RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Pilotage de la pédiatrie dans les Alpes-Maritimes

FEVRIER 2026
2025-051R1

• **RAPPORT**

RAPPORT

Mustapha **Khennouf**

Thomas **Le Ludec**

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

Suivez-nous sur Linkedin

SYNTHÈSE

[1] Le présent rapport, consacré à la structuration territoriale de la filière pédiatrique dans les Alpes-Maritimes, s'inscrit dans la continuité du premier volet de la mission1, qui portait spécifiquement sur le contrôle de la gouvernance de la Fondation Lenval en tenant compte des relations entre cette dernière et le CHU de Nice dans la mesure où la dégradation des coopérations opérationnelles entre ces deux établissements retentissent sur le fonctionnement des parcours de soins.

[2] Ces constats justifient une approche plus prescriptive, centrée sur la structuration territoriale, la clarification des responsabilités et la mise en place d'un pilotage opposable sous l'égide de l'Agence régionale de santé.

[3] Afin de permettre une lecture autonome de ce rapport, le lecteur est invité à se reporter au rapport de contrôle de la Fondation Lenval (volet 1), lequel expose de manière complète les éléments de contexte nécessaires à la compréhension de la trajectoire proposée.

[4] La mission a examiné l'organisation actuelle de la filière pédiatrique dans les Alpes-Maritimes et constate que, malgré une dotation territoriale élevée en ressources sanitaires et un ancrage historique du pôle pédiatrique niçois, le fonctionnement global demeure marqué par une absence de structuration formalisée et lisible, qui limite la cohérence des parcours et fragilise la sécurité des prises en charge. Le territoire présente en effet une configuration polycentrique, caractérisée par la présence conjointe d'un centre hospitalier universitaire, d'un établissement privé d'intérêt collectif spécialisé en pédiatrie[2], de plusieurs centres hospitaliers publics de proximité et d'acteurs privés dont l'implication dans certains segments de l'offre est croissante. A ce jour, cette pluralité d'acteurs ne s'est pas traduite par l'émergence d'une filière territoriale organisée. La coopération reste majoritairement bilatérale, fondée sur des modalités opérationnelles ponctuelles et demeure insuffisamment encadrée par des conventions opposables ou par une gouvernance de filière permettant l'anticipation et la maîtrise des tensions récurrentes.

[5] Les urgences pédiatriques constituent le principal point de pression, mobilisées à la fois pour des recours justifiés et pour des passages évitables en l'absence d'alternatives territoriales suffisamment visibles ou intégrées à la régulation du service d'accès aux soins (SAS) qui reste à mettre en œuvre concernant son volet pédiatrique. Les soins critiques pédiatriques présentent une vulnérabilité particulière, du fait de la dépendance à un nombre restreint d'équipes expertes, de la séparation géographique entre réanimation pédiatrique et certaines spécialités associées et de l'insuffisance de protocoles de flux opposables permettant de sécuriser les transferts, notamment en période de tension saisonnière. La chirurgie pédiatrique se trouve également fragilisée par la dispersion actuelle des activités sur plusieurs sites, alors même que la permanence

[1] Contrôle de la gouvernance de la Fondation Lenval, 1er décembre 2025, Rapport R2025-051.
[2] L'ESPIC Hôpital pédiatrique Nice CHU Lenval ne réalise pas les activités périnatales, le CLCC intervient dans la filière pour des prises en charge très spécifiques liées principalement à la protonthérapie.

des soins, l'attractivité des postes, la formation des internes et la soutenabilité des astreintes justifieraient une structuration autour d'un nombre limité d'implantations.

[6] La santé mentale de l'enfant et de l'adolescent constitue, selon les constats de la mission, le principal facteur de risque à moyen terme. La démographie des pédopsychiatres s'est dégradée, les délais d'accès à l'offre spécialisée excèdent des seuils compatibles avec les besoins territoriaux et la filière apparaît insuffisamment structurée pour répondre à l'augmentation des situations de crise. Ces tensions ont pour conséquence directe un report vers les urgences pédiatriques ou les services somatiques, voire des hospitalisations inadaptées dans des secteurs pour adultes. Cette situation crée des ruptures de parcours, un allongement des durées de traitement et une perte d'efficience pour les équipes concernées. Elle accentue également les inégalités territoriales, l'arrière-pays maralpin étant plus exposé aux délais d'accès prolongés, en particulier pour les adolescents présentant des troubles complexes.

[7] Le territoire présente en outre un déficit notable d'intégration de la prévention dans le pilotage sanitaire. La protection maternelle et infantile (PMI), pourtant fortement implantée, ainsi que la santé scolaire et les acteurs médico-sociaux, ne sont pas suffisamment articulés aux objectifs de régulation des flux, alors même que la prévention primaire et secondaire constitue un levier déterminant pour réduire les passages évitables aux urgences, renforcer le repérage précoce des troubles du neurodéveloppement et améliorer l'équité d'accès aux soins. La mission observe également que la densité de pédiatres de ville, particulièrement favorable sur le littoral, n'est pas suffisamment mobilisée pour soutenir une filière territoriale de soins non programmés permettant de réduire la pression sur les urgences hospitalières.

[8] La mission relève que la gradation des recours pédiatriques, telle qu'abordée dans le PRS PACA, est abordée à grands traits, sans traduction opérationnelle suffisamment détaillée à l'échelle départementale. Dès lors, la mission considère que la priorité consiste pour l'ARS à établir un schéma départemental de gradation explicite des recours pédiatriques, opposable et partagé par l'ensemble des acteurs. Ce schéma doit préciser les responsabilités de chaque segment — proximité, recours et hyper-recours — ainsi que les modalités de suppléance, de transferts et de montée en charge saisonnière, en assurant une cohérence avec les autorisations d'activité, les contractualisations et la dynamique du GHT des Alpes-Maritimes.

[9] À ce titre, la révision du projet médico-soignant partagé du groupement hospitalier de territoire (GHT) des Alpes-Maritimes prévue en 2026 devra inscrire la pédiatrie comme axe stratégique majeur et structurant en étendant son périmètre au-delà des seuls établissements publics du GHT pour tenir compte de la configuration locale de l'offre hospitalière, marquée par la présence d'ESPIC et de cliniques à but lucratif. Sa validation par l'ARS devra ainsi être conditionnée à l'intégration de parcours formalisés et de règles de flux opposables garantissant la cohérence de l'offre pédiatrique sur l'ensemble du territoire.

[10] La sécurisation des filières critiques impose par ailleurs la mise en œuvre d'un plan territorialisé pour les compétences rares, incluant la réanimation pédiatrique, l'anesthésie-réanimation, la chirurgie infantile, la pédiatrie d'urgence et les fonctions paramédicales clés. La mission recommande la création d'un second site de réanimation pédiatrique au CHU de Nice, conçu comme un pôle d'hyper-recours complémentaire de la réanimation polyvalente de la Fondation Lenval, afin de répondre aux exigences de prises en charge complexes et aux innovations thérapeutiques. En chirurgie pédiatrique, il conviendra

d'engager une concentration progressive autour d'un maximum de trois sites, en garantissant la tenue des lignes de garde et la consolidation de la filière universitaire.

[11] La mise en place d'une organisation départementale des soins non programmés pédiatriques, adossée au SAS et mobilisant les pédiatres de ville, constitue un autre levier essentiel pour réduire le recours par défaut aux urgences. Ce dispositif devra intégrer des protocoles de régulation dédiés, des effecteurs clairement identifiés, des créneaux de disponibilité rapides et une information uniforme des familles.

[12] La santé mentale nécessite l'adoption d'une trajectoire pluriannuelle visant à renforcer les capacités, structurer un circuit de crise « adolescent », soutenir les équipes mobiles et contractualiser des délais maximaux d'accès aux consultations prioritaires. La mission insiste sur la nécessité de mettre en cohérence l'action de tous les acteurs clés de la santé mentale, qu'ils soient sanitaires, médico-sociaux ou éducatifs afin de garantir le repérage précoce, la continuité des parcours et l'efficacité des dispositifs. Cette coordination devra être formalisée dans un protocole opposable.

[13] Enfin, la mission estime que ces orientations ne pourront produire leurs effets qu'à travers une gouvernance renouvelée. Elle recommande en conséquence la création d'une instance départementale de pilotage placée sous l'autorité du directeur général de l'ARS, dotée d'un tableau de bord consolidé, d'une matrice de risques actualisée et d'un calendrier de revues de filière permettant d'assurer un suivi régulier des tensions, des événements indésirables et des engagements contractuels. Cette instance devra associer l'ensemble des établissements de santé, les représentants de la ville, la PMI, l'Éducation nationale et les acteurs médico-sociaux, et être soutenue par des clauses de conditionnalité intégrées aux CPOM et aux décisions d'autorisation.

[14] La mise en cohérence des ressources, la structuration graduée de l'offre et l'intégration des politiques de prévention constituent les conditions d'un fonctionnement pédiatrique durable, sécurisé et équitable pour l'ensemble des enfants du département. La mission considère que les leviers de régulation à disposition de l'ARS permettent d'atteindre ces objectifs à condition d'un pilotage déterminé, d'une contractualisation ferme et de l'engagement coordonné de l'ensemble des acteurs du territoire.

[15] La transformation attendue repose avant tout sur un pilotage renforcé, une structuration des flux et une formalisation des interfaces, sans solliciter d'investissements majeurs. La seule recommandation susceptible d'emporter un impact financier substantiel concerne la création d'une réanimation pédiatrique au CHU de Nice. Elle nécessitera, au stade de l'instruction fine des éléments d'appréciation complémentaires, notamment en matière d'investissement immobilier, d'équipement et de dimensionnement des équipes[3]. A l'exception de ce point singulier, la feuille de route se caractérise par une efficience élevée, fondée sur la réorganisation plutôt que sur l'augmentation des moyens.

[3]A titre indicatif, la création d'environ une dizaine de lits de soins critiques (réanimation et unité adjacente de soins continus) pourrait représenter un investissement de l'ordre de 5 M€ pour les travaux, ainsi qu'un budget d'exploitation annuel estimé entre 8 et 10 M€, sous réserve d'analyses complémentaires.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Priorité	Autorité responsable	Échéance
1	Créer une instance départementale de pilotage de la filière pédiatrique avec mandat clair et tableau de bord opposable.	P1	ARS PACA	T2 2026
2	Élaborer un schéma départemental de gradation des recours pédiatriques et le rendre opposable par conventions signées.	P1	ARS	T3 2026
3	Intégrer la pédiatrie comme axe stratégique dans le projet médico-soignant partagé territorial du groupement hospitalier de territoire des Alpes-Maritimes lors de sa révision.	P1	ARS + GHT	T3 2026
4	Conditionner le renouvellement des dispositifs d'urgences à la participation à la filière « soins non programmés pédiatriques ».	P1	ARS	Hiver 2026-2027
5	Déployer une communication territoriale unifiée « Parcours pédiatriques 06 ».	P1	ARS	T1 2027
6	Prescrire un plan de résilience hivernale pour les soins critiques pédiatriques.	P1	ARS	T1 2027
7	Autoriser la création d'une unité de réanimation pédiatrique dédiée au CHU de Nice.	P1	ARS	T2 2027
8	Élaborer sous l'égide de l'ARS un plan territorial « compétences rares » pour sécuriser les lignes critiques.	P1	Instance de filière + établissements	Dès T3 2026
9	Construire et engager une trajectoire de renforcement de la pédopsychiatrie infanto-juvénile	P2	ARS	T4 2026
10	Conclure un protocole interinstitutionnel PMI–Éducation nationale–santé scolaire–médico-social et le rendre opposable.	P2	ARS + CD06 + Rectorat	T4 2027
11	Déployer une stratégie d'équité littoral–arrière-pays (consultations avancées, télémédecine).	P2	ARS	2028
12	Conditionner les autorisations et les financements à l'engagement effectif des acteurs dans le déploiement de l'organisation territoriale pédiatrique.	P2	ARS	2027
13	Mettre en place des revues de filière trimestrielles (REX/CREX) pour sécuriser les parcours.	P2	ARS P	2027

SOMMAIRE

SYNTHÈSE **2**

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION **5**

INTRODUCTION **8**

1 CADRES DE REFERENCE ET ATTENDUS STRUCTURANTS DES FILIERES PEDIATRIQUES **9**

1.1 STRATEGIE NATIONALE DE SANTE ET ASSISES DE LA PEDIATRIE : UN CADRE DE REFERENCE CLAIR, ENCORE INSUFFISAMMENT DECLINE DANS LES ALPES-MARITIMES 9

1.2 LE PROJET REGIONAL DE SANTE ET LE SCHEMA REGIONAL DE SANTE PACA : UN CADRE STRATEGIQUE ROBUSTE, MAIS FAIBLEMENT PRESCRIPTIF POUR LA PEDIATRIE 10

1.2.1 Un projet régional de santé sans déclinaison départementale *10*

1.2.2 Les autorisations ne suffisent pas à réguler une filière *10*

1.3 LES ALPES-MARITIMES : UN TERRITOIRE DENSE EN AUTORISATIONS DE SOINS MAIS DONT LA COHERENCE ET LA LISIBILITE DES PARCOURS RESTENT FRAGILES 12

1.3.1 Une configuration géo-démographique structurant les flux l'offre de santé *12*

1.3.2 Une population présentation des fragilités sociales à prendre en compte *14*

1.3.3 Les établissements de santé exercent très majoritairement une fonction de soins au service de la population départementale. *15*

2 DIAGNOSTIC INTEGRE DES FILIERES PEDIATRIQUES DANS LES ALPES-MARITIMES : CONSTATS, ECARTS ET RISQUES **17**

2.1 DES PRISES EN CHARGE IDENTIFIEES A DIFFERENTS NIVEAUX, DANS UNE ORGANISATION DONT LA LISIBILITE ET LA COORDINATION DEMEURENT A CONSOLIDER 17

2.2 DES COOPERATIONS NOMBREUSES MAIS INSUFFISAMMENT GOUVERNEES 17

2.3 FILIERES CRITIQUES : DEPENDANCES D'EQUIPES ET RISQUES DE RUPTURE 18

2.4 PREVENTION PRIMAIRE ET SECONDAIRE : UN LEVIER REEL ENCORE INSUFFISAMMENT INTEGRE AUX FILIERES DE SOINS 19

2.5 ÉCARTS AVEC LES ATTENDUS ET RISQUES A MOYEN TERME : SOUTENABILITE, SECURITE ET EQUITE 20

2.6 MATRICE DE RISQUES : HIERARCHISATION ET MODALITES DE MAITRISE 20

3 STRUCTURATION STRATEGIQUE, SCHEMA-CIBLE ET FEUILLE DE ROUTE OPERATIONNELLE **23**

3.1 STRUCTURER UNE FILIERE PEDIATRIQUE LISIBLE ET GRADUEE 23

3.1.1 Définir les principes directeurs d'un système lisible, gradé, préventif et résilient *23*

3.1.2 Clarifier et formaliser les rôles des acteurs et leurs interfaces *25*

3.2 SECURISER LES PRISES EN CHARGE ET RENFORCER LA RESILIENCE OPERATIONNELLE 27

3.2.1 Structurer les soins non programmés pédiatriques et désaturer les urgences *27*

3.2.2 Sécuriser les filières critiques : soins critiques, néonatals et chirurgie pédiatrique *28*

3.3 RENFORCER LES PARCOURS, LA PREVENTION ET LA SANTE MENTALE 30

3.3.1 Structurer la filière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent *30*

3.3.2 Intégrer la prévention dans la gouvernance de filière *31*

3.4 RENDRE LE SCHEMA-CIBLE OPPOSABLE ET PILOTABLE 32

3.4.1 Mobiliser les leviers de mise en œuvre : autorisations, contractualisation et financement *32*

3.4.2 Piloter la filière par les risques et par des indicateurs partagés *33*

CONCLUSION GENERALE **34**

ANNEXE 1 : FEUILLE DE ROUTE **35**

ANNEXE 2 : INVENTAIRE DES STRUCTURES HOSPITALIERES PEDIATRIQUES DANS LES ALPES-MARITIMES **37**

ANNEXE 3 : CONTRIBUTION CONJOINTE DES DEUX PCME DU CHU DE NICE ET DE L'ESPIC HPNCL (DECEMBRE 2024) **39**

ANNEXE 4 : EXEMPLE D'UNE INSTANCE DEPARTEMENTALE DE PILOTAGE DE LA FILIERE PEDIATRIQUE 42

ANNEXE 5 : ÉLABORATION DU PROJET MEDICO-SOIGNANT DU GHT DES ALPES MARITIMES : PROPOSITION DE CADRAGE ET DE DECLINAISON OPERATIONNELLE PAR L'ARS 45

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES 48

GLOSSAIRE 51

LETTRE DE MISSION 52

Introduction

[16] Le premier volet de la mission a été consacré au contrôle de la gouvernance de la Fondation Lenval dans un contexte de crise institutionnelle.

[17] La lettre de mission ministérielle du 6 mai 2025 fixe le cadre du deuxième volet. Selon les termes de la lettre, ce volet « d'expertise, abordera le parcours de soins des enfants entre les deux établissements (CHU de Nice et Fondation Lenval) et les modalités de coordination entre ces structures. Elle traitera de l'organisation la mieux à même de sécuriser la prise en charge des enfants. Elle proposera ainsi les pistes susceptibles de faciliter l'action de l'ARS pour procéder ensuite à la structuration de la filière de pédiatrie sur le territoire, dans un souci de qualité, d'accès et de sécurité des prises en charge, au service des patients et dans le respect des professionnels. »

[18] Au-delà des seules relations entre la Fondation Lenval et le CHU de Nice, sans limiter l'examen du fonctionnement du système pédiatrique dans son ensemble, la mission constate que l'absence d'une structuration territoriale claire, pilotée et opposable de la filière pédiatrique hospitalière dans les Alpes-Maritimes compromet la coordination entre les acteurs en présence.

[19] Ainsi, les établissements composant le groupement hospitalier de territoire peuvent se trouver dans une contradiction entre approches bilatérales de leurs actions de coopération et vision de groupe public que doit porter le CHU de Nice et les établissements parties prenantes au GHT. De même, la dégradation des relations entre le groupe privé Kantys et la Fondation Lenval, notamment au sujet du traitement du dossier de la maternité Santa Maria entre 2022 et 2025 témoigne de la prévalence des enjeux d'institutions et détourne l'énergie des opérateurs d'objectifs de renforcement des actions de santé publique que porte la stratégie régionale de santé. Enfin, la médecine libérale n'est pas pleinement mobilisée dans ce contexte pour contribuer aux actions de prévention, de structuration des parcours et de prévention des flux d'urgence. Le département se caractérise en effet par une offre ambulatoire pédiatrique importante, notamment sur le bassin niçois, dont le potentiel en matière d'accès et de prévention reste insuffisamment coordonné avec les segments hospitaliers, en particulier pour les soins non programmés et les parcours complexes.

[20] Dans ce contexte, les enjeux auxquels est confrontée l'Agence régionale de santé Provence-Alpes-Côte d'Azur excède la résolution des difficultés entre deux établissements majeurs du territoire. C'est la capacité du système pédiatrique départemental, hospitalier et ambulatoire, à fonctionner comme une filière lisible, sécurisée et soutenable au service des enfants et des familles, dans des conditions compatibles avec l'exercice professionnel des équipes qui est en jeu.

[21] Le présent volet vise à décrire les traits principaux de l'organisation des filières pédiatriques hospitalières dans le département, à analyser leurs fragilités structurelles et leurs risques, puis à proposer un schéma-cible et une feuille de route opérationnelle à l'usage de l'ARS. La mission apporte une expertise organisationnelle et stratégique fondée sur l'analyse organisationnelle des parcours, des interfaces et des mécanismes de régulation, en s'appuyant sur les référentiels nationaux et régionaux disponibles ainsi que les données pertinentes, notamment en démographie médicale, en santé mentale et en prévention.

[22] La problématique générale à laquelle cette expertise s'attache est double. D'une part, il s'agit de déterminer dans quelle mesure l'organisation actuelle, polycentrique et insuffisamment coordonnée, de la filière pédiatrique hospitalière des Alpes-Maritimes traduit un écart structurel entre les attendus nationaux et régionaux et leur mise en œuvre opérationnelle. D'autre part, la mission vise à identifier les arbitrages que l'ARS doit assumer pour garantir, à moyen terme, la sécurité, la lisibilité et la soutenabilité des prises en charge pédiatriques sur le territoire, en mobilisant l'ensemble des leviers de prévention des passages et des séjours hospitaliers évitables.

1 Cadres de référence et attendus structurants des filières pédiatriques

1.1 Stratégie nationale de santé et Assises de la pédiatrie : un cadre de référence clair, encore insuffisamment décliné dans les Alpes-Maritimes

[23] Les référentiels nationaux convergent sur le fait que la pédiatrie ne saurait être réduite à une juxtaposition d'activités hospitalières. Elle doit être pensée comme une filière à part entière, fondée sur une gradation explicite des recours, une continuité des parcours, la sécurisation des segments critiques et l'intégration de la prévention primaire et secondaire. La Stratégie nationale de santé[4] a inscrit ces principes dans une logique de réduction des inégalités d'accès, de qualité et de sécurité des prises en charge ainsi que d'organisation des parcours de santé.

[24] Les Assises nationales de la pédiatrie et de la santé de l'enfant[5], tenues en 2023 et 2024, ont renforcé cette doctrine en la rendant particulièrement opérante pour les territoires. Elles soulignent, d'une part, la pression structurelle sur les urgences pédiatriques et, d'autre part, l'insuffisance d'alternatives lisibles en amont, notamment en matière de premier recours, de soins non programmés et de prévention. Elles posent ainsi la gouvernance territoriale intégrée, associant l'hôpital, la ville, la PMI, la santé scolaire et le médico-social, une condition de réussite de toute transformation durable.

[25] Au-delà de ces constats, la feuille de route issue des Assises consacre la prévention et le repérage précoce comme axes structurants, en particulier pour les troubles du neurodéveloppement, la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent et l'articulation avec l'éducation nationale. Cette orientation est déterminante dans la mesure où la prévention conditionne directement la soutenabilité de l'aval hospitalier en réduisant les recours tardifs et les situations de crise.

[4] La stratégie nationale de santé 2018-2022 - Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées

[5] Assises nationales de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, feuille de route en date du 25 mai 2024

1.2 Le projet régional de santé et le schéma régional de santé PACA : un cadre stratégique robuste, mais faiblement prescriptif pour la pédiatrie

[26] Le projet régional de santé (PRS) Provence-Alpes-Côte d'Azur 2018-2028 constitue le cadre stratégique de déclinaison des orientations nationales. Il rappelle l'exigence de parcours lisibles et gradués et identifie le parcours « enfants, adolescents, jeunes adultes » comme une priorité régionale, adossée à un diagnostic social et sanitaire défavorable, notamment en santé mentale et en prévention.

1.2.1 Un projet régional de santé sans déclinaison départementale

[27] La traduction opérationnelle de ces orientations est portée par le schéma régional de santé (SRS) 2023-2028. Celui-ci intègre la réforme des autorisations d'activités de soins et affirme la nécessité de mobiliser les outils de régulation pour structurer l'offre, concentrer l'expertise et sécuriser les prises en charge à haute technicité. Toutefois, dans le champ pédiatrique, la lecture demeure largement segmentée au travers de thématiques telles que les urgences, la périnatalité, la prévention ou la psychiatrie infanto-juvénile.

[28] Le SRS n'énonce pas, à ce stade, d'architecture cible consolidée des filières pédiatriques par département, ni de hiérarchisation opposable des niveaux de recours, ce qui laisse aux territoires une marge d'interprétation significative (voir encadré infra). Il ne fournit pas non plus de méthode ni de feuille de route opérationnelle pour animer une politique territorialisée associant l'ensemble des acteurs concernés par le système pédiatrique local.

[29] Dans un département à la fois complexe et fortement doté comme les Alpes-Maritimes, cette faible déclinaison opérationnelle accroît le risque que la régulation demeure largement implicite et que les organisations locales soient principalement déterminées par des équilibres historiques et des arbitrages circonstanciels, plutôt que par une stratégie territoriale explicite, pilotée et anticipatrice.

1.2.2 Les autorisations ne suffisent pas à réguler une filière

[30] La réforme récente du régime des autorisations d'activités de soins et d'équipements en pédiatrie introduit un cadre rénové, fondé sur des exigences accrues de sécurité, de volumes d'activité et de compétences. Si ces objectifs sont pleinement légitimes, leur traduction territoriale produit toutefois des effets systémiques complexes qui doivent être appréhendés à l'échelle de la filière dans son ensemble.

[31] Dans le champ de la chirurgie pédiatrique en particulier, l'articulation entre autorisations d'activités, seuils réglementaires, permanence des soins et disponibilité des ressources humaines produit des mécanismes de fragilisation systémique, encore insuffisamment anticipés. Ainsi, les phénomènes de concurrence accentuent la volatilité de la ressource humaine, les chirurgiens pouvant, selon leur choix d'implantation, conditionner directement la soutenabilité des activités. Il convient de signaler à cet égard une dispersion de la chirurgie pédiatrique de nature à fragiliser le cadre de la formation notamment pour les internes, dispersion accentuée par les facteurs d'attractivité spécifiques lié à la proximité avec le centre hospitalier Princesse Grace à Monaco.

[32] Or, le régime d'autorisation ne se limite pas à déterminer un périmètre d'activité. Il structure en profondeur les équilibres organisationnels du territoire conditionnant de fait la soutenabilité des dispositifs, la robustesse des lignes critiques et la continuité effective des parcours de soins.

[33] À ce titre, il peut fonctionner comme un « multiplicateur de vulnérabilités ». En effet, toute fragilisation d'une autorisation sur un segment donné (activité, tranche d'âge, niveau de recours ou ligne de garde) déséquilibre l'ensemble de la filière, réduit les capacités effectives et accroît mécaniquement les transferts non programmés vers les pôles de recours déjà sous pression. Elle peut être à l'origine d'un décalage persistant entre les autorisations, les ressources médicales disponibles, les exigences de continuité des soins et attractivité professionnelle. L'exemple des départs de chirurgiens pédiatriques de la Fondation Lenval en 2018-2019 illustre cette fragilité structurelle dans un contexte où l'encadrement universitaire repose sur un nombre limité de praticiens et s'est récemment encore réduit.

[34] Dans un contexte de coopérations partiellement formalisées, ces effets de fragilisation sont amplifiés. En l'absence actuelle de règles de suppléance clairement définies, de conventions de flux opposables et d'une régulation active des lignes critiques, le régime d'autorisation peut rigidifier les organisations plutôt que les sécuriser, en augmentant le risque de ruptures de parcours et de reports d'activité en période de tension.

[35] Ces constats plaident pour une approche territorialisée et évolutive des autorisations en pédiatrie, intégrant non seulement la conformité réglementaire, mais également les effets induits sur les flux, la continuité d'accès et la soutenabilité des équipes. Ils justifient que l'ARS mobilise les autorisations comme un véritable levier structurant de pilotage au service de la gradation des recours et de la résilience de la filière chirurgicale pédiatrique.

Encadré 1 — La réforme des autorisations en chirurgie pédiatrique : un « multiplicateur » de fuites capacitaires

La réforme des autorisations d'activités de soins en chirurgie pédiatrique produit des effets en chaîne qui dépassent le seul périmètre réglementaire de l'activité autorisée. Le texte national tel qu'appliqué en région PACA a induit un accroissement des sites autorisés. La fragilisation des conditions d'exploitation d'une autorisation (liée à l'atteinte des seuils, à la tenue de la permanence des soins ou à la disponibilité des compétences rares) peut entraîner :

- la non-tenue ou l'intermittence des lignes de garde et d'astreinte ;
- des déprogrammations répétées, y compris en chirurgie urgente ;
- une augmentation des transferts secondaires non programmés vers les pôles de recours ;
- une surcharge des équipes et une dégradation de l'attractivité professionnelle ;
- un report de l'activité sur un nombre restreint de sites, accentuant les tensions systémiques.

En l'absence de conventions de suppléance opposables, de règles de flux formalisées et d'un pilotage actif des lignes autorisées, la réforme peut ainsi produire un effet paradoxal de désorganisation et de perte de résilience, alors même qu'elle vise à renforcer la sécurité des prises en charge.

1.3 Les Alpes-Maritimes : un territoire dense en autorisations de soins mais dont la cohérence et la lisibilité des parcours restent fragiles

[36] **Le département des Alpes-Maritimes compte 1 114 579 habitants[6], dont 171 718 enfants âgés de 0-14 ans (15,4 %)[7]. Afin d'intégrer l'adolescence dans l'analyse, l'Insee estime également la population des 0-19 ans (hommes + femmes) à 232 803 personnes. Le territoire figure parmi les départements les plus urbanisés de France,** structuré par la métropole Nice Côte d'Azur et en continuité avec l'arrondissement de Grasse qui concentre à lui seul près de 580 000 habitants.

1.3.1 Une configuration géo-démographique structurant les flux l'offre de santé

[37] Cette configuration exerce des effets d'attractivité marqués sur les activités médicales et hospitalières. Le département se caractérise ainsi par une offre hospitalière pédiatrique dense et diversifiée, articulée autour d'un centre hospitalier universitaire, d'un établissement privé d'intérêt collectif pédiatrique majeur, de plusieurs hôpitaux publics répartis dans le département et d'acteurs privés[8]..

[38] Le territoire présente toutefois une fragilité structurelle : la centralité fonctionnelle du CHU de Nice et de la Fondation Lenval dans les activités critiques est bien réelle, mais demeure insuffisamment formalisée dans un schéma territorial explicite et opposable. La coexistence d'acteurs multiples, y compris privés et dont l'un d'entre eux est susceptible, à moyen terme, de structurer un pôle mère-enfant polyvalent, renforce la nécessité d'une clarification des rôles, des responsabilités et des interfaces, notamment en matière d'urgences, de soins critiques, de chirurgie pédiatrique et de santé mentale.

[6] https://www.insee.fr/en/statistiques/6457611?geo=DEP-06

[7] Le département des Alpes-Maritimes peut être comparé avec les départements dont la population se situe entre 1,1 millions et 1,26 millions d'habitants à savoir : l'Ile et Vilaine, le Bas-Rhin, l'Hérault, la Seine-Maritime. Mais sa population pédiatrique est moindre alors que son offre spécialisée est plus forte.

[8] Cf. Annexe 3, Carte des établissements de santé publics du GHT 06 et privés des Alpes- Maritimes.

Carte 1 : Carte simplifiée des Alpes-Maritimes (Villes, Frontières, principaux axes de circulation)

Source : d-maps.com, « Alpes-Maritimes (France) – frontières, principales villes », carte n°110447, formats GIF/PDF/SVG, consultée le 28 janvier 2026].

[39] Les spécificités géographiques et démographiques du département accentuent ces enjeux. La dualité littoral–arrière-pays, la forte saisonnalité touristique et les difficultés de circulation allongent les temps d'accès aux structures spécialisées. Ces contraintes combinées aux tensions sur les ressources humaines médicales et paramédicales génèrent des variations d'activité importantes et exposent le système à des saturations et à des ruptures d'organisation, en particulier lorsque certaines compétences sont concentrées sur un nombre limité d'équipes.

Encadré 2 — Profil structurel et fragilités critiques du département

Densité médicale : le département compte 96,2 pédiatres pour 100 000 enfants de moins de 15 ans (soit près de deux fois la moyenne nationale), mais seulement 2,9 pédopsychiatres pour 100 000, en tendance baissière sur les cinq dernières années (-12 % entre 2018 et 2023). Cette disparité accentue la pression sur les parcours de santé mentale et le repérage précoce.

Concentration des activités critiques : près de 90 % des soins critiques pédiatriques, des urgences spécialisées et de la chirurgie pédiatrique de recours sont assurés par deux établissements (CHU de Nice et Fondation Lenval). La dépendance à ces pôles uniques expose la filière à des tensions RH et à des risques de rupture de continuité.

Dualité littoral–arrière-pays et saisonnalité : la population pédiatrique est fortement hétérogène et saisonnièrement fluctuante (+25 % de fréquentation touristique en été), ce qui majore les risques de saturation et d'inégalités d'accès, notamment pour les parcours complexes et la santé mentale.

Prévention et régulation insuffisantes : le levier de prévention via la PMI, la santé scolaire et les dispositifs jeunesse est significatif (couverture PMI > 95 % des enfants de 0-6 ans), mais son articulation avec la régulation sanitaire est partielle, favorisant un recours par défaut à l'hôpital et des passages inappropriés aux urgences.

Ressources et continuité de soins : certaines lignes critiques, comme l'anesthésie-réanimation pédiatrique ou les équipes mobiles de pédopsychiatrie, couvrent moins de 80 % des besoins territoriaux en nuit et week-end, limitant la capacité de réponse en période de tension.

[40] Cette offre importante doit être mise en relation avec certaines caractéristiques de la population du département.

1.3.2 Une population présentation des fragilités sociales à prendre en compte

[41] Selon l'Insee (recensement 2022)[9], on dénombre 56 618 ménages "famille monoparentale", soit 10,6 % des ménages du département ; 143 041 personnes vivent dans ces ménages (parent + enfants). Une lecture complémentaire, centrée sur les "familles" (et non les "ménages"), indique 58 265 familles monoparentales, soit 19,0 % des familles (2022). Le diagnostic de la CAF10 confirme un niveau légèrement supérieur à la moyenne nationale (10,6 % vs 10,1 % de ménages dont la famille principale est monoparentale, source Insee RP 2021) et souligne une sur-représentation sur le littoral, notamment autour de Nice et Grasse.

[42] L'Insee fournit également un cadrage robuste sur la pauvreté dans le 06 : taux de pauvreté 16,4 % en 2021 (ensemble des personnes dans les ménages fiscaux)[11]. Surtout, cette pauvreté est nettement plus élevée dans des configurations fortement corrélées à la présence d'enfants. Pour les ménages dont le référent fiscal a moins de 30 ans, 23,1 % sont sous le seuil de pauvreté (FiLoSoFi 2021). Insee. En outre, la part des ménages locataires est 27,1 % sous le seuil de pauvreté

[9] https://www.insee.fr/en/statistiques/6457611?geo=DEP-06
[10] CAF, Portrait 2025 du département des Alpes-Maritimes, document en PDG, 11 pages
[11] Revenus et pauvreté des ménages en 2021 – Fichier localisé social et fiscal (Filosofi) – Résultats pour toutes les communes, départements, régions, intercommunalités... | Insee

(FiLoSoFi 2021). Ces deux indicateurs permettent d'approcher la pauvreté des familles avec enfants.

[43] Par ailleurs, la CAF des Alpes-Maritimes indique qu'en 2023**,** 68 984 foyers allocataires vivent sous le seuil de bas revenus et dans ces foyers vivent 68 200 enfants[12.] Pour donner un ordre de grandeur "pédiatrique" : rapporté à la population 0-19 ans Insee (232 803), cela représenterait environ 29 % (approximation, car il s'agit d'enfants vivant dans des foyers allocataires sous le seuil de bas revenus, avec une définition CAF des "enfants" qui peut différer strictement du 0-17).

[44] Un document de l'ORS PACA[13] met en évidence, pour les quartiers prioritaires de la ville (QPV) du département, une concentration de vulnérabilités avec un taux de pauvreté 49,4 % en QPV (référence 2018) et une structure d'âge plus jeune (part des moins de 14 ans plus élevée en QPV que dans le département). Même si cet indicateur est "ciblé QPV", il est très utile pour cartographier où se concentrent les besoins pédiatriques sociaux et de prévention.

[45] Ces éléments devraient guider la stratégie du système pédiatrique départemental au moins autant, sinon plus, que le seul volet hospitalier qui qui concentre l'essentiel des ressources et de l'attention, souvent au prix d'une sous-exploitation des leviers de prévention et de coordination territoriale.

1.3.3 Les établissements de santé exercent très majoritairement une fonction de soins au service de la population départementale.

[46] L'examen des flux de patients pris en charge dans les établissements réalisant des activités pédiatriques des Alpes-Maritimes met en évidence que la très grande majorité de l'activité est d'origine strictement départementale. Cet élément atteste d'un ancrage territorial marqué de l'offre pédiatrique et confirme le rôle prépondérant des besoins du bassin de population local dans la structuration de l'activité.

[47] Le positionnement du département comme territoire de recours pour les départements limitrophes apparaît, pour sa part, réel mais quantitativement limité. Les apports provenant du Var représentent environ un dixième de l'activité, avec une prédominance des communes immédiatement adjacentes au périmètre des Alpes-Maritimes. Il s'agit essentiellement de recours de proximité liés aux continuités géographiques et aux bassins de vie interconnectés. Les provenances plus éloignées, qu'il s'agisse d'autres départements, de Monaco ou de la Corse, demeurent marginales et ne structurent pas l'économie générale de la filière.

[48] À l'inverse, la quasi-totalité des séjours MCO des enfants résidant dans les Alpes-Maritimes est réalisée au sein des établissements du département, tous statuts confondus. Ce niveau d'autosuffisance témoigne de la capacité locale à couvrir l'ensemble des besoins courants, qu'il s'agisse de pédiatrie générale, de soins programmés, de recours spécialisé ou de chirurgie.

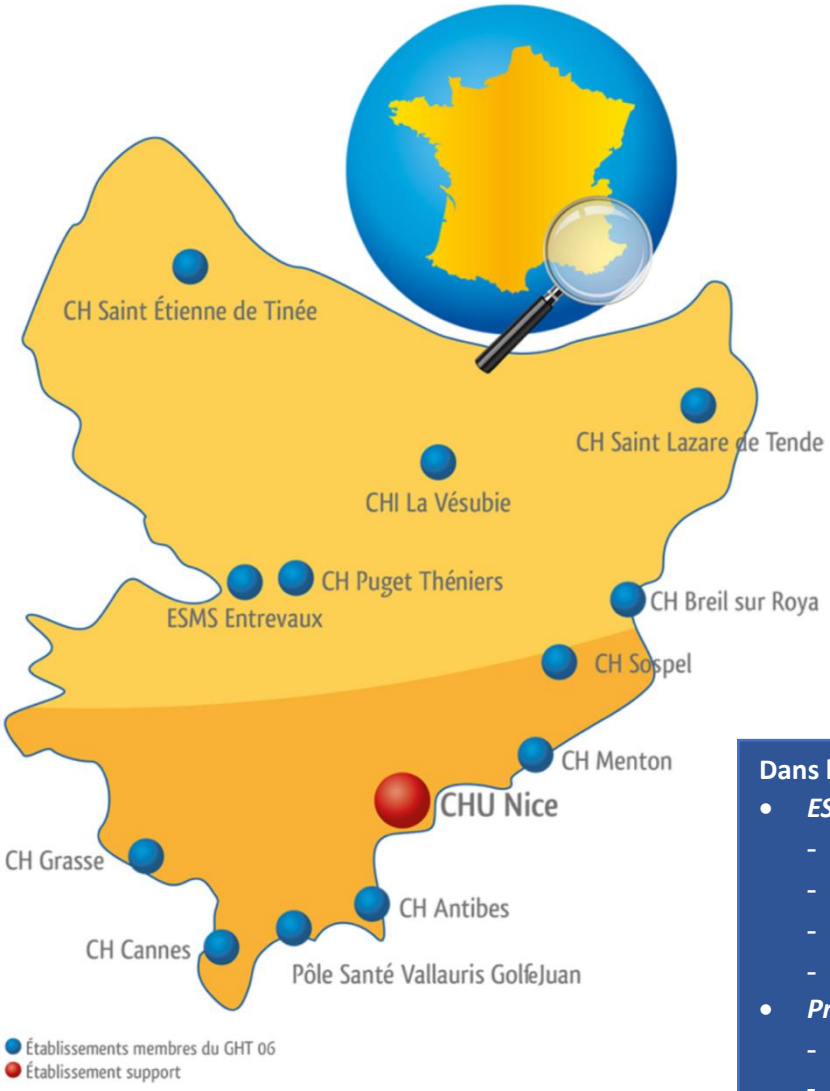
[49] Ces éléments convergent pour considérer que, si le territoire exerce un rôle d'attraction sur certaines communes limitrophes et assure ponctuellement des prises en charge spécifiques extra départementales, cette fonction de recours élargi demeure secondaire par rapport à son rôle premier : répondre aux besoins d'un département dense, polycentrique et fortement pourvoyeur

[12] Rapport d'activité 2023 de la CAF, publié en 2024
[13] Portrait socio sanitaire et environnemental des Alpes-Maritimes : Synthèse.

en activités pédiatriques. Dans cette configuration, l'élaboration d'un schéma de gradation à l'échelle départementale constitue une première étape pleinement adaptée, permettant de structurer la filière autour des flux réellement observés, d'organiser les responsabilités des acteurs et de sécuriser les segments critiques.

[50] Cette approche n'exclut pas, à terme, la formalisation de coopérations inter départementales ciblées sur certains segments (chirurgie spécialisée, santé mentale de l'adolescent, soins critiques en période de tension) mais elle restitue fidèlement la réalité des flux et répond au besoin prioritaire : doter les Alpes-Maritimes d'un cadre structurant et opposable pour organiser leur filière pédiatrique dans toutes ses dimensions.

Carte 2 : Carte des établissements de santé publics du GHT 06 et privés des Alpes- Maritimes



Dans la ville de Nice :

- ***ESPIC*** :
  - Fondation Lenval
  - Centre Lacassagne
  - CH Sainte Marie
  - ESPIC Arnaud Tzang
- ***Privés lucratifs :***
  - Clinique Santa-Maria
  - Clinique Saint-Georges
  - Clinique Arnaud-Tzang
  - Clinique Saint-François
  - Clinique médicale Lacroix

Source : https://www.chu-nice.fr/chu/groupement-hospitalier-de-territoire-ght/ - retraitement IGAS

2 Diagnostic intégré des filières pédiatriques dans les Alpes-Maritimes : constats, écarts et risques

2.1 Des prises en charge identifiées à différents niveaux, dans une organisation dont la lisibilité et la coordination demeurent à consolider

[51] L'état des lieux met en évidence un système doté de ressources pédiatriques somatiques significatives dont la lisibilité pour les familles et la cohérence des parcours restent fragiles. La gradation des prises en charge, bien qu'existante de fait, n'est ni suffisamment explicite ni opposable. La coordination repose encore largement sur des pratiques informelles et sur les relations interpersonnelles entre équipes.

[52] L'enjeu principal réside dans la mise en système de ces compétences. Cela implique de clarifier les rôles entre premier recours, PMI, établissements de proximité et périphériques, services d'urgences, recours spécialisé et soins critiques, et de renforcer les interfaces, notamment en période de tension saisonnière.

[53] À titre d'information, le projet KANTYS prévoit, dans l'avenir, le transfert de la maternité Santa Maria sur le site de la Clinique Saint-Georges, ce qui pourrait concentrer certaines prises en charge mère-enfant. Toutefois, cette évolution reste à suivre et ne constitue pas, à ce stade, un facteur structurant pour l'évaluation globale de la filière pédiatrique. En tout cas, elle ne doit pas être le fruit du hasard ou d'une stratégie d'un groupe de santé mais s'inscrire dans une régulation locale portée par l'ARS.

2.2 Des coopérations nombreuses mais insuffisamment gouvernées

[54] Dans le contexte d'une architecture territoriale pédiatrique encore instable, de multiples coopérations se sont développées entre acteurs, souvent pour répondre à des contraintes opérationnelles immédiates pour faire face aux tensions sur les effectifs, assurer la continuité des lignes de garde, sécuriser ponctuellement les plateaux techniques ou prendre en charge de situations critiques.

[55] Si de nombreuses conventions existent, ces coopérations demeurent majoritairement bilatérales, ad hoc et insuffisamment intégrées dans un cadre de gouvernance partagé, notamment au sein du GHT. Cette organisation fragmentée limite la capacité collective à anticiper les tensions, à sécuriser les filières critiques et à orienter de manière cohérente les collaborations avec les structures privées et associatives.

[56] Le territoire présente une situation particulière car de nombreux segments ou spécialités médicales sont partagés entre établissements publics et privés, ce qui accroît la complexité des parcours et nécessite une centralisation de l'information et une visibilité complète des coopérations.

[57] Il n'y a pas de fonction d'observatoire du système pédiatrique départemental [14]mobilisant les données disponibles tant par le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) que par les données de consommations de soins de l'assurance maladie ou encore les données des services du conseil départemental des Alpes-Maritimes. La mission souligne que cette centralisation est indispensable pour que l'ARS et le GHT, dans le champ de compétences légales et réglementaires qui le concerne, puissent piloter de manière proactive la filière, en alignant l'ensemble des acteurs sur des règles de flux, des conventions de suppléance et des engagements opposables, tout en valorisant la place et les contributions des structures périphériques et privées.

2.3 Filières critiques : dépendances d'équipes et risques de rupture

[58] Les secteurs critiques concentrent les risques opérationnels. Les urgences pédiatriques constituent un indicateur synthétique de la pression sur la filière. Elles absorbent une part significative des besoins non programmés et reflètent, par leur niveau d'activité, la faible lisibilité des alternatives en amont. Cette dynamique, qui se retrouve à l'échelle nationale avec plus d'un quart des passages aux urgences représentant des enfants, se traduit localement par des tensions accrues lors des périodes épidémiques ou touristiques.

[59] Les soins critiques pédiatriques, la surveillance continue et la réanimation reposent sur une masse critique d'équipes et de lits, définie dans un cadre réglementaire national**,** dimensionnée pour assurer la continuité, la sécurité et la qualité des prises en charge, conformément aux normes nationales et aux exigences de sécurité. Cette organisation vulnérable aux variations de ressources humaines nécessite des dispositifs de suppléance, des règles de flux et de transferts, ainsi que des procédures de montée en charge pour garantir la résilience du système, en particulier lors des périodes de tension saisonnière ou épidémique.

[60] La séparation géographique de la réanimation pédiatrique, située sur le site de la Fondation Lenval (57 avenue de la Californie) par rapport à de l'oncologie, l'hématologie, la néphrologie pédiatriques situées sur le site de l'hôpital Larchet (CHU) constitue une difficulté structurelle majeure. Cette configuration représente un handicap pour les prises en charge complexes médicales ou chirurgicales (par exemple les greffes) ainsi que pour les prises en charge innovantes et d'avenir telles que les traitements par CART-Cells qui ne sont pas encore réalisés au CHU de Nice et qui ne pourraient techniquement pas être réalisés à la Fondation Lenval.

[61] Compte tenu de ces données, de l'urgence à traiter ce problème structurel, la mission considère que deux fonctions de soins critiques pédiatriques sont nécessaires à Nice :

- - l'une demeurant à la Fondation Lenval pour prendre en charge les profils d'activités polyvalents de l'ESPIC
- - l'autre au CHU de Nice pour assurer la prise en charge des situations les plus complexes, actuelles ou à venir.

[62] L'enjeu dépasse la simple capacité d'hébergement. Il s'agit, d'une part, de sécuriser des prises en charge à risques qui ont déjà été mises en difficulté compte tenu des événements indésirables associés aux soins (EIGS) connus et, d'autre part, de renforcer la résilience du système

[14] Cela pourrait être un élément du programme de travail de l'observatoire régional de la santé (ORS).

par la mise en œuvre de procédures de montée en charge hivernale, de règles de flux et de transferts, ainsi que par des dispositifs de suppléance et de mutualisation des compétences.

[63] La chirurgie pédiatrique illustre un autre type de fragilité. Si la densité de praticiens semble favorable, la permanence des soins et l'attractivité du secteur reposent sur une masse critique limitée et des organisations de garde exigeantes. En situation de tension durable sur les effectifs, la capacité opératoire peut être affectée, entraînant des ajustements dans la planification des interventions et une pression accrue sur les structures de recours.

[64] Enfin, la pédopsychiatrie constitue un point de rupture potentiel de la filière. La faiblesse et la dégradation de la démographie des pédopsychiatres, combinées à leur mobilité possible, peuvent entraîner des délais d'accès prolongés, des ruptures de parcours et des hospitalisations parfois inadaptées. En conséquence, les urgences et services somatiques deviennent souvent des lieux de recours par défaut pour les prises en charge psychiques et ce plus fréquemment dans des situations de crises aiguë pour les enfants.

[65] Le bassin de population de Grasse illustre ces fragilités avec ses capacités d'accueil en hospitalisation et ses ressources humaines limitées montrent les risques encourus en cas d'affaiblissement des filières de recours ultimes. Ce sujet devra faire l'objet d'un examen approfondi entre les acteurs, sous l'égide de l'ARS.

2.4 Prévention primaire et secondaire : un levier réel encore insuffisamment intégré aux filières de soins

[66] Les référentiels nationaux et régionaux convergent sur un principe fondamental : la prévention n'est pas un simple « complément » mais une composante structurante des filières pédiatriques. Elle conditionne le niveau de recours non programmé, la détection des vulnérabilités et la robustesse des parcours complexes. Dans les Alpes-Maritimes, la protection maternelle et infantile (PMI) constitue un levier opérationnel significatif, par son réseau de centres, ses volumes d'activité et ses partenariats avec les maternités et l'éducation nationale.

[67] Toutefois, la prévention ne produit pleinement ses effets que si elle est intégrée à une régulation territoriale lisible. Des dispositifs de communication et d'organisation doivent être présents pour :

- Informer correctement les familles,
- Garantir l'accès à des alternatives crédibles aux urgences,
- Structurer des filières de repérage des troubles du neurodéveloppement,
- Assurer la continuité des réponses en santé mentale et médico-social.

[68] La fragilité de la santé scolaire, régulièrement soulignée au plan national, constitue à cet égard un point de vigilance majeur non seulement en matière d'équité mais surtout de prévention des comorbidités, des pathologies chroniques comme des troubles ayant trait à la santé mentale.

2.5 Écarts avec les attendus et risques à moyen terme : soutenabilité, sécurité et équité

[69] L'écart majeur avec les attendus des Assises et du PRS/SRS se situe moins dans des sujets de disponibilités de compétences que dans la capacité à territorialiser une gouvernance de filière, à stabiliser des règles de fonctionnement interacteurs et à rendre lisible l'accès aux soins non programmés, en intégrant pleinement prévention, PMI et santé scolaire.

[70] Trois risques systémiques se dégagent.

- Le premier est un risque de soutenabilité car la pression sur les urgences et les secteurs critiques se nourrit des insuffisances en amont et se traduit par une sollicitation intense des équipes intense à certaines périodes de l'année, facteur de fragilisation durable.
- Le deuxième est un risque de sécurité et de continuité avec les effets paradoxaux de la concentration de compétences sur un nombre limité d'équipes spécialisés et la fragmentation de la chirurgie pédiatrique. Ces deux facteurs divergents dans leur nature exposent le territoire à des ruptures de fonctionnement en cas de tensions en ressources humaines. Il est indispensable de graduer là où cela est nécessaire et possible, concentrer la chirurgie pédiatrique sur un maximum de trois sites hospitaliers et sécuriser le dispositif de formation reposant aujourd'hui sur un nombre limité d'universitaires.
- Le troisième est un risque d'iniquité et de pertes de qualité dans la prise en charge globale car la crise de la pédopsychiatrie compromet l'accès effectif aux prises en charge de santé mentale et déporte des situations vers des réponses inadaptées telles que l'hospitalisation d'adolescents en réanimation pour adultes.

2.6 Matrice de risques : hiérarchisation et modalités de maîtrise

[71] Afin de traduire les constats en priorités de pilotage, la mission propose une matrice de risques opérationnelle, conçue comme un outil d'aide à la décision et destinée à être appropriée et actualisée dans la cadre d'une instance départementale de pilotage qui serait à créer. Cette matrice hiérarchise les risques selon leur probabilité et leur impact, et précise, pour chacun, les principales mesures de maîtrise à rendre opposables.

Note de méthode.

[72] La probabilité (P) et l'impact (I) sont cotés de 1 (faible) à 4 (très élevé), la criticité correspondant au produit P×I. Les mesures de maîtrise associées visent à orienter les priorités d'action de l'ARS et à structurer le suivi de la filière pédiatrique dans le cadre de l'instance départementale.

Tableau 1 : Matrice de risques opérationnels de la filière pédiatrique – Outil d'aide à la décision et au pilotage territorial

Risque	Probabilité	Impact	P*I = Criticité	Scénario / signaux	Mesures de maîtrise opposables (ARS)
Saturation des urgences pédiatriques	4	4	16	Tensions saisonnières, passages évitables, allongement des délais, dégradation conditions de travail.	Conditionnalité : filière SAS pédiatrique, créneaux 24 h, information familles, régulation de la nuit profonde ; suivi trimestriel des indicateurs et plan d'actions.
Rupture de continuité en soins critiques pédiatriques	3	4	12	Insuffisance de lits/équipe, refus ou délais d'admission, transferts tardifs.	plan de résilience hivernale CHU–Lenval, règles de flux et transparence capacitaire, conventions de transferts, revue mensuelle en saison, obligations intégrées aux CPOM. Création d'un deuxième site de réanimation pédiatrique adossé à la Réa néonatale. du CHU, renforçant la capacité territoriale et la résilience de la filière.
Déprogrammations/ruptures en chirurgie pédiatrique	3	3	9	Dépendance à équipes rares, continuité d'astreinte, annulations.	Plan compétences rares, mutualisations, astreintes sécurisées, indicateurs de tenue de lignes, trajectoire de stabilisation.

Point de rupture pédopsychiatrie infanto-juvénile	4	4	16	Délais d'accès, crises adolescent, hospitalisations inadaptées, ruptures de parcours.	Trajectoire capacités cibles, filière de crise, équipes mobiles, articulation CMP/CMPP–hôpital, délais maximaux contractualisés, fléchage des financements.
Transferts inter-sites non sécurisés / pertes de chance	3	4	12	Transferts secondaires, incidents, chaîne de décision et d'orientation fragile.	Conventions transferts, protocoles, registre et REX trimestriel, indicateurs de délai et incidents, actions correctrices suivies.
Défaillance d'un acteur pivot ou d'une interface CHU–Lenval	2	4	8	Risque systémique si rupture de coopération ou instabilité majeure.	Instance de pilotage, conventions opposables, clauses CPOM, mécanismes d'arbitrage et de médiation ; audit annuel de coopération.
Inéquité d'accès littoral–arrière-pays	3	3	9	Délais et renoncements, recours tardif, sur-sollicitation du recours.	Consultations avancées, télémédecine, protocoles d'accès, suivi infra-départemental des délais et indicateurs d'équité.
Prévention insuffisamment intégrée à la régulation sanitaire	3	3	9	Repérage tardif, crises, recours évitable à l'hôpital.	Protocole PMI–EN–santé scolaire–guichet unique, circuits de retour d'information, indicateurs de repérage et délais.
Gouvernance diffuse et engagements non tenus	3	3	9	Coopérations informelles, absence	COPIL ARS et comités techniques,

				d'arbitrage, pilotage par opportunités.	tableau de bord, revues de filière, conditionnalité des financements.
Non-conformité aux attendus de gradation / autorisations	2	3	6	Dispersion des activités, absence de règles d'orientation, risque de sécurité.	Schéma de gradation opposable, clauses d'autorisation, révision des autorisations en cas de non-respect, trajectoire de mise en conformité.

Source : Mission

3 Structuration stratégique, schéma-cible et feuille de route opérationnelle

[73] Cette partie traduit les constats généraux du diagnostic en une structuration stratégique et opérationnelle de la filière pédiatrique départementale. Elle vise à expliciter un schéma-cible lisible et gradé de nature à sécuriser les prises en charge dans les segments les plus exposés aux tensions, et à identifier les leviers permettant de rendre ce schéma opposable et pilotable dans la durée. L'ensemble s'inscrit dans une logique de régulation anticipatrice, fondée sur la clarification des responsabilités, la contractualisation des interfaces et le pilotage par les risques, conformément aux orientations issues des Assises de la pédiatrie et aux attendus du SRS.

[74] Les recommandations formulées relèvent principalement d'ajustements organisationnels, de clarifications de responsabilités, de consolidation de coopérations existantes ou de mise en cohérence de dispositifs déjà financés. À l'exception certes notable de la réanimation pédiatrique à mettre en œuvre au CHU de Nice moyennant des travaux de modernisation et une gestion des emplois, leur mise en œuvre ne requiert pas de ressources nouvelles significatives et ne génère, pour l'essentiel, que des coûts d'ingénierie ou de coordination, limités et absorbables dans le fonctionnement courant des acteurs.

3.1 Structurer une filière pédiatrique lisible et graduée

3.1.1 Définir les principes directeurs d'un système lisible, gradé, préventif et résilient

[75] La recomposition territoriale doit s'ordonner autour de quatre principes directeurs : la gradation explicite des recours, la continuité des parcours, l'intégration de la prévention primaire et secondaire, et le pilotage par les risques, notamment dans les filières critiques. Ce pilotage par les risques est complémentaire des recommandations formulées dans le premier volet du rapport

qui concerne la Fondation Lenval et le CHU de Nice compte tenu de leurs interfaces. Il enrichit le niveau d'analyse et vient renforcer la logique de territorialisation par la prise en compte des besoins des usagers dans le système de pilotage en pédiatrie. Ces principes sont cohérents avec les attendus des Assises et avec la logique de régulation portée par le SRS.

[76] L'ARS doit assumer, au-delà de la délivrance des autorisations d'activités de soins, un rôle de régulateur structurant, non pour réduire la pluralité d'acteurs, mais pour en organiser l'articulation selon une logique de responsabilités de chacun, d'objectifs et d'indicateurs opposables. Les autorisations, les financements et la contractualisation doivent être alignés sur un schéma-cible clair, afin de limiter le recours à des ajustements de crise.

[77] Un principe-clé doit reposer sur la concentration de la pédiatrie de recours au CHU de Nice afin, d'une part de sécuriser les parcours complexes, en limitant les déplacements à risque et en offrant un meilleur accès aux plateaux techniques et, d'autre part, de permettre l'intégration des évolutions technologiques rendues possibles par les innovations récentes ou à venir.

[78] La traduction opérationnelle de ce principe doit s'inspirer du document élaboré par les présidents de commission médicale d'établissement du CHU et de l'ESPIC en décembre 2024 (voir synthèse en annexe) en distinguant clairement la pédiatrie polyvalente de la pédiatrie de surspécialités. Compte tenu du volume d'activité actuel et potentiel dans ces surspécialités (cardio-pédiatrie, ophtalmologie pédiatrique de recours, ORL pédiatrique de recours, maladies pédiatriques rares), celles-ci ont vocation à fonctionner en articulation avec les spécialités d'adultes tant pour assurer la formation des internes que pour réaliser certains examens. Les flux de formation en ophtalmologie et en ORL ne permettent pas une organisation fragmentée entre plusieurs sites. De même, les spécialistes à effectifs limités, comme la cardiologie pédiatrique, ne peuvent se disperser ni faire l'objet d'une concurrence entre établissements d'un même département.

[79] Le deuxième principe-clé réside dans la nécessité de structurer les fonctions de recours, de référence et d'innovation au sein d'un groupement de coopération sanitaire renouvelé afin distinguer clairement la fonction de proximité assurée par l'ESPIC de la fonction de recours et d'innovation relevant du CHU de Nice doit assurer. Ce point a été décrit dans le premier volet de la mission.

Recommandation n°1 Créer une instance départementale de pilotage de la filière pédiatrique

[80] Instituer une instance départementale de pilotage (COPIL et comités techniques) placée sous l'autorité de l'ARS pour coordonner l'ensemble des acteurs (CHU, ESPIC, établissements publics/privés, PMI, URPS, Rectorat, médico-social) permettra de porter la vision commune, d'arbitrer les flux, suivre les tensions et les événements indésirables graves (EIGS), alimenter et piloter un tableau de bord opposable et conduire une revue annuelle des risques.

Faisabilité

- **Leviers** : lettre de mission ARS ; coûts limités ; forte légitimité.
- **Prérequis** : mandat clair ; périmètre des données ; secrétariat et calendrier.
- **Risques** : participation inégale ; dilution du mandat ; défaut de données.
- **Jalons** : installation (T2 2026) ; 1re revue des risques (T3 2026) ; rythme trimestriel.

- **Indicateurs** : taux de participation ; complétude/ponctualité des indicateurs ; nombre d'actions suivies/closes ; délais de décision.

Une architecture, une composition et les missions de cette instance sont proposées dans l'annexe n°4 du rapport.

3.1.2 Clarifier et formaliser les rôles des acteurs et leurs interfaces

[81] La détermination de l'échelle départementale comme niveau pertinent de structuration résulte de l'analyse des flux d'activité mentionnée précédemment[15]. Elle constitue un préalable nécessaire au pilotage de la filière, les recours interdépartementaux ne constituant pas un enjeu centrale dans la mesure dès lors qu'ils relèvent majoritairement d'activités courantes. Il convient désormais de définir, de manière explicite et partagée, les responsabilités de chaque acteur et les interfaces qui organisent la continuité des prises en charge.

[82] Le schéma-cible territorial suppose de clarifier, de manière explicite et opposable, les rôles respectifs du premier recours, de la PMI, des établissements de proximité, du pôle de recours spécialisé et des filières de santé mentale et médico-sociales. Le point décisif n'est pas la coexistence des acteurs, mais l'existence de règles stables d'orientation, de coopération et de continuité, en particulier pour les parcours complexes et en situation de tension saisonnière.

[83] Dans cette architecture, le CHU de Nice est désigné comme pôle de recours départemental de référence pour les activités critiques, universitaires et de haute spécialisation. À ce titre, il assume des responsabilités explicites et opposables en matière de recours, d'appui territorial, de formation, de sécurisation des filières et de gestion des situations de tension.

[84] La Fondation Lenval est reconnue comme acteur pivot de la filière pédiatrique polyvalente, compte tenu de son volume d'activité et de son niveau d'expertise. Elle intervient dans une logique de complémentarité organisée avec le CHU, selon des responsabilités clairement définies en matière de prise en charge, de continuité des soins et de participation aux dispositifs de suppléance et de montée en charge.

[85] Les autres établissements de santé assurent des missions de proximité, d'orientation et de participation aux organisations territoriales de suppléance, dans le cadre de responsabilités formalisées et articulées au recours spécialisé. Les acteurs privés, lorsqu'ils interviennent sur des segments identifiés de l'offre, sont intégrés dans un cadre régulé, conditionnant leur participation à des engagements explicites de filière, de continuité et de respect des règles de gradation.

[86] Le groupement hospitalier de territoire (GHT) des Alpes-Maritimes constitue le cadre structurant de cette mise en cohérence. La révision du projet médico-soignant partagé de territoire doit intégrer la pédiatrie comme axe stratégique à part entière et formaliser des parcours, des règles de flux et des modalités de suppléance opposables, y compris dans les interfaces avec les acteurs privés. Ces acteurs ont vocation, quel que soit leur statut, à devenir des partenaires associés du GHT.

Recommandation n°2 Élaborer un schéma départemental de gradation des recours pédiatriques (opposable)

[15] Voir § 1.3.3.

[87] L'ARS élabore et formalise un schéma départemental de gradation des recours pédiatriques précisant les niveaux de soins et les parcours entre premier recours, soins spécialisés et soins critiques. Elle fait signer à l'ensemble des établissements concernés des conventions d'orientation et de suppléance, intégrées au PMSPT du GHT et aux CPOM, qui s'engagent à garantir la coordination et la continuité des prises en charge. Le non-respect ou l'absence de signature de ces conventions doit entraîner des mesures de régulation mobilisables par l'ARS, incluant des leviers financiers, des engagements opérationnels contraignants, des ajustements contractuels ou, le cas échéant, des conditions à l'autorisation d'activité lors de son renouvellement, afin de sécuriser la filière pédiatrique sur le territoire.

Faisabilité

- **Leviers** : pouvoir de régulation ARS ; appui juridique des autorisations/CPOM.
- **Prérequis** : cartographie des activités ; co-construction ; modèle de convention type.
- **Risques** : négociation longue ; clauses inapplicables ; hétérogénéité privée/publique.
- **Jalons** : cadrage (T2 2026) ; concertation + rédaction (T2–T3 2026) ; signature (T3 2026).
- **Indicateurs** : % d'établissements signataires ; nombre d'écarts de flux ; délais de transferts ; recours à la suppléance.

Recommandation n°3 Intégrer la pédiatrie comme axe stratégique du PMSPT du GHT

[88] L'ARS veille, lors de la révision programmée en 2026 du PMSPT du GHT, à ce que la pédiatrie soit inscrite comme axe stratégique prioritaire, avec la définition des missions de proximité, des règles d'orientation et des contributions à la suppléance de la filière. La validation du PMSPT par l'ARS doit être conditionnée, entre autres, à cette intégration, afin de garantir que la pédiatrie soit pleinement prise en compte dans la planification, la coordination et la sécurisation des parcours pédiatriques sur le territoire.

[89] Afin de garantir que la révision du projet médico-soignant partagé du GHT intègre toutes les parties prenantes et reflète l'organisation territoriale réelle de la pédiatrie, il revient à l'ARS d'établir un cadrage prescriptif précisant l'obligation d'associer, de manière structurée et documentée, l'ensemble des opérateurs privés concernés. Ce cadrage doit notamment définir les modalités d'association, les obligations de transmission des données d'activité et les engagements attendus en matière de continuité des soins, de participation aux parcours territorialisés et de respect des règles de flux.

[90] Sur cette base, l'ARS veille à ce que le PMSPT intègre, sous forme de clauses opérationnelles, les contributions effectives des établissements privés : participation à la structuration de la chirurgie pédiatrique, engagements en matière de soins non programmés, articulation avec la régulation et concours à la sécurisation des segments critiques. L'approbation par l'ARS du PMSPT est ainsi conditionnée à la démonstration d'une cohérence d'ensemble, fondée sur des engagements formalisés et opposables, garantissant une organisation pédiatrique véritablement territoriale.

[91] Ce cadrage fait l'objet de propositions opérationnelles en annexe 5.

Faisabilité

- **Leviers :** calendrier de révision PMSPT 2026 ; validation ARS conditionnelle.
- **Prérequis** : cohérence avec le schéma de gradation ; arbitrages médico-économiques.
- **Risques** : surcharge du PMSPT ; compromis minimaux ; délais de validation.
- **Jalons** : version de travail (T3 2026) ; validation GHT (T4 2026).
- **Indicateurs** : intégralité des parcours formalisés ; alignement PMSPT–CPOM ; suivi semestriel de mise en œuvre.

3.2 Sécuriser les prises en charge et renforcer la résilience opérationnelle

3.2.1 Structurer les soins non programmés pédiatriques et désaturer les urgences

[92] La réduction du recours par défaut aux urgences constitue une priorité immédiate. Elle suppose de structurer, à l'échelle départementale, une réponse de soins non programmés pédiatriques adossée au service d'accès aux soins (SAS), intégrant des compétences pédiatriques, des protocoles d'orientation, des effecteurs identifiés en ville, et une capacité d'accueil graduée en aval.

[93] Cette structuration ne peut être dissociée d'une stratégie d'information des familles sur les modalités de recours, les horaires pertinents et les alternatives disponibles. La régulation de la nuit profonde, dès lors qu'elle est conçue comme un outil de sécurité et non comme une restriction d'accès, peut contribuer à réduire les passages inappropriés, à condition d'être adossée à une capacité effective d'orientation et de rendez-vous rapides.

[94] Le département dispose d'un atout avec une densité de pédiatres de ville élevée. L'enjeu est de transformer cette ressource en capacité territoriale d'accès non programmé, en mobilisant les dispositifs d'organisation collective (communautés professionnelles territoriales de santé, maisons de santé, centres de consultations avancées) et en assurant une articulation explicite avec la régulation.

Recommandation n°4 Conditionner le renouvellement des dispositifs d'urgences à la filière "soins non programmés pédiatriques" (SAS)

[95] L'ARS conditionne le renouvellement des dispositifs d'urgences pédiatriques à la participation effective à une filière « soins non programmés pédiatriques » intégrée au SAS incluant protocoles de régulation, effecteurs identifiés, créneaux à 24 h, information des familles. Après évaluation, l'ARS met en œuvre un dispositif de régulation de la nuit profonde sur appel préalable.

[96] Pour éviter que la participation aux soins non programmés ne dépende d'un calendrier lointain, l'ARS peut activer des leviers à effet rapide indépendamment du cycle d'autorisation. Elle peut notamment conditionner l'accès à certains financements, ainsi que l'évolution de dispositifs organisationnels, à l'engagement effectif des établissements dans la filière (créneaux J0/J1, participation à la régulation, transmission d'indicateurs). Elle peut également inscrire ces exigences dans les CPOM en cours de négociation et imposer, sans attendre, des obligations de conformité organisationnelle telles que la formalisation de conventions de coopération ou de dispositifs de suppléance.

Faisabilité

- **Leviers :** clause d'éligibilité/renouvellement ; appui URPS et CPTS.
- **Prérequis :** capacitaire ambulatoire (créneaux J0/J1) ; procédures SAS ; SI de régulation.
- **Risques :** tensions de ressources en ville ; « no-show » ; fracture info des familles.
- **Jalons** : cadrage ARS–URPS (T2 2026) ; pilotes T3 2026 ; généralisation hiver 2026-2027.
- **Indicateurs** : part de passages évitables aux urgences ; taux de rendez-vous < 24 h ; respect des protocoles ; appels nuit profonde.

Recommandation n°5 Déployer une communication territoriale unifiée "Parcours pédiatriques 06"

[97] L'ARS déploie une communication territoriale unifiée « Parcours pédiatriques 06 », précisant les niveaux de recours, les alternatives aux urgences, les dispositifs de prévention et d'accès à la santé mentale. L'efficacité de communication est évaluée par des enquêtes auprès des familles afin d'assurer que l'information soit compréhensible, accessible et utilisée pour sécuriser les parcours pédiatriques sur l'ensemble du département.

Faisabilité

- **Leviers** : budget modéré ; relais collectivités/éducation/établissements.
- **Prérequis** : messages validés par tous ; cartographie des points d'accès.
- **Risques** : hétérogénéité des supports ; obsolescence ; faible pénétration arrière-pays.
- **Jalons** : conception (T4 2026) ; diffusion (T1 2027) ; 1ère évaluation (T2 2027).
- **Indicateurs** : taux de mémorisation ; trafic vers canaux d'info ; évolution des passages évitables.

3.2.2 Sécuriser les filières critiques : soins critiques, néonatals et chirurgie pédiatrique

[98] La sécurisation des filières critiques repose d'abord sur une clarification des responsabilités de recours et sur des règles de flux partagées. L'objectif est de réduire les transferts réalisés en situation d'urgence dans l'urgence, d'organiser la transparence capacitaire et de formaliser des dispositifs de montée en charge saisonnière.

[99] La stratégie doit inclure une dimension ressources humaines, en particulier pour les compétences rares comme l'anesthésie-réanimation pédiatrique, la réanimation, la chirurgie infantile, les cadres paramédicaux formés et expérimentés dans ces secteurs. La mutualisation et la suppléance inter-sites doivent être conçues comme des dispositifs sécuritaires et anticipateurs, permettant d'éviter la déprogrammation répétée et la fragilisation des équipes.

[100] La continuité d'accès à la chirurgie pédiatrique, notamment en urgence, suppose une organisation de permanence des soins robuste et des modalités de coopération explicites entre sites, compatibles avec les contraintes de volume d'activité et d'attractivité. En néonatalité, l'articulation mère–enfant et la coordination capacitaire doivent être réévaluées au regard des tensions observées lors des pics. La mission estime que la dispersion des compétences en chirurgie pédiatrique doit être limitée compte tenu du faible nombre d'hospitalo-universitaires, de leur

ancrage fragile au sein du service public hospitalier, du faible nombre de jeunes chirurgiens pédiatriques formés chaque année en France et de la démographie pédiatrique en diminution dans les Alpes-Maritimes comme dans le reste du pays. Le potentiel du département est tout au plus de 3 sites chirurgicaux et la priorité doit être donnée à la sécurisation de la filière universitaire car le risque n'est pas nul de la voir disparaître et se concentrer sur l'autre pôle universitaire de la région PACA dans les Bouches-du-Rhône.[16.]

[101] Cela doit s'inscrire dans un plan territorial « compétences rares » intégrant également la réanimation pédiatrique dont l'organisation territoriale doit être graduée entre réanimation pédiatrique polyvalente à la Fondation Lenval et réanimation pédiatrique d'hyper recours au CHU de Nice. Cette graduation doit reposer sur un examen attentif des conditions de réalisation technique, le CHU devant mettre en œuvre une autorisation pouvant être accordée sur motif de santé publique axé sur la sécurisation rapide des parcours complexes.

[102] D'une manière générale, le CHU de Nice et la Fondation Lenval doivent organiser leur coopération sur ces principes avec réalisme en concentrant leurs actions sur l'utilisation de leurs atouts et de leurs ressources respectifs. Le CHU est ainsi en mesure de renforcer ses capacités de recours tandis que l'ESPIC peut s'appuyer sur une structure d'activité et un patrimoine immobilier existants, présentant des qualités reconnues notamment en matière d'urgences, de post-urgence, de pédiatrie générale, de pédopsychiatrie et de structures médicosociales exploitées par la Fondation. L'adjonction d'une activité de SMR serait de nature à renforcer les filières et de créer des parcours partagés notamment entre ces deux structures.

[103] Dans ce cadre, le développement d'activités complémentaires, telles que les soins médicaux de réadaptation pédiatriques, contribuerait à la structuration des filières et à la fluidification de parcours partagés entre les deux établissements.

Recommandation n°6 Prescrire un plan de résilience hivernale pour les soins critiques pédiatriques

[104] L'ARS prescrit un plan de résilience hivernale pour les soins critiques pédiatriques (CHU de Nice–Fondation Lenval) incluant les règles de flux, transparence capacitaire, procédures de montée en charge, conventions de transferts et revues capacitaires mensuelles en saison. La conformité à ce plan conditionne le maintien des capacités critiques et les financements afférents.

Faisabilité

- **Leviers** : décisions ARS ; contractualisation ; expérience des pics saisonniers.
- **Prérequis** : tableaux de bord communs ; cellules de crise ; équipe de transport dédiée.
- **Risques** : pénuries RH ; asynchronie de lits ; retards de transferts.
- **Jalons** : V1 (T4 2026) ; test "exercice blanc" (T1 2027) ; ajustements in-saison.
- **Indicateurs** : délais d'admission ; taux de refus/retard ; déprogrammations ; EIGS liés aux transferts.

Recommandation n°7 Autoriser une unité de réanimation pédiatrique dédiée au CHU de Nice

[16] Le département des Bouches-du-Rhône dispose d'une densité deux fois supérieure en ce qui concerne la chirurgie pédiatrique : 2 chirurgiens infantiles pour 100 000 habitants contre 0,9 dans les Alpes-Maritimes.

[105] L'ARS devra accorder au CHU de Nice une autorisation d'activité pour l'exploitation d'une unité de réanimation pédiatrique dédiée, capable de prendre en charge les cas complexes actuels et futurs (greffes, traitements innovants tels que les CART-Cells). Cette unité doit fonctionner en complément de la réanimation pédiatrique de la Fondation Lenval, avec des règles explicites de coordination, de transferts et de suppléance. Le CHU doit présenter un calendrier de mise en œuvre, les moyens humains et matériels, et intégrer l'unité au PMSPT du GHT. La validation de l'autorisation et des financements associés est conditionnée au respect de ces engagements.

Faisabilité

- **Leviers** : autorisation ARS sur motif de santé publique ; priorisation régionale ; adossement universitaire.
- **Prérequis** : plan RH (volume de postes prévu en pédiatrie, IDE spécialisés, cadres) ; équipements lourds ; sécurisation SI/plateaux.
- **Risques** : recrutement long ; coût d'investissement ; cannibalisation d'équipes existantes si non planifiée.
- **Jalons** : dossier d'autorisation (T3 2026) ; financement/achats (T4 2026–T1 2027) ; ouverture visée (T2 2027).
- **Indicateurs** : taux d'occupation ; délais d'accès ; nombre de transferts secondaires évités ; indicateurs qualité/réa pédiatrique.

Recommandation n°8 Élaborer sous l'égide de l'ARS un plan territorial "compétences rares" pour sécuriser les lignes critiques

[106] L'ARS supervise l'élaboration d'un plan territorial « compétences rares » pour sécuriser la continuité des lignes en anesthésie-réanimation pédiatrique, réanimation, chirurgie infantile, urgences pédiatriques et l'encadrement paramédical. Ce plan précise les objectifs de couverture des lignes, de mutualisations, les astreintes et le suivi trimestriel.

Faisabilité

- **Leviers** : COPIL de filière ; contractualisation ; attractivité universitaire ; passerelles inter-sites.
- **Prérequis** : cartographie nominative des lignes ; règles de suppléance ; budget incitatif.
- **Risques** : turn-over ; concurrence d'attractivité privée ; épuisement des équipes.
- **Jalons** : plan V1 (T3 2026) ; 1ers recrutements/accords d'astreinte (T4 2026) ; revue trimestrielle 2027.
- **Indicateurs** : taux de tenue des gardes ; délais de programmation ; vacances de postes ; heures supplémentaires.

3.3 Renforcer les parcours, la prévention et la santé mentale

3.3.1 Structurer la filière de santé mentale de l'enfant et de l'adolescent

[107] La santé mentale constitue le deuxième facteur de risque à moyen terme en plus des filières critiques. Le renforcement de la pédopsychiatrie ne peut se limiter à une approche de moyens. Il

doit organiser une filière lisible, graduée et coordonnée, depuis le repérage précoce jusqu'à la prise en charge spécialisée et la gestion des situations de crise.

[108] Le renforcement du repérage des troubles du neurodéveloppement et des vulnérabilités psychiques, en articulation avec la PMI et la santé scolaire, doit être conçu comme une stratégie de prévention secondaire structurante. Les équipes mobiles et les dispositifs de guichet unique d'orientation, lorsqu'ils existent, doivent être consolidés et intégrés à un parcours territorial opposable.

[109] Un circuit de crise adolescent, articulant urgences, pédiatrie, pédopsychiatrie et médico-social, constitue un levier essentiel pour limiter les hospitalisations inadaptées et réduire la pression sur l'aval.

Recommandation n°9 Construire et engager une trajectoire de renforcement de la pédopsychiatrie infanto-juvénile

[110] L'ARS définit une trajectoire de renforcement de la pédopsychiatrie infanto-juvénile précisant les capacités cibles, la filière de crise adolescents, les équipes mobiles et l'articulation CMP/CMPP–hôpital. Elle contractualise des engagements de délais maximaux d'accès pour les situations prioritaires avec des financements fléchés conditionnés à l'atteinte des objectifs à savoir définir capacités cibles (CMP/CMPP, HDJ, lits), un ou des circuits de crise « adolescent », équipes mobiles, repérage troubles du neurodéveloppement (TND), délais maximaux pour situations prioritaires, financements fléchés conditionnés aux résultats.

Faisabilité

- **Leviers** : priorités nationales ; financements ciblés ; coordination ARS–CD06–établissements.
- **Prérequis** : cartographie des délais ; protocoles d'orientation ; convention CMP/CMPP–hôpital.
- **Risques** : démographie défavorable ; délai de formation ; hétérogénéité d'offres.
- **Jalons** : trajectoire validée (T4 2026) ; circuit de crise opérationnel (T1 2027) ; montée en charge 2027–2028.
- **Indicateurs** : délais d'accès prioritaire ; durées de séjour en crise ; ré hospitalisations ; passages urgences pour motifs psychiatriques.

3.3.2 Intégrer la prévention dans la gouvernance de filière

[111] L'intégration organique de la prévention dans la gouvernance de filière doit être considérée non comme un volet périphérique mais comme une condition d'efficacité sanitaire. La prévention primaire et secondaire conditionne directement la soutenabilité des filières hospitalières. La PMI, par son réseau et ses volumes d'activité, constitue un socle opérationnel. De plus, la santé scolaire doit être reconnue comme pivot d'équité, même dans un contexte de fragilités structurelles.

[112] La stratégie territoriale doit formaliser les interfaces entre acteurs sanitaires et partenaires éducatifs et sociaux, afin d'éviter que la charge de coordination ne repose sur les familles. La cohérence des parcours implique également d'articuler les politiques de jeunesse (structures d'accueil, dispositifs d'aller-vers, prévention spécialisée) avec les filières de soins. La Fondation Lenval avait affiché dans la période récente cet axe comme un élément important de stratégie et

c'est sans doute une opportunité de développer un rôle en résonnance avec sa vocation historique dans le cadre d'un projet d'établissement reprécisant les modalités d'exercice de ses missions.

Recommandation n°10 Conclure un protocole opposable PMI–Éducation nationale–santé scolaire–médico-social et le rendre opposable

[113] L'ARS et le Conseil départemental concluent un protocole PMI–Éducation nationale–santé scolaire–pédopsychiatrie–médico-social visant à assurer le repérage précoce, l'orientation via guichet unique et la continuité de parcours. Le protocole précise les délais cibles et les modalités de retour d'information, avec engagement formalisé des parties.

Faisabilité

- **Leviers** : mobilisation ARS/CD06/Rectorat ; culture partenariale existante.
- **Prérequis** : gouvernance dédiée ; référentiels communs (TND, crise ado) ; SI d'échange minimal.
- **Risques** : variabilité des moyens de santé scolaire ; RGPD/partage d'info ; dispersion des porteurs.
- **Jalons** : rédaction (T2–T3 2027) ; signature (T4 2027) ; bilan à 12 mois.
- **Indicateurs** : taux d'orientation via guichet ; délais "repérage → 1er rendez-vous" ; taux de retours d'info ; satisfaction familles.

Recommandation n°11 Déployer une stratégie d'équité littoral–arrière-pays

[114] L'ARS déploie une stratégie d'équité littoral–arrière-pays incluant consultations avancées, télémédecine, protocoles d'accès au recours et met en place un suivi infra-départemental des délais, notamment pour les parcours complexes et la santé mentale.

Faisabilité

- **Leviers :** CPTS ; dispositifs de télésanté ; soutien collectivités ; réseaux routiers/écoles.
- **Prérequis** : cartographie des zones sous-denses ; équipements numériques ; planning de vacations.
- **Risques** : couverture réseau ; disponibilité des spécialistes ; pérennité financière.
- **Jalons** : pilotes (T2 2027) ; extension progressive (2027–2028).
- **Indicateurs** : délais moyens par zone ; taux de recours à la téléconsultation ; part de rendez-vous tenus en périphérie ; satisfaction usagers.

3.4 Rendre le schéma-cible opposable et pilotable

3.4.1 Mobiliser les leviers de mise en œuvre : autorisations, contractualisation et financement

[115] L'ARS dispose de leviers de régulation puissants. Les autorisations d'activité doivent être utilisées comme instruments de pilotage de la gradation et de la sécurité, en conditionnant leur maintien et leur évolution à des engagements explicites de coopération et de participation à la filière territoriale. Les CPOM et les financements ciblés doivent intégrer des objectifs de filière assortis d'indicateurs de suivi, de qualité et de sécurité.

[116] La contractualisation doit viser des résultats observables tels que la continuité des lignes de garde, l'organisation des flux, la réduction des passages évitables aux urgences, les délais d'accès en santé mentale, le déploiement de solutions d'amont et d'aval, et développement de la prévention secondaire. La cohérence des financements doit éviter de produire des incitations contradictoires entre acteurs.

Encadré 3 — Exemples de clauses opposables à intégrer aux CPOM et décisions d'autorisation

Participation obligatoire à l'instance départementale de filière, avec transmission trimestrielle des indicateurs définis par l'ARS ; le défaut de transmission constitue un manquement contractuel.

Respect des règles de flux et d'orientation arrêtées dans les conventions de gradation ; toute dérogation fait l'objet d'un signalement et d'un retour d'expérience en revue de filière.

Tenue des lignes de garde et d'astreinte selon la configuration validée ; en cas de non-tenue, activation d'un plan de continuité et information immédiate de la régulation, avec traçabilité.

Mise en œuvre, pour les urgences pédiatriques, de l'articulation SAS (effecteurs, créneaux à 24 h, modalités de régulation) ; l'atteinte d'objectifs de réduction des passages évitables conditionne une part des financements fléchés.

Organisation formalisée des transferts (protocoles, responsabilités, délais cibles) et tenue d'un registre de transferts ; les incidents et pertes de chance sont analysés en CREX.

Pour la santé mentale : engagement sur des délais maximaux d'accès pour situations prioritaires, circuit de crise adolescents, et coordination avec PMI/Éducation nationale ; les financements sont conditionnés au respect de la trajectoire.

Recommandation n°12 Conditionner les autorisations et les financements à l'engagement effectif des acteurs dans le déploiement de l'organisation territoriale pédiatrique.

[117] L'ARS met en cohérence les autorisations et les financements avec les engagements de coopération en prévoyant les clauses de conditionnalité systématiques portant sur la participation à la filière, le maintien effectif des lignes d'astreintes et de gardes, le respect des règles de flux et le suivi des indicateurs. Ces clauses sont intégrées aux CPOM et aux décisions d'autorisation.

Faisabilité

- **Leviers :** décisions d'autorisation ; CPOM ; dotations fléchées ; suivi ARS.
- **Prérequis** : clausier type ; système de suivi des manquements ; calendrier d'audits.
- **Risques** : contentieux ; effets d'aubaine ; sous-déclaration d'incidents.
- **Jalons** : intégration dans CPOM 2027 ; 1er bilan annuel (T4 2027).
- **Indicateurs :** % d'objectifs atteints par établissement ; incidents de flux ; pénalités appliquées ; évolutions d'autorisations.

3.4.2 Piloter la filière par les risques et par des indicateurs partagés

[118] La pérennité du schéma-cible repose sur la mise en place d'une gouvernance départementale structurée. Il est proposé de créer une instance de pilotage pédiatrique adossée

à l'ARS, associant l'ensemble des acteurs concernés, y compris le Conseil départemental, l'éducation nationale et les représentants d'usagers. Cette instance aurait vocation à organiser des arbitrages réguliers, à produire une lecture partagée des flux et des tensions et à suivre l'effectivité des organisations d'amont et d'aval. Le pilotage doit s'appuyer sur un tableau de bord partagé portant sur les activités critiques, les flux inter-sites, les délais, les événements indésirables, la dynamique ressources humaines et les indicateurs de prévention et de santé mentale. L'objectif est de passer d'un pilotage par la crise à une régulation anticipatrice, fondée sur des signaux précoces et des revues de filière.

Recommandation n°13 Mettre en place des revues de filière trimestrielles (REX/CREX) pour sécuriser les parcours.

[119] L'ARS impose la tenue de revues de filière trimestrielles (REX/CREX) portant sur les transferts, événements indésirables graves, ruptures de parcours et saturations. Les plans d'actions identifiés sont tracés, suivis et consolidés au niveau du COPIL départemental pour passer d'un pilotage par la crise à une régulation anticipatrice.

Faisabilité

- **Leviers :** décision ARS ; faible coût ; culture qualité/gestion des risques existante.
- **Prérequis** : format standard de revue ; registre des transferts/incidents ; référents qualité.
- **Risques** : variabilité des pratiques ; sous-notification ; surcharge des équipes.
- **Jalons** : lancement (T2 2026) ; 2 cycles complets (T4 2026) ; consolidation annuelle.
- **Indicateurs** : nombre d'EIGS analysés ; taux d'actions clôturées ; récurrence d'incidents ; délais de mise en œuvre corrective.

Conclusion générale

[120] L'expertise met en évidence une situation contrastée : une ressource pédiatrique somatique globalement favorable, des filières critiques exposées à des fragilités de résilience et une pédopsychiatrie en rupture démographique constituant le principal facteur de risque à moyen terme. Dans ce contexte, l'arbitrage principal pour l'ARS ne réside pas dans l'opposition entre acteurs, mais dans la capacité à imposer un schéma-cible lisible et réellement territorial, structuré par la gradation, la prévention et la régulation des soins non programmés, afin de réduire le recours par défaut aux urgences et de sécuriser les parcours complexes. L'intégration organique de la PMI et de la santé scolaire dans la feuille de route, adossée à une gouvernance partagée et à des indicateurs robustes, doit être considérée comme une condition d'efficacité. Enfin, la méthode de conduite du volet 2, fondée sur l'analyse organisationnelle des parcours et la mobilisation de référentiels nationaux et régionaux, apparaît compatible avec une mission d'expertise territoriale non clinique dès lors que l'ARS se dote d'un dispositif de pilotage capable d'inscrire les décisions dans le temps et de transformer les constats en trajectoires opposables.

Mustapha Khennouf Thomas Le Ludec

ANNEXE 1 : Feuille de route

[121] La feuille de route proposée vise à rendre opérationnelle la recomposition de la filière, selon une logique de séquencement : sécuriser en priorité les segments critiques et les modalités de régulation des soins non programmés puis structurer les parcours complexes et renforcer la prévention.

Tableau 2 : Décisions ARS : séquençage 3 mois / 12 mois / 24 mois

Horizon	Décisions et livrables attendus (exemples)
Sous 3 mois	Décision de création de l'instance de pilotage ; lancement des groupes de travail « gradation » et « non programmé » ; consolidation d'un tableau de bord socle (urgences, soins critiques, RH, santé mentale) et d'une matrice de risques initiale.
Sous 12 mois	Conventions de gradation et de suppléance signées ; filière SAS pédiatrique opérationnelle avec indicateurs ; plan de résilience hivernale validé et testé ; clauses de conditionnalité intégrées aux CPOM en cours de renouvellement.
Sous 24 mois	Trajectoire pédopsychiatrie et prévention secondaire stabilisée (délais, circuit de crise, équipes mobiles) ; déploiement équité arrière-pays ; revue annuelle consolidée des risques et arbitrages ARS sur autorisations/financements selon résultats.

Ce découpage en trois horizons temporels constitue un cadre de lecture et de pilotage susceptible d'adaptations en fonction des opportunités opérationnelles et de la maturité des acteurs[17].

[17] La démarche d'évaluation inspirée de la méthode FONDA (chaîne de valeur territoriale) vise à rendre la feuille de route pilotable et évaluable, en dépassant une logique de suivi d'activité. Elle distingue le « quoi » (transformations produites pour les enfants, les familles et le territoire) et le « comment » (modes de faire : veille, coopération, participation, innovation organisationnelle). Elle s'inscrit dans une logique d'évaluation par la contribution, adaptée aux interventions territoriales complexes, et mobilise des méthodes mixtes articulant données quantitatives et matériaux qualitatifs.

Horizon	Actions structurantes	Livrables attendus	Pilotage / portage	Indicateurs de suivi
0–6 mois (T1–T2 2026)	Installation de l'instance de filière et adoption d'un mandat ; cadrage partagé du schéma-cible et des règles d'orientation ; lancement du chantier « soins non programmés » au sein du SAS ; première revue capacitaire soins critiques (baseline).	Arrêté/lettre de mission de l'instance ; charte de filière ; protocole d'orientation SAS pédiatrique (V1) ; tableau de bord (V0).	ARS (présidence) ; SAMU/SAS ; CHU/Lenval ; GHT ; CD06/PMI ; URPS ; EN.	Mise en place instance ; disponibilité indicateurs ; taux de participation ; baseline urgences/soins critiques.
6–18 mois (T3 2026–T1 2027)	Déploiement effectif de la filière SAS pédiatrique (effecteurs, créneaux, information parents) ; conventions inter-établissements sur flux et transferts ; organisation montée en charge hivernale ; plan RH compétences rares ; lancement parcours santé mentale/TND (guichet, équipes mobiles).	Conventions signées ; procédures de transfert ; plan RH ; circuit crise adolescent ; bilan saison hivernale ; mise à jour PMSPT intégrant la pédiatrie.	Instance de filière ; établissements ; GHT ; CD06 ; opérateurs psy ; URPS.	Évolution passages évitables ; délais admission soins critiques ; déprogrammations ; délais psy ; couverture gardes.
18–36 mois (2027–2028)	Consolidation et ajustements ; extension consultations avancées/télémédecine arrière-pays ; structuration parcours maladies chroniques et transition ; renforcement filière enfance en danger ; intégration systématique prévention dans contractualisation.	Bilan d'impact à 24 mois ; protocoles de transition ; conventions HAD/SSR ; dispositif UAPED en réseau ; CPOM intégrant indicateurs filière.	ARS + partenaires ; COPIL thématiques.	Indicateurs d'équité littoral/arrière-pays ; ruptures de parcours ; réadmissions ; satisfaction familles/usagers ; stabilité RH.

La transposition au champ des filières pédiatriques consiste à considérer chaque priorité de la feuille de route comme un objet évalué, puis à traduire les hypothèses en critères, indicateurs et outils de collecte, afin de produire un jugement argumenté sur l'effectivité des transformations

ANNEXE 2 : Inventaire des structures hospitalières pédiatriques dans les Alpes-Maritimes

[122] Le tableau ci-après a une valeur indicative. Il vise à fournir une lecture synthétique des implantations d'activités de pédiatrie.

Établissement	Statut	Principales autorisations / activités pédiatriques
CHU de Nice – site public L'Archet principalement	CHU (public)	Oncohématologie en hospitalisation et en soins intensifs et néphrodialyse pédiatrique ; soins intensifs et de réanimation néonataux et néonatalogie simple ; chirurgie pédiatrique ;-radiologie interventionnelle pédiatrique
Fondation Lenval – Hôpitaux pédiatriques de Nice (des activités spécialisées portées par les hôpitaux pédiatriques de Nice CHU Lenval - HPNCL, avec des PU et PH mis à disposition du CHUN)	ESPIC	Services de pédiatrie générale et spécialisée ; urgences pédiatriques ; maison médicale de garde pédiatrique ; chirurgie pédiatrique et infantile viscérale et orthopédique et de spécialités et neurochirurgie pédiatrique ; psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et périnatale ; CAMSP TND enfant et UAPED ; soins intensifs polyvalents et réanimation pédiatriques ; radiologie pédiatrique. PASS pédiatrique
CH de Cannes – Simone Veil	CH public	Service de pédiatrie générale ; urgences médicales et petite traumato pédiatriques (journée). ; néonatalogie simple ; psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et périnatale et CAMSP.
CH d'Antibes Juan-les-Pins	CH public	Service de pédiatrie générale ; urgences médicales et petite traumato pédiatriques (journée). ; néonatalogie simple ; psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et périnatale et CAMSP ; chirurgie pédiatrique > 10 ans
CH de Grasse	CH public	Service de pédiatrie générale ; néonatologie simple et soins intensifs ; urgences pédiatriques (journée, et H24 pour NN < 3 mois) ; chirurgie pédiatrique > 3 ans ; UAPED ; CAMSP associatif en ville.
CH de Menton – La Palmosa	CH public	Centre périnatal de proximité ; pédiatrie de base médicale et petite traumato du grand enfant aux urgences ;
Clinique Saint-George (Nice)	Privé lucratif	Accueil pédiatrique non programmé (dispositifs de type SOS). Pas de service de pédiatrie. Chirurgie pédiatrique
Polyclinique Saint Jean (Cagnes sur Mer)	Privé lucratif	Accueil pédiatrique non programmé (dispositifs de type SOS) avec espace dédié aux urgences. Pas de service de pédiatrie
Polyclinique Santa Maria Kantys (Nice)	Privé lucratif	Néonatologie simple adossée à la maternité.
Centre Antoine Lacassagne (Nice) CLCC	ESPIC	Radiothérapie pédiatrique (oncologie) et prise en charge spécialisée.

Source : Mission Igas et DT ARS, Janvier 2026.

Note de lecture : autres acteurs mentionnés mais non détaillés dans le tableau :

⇨ **Établissements de santé :**

- Fondation des Étudiants de France (ex Cadrans Solaires, Vence) – SMR pédiatrique et pédopsychiatrie

- Les Airelles – SMR pour enfants avec troubles DYS
- Hôpital privé Cannes Oxford – chirurgie pédiatrique

⇨ **Autres structures de soins** :
- Centre de santé Rossetti (PEP 06, Nice) – plateau technique pour troubles de la marche

ANNEXE 3 : Contribution conjointe des deux PCME du CHU de Nice et de l'ESPIC HPNCL (décembre 2024)

Avertissement

[123] Cette annexe constitue une synthèse succincte d'un document validé par les deux présidents de CME mais qui n'a été ni validé par la gouvernance de la Fondation Lenval ni examiné au sein du GCS, compte tenu des compétences limitées de cette structure de coopération. Les travaux reposent sur les contributions de nombreux professionnels des deux établissements, universitaires et hospitaliers. Ils répondent à une demande explicite et formalisée de la direction générale de l'ARS PACA exprimée à la suite d'une mission de médiation dont le rapport a été remis en juin 2024.

[124] Ce document est de nature à contribuer à la mise en œuvre du principe de gradation des prises en charge pédiatriques entre les établissements niçois.

A. Portée, méthode et périmètre

[125] Objectif. Documenter les risques organisationnels liés à l'organisation bi-site (CHU de Nice – Fondation Lenval) et proposer des mesures de sécurisation à court et moyen terme, assorties d'une orientation stratégique à long terme.

A.1 Périmètre. Quatre axes, travaillés par des groupes médicaux mixtes CHU/ESPIC :

- Parcours bi-établissement pédiatrique ;
- Activités de recours & plateaux techniques ;
- Systèmes d'information ;
- Parcours unisite.

A.2 Méthode. État des lieux factuel, exemples de pertes de chance et actions correctrices : « Temps 1 » (immédiat), « Temps 2 » (6–18 mois).

B. Constats majeurs & risques opérationnels

B.1 Insuffisances d'expertise sur site et hospitalisations inadaptées

- Partition d'expertises entre Archet et Lenval : délais d'avis, suivis psychiatriques manquants, annonces diagnostiques retardées.
- Exemples : nouveau-nés prématurés hospitalisés en pédiatrie générale ; adolescents en réa adulte ; absence d'experts sur place.

B.2 Recours aux plateaux techniques adultes : dépendances et fragilités

- Déplacements d'équipes pédiatriques complètes, annulations de programmes à Lenval.

- Absence d'autorisation de scanner interventionnel à Lenval ; âge pivot pour l'anesthésie générale proposé : 10 ans.

B.3 Transports inter-sites : risques évitables

- Cas : SMUR adulte pour enfants instables ; parcours inadaptés ; multiple transports pour dialyses.

B.4 Systèmes d'information : non-interopérabilité

- Dossier patient informatisé Orbis non bilatéral ; PACS/VHM non généralisé ; Cyberlab non prescripteur ; doublons identités.

B.5 Conventions et cadres statutaires insuffisants

- Cadre juridique des mobilités incomplet ; hétérogénéité statuts CHU/FEHAP.

C. Plan d'actions proposé par les deux PCME

C.1 Mesures immédiates (0–6 mois)

- Accès croisés Orbis via Applidys ; déploiement PACS/VHM ; référents SI.
- Logigrammes parcours ; âge pivot AG = 10 ans ; protocole Cas 1–4.
- Protocoles transferts (délais, responsabilités, registre, CREX) ; équipe de transport paramédicale dédiée.
- Conventions opposables V1 (mobilité, SI, transferts, pharmacie, biologie).

C.2 Mesures moyen terme (6–18 mois)

- Équipement plateaux adultes en matériel pédiatrique ; procédures d'accès.
- Autorisation TDM interventionnel pédiatrique.
- Appel contextuel Orbis ; Cyberlab prescripteur.
- Conventions V2 avec clauses de conditionnalité.

C.3 Orientation stratégique

- Unification pédiatrique adossée à un hôpital adulte.

D. Outils opérationnels

- Modèle de logigramme : entrée, décision anesthésique., plateau, amont/aval, traçabilité.
- Check-list équipement pédiatrique : anesthésie, médicaments, monitoring.
- Paquet conventions opposables : mobilité, transferts, SI, biologie/pharmaco.

E. Gouvernance, suivi et évaluation

- COPIL bimensuel ; revue hiver soins critiques.
- Indicateurs : sécurité/qualité, accès info, parcours, RH, formation.
- Calendrier : T1–T2 2026 (V1), T3–T4 2026 (V2), hiver 2026–2027 (résilience).

F. Articulation avec recommandations IGAS

- Concrétisation des flux, soins critiques, compétences rares, SAS, SI interopérable.

G. Conclusion des deux PCME

- Court terme : sécurisation immédiate.
- Moyen terme : équipements, autorisations, SI avancé, conventions opposables.
- Long terme : unification pédiatrique sur site unique adossé à un plateau adulte.

ANNEXE 4 : Exemple d'une instance départementale de pilotage de la filière pédiatrique

[126] L'instance départementale de pilotage constitue l'organe stratégique chargé d'assurer, sous l'autorité du directeur général de l'Agence régionale de santé, la cohérence, la lisibilité et la soutenabilité de la filière pédiatrique sur l'ensemble du territoire. Elle garantit l'opposabilité des engagements des acteurs, la maîtrise des risques et la continuité territoriale des prises en charge.

1 Architecture générale

[127] L'instance se compose d'un comité de pilotage (COPIL), à caractère décisionnel, et de comités techniques thématiques. Elle réunit de manière stable les institutions concourant à la politique pédiatrique territoriale.

Comité de pilotage

[128] Sous la présidence de l'ARS, le comité de pilotage regroupe :

- La direction générale, la direction de l'organisation des soins et la direction territoriale de l'ARS ;
- Les directions générales et présidents de commissions médicales d'établissement du CHU de Nice et de la Fondation Lenval ;
- Les directions et présidents de CME des centres hospitaliers d'Antibes, Cannes, Grasse et Menton ;
- Les représentants des établissements privés impliqués dans la filière ;
- L'Union régionale des professionnels de santé (secteur pédiatrique) ;
- Le Conseil départemental (PMI) ;
- Le Rectorat (santé scolaire) ;
- Les représentants des structures médico-sociales, des dispositifs de pédopsychiatrie et des équipes mobiles ;
- Un représentant des usagers.

Des Comités techniques thématiques couvrent les domaines suivants :

1. Soins critiques et filières chirurgicales ;
2. Soins non programmés et articulation avec le service d'accès aux soins ;
3. Santé mentale de l'enfant et de l'adolescent ;
4. Prévention, PMI, santé scolaire et articulation médico-sociale.

[129] Chaque comité technique est animé par un binôme ARS–établissement, et rend compte au COPIL.

2 Missions essentielles

[130] L'instance exerce des missions structurantes qui conditionnent directement la sécurité, la continuité et l'équité des prises en charge pédiatriques.

2.1 Gouvernance et structuration de la filière

- Définir, actualiser et rendre opposable le schéma départemental de gradation des recours ;
- Clarifier les responsabilités des acteurs et organiser les interfaces entre proximité, recours et hyper-recours ;
- Assurer la cohérence avec le projet médico-soignant partagé du GHT et les CPOM.

2.2 Pilotage opérationnel et maîtrise des risques

- Superviser la matrice de risques de la filière et prescrire les mesures de maîtrise ;
- Garantir la qualité et la transparence des flux inter-établissements ;
- Valider les règles de suppléance, les protocoles de transferts et les dispositifs de montée en charge saisonnière ;
- Suivre les tensions capacitaires, les événements indésirables graves et les indicateurs critiques.

2.3 Organisation des prises en charge

- Piloter la structuration de la filière des soins non programmés pédiatriques, en lien avec la régulation du SAS ;
- Suivre la trajectoire de renforcement de la pédopsychiatrie, incluant délais d'accès, dispositifs mobiles et circuit de crise adolescent ;
- Renforcer l'articulation entre prévention (PMI), santé scolaire et acteurs médico-sociaux.

2.4 Outils et instruments de régulation

- Produire et actualiser un tableau de bord départemental consolidé, opposable ;
- Assurer la tenue de revues trimestrielles de filière (REX/CREX) et d'une revue annuelle des risques ;
- Proposer à l'ARS les décisions de régulation requises (ajustement des autorisations, activation de clauses contractuelles, fléchage financier).

ANNEXE 5 : Élaboration du projet médico-soignant du GHT des Alpes Maritimes : proposition de cadrage et de déclinaison opérationnelle par l'ARS

[131] Afin de garantir une intégration effective, ordonnée et cohérente du secteur privé au sein de la réflexion territoriale conduite dans le cadre de la révision du projet médico-soignant partagé du GHT, il appartient à l'Agence régionale de santé de définir un cadre structuré, explicite et opposable, permettant de dépasser les logiques institutionnelles propres à chaque opérateur et d'asseoir une véritable stratégie de filière au bénéfice du territoire.

1 Cadrage stratégique prescrit par l'ARS

[132] L'ARS fixe, en amont de la démarche, un principe directeur non équivoque, selon lequel l'élaboration du projet médico-soignant doit se déployer à l'aune de l'ensemble des acteurs concourant aux prises en charge pédiatriques, indifféremment de leur statut public, privé lucratif ou privé d'intérêt collectif. Ce principe, formulé dans un document-cadre transmis au GHT, confère à la révision du projet une dimension véritablement territoriale et non strictement groupale. L'ARS notifie en outre au GHT un mandat formel d'association obligatoire des acteurs privés, précisant que les établissements concernés doivent être associés aux travaux préparatoires, aux groupes techniques et à la validation des orientations opérationnelles. Ce mandat encadre les modalités de participation, les obligations de transmission d'informations, ainsi que la portée juridique des engagements pris. Enfin, l'ARS rappelle que la validation du projet médico-soignant est subordonnée à sa pleine conformité avec le schéma départemental de gradation et avec les exigences relatives à la sécurité et à la continuité des filières critiques.

2 Dispositifs opérationnels à mettre en œuvre

[133] Pour garantir une mise en œuvre effective, l'ARS prescrit un ensemble de dispositifs destinés à organiser la concertation et à structurer les engagements.

2.1 Construction d'un diagnostic partagé

[134] Le GHT doit produire, sous supervision de l'ARS, un diagnostic exhaustif associant les établissements publics et privés, couvrant :

- l'état des autorisations et des capacités installées ;
- les organisations de permanence et de continuité des soins ;
- les flux réels entre établissements ;
- les tensions récurrentes (soins critiques, chirurgie pédiatrique, urgences, pédopsychiatrie) ;
- les conditions d'accès aux plateaux techniques.

[135] L'ARS exige que ce diagnostic soit **communiqué pour validation** et constitue la base de l'architecture future de la filière.

2.2 Mise en place d'une instance partenariale dédiée

[136] Sous l'égide de l'ARS, une **instance de concertation territoriale** est instituée, réunissant à échéance régulière le GHT, les directions et CME du CHU, de l'ESPIC et des établissements privés, ainsi que les représentants des professionnels libéraux. Cette instance a vocation à élaborer les éléments structurants du projet médico-soignant concernant la pédiatrie, à arbitrer les points de divergence et à garantir la lisibilité des engagements.

2.3 Encadrement des données et des obligations d'information

[137] L'ARS prescrit la transmission régulière et standardisée des données d'activité, de ressources humaines et de flux par l'ensemble des acteurs privés. Cette transparence constitue un **prérequis** à l'intégration au projet médico-soignant et à la reconnaissance d'un rôle dans la filière territoriale.

2.4 Mobilisation des autorisations et des contractualisations

[138] L'ARS indique clairement que les **autorisations d'activité** et les **évolutions capacitaires** seront appréciées à l'aune de la participation effective aux démarches territoriales. À ce titre, les établissements privés doivent formaliser, dans des conventions annexées au PMSPT, leurs engagements en matière de continuité des soins, de participation aux parcours, de contribution aux soins non programmés et de respect des règles de flux.

3 Déclinaison des engagements dans le projet médico-soignant

[139] Le GHT, sous l'autorité de l'ARS, décline les engagements structurants en clauses opérationnelles intégrées au projet médico-soignant, portant notamment sur :

- la définition des responsabilités selon les niveaux de recours (proximité, recours, hyper-recours) ;
- la répartition équilibrée et sécurisée des activités chirurgicales pédiatriques, conformément aux exigences de qualité et de sécurité ;
- les modalités de mutualisation ou de suppléance dans les segments critiques ;
- les protocoles de transferts inter-sites, opposables et assortis d'indicateurs de suivi ;
- l'organisation des contributions aux soins non programmés, en articulation avec la régulation départementale ;
- les engagements relatifs à la transparence capacitaire et à la fluidification des parcours.

[140] L'ARS indique enfin que la mise en œuvre de ce cadrage fera l'objet d'une revue annuelle de convergence, visant à vérifier :

- la participation effective des acteurs privés ;
- la tenue des engagements organisationnels ;
- la cohérence du dispositif avec les besoins du territoire ;
- la contribution réelle à la résilience des filières critiques.

[141] Cette revue constitue un instrument de régulation permettant d'ajuster les autorisations, les contractualisations et les soutiens éventuels.

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

Agence Régionale de Santé Provence-Alpes Côte d'Azur
Yann BUBIEN Directeur général
Olivier BRAHIC Directeur général adjoint
Anthony VALDEZ, Directeur de la direction de l'organisation des soins
Thibault COURGEON, Directeur de cabinet
Romain ALEXANDRE, Directeur territorial Alpes-Maritimes
Stéphane VEYRAT, Conseiller médical expert en santé publique
Cécile JOST, Responsable du Service Offre de Soins, Délégation Départementale des Alpes-Maritimes

Fondation Lenval

Maître François DUNAN, Président
Michel BARAVAL Administrateur - Secrétaire du bureau du CA
François COMAS, Administrateur- Trésorier du CA
Ronan DUBOIS, Directeur général
Professeur Lisa GIOVANNINI-CHAMI Présidente de la CME de l'ESPIC HPNL
Docteur Sébastien BARTHELEMY, Vice-Président de la CME de l'ESPIC HPNC, chef de service de réanimation pédiatrique et représentant syndical au CSE
Docteur Philippe BABE, Chef de service des urgences de l'ESPIC HPNCL
Docteur Mario ALBERTARIO, Chef de service de radiologie, ESPIC HPNCL
Docteur BATTISTA, pédopsychiatre, ESPIC HPNCL
Docteur LHUBAT, médecin anesthésiste-réanimateur, ESPIC HPNCL
Docteur SOLLA, chirurgien orthopédiste, praticien hospitalier (PH), mis à disposition par convention par le CHU auprès de l'ESPIC HPNCL
Docteur Laurence TABONE, médecin réanimateur, ESPIC HPNCL
Professeur Florence ASKENAZY, Cheffe de service pédopsychiatrie
Professeur Jean BREAUD, Chef de service de chirurgie
Docteur François de LA BRIERE, Chef de service de l'anesthésie pédiatrique
Docteur Fabienne DULIEU, Responsable du Département d'information médicale et représentant syndical au CSE
Docteur Antoine TRAN, MCU-PH, commission informatisation et digitalisation de la CME
Docteur Gilles BREZAC, chef de service par intérim de l'anesthésie
Nathalie ASTRUC, directrice des Ressources Humaines
Angélique BAYER, directrice des soins Lenval
Pierre-Yves NAVARRE, Président du comité social et économique
Marie-France GOYENAGA, déléguée syndicale FO
Docteur Isabelle Laforgue, Médecin du Travail
Raynald GYDE Directeur des affaires financières
Céline METGE Directrice déléguée de l'ESPIC HPNCL
Samira ARIBA, Directrice qualité de la Fondation
Arnaud POUILLARD, Ancien directeur général de la Fondation Lenval
Murielle BARACHE, Représentant des usagers siégeant à la Commission des Usagers
Sophie URBANO , Représentant des usagers siégeant à la Commission des Usagers
Leria LAURENT, étudiante externe en médecine

Cloé GIORDANENGO, étudiante externe en médecine
Amandine ZEITOUN, étudiante externe en médecine
Amélie FOURNIER, Interne DES PEDIATRIE,
Paul SCHNEIDER, DES-MEDECINE GENERALE (MG)
Christophe GUEGAN DES-MG,
Camille MONTALEND, DES-Pédiatrie

CHU Nice
Rodolphe BOURRET, Directeur général
Yoann LAGORCE, Directeur général adjoint
Professeur Jacques LEVRAUT, Président de la Commission Médicale d'Établissement
Professeur Jean DELLAMONICA, Doyen de la faculté de médecine
Professeur Thierry PASSERON, Vice-président recherche du directoire
Caroline JEANNIN, Directrice adjointe en charge des affaires médicales, des activités et du pilotage stratégique
Eric MONCH, Directeur adjoint en charge de la recherche et de l'innovation
Professeur Jérôme DELOTTE, Chef de pôle FME
Docteur Camille FAUDEUX, Cheffe de service de néphrologie pédiatrique
Docteur POIREE, Cheffe de service d'oncologie-hématologie pédiatrique
Professeur Isabelle GUELLEC, Réanimation néonatale

Centre de Lutte contre le cancer Antoine Lacassagne
Professeur BALANGER, directeur général

Clinique Saint-Georges, groupe KANTYS
Romain DUSSAUT, directeur général du groupe Kantys et directeur de la clinique

Clinique Santa-Maria
Virginie COLL, directrice de la clinique

Centre Hospitalier de Grasse
Erika CASSAN, directrice de l'établissement
Docteur Frédéric COLOMB, Président de CME
Docteur Blandine DESSE, Cheffe du pôle de pédiatrie néonatalogie
Patricia MEUNIER, directrice des soins
Docteur Joël NGUYEN, pédiatre retraité, chargé d'une mission relative aux parcours
Professeur Henri STEYER, chirurgien pédiatrique retraité, exerçant à temps partiel dans l'établissement

Centre Hospitalier d'Antibes
Bastien RIPERT-TEILHARD, directeur de l'établissement
Docteur Khaled ZAHREDDINE, président de la CME
Docteur Ali KHALFI, chef de service pédiatrie et chef de pôle mère enfant

Centre Hospitalier de CANNES
Monsieur Jean-Mathieu DEFOUR, directeur du CH, contacté par la mission n'a pas donné suite

Autres institutions ou organismes

Préfecture des Alpes-Maritimes

Laurent HOTTIAUX, Préfet du département

Conseil départemental de l'ordre des médecins des Alpes-Maritimes

Professeur Philippe PAQUIS, Président

Mission interrégionale de médiation

Dominique MAIGNE, Médiateur
Docteur Marie-Claude DUMONT, Médiatrice

Caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes

Gwenaelle TASSET, Directrice santé

Université De Provence-Alpes-Côte d'Azur

Jeanick BRISSWALTER Président de l'Université

GLOSSAIRE

ARS : Agence régionale de santé
CD : Conseil départemental
CHU : Centre hospitalier universitaire
CPOM : Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé
EIGS : Événement indésirable grave associé aux soins
ESPIC : Établissement de santé privé d'intérêt collectif
GHT : Groupement hospitalier de territoire
HAD : Hospitalisation à domicile
PMI : Protection maternelle et infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information
PMSPT : Projet médico-soignant partagé de territoire
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
PRS : Projet régional de santé
RPU : Résumé de passage aux urgences
SAS : Service d'accès aux soins
SRS : Schéma régional de santé
TND : Troubles du neurodéveloppement
UAPED : Unité d'accueil pédiatrique enfants en danger
URPS : Union régionale des professionnels de santé

LETTRE DE MISSION

MINISTÈRE
DE LA SANTÉ
ET DE L'ACCÈS
AUX SOINS
Liberté
Égalité
Fraternité

Paris, le – 6 MAI 2025

Le Ministre de la Santé et de l'Accès aux Soins

à

M. Thomas AUDIGÉ
Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

Objet : Lettre de mission – Contrôle de la fondation Lenval et analyse du parcours de soins des enfants entre le CHU et la Fondation Lenval »

La filière de pédiatrie dans le département des Alpes-Maritimes est actuellement assurée par deux opérateurs de statuts différents : le CHU de Nice, établissement public de santé hospitalo-universitaire, et l'hôpital Lenval, établissement de santé privé d'intérêt collectif. Leur coopération s'exerce à travers un groupement de coopération sanitaire (GCS) de moyens, dont le fonctionnement est actuellement bloqué en l'absence d'administrateur.

Dès 2017, l'IGAS pointait, dans un rapport sur la pédiatrie à Nice, des « coopérations confuses, voire chaotiques » entre les deux établissements, avec une perte d'efficience et des EIG liés à la prise en charge bi-site de la pédiatrie. Un premier projet médico-soignant commun de pédiatrie, travaillé conjointement entre les deux établissements, avait été proposé en décembre 2021 mais n'a finalement pas vu le jour.

En 2023, à la suite de plusieurs signaux d'alerte, une mission de médiation externe a été lancée. Le rapport, restitué en avril 2024 à l'ARS PACA, alertait sur la souffrance de la communauté médicale et sur les évènements indésirables graves liés aux soins (EIGS) portant sur l'organisation de la filière femme-enfant. En conséquence, l'ARS PACA a transmis, en juin 2024, une lettre de mission aux deux directions, leur demandant :

- de renforcer la qualité et la sécurité des soins, avec des protocoles de prises en charge partagés ;
- de faire vivre le GCS pédiatrique de moyens, avec ses instances propres et ses outils de pilotage en matière de gestion des ressources humaines ;
- de soumettre à l'ARS PACA un projet de feuille de route pour parvenir à des parcours patients fluidifiés entre les deux établissements, passant si besoin par une redistribution des activités.

Face au constat d'avancées insuffisantes, les deux directions ont été rappelées en décembre 2024 à l'obligation de résultats rapides sur le renforcement de la qualité et de la sécurité des parcours les plus fréquents, urgents et/ou à risque d'EIGS. Une rencontre a été organisée par le DG ARS avec chacune des deux directions, de façon distincte.

Tel : 01 40 56 60 00
14 avenue Duquesne - 75350 PARIS 07 SP

Le traitement des données est nécessaire à la gestion de la demande et entre dans le cadre des missions confiées aux ministères sociaux.
Conformément au règlement général sur la protection des données (RGPD), l'intervenant peut exercer ses droits à l'adresse ddc-rgpd-cab@ddc.social.gouv.fr ou par voie postale.
Pour en savoir plus : https://sante.gouv.fr/ministere/article/donnees-personnelles-et-cookies.

Plusieurs échanges ont eu lieu depuis.

- Le 28 janvier 2025, l'ARS a réuni les deux gouvernances. Plusieurs points de convergence ont pu être identifiés des propositions réalisées par les acteurs lors de leurs précédentes contributions. Aussi, un schéma cible de répartition des activités entre les deux sites semblait pouvoir être trouvé. Une proposition conjointe était attendue dans les 6 mois. Il était également demandé, dans un délai de 3 mois (soit d'ici la fin avril 2025), de mener un travail conjoint sur les principales actions de sécurisation des parcours et des prises en charge (cf. courriers en pièce jointe).

- Le 5 mai dernier, une nouvelle réunion a eu lieu sous l'égide de l'ARS avec les gouvernances (DG et PCME) des deux établissements pour faire le point sur l'avancée des travaux actés en début d'année dans le cadre de la sécurisation des parcours de pédiatrie. Si des avancées ont pu être constatées sur le volet système d'information, les protocoles de coopération sur les prises en charges complexes n'ont pu aboutir. Pour ce qui concerne la réorganisation de long terme des activités sur chacun des deux sites, il est peu probable qu'une proposition consensuelle émerge dans les prochains mois.

En dépit de ces tentatives de résolution des conflits, la situation s'est dégradée entre les deux acteurs, y compris à travers l'introduction de contentieux juridiques.

- la Fondation Lenval a ainsi saisi, en janvier 2025, le tribunal judiciaire de Nice pour procéder à une conciliation, pouvant le cas échéant aboutir à une dissolution du GCS, au motif d'une absence de lisibilité des charges imputables par le CHU à la Fondation. La conciliation a échoué.
- en mars 2025, le CHU de Nice a introduit un référé devant la Présidente du Tribunal judiciaire de Nice, visant à dessaisir la Fondation Lenval de son rôle d'administrateur du GCS pour y nommer un administrateur provisoire externe aux deux institutions, a accentué les fortes tensions entre les deux institutions. Ce référé fait suite à l'échec de la mission de conciliation. Les directions s'opposent également sur les montants exigés vis-à-vis de l'autre dans le cadre des temps médicaux partagés ainsi que du reversement des montants reversés pour l'accueil d'internes.

Le DG de l'ARS a reçu, au cours des dernières semaines, des éléments pouvant attester d'une aggravation des conditions de travail des professionnels de Lenval.

- la Fondation Lenval a adressé, le 22 avril 2025, une sommation interpellative à l'un de ses praticiens pour conflit de loyauté, ce qui a encore aggravé la rupture de confiance entre la gouvernance de Lenval et sa communauté médicale.
- l'ARS PACA a reçu le 30 avril une délégation de médecins, représentant à la fois les praticiens du CHU et ceux de la fondation Lenval pour entendre leurs inquiétudes. Ces professionnels ont exprimé une souffrance au travail dans le cadre de leurs activités à Lenval, laissant percevoir d'importants risques psycho-sociaux et faisant craindre un risque de rupture dans la filière de soins sur le territoire.
- un signalement a été fait auprès du Procureur de la République par plusieurs dizaines de praticiens de la Fondation Lenval sur le fondement de l'article 40 du Code de Procédure Pénale pour dénoncer les méthodes de la direction de la Fondation Lenval et leurs conséquences.
- des mouvements de grève de professionnels de santé, dénonçant le climat de travail actuel au sein de l'hôpital Lenval, ont eu lieu au cours du mois de mai.

Dans ce contexte, le ministère de la santé et de l'accès aux soins a été destinataire d'alertes des parties prenantes. A ce titre, l'alerte la plus récente en date a été portée par la Société Française de Pédiatrie, en association avec le CNU de pédiatrie, au sujet notamment de la gouvernance de la Fondation Lenval, indiquant que depuis 2022 les tensions s'étaient accrues avec la direction du CHU, dénonçant un management de la Fondation autoritaire et brutal, des actes de harcèlement, une pression sur les équipes par la nouvelle direction, et sollicitant une intervention urgente pour soutenir un projet de réorganisation hospitalo-universitaire pédiatrique pérenne et sécurisé.

En conséquence, je souhaite saisir l'IGAS en vue de réaliser une mission qui comportera deux volets. Elle portera d'une part sur le contrôle de la Fondation Lenval. Ce contrôle sera centré sur la gouvernance de l'établissement et les risques induits sur la prise en charge des enfants, avec un focus sur les risques psycho-sociaux des professionnels exerçant dans l'établissement.

Un autre volet, d'expertise, abordera le parcours de soins des enfants entre les deux établissements (CHU de Nice et Fondation Lenval) et les modalités de coordination entre ces structures. Elle traitera de l'organisation le mieux à même de sécuriser la prise en charge des enfants. Elle proposera ainsi les pistes susceptibles de faciliter l'action de l'ARS pour procéder ensuite à la structuration de la filière de pédiatrie sur le territoire, dans un souci de qualité, d'accès et de sécurité des prises en charge, au service des patients et dans le respect des professionnels.

La mission remettra ses conclusions d'ici la fin du mois d'octobre 2025. Toutefois, compte tenu de la gravité de la situation, je souhaite être informé si, au cours des travaux de la mission, il apparaissait que des mesures devaient être prises sans attendre ses conclusions définitives.

Yannick NEUDER