



Permanence des soins en établissements de santé (PDSES)

Guide de démarrage à l'usage des professionnels de santé

PDSES chirurgicale pédiatrique nocturne

Sommaire

I. Cadre général	Page 3
II. Organisation générale	Page 4
a. Un réseau d'établissement	
b. Un coordinateur PDSES	
III. Vous exercez dans un établissement de proximité (niveau 1)	Page 5
IV. Vous exercez dans un établissement spécialisé (niveau 2)	Page 5
V. Vous exercez dans un établissement référent (niveau 3)	Page 7
VI. Déclarer un refus ou un fonctionnement non conforme	Page 8
VII. Annexe n°1 : extrait du cahier des charges régional de chirurgie pédiatrique	Page 9 – 15
VIII. Annexe n°2 : rechercher un site PDSES dans le ROR	Page 17

I. Cadre général

Depuis l'été 2010, l'ARS Ile-de-France s'est engagée dans un chantier de réorganisation de la Permanence Des Soins en Etablissements de Santé (PDSSES). En 2012, la première étape fût celle de la chirurgie orthopédique et traumatologique ainsi que celle de la chirurgie viscérale et digestive. A partir du 2 avril 2013, ce projet majeur à vocation restructurante sera complété par la réorganisation de la chirurgie pédiatrique, toujours dans un objectif d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge chirurgicale la nuit.

Le circuit de l'enfant nécessitant une prise en charge en milieu chirurgical la nuit, et particulièrement en nuit profonde, doit être organisé entre les différents établissements de la zone de couverture dans le respect des référentiels des sociétés savantes existants, du Schéma régional d'organisation des soins (SROS), de la pratique de l'anesthésie pédiatrique et du guide du bon usage des examens d'Imagerie (2005). En effet, la compétence des praticiens (chirurgiens, anesthésistes et radiologues) prenant en charge l'enfant doit rentrer en ligne de compte afin d'assurer la sécurité et la qualité des soins chirurgicaux la nuit (annexe n°1).

Au niveau régional, la réorganisation s'articule autour d'un réseau d'établissements complémentaires accueillant les urgences 24h sur 24h (sites MCO autorisés à l'accueil des urgences adulte et pédiatrique). Parmi eux, plusieurs sites assureront, du début de la garde ou à partir de 22h30 et jusqu'à 8h30, les interventions chirurgicales urgentes en pédiatrie, selon une organisation en 3 niveaux de graduation des soins basés sur les recommandations d'experts (annexe n°1) et les préconisations du cahier des charges régional de chirurgie pédiatriques :

- Niveau 1 : les établissements de proximité
- Niveau 2 : les établissements spécialisés
- Niveau 3 : les établissements référents

Les établissements spécialisés et référents sont des établissements de recours.

La réorganisation de la prise en charge dans les spécialités chirurgicales concernées s'applique à la nuit, y compris les nuits de week-end et de jours fériés.

Deux périodes sont ainsi distinguées en Ile-de-France pour la nuit :

- une 1ere partie de nuit depuis le début de la garde jusqu'à 22h30
- une 2ème partie de nuit appelée également nuit profonde entre 22h30 à 8h30.

Par ailleurs, les enfants non déjà hospitalisés mais dont le diagnostic et l'indication chirurgicale seraient posés à distance des horaires de nuit profonde devront être pris en charge dans le cadre de la continuité des soins dans leur établissement d'origine sauf convention ou accord avec d'autres établissements.

Le critère territorial n'est pas le seul critère de prise en charge par l'établissement assumant la mission de PDSSES chirurgicale en nuit profonde. L'établissement devra également assurer l'accueil et la prise en charge de l'enfant dans les cas suivants :

- Si la famille se présente d'elle-même ;
- Si un critère d'orientation relatif à la qualité de la prise en charge du patient le justifie (ex: enfant déjà suivi, disponibilité d'une compétence particulière...);
- Si la famille (ou le médecin en charge de l'enfant) en exprime la volonté, sous réserve d'une distance raisonnable et de la présence d'un plateau technique adapté ;
- Si le lieu de résidence de l'enfant et/ou de sa famille (qui est à prendre en compte tout autant que le lieu où il se trouve en situation d'urgence) est dans la zone de couverture.

Pour l'ensemble de ces raisons, la non provenance d'un territoire donné et/ou la non résidence sur ce territoire ne peuvent être opposées pour justifier le refus d'un enfant.

Ce présent guide est un outil d'aide au démarrage de la mise en place du nouveau dispositif. Cette version a vocation à être enrichie au fur et à mesure de la mise en place de la nouvelle organisation. Ce guide est accessible en ligne sur le site internet de l'ARS Ile-de-France (www.ars.iledefrance.sante.fr) ainsi que sur le site internet du ROR (Registre Opérationnel des Ressources : www.ror-if.fr).

Ce guide n'a pas vocation à se substituer au cahier des charges régional qui est le socle de référence du nouveau dispositif. Ce dernier est disponible sur le site internet de l'ARS (<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Permanence-des-soins-en-etabli.129495.0.html>).

Ce guide ne traite pas des situations exceptionnelles faisant l'objet de dispositifs spécifiques (Plan Blanc, Hôpital sous tension).

II. Organisation générale

a. Un réseau d'établissement

Au niveau régional, la réorganisation s'articule autour d'un réseau d'établissements complémentaires accueillant les urgences 24h sur 24h. Parmi eux, certains sites assureront à partir de 18h30 jusqu'à 22h30 (1^{ère} partie de nuit) et certains jusqu'à 8h30 (nuit profonde), les interventions chirurgicales urgentes ne pouvant être différé au lendemain.

Avant cet horaire tous les établissements du réseau continueront d'assurer les interventions chirurgicales urgentes. A partir de 18h30, la régulation médicale des SAMU orientera les enfants suspects d'être atteints d'une pathologie impliquant une prise en charge chirurgicale urgente vers les sites assurant la PDSSES. A partir de 22h30, l'activité chirurgicale urgente dans le cadre de la PDSSES sera assurée par les sites de nuit profonde. L'activité des autres établissements se mettra progressivement en veille.

Le nouveau dispositif ne concerne que l'activité chirurgicale urgente. Ainsi, l'accueil de l'urgence en Ile de France n'est pas modifié.

La liste des établissements assurant la PDES chirurgicale en première partie de nuit et en nuit profonde dans les différentes spécialités est disponible **sur le site du ROR** (Registre Opérationnel des Ressources : www.ror-if.fr) où une recherche des sites PDES le plus proche est accessible. La liste est également disponible sur le site de l'ARS Ile de France.

a. Le coordinateur PDES

Les établissements assurant la PDES se sont engagés à désigner chaque jour un praticien sénior comme coordinateur PDES (coordinateur unique le plus souvent ou par spécialité). Pour l'extérieur, il est le contact unique de l'établissement pour organiser l'admission et la prise en charge des patients. **Il dispose d'un numéro d'appel permanent et accessible de l'extérieur dont les coordonnées téléphoniques sont disponibles sur le site du ROR.**

Vous exercez dans un établissement de proximité (Niveau 1)

a. Votre établissement n'assure pas de PDSSES en chirurgie générale et orthopédique

A partir du début de la garde (18h30 dans la plupart des établissements), les enfants nécessitant une intervention chirurgicale urgente ne pouvant être différée, pourront être transférés dans un site assurant la PDSSES chirurgicale de 1^{ère} partie de nuit ou de nuit profonde. Aux approches des limites horaires de la PDSSES, les situations sont à gérer de façon pragmatique, en anticipant les différentes étapes de la prise en charge, en fonction de l'intérêt de l'enfant et de la disponibilité des ressources médicales.

A partir de du début de la garde, le médecin en charge du patient appelle le coordinateur du site PDSSES le plus proche pour lui présenter le patient et lui signifier la demande de prise en charge. Cet appel peut toutefois être anticipé. En effet, si tout laisse à penser que l'enfant devra être transféré, il convient de ne pas s'astreindre à attendre 18h30 pour entrer en contact avec l'établissement assurant la PDSSES. Le coordinateur PDSSES de l'établissement tel que spécifié dans le cahier des charges peut engager une discussion médicale sur la pertinence à intervenir en urgence. En cas de doute ou de désaccord, c'est la position du praticien auprès du patient qui emporte la décision de transfert.

Le médecin qui adresse le patient organise son transport vers le site PDSSES dans les plus brefs délais, avec, si nécessaire, le concours de la régulation médicale du SAMU (en fonction de l'état du patient).

b. Votre établissement assure la PDSSES en chirurgie générale et orthopédique

A partir du début de la garde (18h30 dans la plupart des établissements), les enfants nécessitant une intervention chirurgicale urgente ne pouvant être différée, sont pris en charge dans votre établissement si leur pathologie et leur état clinique le permet.

Les enfants nécessitant une intervention chirurgicale urgente ne pouvant être différée et **nécessitant un recours à un centre spécialisé (niveau 2) ou référent (niveau 3)** pourront être transférés dans le site correspondant à son état. Aux approches des limites horaires de la PDSSES, les situations sont à gérer de façon pragmatique, en anticipant les différentes étapes de la prise en charge, en fonction de l'intérêt de l'enfant et de la disponibilité des ressources médicales.

Le médecin en charge du patient appelle le coordinateur du site PDSSES le plus proche pour lui présenter le patient et lui signifier la demande de prise en charge. Cet appel peut toutefois être anticipé. En effet, si tout laisse à penser que l'enfant devra être transféré, il convient de ne pas s'astreindre à attendre 18h30 pour entrer en contact avec l'établissement assurant la PDSSES. Le coordinateur PDSSES peut engager une discussion médicale sur la pertinence à intervenir en urgence. En cas de doute ou de désaccord, c'est la position du praticien auprès du patient qui emporte la décision de transfert.

Le médecin qui adresse le patient organise son transport vers le site PDSSES dans les plus brefs délais, avec, si nécessaire, le concours de la régulation médicale du SAMU (en fonction de l'état du patient).

Vous exercez dans un établissement spécialisé en chirurgie pédiatrique (niveau 2)

a. Prise en charge d'un enfant nécessitant un recours à un site spécialisé

Votre établissement s'est engagé à assurer la permanence des soins (PDSSES) tous les jours pour tous nouveaux patients se présentant à vous en urgence. Par ailleurs, votre établissement s'est engagé sur le principe du « zéro refus » vis-à-vis de ses partenaires (services de régulation médicale, établissement de santé de proximité) pour prendre en charge tous les enfants nécessitant une intervention chirurgicale urgente ne pouvant être différée et **nécessitant les compétences d'un établissement spécialisé**.

Ainsi, aux horaires de la PDSSES, pourront vous être adressés :

- par les établissements de proximité, les enfants nécessitant une intervention chirurgicale urgente ne pouvant être différée
- en pré hospitalier, après régulation médicale, les enfants suspects d'être atteints d'une pathologie nécessitant une intervention chirurgicale urgente nécessitant le recours à un établissement spécialisé. Néanmoins, la réorientation systématique sans discernement vers les sites assurant la PDSSES en nuit profonde et sans régulation médicale est à proscrire.

L'appel pour un patient peut toutefois être anticipé. En effet, si tout laisse à penser que le patient devra être transféré, il est recommandé au demandeur de ne pas s'astreindre à attendre les horaires limites (18h30 ou 22h30) pour entrer en contact avec l'établissement assurant la PDSSES. Le coordinateur de l'établissement PDSSES peut engager une discussion médicale sur la pertinence à intervenir en urgence. En cas de doute ou de désaccord, c'est la position du praticien auprès du patient qui emporte la décision de transfert. En interne, le coordonnateur PDSSES mobilise les ressources nécessaires à la prise en charge de l'enfant selon « un circuit patient » spécifique déjà décrit précédemment. Un second passage par les urgences est à éviter rigoureusement. Le médecin qui adresse le patient organise son transport vers le site PDSSES dans les plus brefs délais.

b. Prise en charge d'un enfant nécessitant un recours à un site référent

A partir du début de la garde, les enfants nécessitant une intervention chirurgicale urgente ne pouvant être différée et nécessitant un recours à **un centre référent (niveau 3)** pourront être transférés dans un site assurant la PDSSES chirurgicale. Le médecin en charge de l'enfant appelle le coordinateur du site PDSSES le plus proche pour lui présenter le patient et lui signifier la demande de prise en charge. Cet appel peut toutefois être anticipé. En effet, si tout laisse à penser que l'enfant devra être transféré, il convient de ne pas s'astreindre à attendre les limites horaires pour entrer en contact avec l'établissement assurant la PDSSES. Le coordinateur PDSSES de l'établissement peut engager une discussion médicale sur la pertinence à intervenir en urgence. En cas de doute ou de désaccord, c'est la position du praticien auprès du patient qui emporte la décision de transfert.

Le médecin qui adresse le patient organise son transport vers le site PDSSES dans les plus brefs délais, avec, si nécessaire, le concours de la régulation médicale du SAMU (en fonction de l'état du patient).

Vous exercez dans un établissement référent en chirurgie pédiatrique (Niveau 3)

Votre établissement s'est engagé à assurer la permanence des soins (PDSSES) tous les jours pour tous nouveaux patients se présentant à vous en urgence. Par ailleurs, votre établissement s'est engagé sur le principe du « zéro refus » vis-à-vis de ses partenaires (services de régulation médicale, établissement de santé de proximité) pour prendre en charge tous les enfants nécessitant une intervention chirurgicale urgente ne pouvant être différée et **nécessitant les compétences d'un établissement référent**.

Ainsi, aux horaires de la PDSSES, pourront vous être adressés :

- par les établissements de proximité ou spécialisés, les enfants nécessitant une intervention chirurgicale urgente ne pouvant être différée
- en pré hospitalier, après régulation médicale, les enfants suspects d'être atteints d'une pathologie nécessitant une intervention chirurgicale urgente nécessitant le recours à un établissement référent. Néanmoins, la réorientation systématique sans discernement vers les sites assurant la PDSSES en nuit profonde et sans régulation médicale est proscrite.

L'appel pour un patient peut toutefois être anticipé. En effet, si tout laisse à penser que le patient devra être transféré, il est recommandé au demandeur de ne pas s'astreindre les limites horaires pour entrer en contact avec l'établissement assurant la PDSSES. Le coordinateur PDSSES de l'établissement peut engager une discussion médicale sur la pertinence à intervenir en urgence. En cas de doute ou de désaccord, c'est la position du praticien auprès du patient qui emporte la décision de transfert.

Le médecin qui adresse le patient organise son transport vers le site PDSSES dans les plus brefs délais, avec, si nécessaire, le concours de la régulation médicale du SAMU (en fonction de l'état du patient). En interne, le coordonnateur PDSSES mobilise les ressources nécessaires à la prise en charge de l'enfant selon « un circuit patient » spécifique déjà décrit précédemment. Un second passage par les urgences est à éviter rigoureusement. Le médecin qui adresse le patient organise son transport vers le site PDSSES dans les plus brefs délais. A son arrivée, l'enfant est confié immédiatement à la responsabilité de l'équipe médico-chirurgicale par les services de transports sanitaires médicalisés (SMUR) ou non médicalisés qui ne seront en aucun cas immobilisés pour assurer le brancardage ou la surveillance ultérieure dans l'établissement.

Conduite à tenir en cas de refus ou de fonctionnement non conforme

a. Le refus

Le médecin en charge du patient doit se faire notifier le motif du refus par le coordinateur de l'établissement PDSSES sollicité. Le médecin en charge du patient se connecte au Registre Opérationnel des Ressources (ROR) pour signaler le refus (onglet « PDSSES »). Les codes de connexions au ROR sont disponibles auprès de votre responsable d'unité ou de votre direction. (www.ror-if.fr).

Le volet « demandeur » est renseigné par le médecin de l'établissement s'étant vu opposer un refus. Le « demandeur » pourra signifier initialement une conséquence particulière pour le patient justifiant une analyse prioritaire par l'ARS (en cochant l'onglet : « Ce refus a eu un impact sur la prise en charge du patient »). L'établissement vers lequel le patient a été orienté devra être spécifié.

Le coordinateur de l'établissement ayant refusé le patient remplira le volet « receveur », pouvant ainsi apporter des précisions sur le refus.

Les informations saisies peuvent être modifiées durant les 48 heures suivant la première déclaration. Toutes les informations saisies sont conservées et archivées. Les informations collectées par le registre, sont transmises par mail à l'ARS, les jours ouvrables aux heures ouvrables. Les référents PDSSES et les directions des établissements de santé concernés sont informés du signalement d'un refus par le ROR sur leurs courriels prédéfinis. Une astreinte téléphonique de nuit du ROR est mise en place jusqu'au 1er avril 2013 afin de faciliter l'utilisation des registres du refus de 18h30 à 9h tous les jours au **01.83.62.53.85**.

En cas de refus, le médecin demandeur contacte un autre site PDSSES pour transférer le patient. La sécurité du nouveau dispositif repose sur un nombre limité d'établissements du territoire environnant qui se sont engagés à assurer la permanence des soins dans la spécialité concernée. En cas de carence de ces établissements désignés, toute la sécurité du dispositif serait remise en cause. Pour ces raisons, **la non provenance d'un territoire donnée et/ou la non résidence sur ce territoire ne peuvent être opposées pour justifier le refus d'un patient**. Ainsi, dans le cas exceptionnel d'un refus multiple pour un même patient, le médecin en charge du patient pourra demander le concours de la régulation médicale de votre territoire (SAMU centre 15).

b. En cas de fonctionnement non conforme d'un établissement PDSSES

En cas de constatation d'un fonctionnement non conforme de la part d'un établissement, il sera possible de signaler l'évènement par saisie dans le registre correspondant accessible sur le site du ROR.

c. L'alerte

Si un dysfonctionnement lié à la prise en charge chirurgicale d'un patient ne peut faire l'objet d'un traitement différé, il doit être signalé immédiatement aux autorités de tutelle, selon la procédure déjà existante de l'astreinte territoriale. L'ARS s'engage à suivre au niveau régional les refus et les fonctionnements non conformes qui vous seront éventuellement opposés. Au sein de votre établissement, un référent PDSSES garant de la gouvernance interne de la PDSSES chirurgicale nous a été signifié. Il sera l'interlocuteur privilégié de l'ARS.

Annexe n°1 : extrait du cahier des charges régional de chirurgie pédiatrique

Le circuit de l'enfant nécessitant une prise en charge en milieu chirurgical la nuit, et particulièrement en nuit profonde, doit être organisé entre les différents établissements de la zone de couverture dans le respect des référentiels des sociétés savantes existants, notamment du Schéma régional d'organisation des soins (SROS) de l'enfant et de l'adolescent et la pratique de l'anesthésie pédiatrique¹ et du guide du bon usage des examens d'Imagerie (2005)².

Aux approches des limites horaires de la PDSES, les situations sont à gérer de façon pragmatique, en anticipant les différentes étapes de la prise en charge et en fonction de l'intérêt du patient. Les enfants diagnostiqués en fin de nuit et qui relèvent d'une intervention chirurgicale sans délai sont acceptés dans l'établissement assurant la permanence des soins, même si l'admission du patient survient après l'heure de fin des horaires de PDSES. Le circuit de l'enfant, adressé par les véhicules d'intervention médicalisés ou non médicalisés, n'est pas modifié par le dispositif, sauf avis contraire de la régulation médicale du SAMU-centre 15.

Gradation des soins :

Les Etablissements de santé peuvent ou non disposer d'anesthésistes compétents dans la prise en charge de l'enfant et notamment du petit enfant. De même, ils peuvent disposer ou non de services de chirurgie pédiatrique, de services de chirurgie « généraliste » orthopédique et/ou viscérale mais où exercent des chirurgiens compétents en chirurgie de l'enfant.

Enfin, ils peuvent disposer ou non de services compétents dans l'imagerie, plus particulièrement par ultrasons de l'enfant.

Cette distinction permet d'avoir un principe de réorganisation autour d'une gradation de l'offre de soins en distinguant :

- Des établissements de proximité (Niveau 1 du SROS) ;
- Des établissements spécialisés (Niveau 2 du SROS) ;
- Des établissements référents (Niveau 3 du SROS), les établissements de niveau 2 et 3 étant des établissements de recours.

« Compétences » des praticiens prenant en charge des enfants :

Tout anesthésiste doit être capable d'anesthésier un enfant âgé de plus de 3 ans, antérieurement sain (ASA-1) pour une procédure non complexe et non urgente.

Par contre, si l'on considère un acte urgent, il faut intégrer la notion d'expérience (à travers l'exercice régulier), car la nature urgente de l'acte ajoute un risque supplémentaire qui nécessite une pratique régulière.

¹ SFAR & ADARPEF. Le SROS de l'enfant et de l'adolescent et la pratique de l'anesthésie pédiatrique. Ann Fr Anesth Réa 2008 ; 27 :284-5.

² http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_468917/guide-du-bon-usage-des-examens-d-imagerie-medicale.

De même, tout chirurgien généraliste doit être capable d'entreprendre une intervention chirurgicale courante chez un enfant âgé de plus de 3 ans et a fortiori de plus de 10 ans.

Enfin, tout service d'imagerie doit être capable de réaliser et d'interpréter une radiographie standard (de poumons, d'abdomen, osseuse) et une imagerie par ultrasons chez les enfants âgés de plus de 3 ans et a fortiori de plus de 10 ans où la pathologie chirurgicale couramment rencontrée en urgence est similaire à celle rencontrée chez l'adulte.

Préconisations pour l'anesthésie :

Il est rappelé qu'il n'existe pas de qualification ordinaire pour l'anesthésie pédiatrique mais que l'on parlera de notions de savoir, savoir-faire et de compétences.

Trois tranches d'âge sont distinguées (données de morbi-mortalité des risques anesthésiques) :

- Les enfants de moins de 3 ans doivent être pris en charge pour des pathologies urgentes et/ou complexes dans un centre spécialisé par des anesthésistes ayant une activité d'anesthésie pédiatrique quotidienne
- Les enfants âgés de 3 à 10 ans, préalablement en bonne santé (ASA 1-2), devraient pouvoir être pris en charge pour des pathologies urgentes mais non complexes dans un centre dans lequel l'anesthésie pourra être réalisée par un praticien ayant une pratique pédiatrique régulière.
- Les enfants âgés de plus de 10 ans, préalablement en bonne santé (ASA 1-2), devraient être pris en charge pour des pathologies urgentes mais non complexes dans toutes les structures.

Quel que soit l'âge de l'enfant, lorsqu'il s'agit d'une pathologie complexe nécessitant un plateau technique spécialisé ou un passage en réanimation pédiatrique, l'enfant doit être orienté vers un centre référent. Dans ce cas, ou bien si l'anesthésiste ne se considère pas apte à réaliser l'anesthésie en urgence d'un enfant, il doit assurer sa prise en charge jusqu'au transfert éventuel de l'enfant et veiller à ce que celui-ci se déroule dans les meilleures conditions. L'établissement de santé participant à la PDS-ES pédiatrique s'engage à favoriser la formation continue des intervenants médicaux et paramédicaux en anesthésie pédiatrique et à encourager les acteurs à exercer dans le cadre d'un réseau d'anesthésie pédiatrique

Préconisations pour la chirurgie orthopédique et traumatique :

Cas où le transfert d'un enfant ne doit pas être refusé par le centre référent :

- Infections ostéo-articulaires avec sepsis ou chez l'enfant de moins de 3 ans ;
- Fractures des membres avec complications vasculaires ou nerveuses ;
- Fractures du coude de l'enfant de moins de 3 ans ;
- Traumatismes vertébraux (hormis simple tassement vertébral chez l'enfant de plus de 13 ans)
- Fractures sur os pathologique ;
- Toute plaie ou lésion de membre avec lésion vasculaire ou nerveuse nécessitant l'intervention d'un chirurgien pédiatre compétent en microchirurgie ;
- Amputation traumatique des membres ;
- Lésions nécessitant la réalisation d'un lambeau pour couverture cutanée ;
- Pathologies nécessitant la collaboration de chirurgiens pédiatres (orthopédie, chirurgie viscérale, etc.), pédiatres, réanimateurs, néonatalogistes, etc. ;
- Drépanocytose ;
- Pathologie hématologique maligne ;
- Polytraumatismes graves qui doivent être dirigés à Necker (à l'exclusion des TC mineurs – GCS 14-15).

Préconisations pour la chirurgie viscérale :

Cas où le transfert d'un enfant ne doit pas être refusé par le centre référent :

- Les urgences néonatales nécessitant une prise en charge en réanimation ou unité de surveillance continue ;
- Les urgences chirurgicales viscérales nécessitant une prise en charge en réanimation ou unité de surveillance continue ;
- Les tumeurs malignes nécessitant une prise en charge multidisciplinaire doivent être orientées vers un centre référent ;

- Les détresses respiratoires nécessitant une prise en charge par AREC/ECMO, en accord avec une réanimation polyvalente, qui doivent être orientées vers un centre référent ;
- Les polytraumatisés et les urgences neurochirurgicales doivent être orientés vers un centre référent.

Préconisations pour la radiologie :

Cas où le transfert d'un enfant ne doit pas être refusé par le centre référent (Articulation avec les recommandations pour l'anesthésie et la chirurgie) :

- Enfants de moins de 3 ans: prise en charge en centre spécialisé par des radiologues ayant une pratique quotidienne de la radiologie pédiatrique ;
- Enfants de 3 à 10 ans: prise en charge, pour des pathologies urgentes mais non complexes, dans un centre dans lequel l'imagerie peut être réalisée par un praticien ayant une pratique régulière, p. ex. hebdomadaire ;
- Enfants de plus de 10 ans: prise en charge, pour des pathologies urgentes mais non complexes, dans toutes les structures ;
- Quel que soit l'âge, s'il s'agit d'une pathologie complexe nécessitant un plateau d'imagerie pédiatrique spécialisée, transfert d'emblée vers un centre spécialisé.
-

Il est souhaitable que les établissements participant à la PDSES pédiatrique s'engagent à :

- Assurer aux enfants des examens d'imagerie conformes aux guides de bon usage des examens d'imageries, aux recommandations de radioprotection de la SFR et de la SFIPP ;
- Mettre à disposition un équipement adapté à l'âge et au poids de l'enfant ;
- Favoriser les examens non irradiants ;
- Favoriser la formation initiale des radiologues et des manipulateurs à l'imagerie pédiatrique ;
- Encourager les acteurs à exercer dans le cadre d'un réseau territorial d'imagerie pédiatrique
- Identifier une offre et un circuit de radiologie interventionnelle pédiatrique hors neuro & cardiovasculaire

Le transfert d'un enfant en centre de recours doit toujours s'accompagner des examens radiologiques réalisés afin de ne pas avoir à les répéter inutilement.

Le développement de la télé-imagerie doit s'effectuer en conformité aux recommandations du volet télé-radiologie du SROS par le biais de conventions. Enfin, tout service d'imagerie doit être capable de réaliser une radiographie standard (de poumons, d'abdomen, osseuse) quel que soit l'âge et l'ensemble des examens d'imagerie chez les enfants de plus de 10 ans (hors terrains particuliers) où la pathologie chirurgicale couramment rencontrée en urgence est similaire à celle rencontrée chez l'adulte

Différents cas de figure peuvent se présenter :

- Enfant provenant d'un établissement situé dans la zone de couverture et possédant l'infrastructure en imagerie médicale et de médecine d'urgence :

Les établissements assurant la permanence des soins ont vocation à prendre en charge les enfants qui ont eu une exploration diagnostique dans les établissements de la zone de couverture, pour lesquels un diagnostic a été posé et qui relèvent d'une prise en charge chirurgicale. Les établissements de la zone de couverture qui possèdent l'infrastructure en imagerie médicale et de médecine d'urgence s'engagent à assurer l'exploration diagnostique avant tout transfert, limitant ainsi les transferts aux seuls patients qui relèvent effectivement d'une indication opératoire en nuit profonde. Ces enfants sont, si possible, admis directement dans une unité d'hospitalisation permettant leur prise en charge adaptée et leur surveillance. Ces enfants ne doivent pas repasser par le service des urgences.

A son arrivée dans les établissements assurant la permanence des soins, l'enfant est immédiatement confié à la responsabilité de l'équipe chirurgicale par les services de transports sanitaires médicalisés (SMUR) ou non médicalisés qui ne seront en aucun cas immobilisés pour assurer le brancardage ou la surveillance ultérieure dans l'établissement. En cas de nécessité d'actes diagnostiques complémentaires, le patient est admis pour hospitalisation dans l'établissement assurant la permanence et l'équipe chirurgicale se charge ensuite d'organiser ces explorations et la surveillance. L'acte chirurgical, s'il est indiqué, sera réalisé dans l'établissement assurant la permanence des soins dans les délais recommandés par les sociétés savantes. Les « seconds transferts » décalés aux heures ouvrables pour assurer l'acte chirurgical dans un autre établissement ne sont pas admis.

- Enfant provenant d'un établissement sans infrastructure en imagerie médicale ni en chirurgie situés dans la zone de couverture :

Les établissements assurant la permanence des soins chirurgicaux ont vocation à accueillir les enfants qui présentent une suspicion de pathologie chirurgicale viscérale ou orthopédique en

provenance d'un établissement qui n'a pas l'infrastructure permettant une exploration diagnostique adaptée à la situation clinique. Les enfants sont adressés au service des urgences de l'établissement assurant la permanence et immédiatement confiés à la responsabilité de l'équipe chirurgicale et/ou médicale par les services de transports sanitaires médicalisés (SMUR) ou non médicalisés qui ne seront en aucun cas immobilisés pour assurer le brancardage ou la surveillance ultérieure dans l'établissement. Si, au terme des explorations, la pathologie chirurgicale est écartée, le patient peut être ré-adressé vers l'établissement d'origine.

Typologie des urgences pédiatriques et degré d'urgence, à titre indicatif et exhaustif

➤ **Chirurgie viscérale**

Il convient de séparer les urgences non traumatiques des urgences traumatiques.

➤ **Les urgences non traumatiques**

Toutes les pathologies 'ischémiques' d'organe sont une urgence chirurgicale absolue : volvulus du grêle (vomissements verts), invagination intestinale non réduite, torsion du testicule chez le garçon, torsion d'annexe chez la fille, hernie inguinale étranglée.

Les péritonites par perforation d'organe creux ou par diffusion à partir d'un abcès appendiculaire constituent également une urgence chirurgicale qui doit être opérée rapidement. Il en est de même pour la péritonite et/ou le syndrome occlusif accompagnant une entérocolite ulcéro-nécrosante chez le nouveau-né prématuré.

Les occlusions basses (maladie de Hirshprung, iléus méconial) doivent être rapidement dérivées en cas de sepsis associé.

Par contre, les sténoses du pylore ou les hémorragies d'un diverticule de Meckel peuvent être décalées au lendemain. De même, cholécystite aiguë, pancréatite aiguë doivent bénéficier d'une stabilisation médicale avant une intervention éventuelle.

➤ **Les urgences traumatiques**

Tout dépend des lésions associées, notamment neurologiques et respiratoires. Les enfants polytraumatisés sont référés par les SMUR à Necker. Lorsque le traumatisme n'implique ni atteinte cérébrale ou médullaire ni atteinte thoraco-pulmonaire, ils peuvent être pris en charge par une ou deux équipes chirurgicales viscérale et orthopédique dans un autre centre chirurgical de recours.

Tout dépend de la priorité chirurgicale des lésions : immobilisation de fractures, hémorragie intra-abdominale, hématurie, etc.

➤ **Chirurgie orthopédique**

Le nombre d'urgences orthopédiques à opérer en urgence absolue est plus restreint :

- Fractures et plaies profondes ouvertes ;
- Fractures de la palette humérale ;
- Lésions vasculo-nerveuses associées à une fracture ;
- Arthrite purulente de hanche chez le nourrisson ;

D'autres situations peuvent demander une intervention en urgence, tels que les brûlures de l'enfant, les morsures d'animaux, les plaies des mains, les cellulites extensives, les cheveux étranglants ou les œdèmes cutanés circonscrits et compressifs.

IX. Annexe n°2

a. Rechercher un site PDES dans le ROR

Orientation

Localisation du patient

Saisir le lieu de prise en charge (commune ou établissement)

Ressource ou unité opérationnelle

Accueil PDES chirurgie digestive et viscérale
PDES nuit profonde

Ajouter un autre critère

Critères supplémentaires

Patientèle : 0 -26 3 ans -15 ans+ de 15 an

Afficher uniquement les résultats avec zone IMICO.

Réinitialiser Rechercher

Orientation

Localisation du patient

Saisir le lieu de prise en charge (commune ou établissement)

Ressource ou unité opérationnelle

Ajouter un autre critère

Critères supplémentaires

Réinitialiser Rechercher

Types d'unités opérationnelles

- Accueil PDES chirurgie de la main SOS main
- Accueil PDES chirurgie digestive et viscérale
- Accueil PDES chirurgie orthopédique et traumatologie
- Accueil PDES chirurgie pédiatrique
- Accueil PDES chirurgie urologique (urologie)
- Accueil PDES ophtalmologie
- Accueil PDES oto-rhino-laryngologie (ORL) et chirurgie cervico-faciale

APTITUDES

- PDES nuit profonde
- PDES première partie de nuit