipe sera solide.
* Constituer progressivement une équipe médicale faite de pédiatres ayant si possible une expérience antérieure de chef de clinique-assistant en CHU ou d’assistant spécialiste en CHU ou CHG.
  + Chaque médecin recruté doit avoir une activité prédominante de pédiatrie générale (N = 5) ou de néonatologie (N = 3), mais aussi de sur-spécialité.
  + Maintien d’une formation clinique en lien avec le CHU (par exemple une vacation hebdomadaire dans une sur-spécialité).
  + Possibilité d’assistants partagés selon les prévisions de l’ARS.
* Intégrer éventuellement des MG ayant une solide formation pédiatrique voire une VAE.
* Développer des interfaces techniques, par exemple avec un praticien formé à l’échographie, à l’endoscopie, à l’échocardiographie, etc.
* Intégrer des médecins vacataires issus de la médecine libérale ou retraités du service.
* Développer la formation au sein de l’équipe (réalisation de cours réguliers, accès aux tunnels universitaires), mais aussi les RCP, les staffs, etc.
* Programmer une formation pour les internes, sur la base de 5 à 6 postes incluant DES de pédiatrie et de médecine générale.
* Laisser le champ libre à toute initiative validée par la CME.

**Conclusion**

Il s’agit d’un véritable projet de construction d’un service nouveau, dans un contexte privilégié (proximité de Lyon, soutien de la direction et de la CME) et avec de nombreux moyens potentiels. Cette transformation prendra un peu de temps, mais l’objectif est de finaliser la restructuration et de stabiliser l’équipe d’ici 3 ans (mai 2021).

Pierre Cochat

27 mai 2018