

# Traumatisme sévère pédiatrique: la filière du CHBA

3<sup>ème</sup> journée du Réseau Polytraumatisé TRYBU  
Lorient, 03/12/2019

# Le CHBA

- \* Etablissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Brocéliande Atlantique
- \* Territoire Sanitaire n°4
- \* Niveau 2
- \* 72320 passages aux Urgences en 2018
- \* Nombre d'admissions pour trauma sévère ?



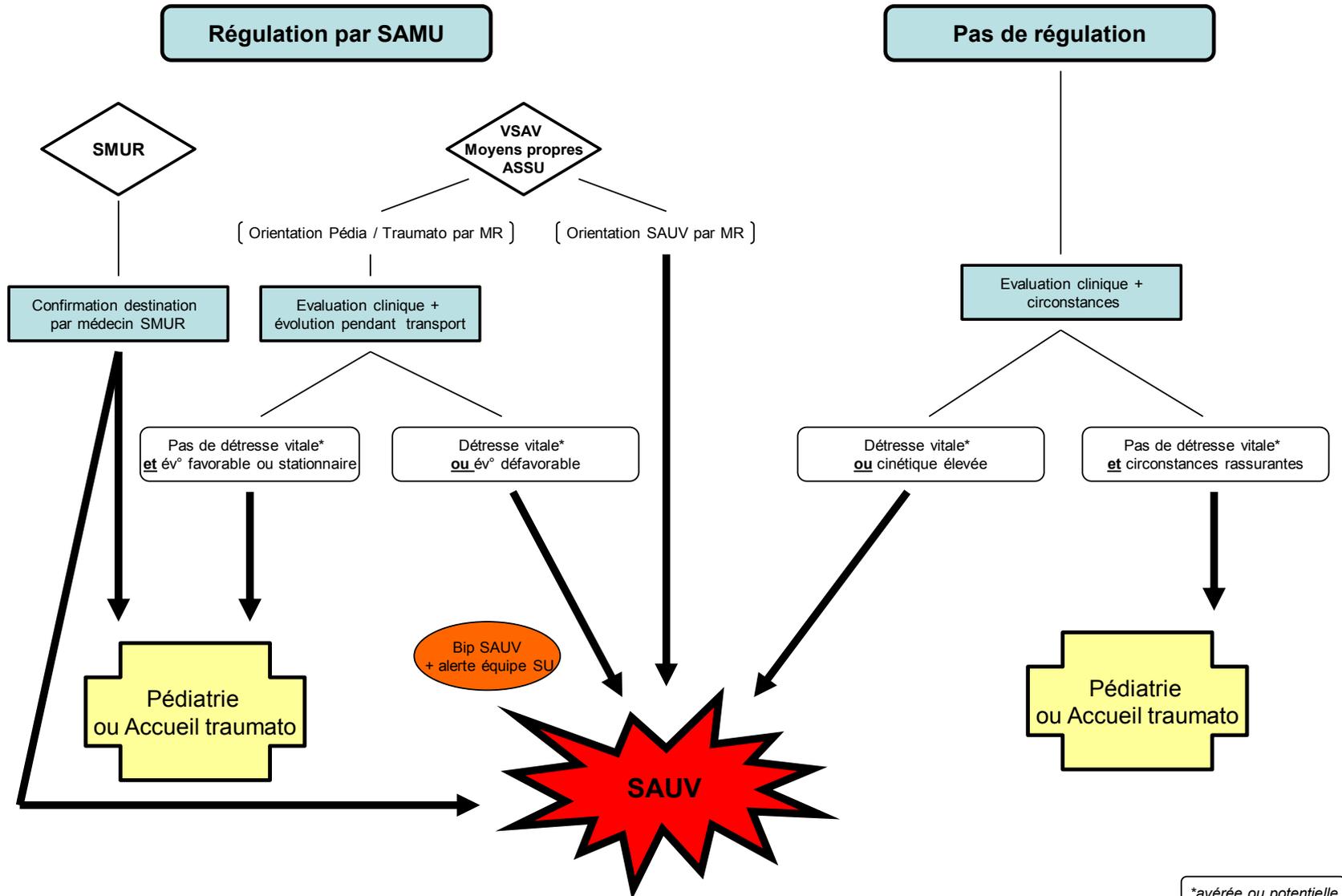
# La Structure d'Urgence

- \* 1 porte d'entrée
- \* Urgences « adulte » vs « pédiatrie » (sauf traumatisme)
- \* SAUV polyvalente
- \* UHCD
- \* Radiographie
- \* BO + USC/Réa à proximité, non contigus

# L'accueil

- \* 1-3 IOA H24
- \* 1 MAO non H24
- \* Procédure d'admission formalisée en cours de validation
  - \* Quicklook
  - \* Orientation vers SAUV ou Accueil pédiatrique
  - \* (Grille de tri FRENCH)

# Accueil d'un enfant au SU du CHBA par l'IOA



\*avérée ou potentielle

# La SAUV

- \* Réaménagement récent
- \* 3 places + 1 en projet
- \* Équipe dédiée H24
- \* Charte de fonctionnement formalisée en cours de validation



# Fonctionnement

BROCELIANDE ATLANTIQUE Vannes - Auray		FONCTIONNEMENT DE LA SAUV (SPECIFICITES PEDIATRIQUES)		référence - Version Applicable au JJ/M/AAAA Page 18
<b>Mot-clé :</b>				
<b>SUIVI DU DOCUMENT</b>				
VERSION	DATE	CREATION / MOTIFS DE REVISION		
Version 1	JJ/M/AAAA	Creation		
<b>1. OBJET</b>				
Procédure fixant les modalités de fonctionnement de la SAUV pour la prise en charge des patients pédiatriques				
<b>2. DOMAINE D'APPLICATION</b>		<b>3. RESPONSABILITES</b>		
7 Structure d'urgence (SAUV) du CHBA		7		
<b>4. DOCUMENTS DE REFERENCE</b>		<b>5. DOCUMENTS ASSOCIES</b>		
7		7		
<b>6. PRINCIPALES DEFINITIONS ET ABBREVIATIONS</b>				
AP : Auxiliaire de Puériculture AS : Aide-soignant(e) BAVU : Ballon Auto-remplisseur à Valve Unidirectionnelle DSA : Défibrillateur Semi-Automatique EFS : Etablissement Français du Sang IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat IOA : Infirmier(i) Organisateur(ica) de l'Accueil MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientation MAR : Médecin Anesthésiste Réanimateur MHC : Masque Haute Concentration PEC : Prise En Charge PSL : Produits Sanguins Labiles SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales				
<b>7. CONTENU</b>				
<b>7.1. Pré-requis</b>				
La SAUV, ou salle de <b>déchochage</b> , est un lieu d'accueil, au sein de la structure d'urgence, des patients ayant une <b>détresse vitale</b> existante ou potentielle.				
L'accueil de patients pédiatriques y est réalisé, par nature, dans les établissements de niveau 2 (CHBA).				
La SAUV est ouverte 24h/24. Elle ne correspond ni à un lit de réanimation, ni à un lieu d'hospitalisation. Elle doit être libérée dès que possible. Elle est polyvalente, médico-chirurgicale.				
La décision d'admission d'un patient dans la SAUV est prise par le médecin du service des urgences (adulte ou pédiatrique) et, le cas échéant, par l'IOA des urgences, le médecin du SMUR, le médecin régulateur du SAMU.				
La prise en charge des urgences intomes de l'établissement doit rester exceptionnelle, la décision reposant sur le médecin responsable de la SAUV ou son représentant désigné.				
<b>7.2. Alerte</b>				
Révisé par : Dr. BAREGE Fonction : Praticien Hospitalier Date : 05/11/12	Approuvé par : Anne HÉLÉ Fonction : Directeur des Soins de la Qualité et de la Gestion des Risques Date :	Validé par : Dr. BAREGE, Dr. J. BARRAT Fonction : Chef de service SAUV - SMUR - SAUVU Date :		
Date de conservation : 10 ans				

BROCELIANDE ATLANTIQUE Vannes - Auray		FONCTIONNEMENT DE LA SAUV (SPECIFICITES PEDIATRIQUES)		référence - Version Applicable au JJ/M/AAAA Page 28
<b>La SAUV est alertée de l'arrivée d'un patient pédiatrique via le téléphone 13268 (poste fixe et mobile, dévolu à l'IDE).</b>				
<b>La SAUV peut être alertée par l'IOA, le médecin du SMUR ou le médecin régulateur du SAMU, un médecin du service des urgences ou un médecin pédiatre.</b>				
<b>7.3. Appel des personnels</b>				
Dès l'alerte, l'IDE procède à l'appel du médecin nominativement identifié (situation devant être exceptionnelle), l'IDE appelle un autre médecin urgentiste du service des urgences (par ordre de priorité : médecin SMUR 2 (poste dédié — sinon 13337), sinon secteur médecine (poste 13337), sinon secteur traumatisme (poste 14821), sinon MAO (poste 14993)). En cas d'échec, il doit être procédé à l'appel immédiat du médecin pédiatre (bip « SAUV ») et/ou du médecin anesthésiste (enfant de 0-10 ans) (poste 5390) ou réanimateur (enfant > 10 ans) (poste 5646) de garde.				
En cas d'absence de réponse de l'aide-soignant, tout autre aide-soignant peut être mobilisé.				
<b>7.4. Préparation - Anticipation</b>				
Après l'alerte et l'appel des personnels, l'arrivée du patient pédiatrique est systématiquement anticipée et la SAUV préparée.				
Les actions suivantes doivent être réalisées :				
1- Libération d'un emplacement (SAUV 3 ou 4) 2- Remplissage du tableau blanc : en fonction de l'âge, par l'AS ou l'IDE sous la dictée du médecin de la SAUV ou par le médecin lui-même				
Ensuite, pour l'AS :				
1- Evacuation de la SAUV, le cas échéant (familles) 2- Préparation du brancard, installation du matelas de transfert / berceau de contention + drap 3- Préparation du scope, installation des électrodes pédiatriques, d'un brassard adapté, d'un capteur de SpO2 pédiatrique 4- Préparation d'une sonde d'aspiration, vérification du fonctionnement 5- Préparation du dispositif de réchauffement externe 6- Préparation du matériel d'intubation en collaboration avec le médecin : laryngoscope pédiatrique, lame droite ou courbe, 3 sondes d'intubation (cf. tableau + tailles immédiatement supérieure et inférieure), 1 seringue 2 mL, 1 canule Guedel, « moustaches » de fixation, 1 lubrifiant, 2 mandrins (semi-rigide + Eschman), kit d'intubation difficile 7- Préparation du lecteur d'hémoglobine (Hémocue) 8- Vérification du chronomètre mural 9- Installation de 2 chaises dans le couloir (famille)				
Parallèlement, pour l'IDE :				
1- Installation du BAVU avec masque adapté				

BROCELIANDE ATLANTIQUE Vannes - Auray		FONCTIONNEMENT DE LA SAUV (SPECIFICITES PEDIATRIQUES)		référence - Version Applicable au JJ/M/AAAA Page 38
2- Préparation d'un masque O2 haute concentration +/- nébuliseur 3- Préparation d'une ligne de perfusion : tubulure + rampe (sans prolongateur) ou robinet, seringue 60 mL à verrou, NaCl 0.9% 100 mL, kit de prélèvement 4- Préparation des dispositifs de perfusion intra-osseuse (marquet + mécanique) 5- Prévion de pompe Alaris et perfuseur 6- Prévion des médicaments susceptibles d'être utilisés, en concertation avec le médecin				
Le médecin rappelle clairement les rôles de chacun et énonce la stratégie de prise en charge.				
<b>7.5. Organisation du travail</b>				
La zone prioritairement identifiée pour la prise en charge d'un patient pédiatrique est l'emplacement SAUV 3 ou SAUV 4 (quand opérationnel).				
Seuls les personnels dédiés à la prise en charge du patient pédiatrique sont autorisés à pénétrer cette zone, à savoir (7 personnes) :				
- AS 1 = AS SAUV - AS 2 = Auxiliaire de puériculture - IDE 1 = IDE SAUV = IDE « principale » - IDE 2 = IDE puéricultrice ou autre IDE du service (identifiée) - MED 1 = Médecin SAUV - MED 2, MED 3 = Médecin de renfort (MAR) et/ou consultant (pédiatre ou autre)				
La répartition des tâches est anticipée et distribuée comme suit :				
<b>Rôles de l'AS 1 (AS SAUV)</b>				
- Gestion de la fréquentation de la SAUV (évacuation des familles et personnels non nécessaires) et de ses abords immédiats (« coin parental ») - Gestion du matériel d'installation / transport / réchauffement - Gestion du matériel de surveillance (tableau blanc, scope, Hémocue) - Gestion du temps (horaires, chronomètre) - Gestion du dispositif d'aspiration - Préparation du matériel d'intubation (en collaboration avec le médecin) - 1er contact : Déshabillage complet mais prudent (pas de retournement), monitoring, maintien - Aide à la réalisation de soins spécifiques (ECG, pansements, attelles, ...) - Mise à disposition du personnel médical et paramédical				
<b>Rôles de l'AS 2 (Auxiliaire de puériculture)</b>				
- Activité en binôme avec IDE puéricultrice - 2e contact : maintien, réassurance, ...				

# Fonctionnement



## FONCTIONNEMENT DE LA SAUV (SPECIFICITES PEDIATRIQUES)

référence - Version  
Applicable au JJM/MAA  
Page 4/8

- Relation privilégiée avec les parents
- Participation éventuelle aux transports

### Rôles de l'IDE 1 (IDE SAUV)

- Vérification de la conformité de la salle et du matériel
- Aide au déshabillage en binôme avec l'AS
- Evaluation rapide ABCD(E) si médecin absent
- Préparation et pose de la 1ère VVP
- Préparation des médicaments de 1er recours + solutés / PSE / aérosols
- Surveillance de l'horodatage des gestes effectués, médicaments injectés, avec inscription sur le tableau blanc
- Traçabilité des paramètres / soins / médicaments dans le DSI
- Evaluation de l'efficacité des traitements
- Préparation du dossier de transmission
- Sollicitation de l'IDE 2 si nécessaire

### Rôles de l'IDE 2 (IDE puéricultrice ou autre)

- Gestion de l'oxygénothérapie en lien avec le médecin SAUV
- Prélèvements sanguins et biologiques (glycémie capillaire, bilan bio, BU-ECBU,...)
- Réalisation de soins spécifiques (ECG, désinfection plaies, pansements, attelles, ...)
- Pose sonde gastrique, sonde vésicale
- Aide à la préparation des médicaments sur demande de l'IDE 1
- Liaison avec les parents ou l'entourage, récupération des informations et autorisations de soins
- Accompagnement du patient lors des transports internes

### Rôles du médecin SAUV

- Gestion de l'anticipation
- Evaluation médicale
- Organisation des soins : répartition des tâches, mise en route des thérapeutiques nécessaires, appel au renfort/consultant(s), prescription des examens complémentaires, orientation du patient
- Accompagnement du patient vers le service d'imagerie, les services d'aval, si nécessaire

Le médecin SAUV reste le « leader » de la PEC médicale tant qu'il n'en confie pas la responsabilité à un médecin de renfort ou consultant qui l'accepte.

7.6. Accueil du patient et prise en charge initiale



## FONCTIONNEMENT DE LA SAUV (SPECIFICITES PEDIATRIQUES)

référence - Version  
Applicable au JJM/MAA  
Page 5/8

Dès l'arrivée du patient pédiatrique, les actions suivantes doivent être conduites, pour chaque personnel, dans le calme, avec rapidité et efficacité :

### AS 1 = AS SAUV

- Démarrage du chronomètre
- Installation du patient
- Déshabillage complet prudent sans retournement
- Monitoring complet (scope, FC, FR, SpO2, PA, t°)
- Réchauffement externe
- Aide à la réalisation des soins spécifiques (ECG, pansements, attelles, ...)
- Horodatage des soins (tableau blanc)

### IDE 1 = IDE SAUV

- Oxygénothérapie MHC 10 L/min
- Aide au déshabillage
- Mise en place VVP 1 + NaCl 0.9% 100 mL, ou préparation VIO (si ACR)
- Préparation des médicaments de 1er recours

### IDE 2 = IDE puéricultrice ou autre

- Prélèvements sanguins et biologiques : bilan standard + préop, glycémie + hémoglobininémie capillaire, recueil urinaire, ...
- Soins spécifiques : ECG, pansements, attelles, ...
- Aide à la préparation des médicaments
- Liaison avec les parents ou l'entourage, récupération des informations et autorisations de soins

### AS 2 = AP

- "2è contact" : maintien + réassurance
- Etablissement d'une relation privilégiée avec les parents

### MED 1 = Médecin SAUV

- Evaluation médicale
- Définition de la stratégie thérapeutique et organisation des soins
- Prescriptions orales claires et précises
- Réalisation de gestes techniques
- Appel aux renfort/consultant(s) si nécessaire

7.7. Prise en charge des affections courantes



## FONCTIONNEMENT DE LA SAUV (SPECIFICITES PEDIATRIQUES)

référence - Version  
Applicable au JJM/MAA  
Page 6/8

Un guide d'aide à la prise en charge des principales affections pédiatriques est disponible dans la SAUV (classeur bleu).

Cet ouvrage a l'ambition d'aider les praticiens à prendre en charge les enfants qui y sont admis. Il ne constitue en aucun cas un répertoire de protocoles opposables, même s'il a été établi selon les dernières recommandations professionnelles. Il est évolutif.

### 7.8. Recours à un avis spécialisé

Les médecins spécialistes du CHBA peuvent être joints à tout moment par l'équipe médicale prenant en charge le patient. Le contact médecin à médecin est privilégié.

L'avis téléphonique doit être immédiat et l'arrivée auprès du patient (si elle est requise) doit être effective dans les 15 minutes.

En heure ouvrable, les médecins consultants sont contactés au moyen de leur téléphone ou bip dédié(s). En période de garde ou en cas d'échec, ils sont contactés via le standard (« 9 »).

Les médecins spécialistes d'un autre établissement sont contactés via leur standard téléphonique, à tout moment.

### 7.9. Recours aux services médico-techniques

#### 7.9.1. Service d'imagerie

La prescription d'examens d'imagerie est réalisée et transmise informatiquement. Les demandes spécifiques ou particulièrement urgentes font l'objet d'un contact téléphonique entre le médecin prenant en charge le patient et le médecin radiologue de garde (poste 14787 ou 13494).

Après appel du service pour réalisation de (des) l'examen(s), le transport du patient est assuré par l'AS de la SAUV, accompagnée d'un personnel médical (médecin SAUV ou autre) ou paramédical (IDE puéricultrice) en cas de surveillance scopée.

Le matériel de transport comporte, a minima et de façon systématique, 1 DSA, 1 BAVU, 1 obus d'O2, 1 trousse d'urgence pédiatrique (mallette « rose »).

L'AS assiste à la réalisation de l'examen et ramène le patient à la SAUV au décours immédiat, sans attendre le résultat.

#### 7.9.2. Laboratoire de biologie

Les prélèvements biologiques sont transmis au laboratoire via le réseau pneumatique, après mise en pochette (rouge si extrême urgence) par l'AS (à l'exception des LCR qui doivent être acheminés par portage manuel).

Les formulaires de prescription médicale sont remplis par l'IDE responsable du patient (ou l'AS si délégation de tâche).

#### 7.9.3. EFS

L'acheminement des PSL jusqu'à la SAUV dans les plus brefs délais est organisé par l'AS.

Sur prescription médicale (éventuellement après alerte téléphonique au poste 5306), les PSL sont délivrés au personnel désigné par l'AS, qui se rend à l'EFM muni d'une glacière et de l'étiquette du patient (à pied ou au moyen du véhicule dédié stationné devant l'accueil général du CHBA).

# Fonctionnement

BROUILLAIS BROUILLON BROUILLON	FONCTIONNEMENT DE LA SAUV (SPECIFICITES PEDIATRIQUES)	référence - Version Applicable au JU/MMAA Page 10
<p>Les PSL sont récupérés contre signature du document de traçabilité, et rapportés à la SAUV où ils sont immédiatement remis à l'IDE responsable du patient (qui signe alors la feuille de transport des PSL).</p>		
<p>7.10. Critères et modalités de transfert</p>		
<p>7.10.1. Critères</p>		
<p>Les patients présents dans la SAUV doivent être acceptés par les services d'aval en priorité et sans délai, dès lors que leur départ peut être envisagé (càd après stabilisation initiale de leur état).</p>		
<p>Ils peuvent être dirigés vers tout service ou établissement adéquat, après accord médical (NB : les transferts inter-hospitaliers vers un service ou centre de référence doivent être envisagés vers le CHU de Rennes en 1ère intention. En cas d'impossibilité, les CHU de Nantes ou Brest doivent être sollicités).</p>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Les <i>pourvu-nés</i> nécessitant des soins intensifs ou de réanimation doivent être pris en charge, en 1ère intention, dans le service de néonatalogie du CHBA.</li><li>• Les <i>pourrissons et enfants d'âge &lt; 15 ans</i> nécessitant des soins intensifs ou de réanimation doivent être pris en charge, en 1ère intention, dans le service de réanimation du CHU de Rennes. Néanmoins, les enfants d'âge compris entre 10 et 15 ans peuvent être pris en charge dans le service USC-réanimation du CHBA, sous réserve que la pathologie présentée soit dans son champ de compétences, la morphologie soit compatible avec son équipement technique, la durée de séjour prévue soit &lt; 48h.</li></ul>		
<p>Les <i>enfants d'âge &gt; 15 ans</i> peuvent être pris en charge, en 1ère intention, dans le service USC-réanimation du CHBA.</p>		
<p>7.10.2. Modalités</p>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Transfert vers les <u>services du CHBA</u></li></ul>		
<p>Les transferts intra-hospitaliers sont assurés par l'équipe de la SAUV ayant pris en charge le patient, avec l'ensemble du matériel de surveillance nécessaire.</p>		
<p>Les personnels requis sont : l'aide-soignant(e) + brancardier, éventuellement assistés de l'IDE puéricultrice +/- médecin de la SAUV et/ou MAR ou pédiatre si nécessaire.</p>		
<p>Les parents sont pris en charge par l'auxiliaire de puériculture.</p>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Transfert <u>inter-hospitalier</u></li></ul>		
<p>Les modalités de transfert sont définies entre l'équipe médicale de la SAUV, le médecin régulateur du SAMU et le médecin réanimateur pédiatrique, selon les termes de la convention en vigueur concernant le CHU Rennes.</p>		
<p>Le réanimateur pédiatrique de l'hôpital receveur est d'abord contacté par l'équipe médicale de la SAUV, qui contacte ensuite le SAMU 56 pour définir l'organisation.</p>		
<p>Ces transferts sont prioritairement réalisés par l'équipe SMUR pédiatrique basée à Rennes (ce qui implique un délai d'arrivée sur site dont il doit être tenu compte), par voie terrestre essentiellement. En cas d'indisponibilité, ils sont réalisés par une autre équipe SMUR.</p>		
<p>7.11. Contenu des informations à transmettre</p>		

BROUILLAIS BROUILLON BROUILLON	FONCTIONNEMENT DE LA SAUV (SPECIFICITES PEDIATRIQUES)	référence - Version Applicable au JU/MMAA Page 10
<p>Les informations concernant le patient et sa prise en charge sont transmises au service d'aval au moyen du dossier médical et d'une fiche de liaison pré-remplie, complétée par l'IDE SAUV (cf annexe 10.1).</p>		
<p>8. EVALUATION</p>		
<p>9. REVISION</p>		
<p>10. ANNEXES</p>		
<p>10.1. Fiche de liaison</p>		

# Collaboration



**BROUILLANT ATLANTIQUE**  
Vannes - Auray

**COLLABORATIONS A LA SAUV**  
(SPECIFICITES PEDIATRIQUES)

référence - Version  
Approuvé au JJMM/AA  
Page 1/3

Mots-clés : SAUV, relations, collaborations, anesthésie-réanimation, réanimation polyvalente, consultants, pédiatre, services **médico-techniques**, services d'aval, spécificités pédiatriques, chef d'équipe, leader.

SUIVI DU DOCUMENT		CREATION / MOTIFS DE REVISION
VERSION	DATE	Auteur
1	13/05/2019	

**1. OBJET**

Protocole d'accord concernant l'ensemble des collaborations nécessaires au fonctionnement en sécurité de la SAUV (spécificités pédiatriques)

2. DOMAINE D'APPLICATION	3. RESPONSABILITES
? Structure d'urgence (SAUV) ou CHSA	?

4. DOCUMENTS DE REFERENCE	5. DOCUMENTS ASSOCIES
?	?

**6. DEFINITIONS ET ABBREVIATIONS**

SAUV : Salle d'Accueil des Urgences Vitales  
IOA : Infirmier(ier) Qualifié(ée) de l'Accueil  
MAO : Médecin d'Accueil et d'Orientaiton  
EFS : Etablissement Français du Sang

**7. CONTENU**

**7.1. Prérequis**

La SAUV, ou salle de déchocage, est un lieu d'accueil, au sein de la structure d'urgence, des patients ayant une détresse vitale existante ou potentielle.

L'accueil de patients pédiatriques y est réalisé, par nature, dans les établissements de niveau 2 (CHBA).

La SAUV est ouverte 24h/24. Elle ne correspond ni à un lit de réanimation, ni à un lieu d'hospitalisation. Elle doit être libérée dès que possible. Elle est polyvalente, médico-chirurgicale.

La décision d'admission d'un patient dans la SAUV est prise par le médecin du service des urgences (adulte ou pédiatrique) et, le cas échéant, par l'IOA des urgences, le médecin du SMUR, le médecin régulateur du SAMU.

La prise en charge des urgences internes de l'établissement doit rester exceptionnelle, la décision reposant sur le médecin responsable de la SAUV ou son représentant désigné.

**7.2. Relation et collaborations**

**7.2.1. Avec le SAMU - SMUR**

**Règle :** L'admission directe dans un service spécialisé pédiatrique chaque fois ouverte est possible doit être privilégiée. Les enfants (0-16 ans) pris en charge par le SMUR et présentés en cas grave ou instable sont passés (ocation à transférer par la SAUV, sans nécessité d'optimisation de leur conditionnement, compatible avec les délais de bonne prise en charge).

Les patients amenés par le SMUR sont systématiquement annoncés par le SAMU, via le téléphone dédié situé à l'accueil de la structure d'urgence (IOA ou MAO).

La transmission du patient à la SAUV se fait de médecin à médecin et d'infirmier à infirmier. Le dossier patient doit être complet et vérifié. L'équipe du SMUR ne quitte le patient que lorsque l'ensemble des transmissions est effectué et la sécurité du malade est assurée.

Les modalités de transferts inter-hospitaliers médicalisés à partir de la SAUV se décident entre le médecin de la SAUV et le médecin régulateur.

Rédigé par : Dr Xavier BAREGE Fonction : Médecin-régulateur Date : 13/05/2019	Approuvé par : Mme HALL Fonction : Directrice des Patients, des Qualité et de la Gestion des Risques Date :	Validé par : Dr Christophe RENARD, Dr Francis ARNAUD Fonction : Chef de service U-REAN-SIAU Date :
---	---	--

Date de conservation : 6 ans



**BROUILLANT ATLANTIQUE**  
Vannes - Auray

**COLLABORATIONS A LA SAUV**  
(SPECIFICITES PEDIATRIQUES)

référence - Version  
Approuvé au JJMM/AA  
Page 2/3

**7.2.2. Avec l'anesthésie-réanimation et la réanimation polyvalente**

Le médecin urgentiste nominativement identifié assure la responsabilité de l'accueil et la prise en charge du patient, en équipe avec au minimum un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e). Il assume le rôle de chef d'équipe (« leader »).

Il peut demander le renfort de l'anesthésiste-réanimateur ou du réanimateur polyvalent, s'il est disponible, qui doit alors se rendre immédiatement à la SAUV. L'anesthésiste-réanimateur de garde doit être contacté en priorité lorsque la prise en charge concerne un enfant âgé de 0 à 10 ans (poste 5390), et le réanimateur de garde lorsque la prise en charge concerne un enfant âgé de 10 ans à plus (poste 5646).

**NB :** Selon la dernière convention régissant les conditions de fonctionnement entre le service de Pédiatrie, son Unité de Surveillance Continue pédiatrique d'une part, et le service de Réanimation Polyvalente et son Unité de Surveillance Continue polyvalente adulte d'autre part, en date du 07/09/2019 :

- Au sein du CHSA de Vannes, les adolescents de plus de 16 ans peuvent être accueillis et pris en charge, dans le service de réanimation polyvalente adulte, ou dans les unités de surveillance continue pour adulte.
- Les enfants de moins de 10 ans qui nécessitent une prise en charge de type réanimation sont transférés systématiquement en réanimation pédiatrique, après conditionnement ou prise en charge initiale effectués dans la SAUV.
- Le transfert se fera en priorité vers le CHU de Rennes. En cas d'impossibilité, les CHU de Nantes ou Brest seront sollicités. La prescription du transfert et de mise en condition sera prise par décision conjointe entre le médecin urgentiste associé au service en charge de l'enfant et le réanimateur pédiatrique.
- La prise en charge de tout enfant entre 10 et 16 ans dans l'unité de réanimation polyvalente ou de surveillance continue adulte du CHSA, outre l'équipe existante sur le poste et le SMU, pourra se mettre en cas par cas sous réserve que : le pathologie présente soit dans le champ habituel des compétences de prise en charge de ce service (incluant notamment les pathologies chroniques particulières relevant de la spécialité pédiatrique) / la morphologie du patient soit compatible avec l'équipement technique du service / le durée de séjour attendu en réanimation polyvalente adulte soit inférieure à 48h. Cette prise en charge devra faire l'objet en plus d'un contact systématique avec le service de réanimation pédiatrique retenu.

**7.2.3. Avec les consultants**

Les médecins spécialistes de l'établissement doivent pouvoir être joints directement à tout moment par l'équipe médicale prenant en charge le patient. Le contact médecin à médecin doit être privilégié.

Les médecins consultants doivent pouvoir donner un avis téléphonique immédiat ou se rendre à la SAUV dès que possible (idéalement dans les 15 minutes), si leur présence y est requise.

En heure ouvrable, les médecins consultants sont contactés via leur téléphone ou bip dédié(s). En période de garde ou si échec, ils sont contactés via le standard (« 9 »).

**Cas particulier des médecins pédiatres**

Les médecins pédiatres sont systématiquement avertis de la présence d'un enfant à la SAUV (alerte par bip « SAUV pédiatrique ») et doivent alors s'y rendre sans délai, en équipe avec un(e) infirmier(e) et un(e) aide-soignant(e) de pédiatrique. En cas d'empêchement, le médecin pédiatre prévient l'équipe médicale de la SAUV et demande la confirmation éventuelle de l'absence nécessité de sa présence.

Le médecin urgentiste reste le chef d'équipe (« leader ») et dirige la prise en charge du patient, sauf s'il décide d'en confier la responsabilité au médecin pédiatre consultant qu'il accepte. Ceci est alors annoncé clairement à l'ensemble du personnel de la SAUV.

**7.2.4. Avec les services médico-techniques**

Les services médico-techniques doivent être organisés de manière à pouvoir fournir une réponse immédiate à toute demande urgente formulée par l'équipe médicale de la SAUV.

Le service d'imagerie met à disposition son matériel et son personnel sur décision du médecin radiologue de garde, contacté soit directement au niveau de la console de scanner (postes 14787 ou 13494) (en cas d'extrême urgence), soit au moyen d'un formulaire de demande d'examen complémentaire télétransmis via le dossier patient.

Le laboratoire procède aux analyses et examens prescrits dès réception des prélèvements, et en fournit les résultats dans les meilleurs délais. Les demandes particulièrement urgentes sont identifiées au moyen d'un code couleur spécifique (rouge), et peuvent faire l'objet d'un appel téléphonique. Les demandes spécifiques doivent être communiquées directement au biologiste concerné par l'équipe médicale.



**BROUILLANT ATLANTIQUE**  
Vannes - Auray

**COLLABORATIONS A LA SAUV**  
(SPECIFICITES PEDIATRIQUES)

référence - Version  
Approuvé au JJMM/AA  
Page 3/3

L'EFS délivre les produits sanguins labiles sur prescription médicale, et garantit leur compatibilité avec le patient pris en charge. Les échanges téléphoniques directs avec le service de distribution (poste 5306) doivent être privilégiés, notamment en cas d'extrême urgence.

**7.2.5. Avec les services d'aval**

Les patients présents dans la SAUV doivent être acceptés en priorité et sans délai dès lors que leur départ peut être envisagé. Le transfert vers un service de spécialité est conditionné à leur acceptation par le médecin receveur.

**8. EVALUATION**

**9. REVISION**

**10. ANNEXES**

10.1. Titre

# Le SAMU 56

- \* Rôle de la régulation +++
- \* Médicalisation pré-hospitalière +++
  - \* Évaluation – triage
  - \* Mise en condition
  - \* Transport vers structure adaptée

# La régulation

Octobre 2017



## CHARTRE DE FONCTIONNEMENT DU SAMU – CENTRE 15

PREAMBULE

PRINCIPES GENERAUX DE LA REGULATION MEDICALE AU CENTRE 15

REGLEMENT INTERIEUR

REGLEMENT OPERATIONNEL

FILIERES DE SOINS

DEMARCHE QUALITE

### PREAMBULE

Le SAMU 56 dispose d'une charte de fonctionnement du Centre 15 à vocation opérationnelle, répertoriant les principes d'organisation du travail, basée notamment sur les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) relatives aux modalités de prise en charge d'un appel de demande de soins non programmés dans le cadre de la régulation médicale, le guide d'aide à la régulation médicale au SAMU-Centre 15 élaboré par SAMU-Urgences de France, ainsi que différents référentiels de la Société Française de Médecine d'Urgence et conventions de partenariat.

Cette charte est remise à tous les professionnels exerçant en salle de régulation, qui doivent s'y conformer. La remise de ce document fait l'objet d'une liste d'émargement signée par les personnels, tenue par le médecin responsable de l'unité fonctionnelle SAMU – Centre 15, le Président de l'ADPS 56 et le cadre coordonnateur, qui se chargent de la faire appliquer.

Cette charte est évolutive.

### FILIERES DE SOINS

#### Article 35 : Orientation d'un patient dans une filière de soins

Un des rôles majeurs de la régulation médicale est de déterminer une orientation appropriée et d'organiser l'admission directe du patient dans une structure de soins spécifique. Différentes filières de soins sont identifiées, au niveau du secteur sanitaire, du territoire ou de la région. Les modalités de fonctionnement sont différentes, et l'intervention du SMUR doit en faciliter l'accès.

- Urgence Pédiatrique : les enfants (0-15 ans) pris en charge par le SMUR et présentant un état grave ou instable, et/ou nécessitant un rapprochement ou une admission dans un service d'USC-réanimation doivent être dirigés vers le CHU Rennes en 1<sup>ère</sup> intention, après accord du réanimateur pédiatrique. Ils n'ont pas vocation à transiter par les structures d'urgence des hôpitaux morbihannais, sauf nécessité d'optimisation de leur conditionnement, compatible avec les délais de bonne prise en charge.

Les enfants présentant un état non grave, non traumatique, doivent être orientés vers la structure d'urgence du CH de secteur comportant un service de pédiatrie (CHBA, CHBS, CHCB, CH Redon).

Les enfants présentant un état non grave post-traumatique doivent être orientés vers la structure d'urgence du CH de proximité.

Les enfants victimes d'un traumatisme sévère doivent être pris en charge par le SMUR.

NB : Avant l'arrivée d'un enfant à la structure d'i

- transfert pédiatrique :  
éventuelle vers la SAUV doit avoir été précisée à

- transfert médicalisé : un transfert pédiatrique vers le CHU de Rennes doit être assuré, en première intention, par le SMUR pédiatrique Rennes (cf procédure). En cas d'appel pour ce motif, le réanimateur pédiatrique du CHU doit être contacté pour régulation. En cas de transfert vers un autre établissement extra-départemental, le SMUR pédiatrique du SAMU du département concerné doit être sollicité. En cas de transfert intra-départemental, le SMUR Vannes doit être mobilisé (cf annexe 4).

- Transfert para-médicalisé : Il est assuré, en première intention, par l'équipe dite « TIH », dont le vecteur est une ambulance de réanimation du SAMU. Dans certains cas, l'infirmière puéricultrice d'astreinte peut être sollicitée pour assurer le transfert, dont le vecteur est alors une ambulance privée respectant les critères de sécurité de fixation du module de transport (cf annexe 4).

- transfert néonatalogique

- transfert médicalisé : un transfert extra-départemental est assuré en première intention par le SMUR pédiatrique du département concerné. Un transfert intra-départemental est assuré par l'équipe néonatalogique d'astreinte, dont le vecteur est principalement une ambulance privée respectant les critères de sécurité de fixation du module de transport (cf annexe 4).

- Transfert para-médicalisé : Il est assuré par l'infirmière puéricultrice d'astreinte, dont le vecteur est principalement une ambulance privée respectant les critères de sécurité de fixation du module de transport (cf annexe 4).

# La SMUR

## Triage pré-hospitalier traumatisé sévère pédiatrique

### GRADE A : détresse vitale non stabilisée

- Détresse respiratoire avec SpO<sub>2</sub> < 95% sous O<sub>2</sub>
- PAS < 70 mmHg (<1an) ou <70 + (2\*age) après remplissage vasculaire 40 mL/Kg
- **Plutôt PAM ≤ 45 si < 2 A ou ≤ 55 de 2 à 10 ans hors TC malgré remplissage vasculaire 40 ml/kg? (cf SFAR TC 2016)**
- Nécessité d'amines vaso-actives ou transfusion en pré-hospitalier
- GCS < 9 ou GCSm ≤ 4

### GRADE B : détresse vitale stabilisée

#### Et/ou lésion anatomique de gravité

- Détresse respiratoire avec SpO<sub>2</sub> > 95% sous O<sub>2</sub>
- Hypotension corrigée après remplissage vasculaire
- FC persistante < 60 ou > 160 (>1an), < 80 ou > 180 (<1an)
- GCS 9-13
- Hémopéritoine/hémothorax/hémopéricarde sur le FAST Echo
- Traumatisme pénétrant (tête, cou, thorax, abdo-pelvien, au dessus coude et genou)
- Fracture ouverte crâne, trauma face avec risque obstruction VAS
- Trauma thoracique avec volet
- Lésion suspectée bassin
- Traumatisme rachidien avec déficit neurologique
- Amputation, délabrement, écrasement de membre

### GRADE C : enfant possiblement évolutif

#### Haute cinétique :

- Chute > 3 x taille de l'enfant (référence ? 3 m dans les critères Vittel jeune enfant)
  - AVP : projection, éjection, écrasement, blast, décès d'une autre victime, voiture > 60 km/h, 2 roues > 30 km/h, piéton renversé par véhicule > 30 km/h (référence ? Critères Vittel = jugement clinique [smuriste](#))
  - ≥ 2 fractures os longs proximaux (fémur humérus)
- Terrain : âge < 1an, comorbidités, maladies hématologiques





**Merci !**