

Projet médical de la Fédération

SAMU-SMUR pédiatriques AP-HP – IDF

31 Décembre 2020

Introduction

Durant 40 ans, l'inter-SMUR pédiatrique d'Ile-de-France (IDF) a été l'organisme de liaison entre les différentes équipes, les tutelles (AP-HP, ARS...) et les sociétés savantes (GENIF, SFN, GFRUP...) pour l'organisation et la réalisation des transferts médicalisés néonataux et pédiatriques de la région.

Jusqu'à présent le maillage régional reposait sur une répartition départementale et supra-départementale des secteurs d'intervention, avec un mécanisme de suppléance entre les différents SMUR pédiatriques : la même personne prenant en charge le patient depuis la transmission médicale de l'appel initial jusqu'à la fin de son transfert dans le service récepteur (en pratique dans 90% des cas ce schéma était respecté).

L'AP-HP a souhaité modifier ce schéma en créant une « régulation régionale » des transferts médicalisés secondaires néonataux et pédiatriques. La volonté a été de séparer l'activité de régulation médicale de l'appel de l'activité de transfert médicalisé.

L'AP-HP a souhaité également officialiser l'existence d'une structure de type « Fédération » regroupant 5 unités fonctionnelles (UF). Quatre UF sont dédiées aux transferts médicalisés, la 5^{ème} à la régulation régionale des appels secondaires néonataux et pédiatriques, ainsi qu'à l'aide médicale urgente (AMU) pédiatrique, cette dernière étant limitée à Paris dans un premier temps.

Le rôle de cette fédération sera d'optimiser et de garantir la qualité des transferts médicalisés néonataux et pédiatriques de la région IDF, tout en préservant les spécificités de chaque équipe (UMAC pour l'UF Robert-Debré et CRMIN pour l'UF Clamart).

Afin d'atteindre ce but les différents partenaires souhaitent mettre en œuvre un projet médical reposant sur 6 piliers : la clinique, la régulation, l'évaluation, l'enseignement, la recherche et l'activité universitaire, la coordination, qui vont être développés de manière pratique dans ce document.

À chaque fois, lorsque cela est possible, nous partirons de l'existant qui prévaut dans chaque équipe et nous verrons les moyens de converger vers un objectif commun.

La clinique

1) Âge des enfants pris en charge

L'âge maximum des enfants transférés par les SMUR pédiatriques est actuellement différent selon les départements :

- Pour le SAMU 75 : 18 ans ;
- Pour les SAMU 92 et 93 : 6 ans ;
- Pour le SAMU 95 : 2 à 3 ans.

Les équipes AP-HP considèrent qu'il ne faut rien changer pour Paris intra-muros, et proposent de porter l'âge limite vers 10 ans (soit un patient d'une taille d'environ 140 cm) pour les départements de la petite couronne ainsi pour que les départements 77, 78 et 91 lorsque les SMUR adultes et/ou polyvalents de ces départements demandent une expertise pédiatrique. La limite d'âge est conditionnée par la taille des modules pédiatriques.

Une extrapolation à partir des chiffres d'activité du SAMU 92 montre que l'activité de prise en charge de ces transferts d'enfants entre 6 et 10 ans représente environ 300 à 400 transports supplémentaires par an.

Les spécificités du SMUR pédiatrique 95 sont décrites en annexe 1.

Au-delà des âges, il est souhaitable de tendre vers une harmonisation des équipements (en dehors des nécessités d'équipements spécifiques pour certains types de prises en charge telles que l'UMAC...), afin d'assurer une équité dans la prise en charge des enfants de la région et ne pas entraîner de perte de chance entre les différents départements. La Fédération proposera des procédures de prise en charge, incluant le matériel nécessaire, auxquelles les différents SMUR devront se conformer.

Dans les départements où les enfants sont pris en charge par les SMUR adultes et/ou polyvalents, la Fédération sera à disposition de ces SMUR adultes et/ou polyvalents pour la formation de leurs médecins.

2) Les protocoles

Il n'existe pas de protocoles diagnostiques ou thérapeutiques validés par l'inter-SMUR, chaque équipe travaillant avec ses protocoles. Un travail de convergence et de mise en commun est par conséquent nécessaire.

Une liste non exhaustive des sujets pouvant faire l'objet de protocoles diagnostiques et/ou thérapeutiques est proposée en annexe 2.

Ces protocoles seront produits par un groupe de travail issu de la Fédération afin de proposer à terme une prise en charge standardisée et commune des enfants et des nouveau-nés. Le principe est de proposer un cadre qui sera conforme aux recommandations nationales et internationales. Ce groupe pourra être force de proposition pour l'ensemble des SMUR pédiatriques.

3) L'entrepôt de données

L'inter-SMUR fournissait au moins annuellement des statistiques essentiellement néonatales. Chaque équipe apportait ses propres données issues de différents entrepôts de données propres à chaque équipe, celles-ci étaient ensuite agrégées. Les items identifiables communs minimum sont donc connus. D'autres items seront envisagés dans le paragraphe évaluation.

La Fédération souhaite la mise en place d'un entrepôt de données, destiné à colliger l'ensemble des données utiles de l'activité SMUR et de la régulation pédiatrique régionale. Les moyens financiers nécessaires à la création et au fonctionnement de cet entrepôt de données doivent être évalués et disponibles dès la création de la Fédération.

Un groupe de travail a établi les items devant être intégrés à cet entrepôt de données (annexe 3). Cette base doit pouvoir être évolutive afin d'intégrer de nouvelles données dans les années à venir. Les droits d'accès à la base de données doivent être clairement identifiés dès la création de celle-ci.

En pratique, l'AP-HP a entrepris la création d'un entrepôt de données de sante (EDS). La Fédération sera l'interlocuteur de l'AP-HP vis-à-vis des données concernant la prise en charge des enfants et nouveau-nés. Les travaux et publications utilisant cette base de données devront porter la mention « au nom de la Fédération SAMU-SMUR pédiatriques AP-HP – IDF ». La création de cet entrepôt de données ne pouvant être réalisée pour le début de l'année 2021, la Fédération demande de budgéter pour chaque SMUR un système de base de données intermédiaire et commun à l'ensemble des SMUR pédiatriques, d'ici à ce que l'entrepôt commun de l'AP-HP soit créé.

Dans un premier temps, avant que ces solutions techniques ne soient fonctionnelles, chaque SMUR remplira sa base de données sous son format actuel (Excel, Middle Care...), avec un travail d'uniformisation devant être réalisé au plus tôt, idéalement en 2021, pour que les données recueillies soient standardisées entre les différents SMUR.

La régulation pédiatrique régionale

1) Prérequis et chronologie

Une régulation pédiatrique dédiée, c'est-à-dire avec un médecin sur un poste spécifique non cumulé avec la fonction d'effecteur du SMUR pédiatrique, est mise en place avec un fonctionnement partiel depuis le 15 mars 2020 à Necker. Cette régulation assure, pour la pédiatrie, la réponse au 15 pour les appels relevant de l'aide médicale d'urgence (AMU) sur Paris, la régulation des interventions primaires sur Paris, et la régulation des transferts inter-hospitaliers au départ de Paris.

Depuis le 1^{er} novembre, cette régulation pédiatrique de Paris a été officialisée auprès des tutelles, avec la création d'entités administratives distinctes (UF et UG) pour le SMUR pédiatrique d'une part et pour la régulation pédiatrique d'autre part.

Cette régulation a vocation à devenir progressivement une régulation pédiatrique régionale, assurant alors ses missions en tout ou partie (transferts inter-hospitaliers, interventions

primaires, réponse aux appels AMU) pour l'ensemble des 8 départements de l'Île-de-France. Cette « régionalisation » progressive de la régulation implique plusieurs conditions :

- d'une part, la « montée en charge » doit être progressive, avec une chronologie qui se déroulera sur plusieurs années :
 - la première étape sera la mise en place de la régulation régionale des transferts inter-hospitaliers pédiatriques et néonataux ;
 - la deuxième étape sera la régulation des interventions primaires pédiatriques et néonatales ;
 - enfin, la réponse au 15 pour les appels pédiatriques, en provenance des autres SAMU départementaux, sera la dernière étape.
- La première étape sera implémentée durant l'année 2021, il n'y a pas de date prévue pour les 2 autres points, les discussions devant faire intervenir tous les SAMU départementaux d'Île-de-France n'ayant pas encore commencé.
- la participation de praticiens issus de l'ensemble des SMUR pédiatriques à cette régulation régionale centralisée, sur une cible à terme de 1 ETP pour chacun des SMUR pédiatriques Robert-Debré, Antoine-Béclère et Montreuil/Avicenne.
- et de manière conditionnelle pour répondre à l'objectif précédent, la création et la budgétisation par les tutelles (AP-HP et ARS) d'un poste de 1 ETP statutaire au sein de chacun des SMUR pédiatriques Robert-Debré, Antoine-Béclère et Montreuil/Avicenne (soit un total de 3 postes de PH statutaires).

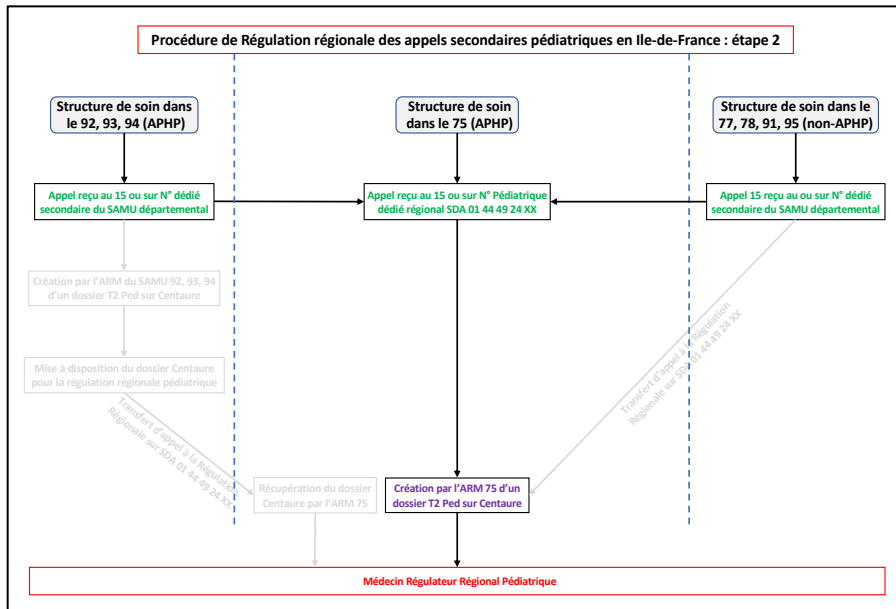
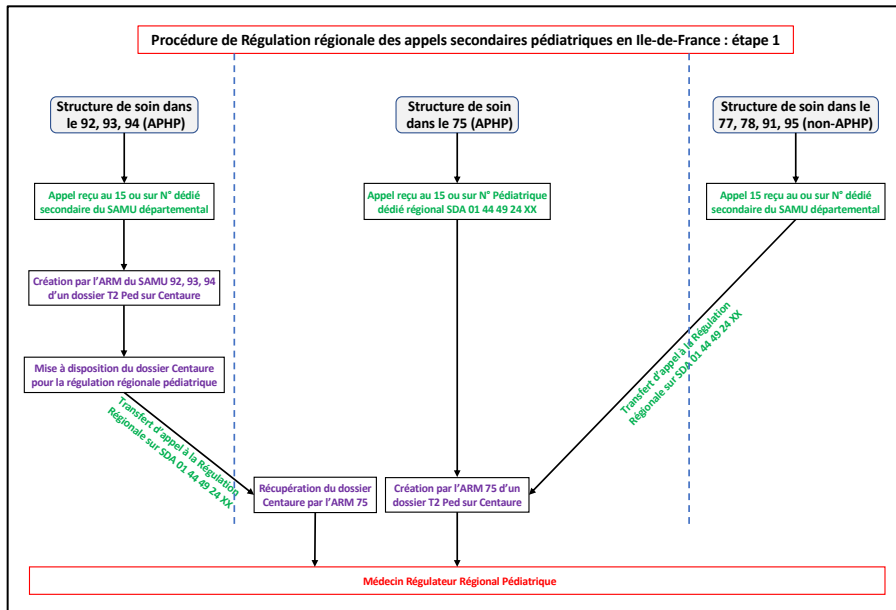
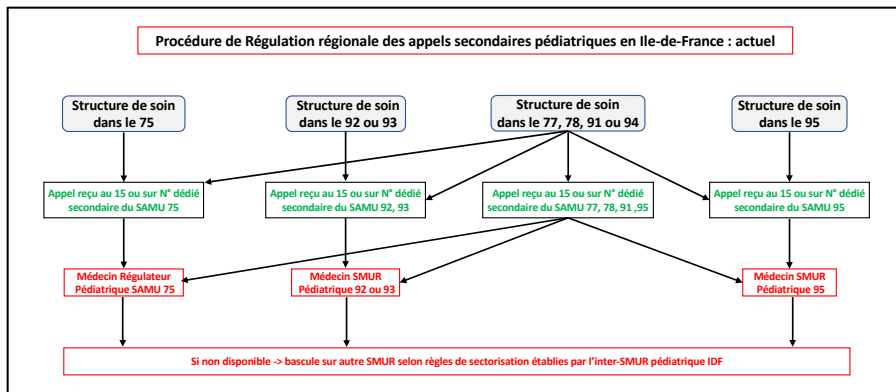
2) Régulation des transferts inter-hospitaliers pédiatriques et néonataux

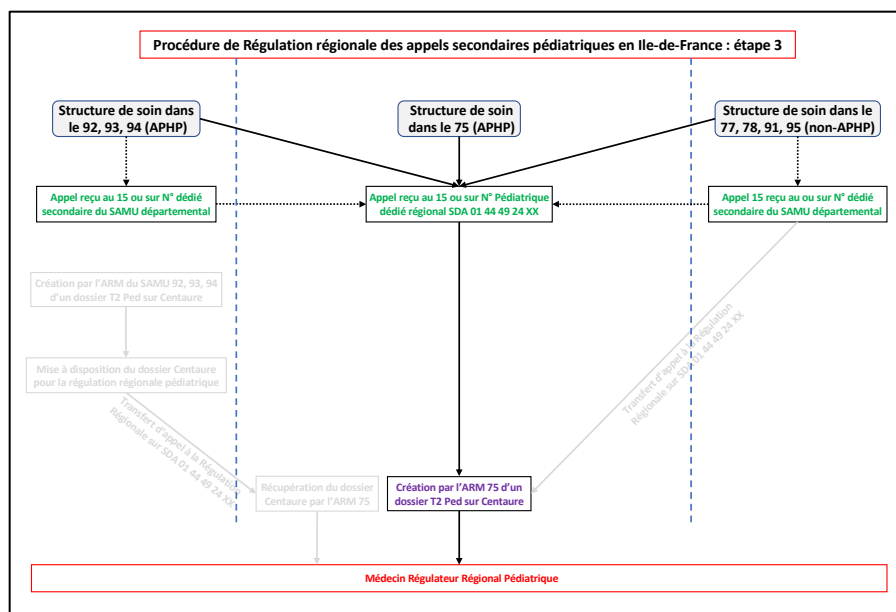
La mise en place de ce dispositif devra se faire en plusieurs étapes, d'abord pour les transferts secondaires inter-hospitaliers, selon différentes phases avec un processus en partie dépendant de l'interconnexion informatique des 4 SAMU de l'APHP (75, 92, 93, 94) :

- étape 1 : lors d'un appel pédiatrique entrant au SAMU 92, 93 ou 94, le dossier Centaure sera créé localement au niveau de ce SAMU, puis ensuite selon une procédure informatique ce dossier sera mis à disposition pour être récupéré par la régulation pédiatrique régionale ;
- étape 2 : lors d'un appel pédiatrique entrant au SAMU 92, 93 ou 94, l'appel téléphonique sera directement transféré au SAMU régional (= sans création locale de dossier Centaure), et le dossier Centaure sera créé par la régulation pédiatrique régionale ;
- étape 3 : communication du « N° dédié secondaire pédiatrique » de la régulation pédiatrique régionale aux services d'urgences, maternité salles de naissance et SAMU de l'ensemble des départements de la région Île-de-France. Mais l'étape 2 décrite précédemment devra rester fonctionnelle, certains services étant susceptibles de continuer à appeler en première intention leur SAMU départemental.

Pour les SAMU non AP-HP, ne pouvant créer de dossier Centaure (= SAMU 77, 78, 91, 95), seules les étapes 2 et 3 s'appliqueront.

Les 4 schémas suivants présentent la mise en œuvre progressive de ce dispositif :





3) Régulation de l'AMU et des interventions primaires pédiatriques

La régulation de l'AMU et des interventions primaires au niveau régional sera envisagée seulement une fois que la procédure pour la régulation des interventions secondaires sera stabilisée, ce qui exclut de définir d'emblée une échéance parfaitement datée.

La régulation des appels du grand public relevant de l'AMU pédiatrique sera inchangée dans un premier temps, les appels étant régulés au niveau des SAMU départementaux respectifs :

- SAMU 75 : appel régulé par le médecin régulateur pédiatrique régional en raison de l'unité de lieu (régulation pédiatrique régionale au sein du CRRA du SAMU 75) ;
- SAMU 77, 78, 91, 92, 93, 94 : appel régulé par le médecin régulateur « adulte » du SAMU concerné ;
- SAMU 95 : appel régulé par le médecin du SMUR pédiatrique 95 ou un médecin régulateur adulte selon la procédure interne du SAMU 95.

En conséquence, le déclenchement d'une intervention primaire pédiatrique sera inchangé dans un premier temps.

- SAMU 75 : déclenchement décidé par le médecin régulateur pédiatrique ;
- SAMU 77, 78, 91, 92, 93, 94 : déclenchement décidé par le médecin régulateur « adulte » du SAMU considéré ;
- SAMU 95 : déclenchement décidé par le médecin régulateur pédiatrique ou adulte selon la procédure interne du SAMU 95.

La 2^{ème} étape de cette montée en charge sera représentée par la transmission des bilans des SMUR pédiatriques en interventions primaires directement auprès du régulateur pédiatrique régional.

Cependant, dès le 1^{er} novembre 2020, Le régulateur pédiatrique du SAMU 75 qui aura vocation à devenir régulateur pédiatrique régional lorsque les prérequis auront été remplis, présent H24, sera toujours disponible pour les autres SAMU départementaux et SMUR

pédiatriques en cas de nécessité d'une expertise pédiatrique sur un appel AMU ou pour aider à la recherche de place hospitalière, en particulier dans les cas suivants :

- demande d'avis spécialisé pour un appel AMU complexe de la part d'un régulateur adulte (SAMU 77, 78, 91, 92, 93, 94) et/ou en cas d'indisponibilité du médecin pédiatre du SMUR 95 ;
- recherche de place hospitalière pédiatrique ou néonatale pour une intervention d'un SMUR pédiatrique autre que RDB et NCK.

Enfin, dans le cadre de la 3^{ème} étape, qui se fera après concertation et accord des différents SAMU départementaux, les appels relevant de l'AMU pédiatrique parvenant au sein de ces SAMU seront transmis directement au régulateur pédiatrique régional.

Compte tenu du volume potentiel d'activité, il est probable que ce processus ne concernera initialement que les 4 départements AP-HP (SAMU 75, 92, 93, 94). La mise en œuvre le cas échéant de cette régulation pédiatrique régionale centralisée pour l'AMU pédiatrique des 8 départements de l'Île-de-France représentera l'étape ultime de ce dispositif, mais à une échéance non envisagée à ce jour et nécessitera une adaptation des moyens humains.

Corollaire du point précédent, le déclenchement d'un SMUR pédiatrique se fera à terme préférentiellement par le régulateur pédiatrique régional et non par le régulateur adulte du SAMU du département considéré. Néanmoins, élément important pour les interventions extrêmement urgentes, le régulateur « adulte » des 3 SAMU disposant d'un SMUR pédiatrique sur leur territoire (= SAMU 92, 93 et 95) conservera toujours la possibilité d'un déclenchement immédiat du SMUR pédiatrique de son département s'il est disponible, en informant immédiatement après ce déclenchement la régulation pédiatrique régionale.

4) Circuit de l'appel

Plusieurs circuits d'appels devront être mis en place dans le cadre de la mise en œuvre de cette régulation pédiatrique régionale, concernant :

- le déclenchement d'une intervention secondaire ;
- le retour de bilan d'une équipe SMUR pédiatrique, et l'information des SAMU départementaux sur le déclenchement de l'un de leurs SMUR pédiatriques le cas échéant ;
- les demandes d'avis AMU, et le déclenchement d'une intervention primaire.

Les différents circuits d'appels (= non exclusivement pédiatriques) sont en cours de redéfinition au niveau du CRRRA au SAMU 75 en raison de la prochaine mise en place du service d'accès aux soins.

Concernant plus spécifiquement la pédiatrie, il faudra a priori mettre en place 3 lignes téléphoniques distinctes :

- 1 ligne bilan SMUR pédiatrique, que seules les UMH pédiatriques appelleraient, et qui arrivera au CRRRA 75 « en parallèle » de la ligne bilan « adulte », décrochée par l'un des 2 ARM dédiés à cette fonction au niveau du CRRRA 75 ;

- 1 ligne hôpital pour les demandes de transferts inter-hospitaliers : les services d'urgences pédiatriques, maternités et salles de naissance..., appelleront directement la régulation pédiatrique régionale sur cette ligne pour leurs demandes de transfert inter-hospitalier ;
- 1 ligne pour les demandes de concours à la régulation d'appels pédiatriques émanant d'autres SAMU, en particulier concernant la demande d'avis spécialisé en AMU lors des étapes intermédiaires de mise en place de ce dispositif.

5) Autres éléments liés à cette réorganisation

Plusieurs éléments connexes de cette nouvelle organisation devront être définis, en particulier :

- les modalités d'information des SAMU départementaux lors du déclenchement par la régulation régionale d'un SMUR pédiatrique situé sur leur département (concernent les SAMU 92, 93 et 95) ;
- les modalités de déclenchement direct par un SAMU départemental ayant un SMUR pédiatrique sur son territoire pour les interventions primaires en cas d'urgence vitale extrême ;
- les modalités de déclenchement simultané d'un SMUR pédiatrique et d'un SMUR adulte de proximité en cas de suspicion d'une urgence vitale et d'un délai plus long prévisible d'arrivée du SMUR pédiatrique disponible le plus proche.

Dans un premier temps, concernant les évolutions envisagées dans ce paragraphe, afin d'éviter toute confusion dans les procédures et retard de déclenchement d'un SMUR pédiatrique, la Fédération propose de conserver les règles actuelles.

6) Référentiel de régulation

Un référentiel de régulation sera mis en place, dans le cadre d'un travail commun mené par les différents SMUR pédiatriques et la régulation pédiatrique régionale, et en partant du travail préalable réalisé au fil des années par l'inter-SMUR pédiatrique IDF. Ce document définira en particulier :

- un référentiel de compétence requis sur le métier de médecin régulateur pédiatrique ;
- une cartographie de l'Île de France concernant les interventions primaires (villes) et secondaires (structures de soins) ;
- des règles de déclenchements en fonction de l'indisponibilité des différentes équipes, et selon le degré d'urgence pour les interventions secondaires ;
- des fiches d'aide à la régulation par tranche d'âge et par pathologie, pour l'AMU et pour les demandes de transferts inter-hospitaliers.

7) Formation à la régulation pédiatrique

La formation des médecins des SMUR pédiatriques participant à la régulation régionale sera formalisée. Elle reposera sur une formation théorique et pratique (incluant de la simulation) avec définition d'un temps de « doublure ». Cette formation fera appel à des médecins

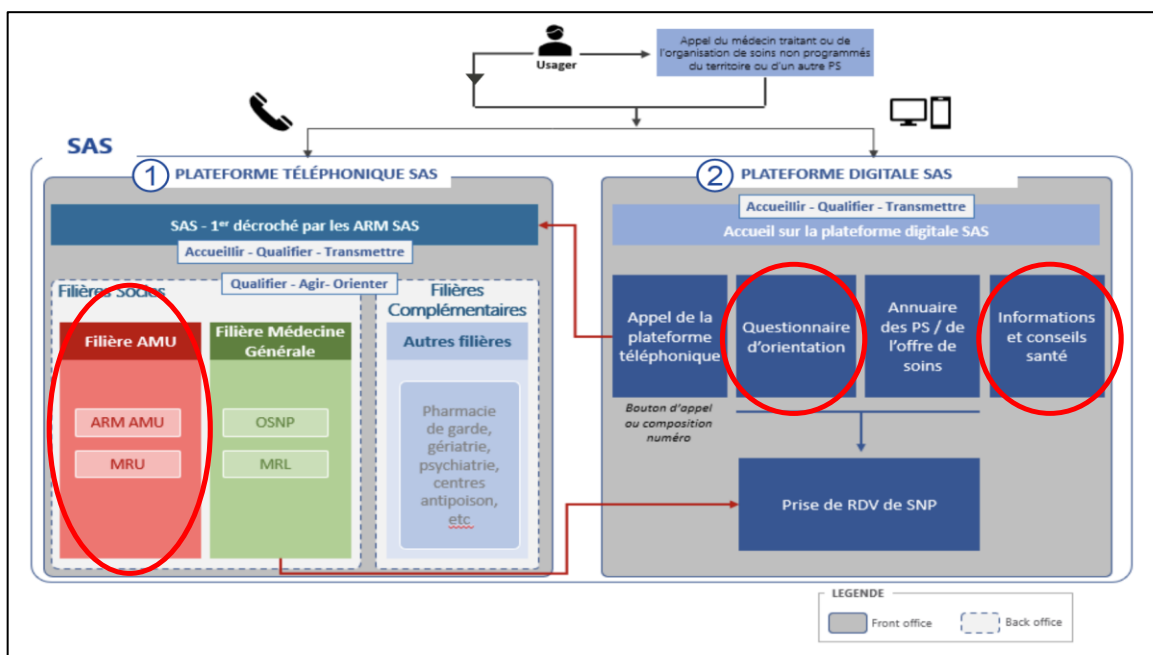
référents issus des 5 SMUR pédiatriques, en raison de la spécificité de territoires et des offres de soins respectifs de chacun de ces SMUR pédiatriques.

De manière pratique, cette formation comportera, selon des volumes horaires à définir :

- une formation théorique de quelques heures en « cours collectifs » ;
- des sessions en simulation ;
- des sessions individuelles sur 1 à 2 demi-journées, en double écoute avec un ARM et un régulateur adulte ;
- des sessions individuelles sur plusieurs demi-journées, sur le poste de régulation pédiatrique : d’abord en double écoute, puis progressivement en première ligne de régulation pédiatrique sous la double écoute du régulateur pédiatrique titulaire.

8) Service d'accès aux soins et téléconsultation

Le service d'accès aux soins (SAS), en cours de déploiement pour faciliter la réponse à la demande de soins non programmés, va être testé en Ile-de-France. L'expertise de la Fédération pourra être mise à profit dans le domaine des soins non programmés de pédiatrie avec une population de trois millions de patients potentiels. Les points de compétence possible de la Fédération au sein du SAS sont schématisés sur la figure infra.



La Fédération devra être force de proposition au niveau de la plateforme digitale dans les questions d'orientation, les informations et conseils de santé à destination du grand public.

L'évaluation

Plusieurs paramètres qualitatifs et quantitatifs devront être définis pour évaluer le bénéfice pour le patient de cette nouvelle organisation. Il s'agira en particulier d'évaluer les différentes étapes du parcours patient depuis le premier décroché jusqu'à l'arrivée (si transport) de celui-ci dans le service receveur :

- Temps du 1^{er} décroché ;
- Temps du décroché au passage de l'appel au médecin régulateur pédiatrique régional ;
- Qualité de la transmission au médecin régulateur pédiatrique régional (utilisation d'outils validés : SAED) ;
- Qualité de la transmission au médecin du SMUR qui assure le transfert (idem supra) ;
- Classification du degré d'urgence (référentiel à établir pour les transferts secondaires) ;
- Temps depuis l'acceptation du transfert par le médecin régulateur pédiatrique régional jusqu'à l'arrivée de l'équipe de SMUR auprès de l'enfant ;
- Évaluation de la qualité du transport par des marqueurs internationaux connus (sur la base du GAMUT) ;
- Évaluation de la pertinence de l'indication du transfert médicalisé et du choix du service receveur (en adéquation avec la pathologie, les réseaux et le lieu d'habitation des parents).

L'ensemble de ces éléments devront être évalués globalement au niveau de la Fédération et individuellement au niveau de chacune des UF.

Idéalement, ces éléments devront pouvoir être directement extraits de l'entrepôt de données une fois qu'il sera mis en place.

Le but ultime de cette évaluation est de créer un référentiel, actuellement inexistant en France.

L'enseignement

Un certain nombre d'enseignements sont déjà proposés par les différentes équipes.

Des cours effectués pour les internes en DES affectés dans les différentes UF pourront être mutualisés, en particulier pour les apports cognitifs en ligne. En ce qui concerne l'enseignement par simulation en santé, actuellement proposé dans les différents SMUR pédiatriques, une mutualisation des sessions permettra d'en effectuer un plus grand nombre pour chaque promotion en diminuant la charge de travail de chaque équipe. Ces sessions viendront en complément et non en substitution des formations locales organisées au sein de chaque UF.

En termes d'enseignement post-universitaire, il existe depuis plus de 15 ans un DU de transport pédiatrique. En conservant la même structure universitaire (responsables pédagogiques, comité scientifique), il est envisagé de renommer cet enseignement « diplôme universitaire Urgences et transports pédiatriques » en le labellisant par « Fédération SAMU-SMUR pédiatriques AP-HP - IDF ». Une première session de formation à la régulation pédiatrique pourra être intégrée dès la rentrée universitaire 2021-22 au programme de ce DU.

Dans le cadre plus spécifique de la régulation médicale, hors spécificités pédiatriques, l'enseignement aussi bien universitaire que post-universitaire était jusqu'à présent extrêmement limité (quelques heures durant le DESC de médecine d'urgence, de rares DU et DIU dédiés à la régulation, et quelques formations privées avec de la simulation). Parallèlement à la mise à niveau plus générale de la formation à la régulation médicale (DES de médecine d'urgence...), des formations dédiées à la régulation médicale pédiatrique seront mises en place, à vocation initialement régionale puis éventuellement nationale, en faisant intervenir en première intention les acteurs issus de la Fédération SAMU-SMUR pédiatriques AP-HP – IDF. Il s'agira dans un premier temps de formations courtes initiées dès le début de 2021, afin de pouvoir augmenter rapidement le nombre de régulateurs pédiatriques opérationnels au niveau de la Fédération.

Enfin, les interventions dans les congrès scientifiques des équipes des SMUR pédiatriques sont déjà très fréquentes, qu'ils s'agissent de conférences ou d'ateliers pratiques. Il faut souligner que certaines équipes collaborent déjà régulièrement dans ce domaine, et à titre d'exemple, les ateliers pratiques du congrès Urgence de la SFMU sont réalisés selon le travail conjoint de plusieurs équipes depuis une dizaine d'années.

La recherche et l'activité universitaire

1) La recherche

Afin de favoriser la mise en œuvre de protocoles de recherche, un conseil scientifique sera créé au sein de la Fédération, incluant des personnels médicaux et infirmiers. Ceci permettra de générer des dossiers de demandes de financement pour des PHRC et PHRI.

Les projets de recherche, destinés à la réalisation de thèses et publications scientifiques en particulier, pourront faire appel si nécessaire aux informations recueillies au sein de l'entrepôt de données. En cas d'utilisation de données issues d'une autre UF, l'accord du conseil scientifique sera nécessaire, selon des modalités à définir.

Enfin, l'ensemble des travaux et publications devront explicitement faire référence à la « Fédération SAMU-SMUR pédiatriques AP-HP – IDF », avec demande de valorisation directe des points SIGAPS pour cette entité.

2) L'activité universitaire

L'universitarisation de l'activité de transport pédiatrique et de la régulation devra être un objectif de la Fédération, une fois son fonctionnement et celui des différentes UF « stabilisés ».

La Fédération devra être force de proposition dans la formation dispensée aux internes en DES, tant dans la filière pédiatrie que dans la filière urgence, pour la formation au transport pédiatrique et à la régulation pédiatrique.

En parallèle, la Fédération encouragera la participation de membres des différentes UF dans les comités (scientifiques, d'administration...) de différentes sociétés savantes ou syndicats

concernés par les urgences pédiatriques et néonatales (GFRUP, SFN, SFMU, SFMC, ESPNIC, SUDF...)

La coordination

La coordination au sens large constitue un élément intangible et primordial pour pouvoir assurer le fonctionnement optimal de plusieurs structures ayant une finalité commune, mais distinctes de par leur rôles (SMUR vs régulation), organisations spécifiques (nombre d'équipes, services et DMU de rattachement), et tutelles (AP-HP vs non-AP-HP).

La Fédération assure notamment un rôle de coordination :

- entre les 5 UF constituantes ;
- avec le SMUR pédiatrique 95 (membre invité permanent).

Afin d'assurer cette mission, de manière statutaire, le conseil permanent de la Fédération doit se réunir au moins une fois par mois la première année, en présentiel ou en distanciel.

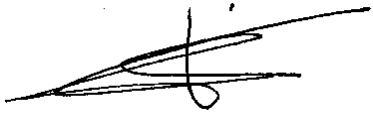
Par ailleurs, la Fédération représente la structure et l'interlocuteur de référence, au niveau régional vis-à-vis :

- des tutelles, en particulier l'AP-HP (CMEL, CME, directoire et administration centrale), et l'ARS ;
- les différents ministères (santé, enseignement, défense) et leurs comités spécifiques (Santé publique France par exemple, pour la réserve sanitaire et les PSM pédiatriques...) ;
- des universités et des sociétés savantes ;
- des différents partenaires de la régulation pédiatrique régionale et des SMUR pédiatriques : SAMU adultes départementaux, BSPP et SDIS selon les départements.

La périodicité des liens sera déterminée au cas par cas de manière régulière et autant que de besoin.

Enfin, dans le cadre des situations sanitaires exceptionnelles (SSE) impliquant des enfants, la Fédération devra définir des recommandations concernant les modalités de participation ou d'activation des SMUR pédiatriques et de la régulation pédiatrique régionale, en particulier vis-à-vis des éléments suivants :

- préparation des plans NOVI et AMAVI pédiatriques ;
- gestion des ressources pédiatriques humaines (réserve sanitaire) et matérielles (PSM pédiatriques) ;
- selon les différents types de SSE (terrorisme, épidémie, événement NRBC...) ;
- gestion d'événements réels ainsi que lors d'exercices de terrain ou d'exercices sur table ;
- niveau régional sur l'Ile-de-France, voire national sur sollicitation des tutelles et autorités de santé ;
- en appui à la fonction exercée par le SAMU de Paris - SAMU de Zone de défense sur le territoire de l'Ile-de-France, ainsi éventuellement qu'au niveau national sur sollicitation des tutelles et autorités de santé.



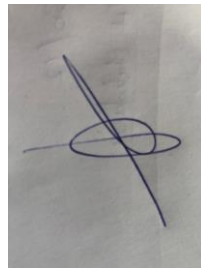
Dr. Laurent DUPIC
SMUR Pédiatrique Necker (75)



Dr. Noëlla LODE
SMUR Pédiatrique Robert Debré (75)



Dr. Gilles JOURDAIN
SMUR Pédiatrique Antoine Béchère (92)



Dr. Azzedine AYACHI
SMUR Pédiatrique Montreuil/Avicenne (93)



Pr. Benoît VIVIEN
Régulation Pédiatrique Régionale

Annexe 1

Spécificité du SMUR pédiatrique 95

Structurellement, le SMUR pédiatrique 95 ne prend pas en charge les enfants de plus de 3 ans, et cette stratégie ne semble pas en mesure d'évoluer dans les prochaines années.

En ce qui concerne l'organisation territoriale, les sites hospitaliers pour lesquels le SMUR pédiatrique 95 est par rang d'intervention le premier intervenant, et qui peuvent être amenés à transférer des enfants de plus de 3 ans sont très peu nombreux :

- un site sur le département 92 : hôpital franco-britannique ;
- deux sur le département 78 : hôpitaux de Poissy et Mantes-la-Jolie ;
- cinq sur le département 95 : hôpitaux de Pontoise, Argenteuil, Eaubonne, Beaumont-sur-Oise et Margency.

Il est nécessaire d'associer les responsables du SAMU 95 et du SMUR pédiatrique 95 à cette réflexion afin de préciser comment traiter les appels pour demande de transferts de patients entre 3 et 10 ans à partir de ces établissements.

Annexe 2

Liste des protocoles (non exhaustive)

- Mise à jour des conditions d'assistance anténatale
- Prise en charge d'une mauvaise adaptation à la naissance
- Arrêt cardiorespiratoire de l'enfant (hors nouveau-né)
- Choc septique
- Choc cardiogénique
- Asthme aigu grave (exacerbation)
- Enfant traumatisé grave
- Traumatisme crânien sévère
- Sédation analgésie pour intubation (nouveau-né / enfant)
- Sédation analgésie en entretien
- Brûlures
- Corps étranger dans les voies aériennes
- Etat de mal épileptique
- Acido-cétose diabétique
- Patients en soins palliatifs au domicile
- Protection de l'équipe et de l'environnement en contexte de patient Covid+ avéré ou potentiel
- AMAVI pédiatrique
- Protection de l'équipe et de l'environnement en contexte de risque NRBC

Annexe 3

Liste des données communes à chaque UF SMUR pédiatrique (liste indicative)

- Numéro Centaure
- SMUR effecteur, numéro d'appel
- Date de l'appel, heure de l'appel
- Type du demandeur (particulier, structure de soin, autre institution...)
- Devenir de l'appel (primaire, secondaire, annulé...)
- Sexe, date de naissance et âge calculé
- Heure de naissance et âge en heures (si < H24)
- Poids de naissance (si < J7)
- Terme (si < 1 mois)
- Si primaire : département et ville, type de site (aéroport, cabinet médical, crèche, VP)
- Si secondaire : hôpital et service d'origine
- Devenir de l'intervention : transport médicalisé / non médicalisé, LSP, décès...
- Si transport : hôpital receveur et service receveur
- Personnel de l'équipe SMUR : médecin, infirmier, ambulancier, interne et/ou stagiaire
- Voie d'abord : origine et SMUR (maintien perfusion si déjà en place)
- Soutien ventilatoire : origine et SMUR
- Intubation par le SMUR (oui/non)
- ATB : origine et SMUR
- Amines et assimilées : origine et SMUR
- Expansion volémique : origine et SMUR
- Sédation : origine et SMUR
- Thérapeutique inhalée : origine et SMUR
- Thérapeutiques complémentaires : origine et SMUR
- Diagnostic d'organe 1 et diagnostic affiné 1
- Diagnostic d'organe 2 et diagnostic affiné 2
- Horaire : départ UMH, début médicalisation, fin médicalisation, retour base UMH
- Durée de transport et durée de médicalisation (calcul automatique +++)
- Présence parentale pendant le transfert
- Particularité du transport : hélicoptère, hypothermie thérapeutique active...
- EtCO₂ : en continu et/ou pour vérification de l'intubation
- Température axillaire de fin de transport (si < J7)
- Évaluation de la douleur et de l'inconfort (échelles Evendol, Comfort B, Neoscale Comfort B, EDIN)
- Événements indésirables : erreur médicamenteuse, extubation accidentelle, perte de toutes les voies d'abord, problème matériel...