

# ASSEMBLEES GENERALES DU GROUPE FRANCOPHONE DE REANIMATION ET URGENCES PEDIATRIQUES

## **Assemblée générale du GFRUP 21 janvier 2004, Paris La Défense**

Rapport rédigé par Vincent Flurin, secrétaire général

### **Le bilan financier**

Présenté par notre trésorier, Gérard Thiriez de Besançon.

Solde initial : 28753,54 euros

Cotisations : +3395 euros

Journée des pédiatres aux urgences : inscriptions 900 euros+ glaxo 5000 euros - frais 1709,5 euros = + 4190,5 euros

Congrès Boston : Abbott 20000 euros+ Chiesi 20000 euros+ Hospal 1500 euros - frais congrès et hôtel 23209,89 euros = + 18290,11 euros (Facture de transport encore non réglée)

Journée des jeunes réanimateurs : frais – 511,35 euros

Informatique (internet, ordinateur, logiciel) : - 2721,15 euros

Divers : envoi chéquier – 3,46 euros

Solde final : 51393,19 euros

### **Rapport d'activité du Président Daniel Floret**

- Les travaux et réunions avec le ministère
- Le congrès mondial de réanimation pédiatrique world congress on pediatric intensive care
- DIU
- Enquêtes épidémiologiques

### **Les travaux avec le ministère:**

#### **Circulaire sur les urgences pédiatriques - Circulaire DHOS/SDO n°238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences**

La circulaire recommande que les enfants ont vocation à être pris en charge aux urgences, chaque fois que cela est possible, , par un pédiatre et du personnel paramédical ayant une expérience dans l'accueil et la prise en charge des enfants.

La circulaire préconise une organisation spécifique selon que :

- les établissements ne disposant pas de service de pédiatrie,
- les établissements disposant d'un service de pédiatrie
- les établissements disposant d'un service de pédiatrie, d'un service de chirurgie pédiatrique et d'un service de réanimation pédiatrique ainsi que des différentes ressources permettant la prise en charge complète de l'ensemble des urgences de l'enfant.

Cette organisation est formalisée dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) qui servira de support d'information auprès des professionnels concernés. L'évaluation de l'organisation des urgences pédiatriques au niveau régional s'effectuera également dans ce cadre.

Voir circulaire sur : [http://www.gfrup.com/gfrup\\_circulaire\\_urgence.pdf](http://www.gfrup.com/gfrup_circulaire_urgence.pdf)

### **Réanimations mixtes**

La majorité des unités de réanimation en France sont mixtes comportant des lits de réanimation néonatale et des lits de réanimation pédiatrique. Elles ne satisfont ni aux normes définies par le décret périnatalité de 1998 ni à celles définies par le décret réanimation de 2001. D'une part, les deux métiers tendent à devenir très différents. D'autre part, l'activité de réanimation néonatale est telle dans certaines unités qu'elle conduit au transfert des enfants vers les unités de réanimation adulte. Une enquête réalisée par le DHOS fin 2003 montre de grandes disparités entre unités selon leur volume d'activité et qu'environ 10% des enfants sont hospitalisés en réanimation adulte. Il serait proposé d'organiser la réanimation pédiatrique en deux niveaux :

- **L'unité de réanimation pédiatrique** a pour mission d'assurer une réanimation pour les détresses vitales les plus fréquentes. L'unité de réanimation pédiatrique assure également la réanimation post-opératoire du service de chirurgie pédiatrique et de chirurgie néonatale le cas échéant. Des conventions établiront les conditions d'un éventuel transfert vers un service de réanimation pédiatrique de recours.

Le niveau d'activité minimum est en cours de définition

- **L'unité de réanimation pédiatrique de recours** a pour mission l'ensemble des missions d'un service de réanimation pédiatrique et des missions spécifiques : méthodes de suppléance spécifiques et ou recours à une ou plusieurs spécialités pédiatriques. Le niveau d'activité pour être service de réanimation de recours est en cours de définition.

En référence aux décrets réanimation, est inclut aussi la structuration d'unités de surveillance continue en amont et en aval de la prise en charge dans des services de réanimation pédiatrique. Toutefois, à la différence de ce qui est prévu pour réanimation adulte, il n'est pas créé de soins intensifs pédiatriques tant polyvalents que de surspécialités.

La surveillance continue a pour mission d'accueillir les nourrisson, enfant et adolescents (jusqu'à 18 ans) qui nécessitent une surveillance rapprochée et/ou un monitoring continu en raison d'une défaillance potentielle d'un ou plusieurs organes ne nécessitant pas la mise en œuvre de méthodes de suppléance. Cette unité peut recevoir des enfants en provenance des urgences ou de services de soins conventionnels ou en provenance des services de réanimation pédiatriques dès lors que le patient ne dépend plus d'une technique de suppléance.

Pour les établissements ne disposant pas de réanimation pédiatrique, l'unité de surveillance continue a notamment vocation à permettre la mise en condition des enfants en attendant leur transfert en réanimation.

La discussion actuelle porte sur l'activité pédiatrique minimale pour qu'un établissement se dote d'une unité de surveillance continue pédiatrique.

Elle peut constituer un secteur individualisé d'une unité de soins conventionnelle. Ces lits de surveillance continue peuvent également être adossés à une unité de réanimation néonatale, ils constituent dans ce cas un secteur individualisé. La permanence des soins peut être mutualisée avec les urgences pédiatriques et/ou la néonatalogie.

J.C. Rozé explique aussi que le but est d'avoir un texte national afin d'harmoniser les situations locales, où la pédiatrie est parfois dispersée, par exemple en neurochirurgie, chirurgie cardiaque etc, et de réunir toutes les prises en charge pédiatriques au sein d'une même structure pédiatrique dans un même établissement. Ces textes sont des sortes de « guidelines » pour les ARH et l'établissement des SROS pédiatrique.

Pour la prise en charge du nouveau-né chirurgical, elle pourra se faire en réanimation pédiatrique ou en réanimation néonatale. Le cadre n'est pas rigide.

La prochaine réunion avec le ministère aura lieu le 3 février 2004.

### **Les transports pédiatriques**

JL Chabernaud et JF Diependhal ont travaillé sur ce dossier avec la création de 3 niveaux de transport pédiatrique selon des critères précis :

- SAMU médicalisé
- Transport paramédicalisé
- Transport par ambulancier.

Cette structuration permettra là aussi d'obtenir des moyens spécifiques pour les transports pédiatriques.

### **SROS pédiatriques**

Les SROS pédiatriques permettront de donner des recommandations pour les ARH afin d'établir des priorités.

### **DIU de réanimation et urgences pédiatriques**

1er séminaire à Lille en décembre 03

2ème séminaire à Paris en mars 04

Il y a eu beaucoup plus de candidats (65) que d'inscrits (46). Il a donc fallu pratiquer à une sélection. Pour être inscrit il fallait faire état d'un post-internat en réanimation ou aux urgences pédiatriques. Il fallait être au moins en 3ème année d'internat.

Pour 60% la motivation est la réanimation pédiatrique avec 20% d'anesthésistes inscrits et pour 40% la motivation sont les urgences pédiatriques.

Le DIU a lieu sur 2 ans. Pour le moment, on ne sait pas s'il y aura de nouvelles inscriptions acceptées pour l'année prochaine car il faudrait dédoubler les séminaires.

Daniel Floret souhaite que tous les enseignants soient présents au séminaire afin de participer aux discussions avec les étudiants.

Le DIU pourrait évoluer dans l'avenir vers un DESC.

Le futur DESC de médecine d'urgence

Les médecins urgentistes vont créer un DESC de médecine d'urgence. La maquette existe. Ce DESC est ouvert aux pédiatres. Les urgentistes pédiatres sont prêts à participer à l'enseignement et à accueillir des stagiaires à condition que ceux-ci aient un statut leur permettant de participer activement au travail des urgences et non pas de simples observateurs.

Pour travailler aux urgences pédiatriques, il n'est pas obligatoire pour les pédiatres de passer par le DESC de médecine d'urgence.

La circulaire sur les urgences pédiatriques permettra localement aux établissements d'avoir des postes ciblés d'urgentistes pédiatres, non CAMU, pour les urgences pédiatriques sans avoir à prendre ces postes sur le contingent de ceux destinés au reste de la pédiatrie.

Il convient d'aller voir, localement les directions et les DARH avec les chiffres d'activité pour défendre les postes et opposer les textes. On ne doit pas non plus exiger la CAMU pour qu'un pédiatre travaille dans un service d'urgence pédiatrique.

## **Les enquêtes en cours**

### **Enquêtes sur les états végétatifs chroniques**

Enquête sous l'égide de la SRLF. Il y a eu un bon taux de réponse au questionnaire permettant de faire un état des lieux.

### **Etude "enfants atteints de handicaps et maladies chroniques admis en réanimation**

En partenariat avec le GFRUP, les Réseau Mère-Enfant de la Francophonie, et Critical Care Trial Group (Canada). Les coordonnateurs sont (Lille) et Dominique Ploin (Lyon)

Après une première phase test qui a eu lieu le 27 janvier 2004 et une deuxième phase test avec la version modifiée le 16 février 2004 pour les nouveaux centres, la 1ère journée de saisie réelle aura lieu le jeudi 11 mars 2004 et la 2ème journée de saisie: jeudi 6 mai 2004.

### **Les enquêtes avec l'Institut de Veille Sanitaire**

L'InVS a pris acte que le GFRUP était fiable pour réaliser des enquêtes épidémiologiques après les enquêtes sur les décès par infections bactériennes communautaires, et les varicelles graves.

Actuellement une enquête sur des syndromes de détresse respiratoire aiguë d'origine infectieuse chez l'enfant, hospitalisés en réanimation a débuté sous l'égide du GFRUP et l'InVS avec un début des inclusions le 15 janvier 2004.

Cette enquête a été lancée suite à plusieurs décès sont survenus chez des enfants sans terrain particulier et chez qui le nouveau variant grippal A (H3N2)/Fujian/411/2002-like a été identifié en Grande Bretagne. A l'époque, il n'était pas possible de vérifier que l'arrivée de ce nouveau variant en France ne s'accompagnerait pas d'une augmentation des formes sévères de la maladie, comme pouvaient le faire craindre les données britanniques. De même, il n'était pas non plus possible d'écarter rapidement l'hypothèse d'une sévérité particulière de la bronchiolite ou de la grippe devant l'engorgement récent des urgences parisiennes. Par ailleurs, il n'existe pas d'information sur les incidences des infections respiratoires sévères survenant chez des enfants pour qui la vaccination contre la grippe est recommandée de par leur terrain. Dans ce contexte, il est envisagé de surveiller les formes sévères d'infections respiratoires de l'enfant lors de la prochaine saison hivernale et de profiter de la saison en cours pour étudier la faisabilité d'une telle surveillance auprès d'un réseau de réanimateurs pédiatriques. Ce réseau serait en charge de notifier et documenter tous les cas de pneumopathies hypoxémiantes d'origine infectieuse hospitalisés dans leurs services. Après évaluation conjointe entre le réseau de réanimateurs et l'InVS au printemps, le maintien de la surveillance sera discuté.

L'objectif principal est donc de détecter une augmentation inhabituelle des pneumopathies hypoxémiantes d'origine infectieuse chez l'enfant. L'objectif secondaire est de décrire les étiologies des pneumopathies hypoxémiantes aiguës infectieuses des enfants et de comparer les données dans le temps et géographiquement, et enfin d'évaluer le nombre de pneumopathies hypoxémiantes évitables chez les sujets qui sont couverts par les recommandations vaccinales actuelles.

## **Commission scientifique**

Le bilan de la commission scientifique est présenté par son secrétaire Etienne Javouhey.  
Le Journée des jeunes réanimateurs pédiatres  
Le bilan est très positif avec la participation de 19 jeunes réanimateurs de 11 villes différentes.  
Le compte rendu de cette journée est sur le site :  
[http://www.gfrup.com/gfrup\\_jjrp.htm](http://www.gfrup.com/gfrup_jjrp.htm)  
Congrès SRLF 2004.  
La commission scientifique du GFRUP regrette qu'il y ait eu si peu de résumés soumis et acceptés en pédiatrie.

### **Les propositions pour les congrès pour 2004:**

#### **1 - 4ème journée des Pédiatres aux Urgences (responsable : Hervé Haas)**

Infectieux :

1. Fièvre isolée chez l'enfant de moins de trois ans (enquête Nantes, Georges Picherot)
2. Grippe aux urgences (études de Lyon, Dominique Ploin)
3. Infections cutanées graves à streptocoque (C. Olivier)
4. Varicelles graves (enquête D.Floret)
5. Paludisme : protocole thérapeutique accès palustre simple et accès pernicieux (Marseille).

Maltraitance :

1. Abus sexuels aux urgences : PEC
2. Enfant secoué

Plaies et lésions cutanées traumatiques aux urgences

1. Aspects chirurgicaux : sutures, colles...
2. Risques infectieux
3. Contrôle de la douleur

#### **2- Le congrès de la SFP 2004 (juin Lille, responsable R Cremer)**

1-Remplissage vasculaire aux urgences (Modérateurs : G. Chéron, JF. Hartmann)

Indications (G.Orliaguet ; Necker)

Produits de remplissage et voies d'abord (S.Leteurtre, Lille)

Erreurs et pièges à éviter (JF. Hartmann, Robert Debré)

2-Intoxications (Modérateurs : D. Devictor, B.Megarbane)

Données épidémiologiques (centres anti-poison) (R. Cremer, Lille)

Les intoxications graves: prise en charge en réanimation (L. Chevret, Bicêtre)

Conduite à tenir devant une intoxication aux urgences (H. Haas, Nice)

Nouvelles intoxications (G. Picherot, Nantes)

3-Enfant porteur de maladie chronique complexe dans le cadre du Réseau Mère-Enfant de la Francophonie (Robin Cremer et Dominique Ploin)

#### **3 - Le congrès SFMU 2004 (responsable Ch.Vitoux)**

Enseignement supérieur :

1-Comas de l'enfant (G.Chéron)

2- Etat de mal convulsif (I.Desguerre, Paris)

3- Atteintes neuromusculaires de l'enfant aux urgences (Y.Chaix, Toulouse)

Conférence sur les intoxications chez l'enfant :

1-Intoxications médicamenteuses chez l'enfant (L.Pedespan, Bordeaux)

2- Intoxications par les produits ménagers (P.Nisse, Lille)

3- Intoxications par les plantes (P .Saviuc, Grenoble)

Conférence sur la traumatologie de l'extrémité céphalique chez l'enfant :

1- Traumatisme dentaire et maxillaire (LF.Jacquelin, Reims)

2- Traumatisme de la face (dents exclues) (S.Bennaceur, Paris)

3-Traumatismes du rachis cervical (A.Soulie, Nantes)

Abords vasculaires en pédiatrie (JL.Chabernaud, Clamart)

Réhydratation en pédiatrie (A.Martinot, Lille)

## **Renouvellement des membres de la Commission :**

Vont partir : Christine Vitoux, proposition de remplacement par : Florence Moulin (Saint Vincent de Paul)

Sylvain Renolleau, proposition de remplacement par Laurent Chevret

Jean-Michel Liet, proposition de remplacement par Christèle Gras-Leguen (Nantes)

Robin Cremer, proposition de remplacement par : Odile Noizet (Lille)

Eric Dumas de la Roque souhaite partir et propose Olivier Brissaud (Réa pédiatrique Bordeaux)

Jean-Christophe Bouchut (SMUR pédiatrique Lyon) souhaite être membre.

Etant donné le nombre important de sortants, il serait souhaitable qu'Eric Dumas reste encore un an tout en prévoyant son remplacement par Olivier Brissaud.

L'année prochaine Yves Gillet, Hervé Haas et Eric Dumas seraient sortants.

Les statuts de la commission scientifiques

Des nouveaux statuts sont proposés par Etienne Javouhey au Bureau du GFRUP pour améliorer les fonctionnements de cette commission.

## **Commission d'évaluation de la SRLF**

Le GFRUP est représenté par Philippe Jovet.

Concernant la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM): les actes marqueurs de réanimation ont été définis. Il est impératif de coder au moins une fois dans le séjour les actes marqueurs apparaissant en rouge dans le fichier XL car ils permettent d'obtenir le forfait réanimation. Ce forfait a été créé afin de revaloriser les hôpitaux ayant un service de réanimation.

Par ailleurs, le GFRUP recommande de coder l'ensemble des 71 actes retenus par la commission d'évaluation de la SRLF. En effet, la saisie exhaustive de ces actes devrait permettre d'avoir une banque de données qui permettra de développer un score d'activité à usage interne ou permettant des échanges entre services ou avec les autorités de tutelles.

## **Arrêt de réanimation et fin de vie**

La SRLF a émis sa position et des propositions dans le débat sur une éventuelle modification de la législation portant sur l'euthanasie et la fin de vie en janvier 2004. Il est proposé d'ouvrir le débat au niveau du GFRUP et de valider un texte de recommandation.

## **Candidatures des nouveaux membres du GFRUP**

Les candidatures acceptées sont :

Le Dr Geoffroy de la Gastine actuellement CCA en réanimation au CHU de Caen.

Cécile Bost-Bru, CHU de Grenoble.

Guillaume Emeriaud, CCA au CHU de Grenoble

Laurent Chevret, PH, CHU Bicêtre

Christian Masri, CHU de Montpellier Gaëlle Sing, CH de Basse Terre, Guadeloupe

Jean-Christophe Bouchut, CHU de Lyon

Karim Jamal-Bey, CHU de Besançon

Chamouine Abdourahim, CHU de Besançon

La candidature de Roch Babimbissa du CHU de Cotonou au Bénin est en attente d'un parrainage pour être retenue.

## **Renouvellement du Conseil d'Administration du GFRUP**

Aucun renouvellement n'a été opéré cette année.

La dernière composition est la suivante :

Daniel Floret, président

Alain Martinot Vice Président

Vincent Flurin Secrétaire Général

Hervé Haas Secrétaire Général Adjoint

Gérard Thiriez Trésorier

Sylvain Renolleau

Philippe Jouvencel

Valérie Belin

Mohamed Hamlaoui  
Jacques Bataille  
Olivier Paut  
Patrick Gladys  
Invités

JC Mercier « past-président »

G Chéron « futur président »

6 membres devraient être renouvelés

Le mandat de Daniel Floret, qui avait été officiellement investi lors de la réunion de la SFP, il y a deux ans, se termine au printemps de cette année .

Lors de la réunion de la SFP de Lille au printemps, une nouvelle AG se réunira pour le renouvellement du CA en conformité avec les statuts et une réunion du nouveau CA pour désigner le nouveau président.

---

## **AG du vendredi 19 janvier 2001, à Paris**

### **Etaient présents :**

Al-huski Y, Astruc D, Batailles J, Biarent D, Cambonie G, Camboulives J, Cantagrel S, Chéron G, Dageville C, Delaporte B, Devictor D, Ensel P, Estournet B, Gouyon JB, Hamlaoui M, Jokic M, Lacroix J, Leclerc F, Lodé N, Mandel R, Martinot A, Mercier JC, Monin P, Paut O, Renolleau S, Sizun J, Thomachot L, Wroblewski I.

### **Rapport du Président - L'esprit de Montréal**

#### **Un esprit nouveau a soufflé sur Montréal...**

- Nous l'avons senti lors de la Journée francophone de Réanimation pédiatrique et néonatale et d'Urgences pédiatriques, à laquelle participaient plus de 120 francophones ;
- Nous l'avons ressenti lors de l'émouvante Cérémonie d'ouverture du 3e Congrès mondial illuminée par un hymne audio-visuel à l'enfant en trois langues : anglais, français et espagnol, par un hommage aux pionniers de la Réanimation pédiatrique dont notre maître Gilbert HUAULT, et une symphonie des jouets de Mozart jouée une kyrielle d'enfants ;
- Enfin, nous l'avons vécu à travers un véritable dynamisme francophone avec 58 des 544 abstracts, 4 des 14 " awards ", au milieu des 3.000 délégués représentant 75 pays !

#### **Quel a été le secret de cette réussite ?**

- Une union entre les diverses composantes de la Réanimation et des Urgences pédiatriques ;
- Une osmose entre les différentes générations et statuts (PU-PH, PH, CCA, DES/DIS...) ;
- Enfin, une rencontre du monde, de celui qui cherche et qui découvre comme de celui qui apprend et surmonte, comme il le peut, les défis de la pauvreté, de la faim ou du SIDA...

#### **Quelles leçons pour l'avenir ?**

- Notre spécialité, la Réanimation des enfants et l'Accueil des Urgences, ne prospérera que si elle est assez sage pour réunir nos différences et ne pas s'abîmer en de multiples spécificités allant de l'extrême prématuré à la réanimation d'organe, médicale ou chirurgicale... C'est la sagesse !
- Notre spécialité ne s'imposera que si les différentes générations qui la constituent s'impliquent ensemble dans une recherche expérimentale, physiologique ou biomoléculaire, et une recherche clinique cognitive ou des essais thérapeutiques de qualité.
- Enfin, notre spécialité ne s'épanouira que si elle s'implique dans un processus de " mondialisation " par des échanges nos collègues européens, du monde francophone, mais aussi anglophone...

#### **Quels défis pour demain ?**

1. Le GFRUP a besoin de votre implication personnelle : cotisation, participation dans son conseil d'administration, son conseil scientifique ou ses groupes de travail, proposition de nouvelles actions. Bien que beaucoup a été déjà fait (statuts, annuaires, bulletins, site internet, ), n'oubliez jamais que rien ne se fait tout seul ! Plus il y aura de bonnes volontés, notamment chez les plus jeunes, plus le GFRUP sera actif pour mieux vous servir...
2. Le GFRUP a contribué activement à créer le " Syndicat National des Pédiatres des Etablissements

Hospitaliers ". Tous ces pédiatres partagent en commun la gestion des urgences et la pénibilité des gardes. Il est vital que nous obtenions des pouvoirs publics une augmentation du nombre de pédiatres formés, sous peine d'un vieillissement des pédiatres et d'une marginalisation de notre spécialité. "

France, par qui veux-tu que tes enfants soient-ils soignés ?

3. Le GFRUP propose que tous les groupes français ou autres Sociétés savantes réfléchissent sur un recentrage, devenu nécessaire du fait de la concentration de l'industrie pharmaceutique, sur un nombre limité de manifestations scientifiques nationales ou internationales. Notre proposition serait que la participation du GFRUP se limite à la Journée pédiatrique de la SRLF, à la Journée de réanimation et d'urgences de la SFP, à la Journée de Recherche en Néonatalogie organisée par la FNPN, et à un seul congrès européen ou mondial par an. À terme, le regroupement des diverses Sociétés européennes de spécialités (ESPR, ESPNIC, ESPID, etc...) permettrait la fondation d'une " European Federation of Pediatric Societies/Society for Pediatric Research " analogue à l'AAP/SPR. La physiopathologie du développement constitue assurément l'ossature de la spécialité pédiatrique qui ne doit plus être éclatée en ses diverses sous-spécialités d'organes !

### **Quels projets concrets pour 2001 ?**

1. Le GFRUP propose de faire un large effort pour redéfinir les objectifs pédagogiques et améliorer l'attractivité du DESC de Réanimation pédiatrique auprès des DES de pédiatrie. Une réunion des coordinateurs doit être organisée en mars. L'idéal serait d'éditer un ouvrage de référence sous l'égide du GFRUP.

2. Le GFRUP souhaiterait renouveler l'expérience de Montréal, à une échelle plus modeste (20-30 participants), à l'occasion du 12th Joint Meeting of the ESPNIC und Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin in Lübesck 21-23 Juni 2001. La recherche de partenaires financiers est en cours. Enfin, le principe de préparer la candidature de la France, et plus spécifiquement de Paris, a été prise pour le 5th World Congress of Pediatric and Neonatal Intensive Care.

3. Enfin, le GFRUP souhaiterait favoriser la recherche clinique par des essais multicentriques, comme un possible essai de phase III testant l'hypothèse que le NO inhalé préviendrait la survenue ou atténuerait la sévérité de la BPD chez le prématuré

---

## **Election des nouveaux membres du Conseil d'administration**

### **Etaient démissionnaires**

Christian Dageville, Jacques Sizun, Michel Rodiere, Sylvain Cantagrel (en tant que jeune)

### **Etaient candidats et ont été élus**

Sylvain Cantagrel, Hôpital Gatien de Clocheville à Tours, [sylvain.cantagrel@med.univ-tours.fr](mailto:sylvain.cantagrel@med.univ-tours.fr)

Jacques Bataille, Hôpital Raymond Poincaré, à Garches [jacques.bataille@rpc.ap-hop-paris.fr](mailto:jacques.bataille@rpc.ap-hop-paris.fr)

Alain Martinot, Hôpital Jeanne de Flandre, à Lille [a-martinot@chru-lille.fr](mailto:a-martinot@chru-lille.fr)

Vincent Flurin, Hôpital du Mans

Valérie Belin (jeune), Hôpital Dupuytren à Limoges [valerie.belin@fnac.net](mailto:valerie.belin@fnac.net)

Olivier Paut, Hôpital de la Timone à Marseille [opaut@ap-hm.fr](mailto:opaut@ap-hm.fr)

Mohamed -Tahar HAMLAOUI, Hôpital Hussein-Dey, à Alger [hamlaouimohamed@yahoo.fr](mailto:hamlaouimohamed@yahoo.fr)

---

## **Rapport de la Commission Scientifique (S. Renolleau)**

### **Programmes présentés par le GFRUP aux prochaines réunions scientifiques :**

SFP 2001 : Asthme aigu grave :

Physiopathologie : C. Delacourt (Créteil)

Critères d'hospitalisation : N. Sannier (Paris)

Infections à germes atypiques et crise d'asthme C. Thumerelle (Lille)

Traitements médicamenteux M. Fayon (Bordeaux)

### **JPP 2001 - Table ronde : l'enfant brûlé**

Evaluation et régulation des appels. R. Cremer (Lille)

Soins aux Urgences et prise en charge chirurgicale . V. Voinchet (Marseille)

Analgsie C. Wood (Paris)

Réanimation JB. Dufourcq (Paris)

Devenir- Séquelles . V. Martineau (Lille)  
Prévention . J. Lavaut (Paris)

### **SRLF 2002 Conférenciers à préciser**

Conférence sur croissance et réparation alvéolaire (A. Clément ?)

Fin de vie en réanimation

Enfant immunodéprimé en réanimation

Atelier Déjeuner :

- Voies d'abord vasculaires

- Echo cardiaque

Atelier Biotechnologie : Ventilation mécanique

### **SFP 2002 :**

Gestion des méningites et méningo-encéphalites à liquide clair aux urgences :

participation GFRUP : Examens complémentaires, thromboses, infections nosocomiales

---

## **Rapport sur la participation du GFRUP au bureau SRLF de consensus (P. Jouvét)**

(uniquement les experts pédiatriques sont cités):

### **Activité 1999**

#### **19ème Conférence de consensus sur " Acidose métabolique "**

Experts : H Ogier de Baulny

Jury : B Delaporte, JC Mercier

#### **3ème RPC " Sédation en Réanimation "**

Groupe de travail : J Sizun

Lecture : R Carbajal, T Debillon, D Devictor, V Zupan

#### **1ère Recommandation d'experts " Monitoring continu des modes de ventilation artificielle "**

Experts : PH Jarreau, F Leclerc, JC Rozé, L Storme

### **Activité 2000**

#### **20ème Conférence de consensus sur " Corticothérapie lors du choc septique et du SDRA "**

Experts : JC Rozé, JM Tréluyer

Jury : P Daoud, F Huet

#### **2ème Recommandation d'experts " Maladie Thrombo-embolique veineuse chez le malade de réanimation "**

Experts : F Beaufils, P Pladys, N Schlegel, J Camboulines, G Orliaguet

### **Activité prévue en 2001**

#### **21ème Conférence de consensus sur " Sevrage de la ventilation mécanique "**

#### **3ème Recommandation d'experts " Isolement du malade de réanimation "**

#### **2ème actualisation de la Conférence de consensus sur " Asthme aigu grave en réanimation "**

A noter : le mandat des membres pédiatriques du Bureau de Consensus SRLF arrive à échéance en 2001 pour P. Jouvét et 2002 pour U Siméoni.

---

## **Note de D. Devictor, secrétaire général de l'ESPNIC**

Le prochain World Congress on Pediatric Intensive Care aura lieu à Buenos-Aires en Octobre 2003. A cette occasion, sera décidé le lieu du congrès suivant (a priori hors continent américain). La question est de savoir 1/ si le GFRUP se porte candidat pour l'organisation à Paris ; 2/ si une collaboration avec l'ESPNIC est envisagée dans le cadre de cette organisation. J. Lacroix a apporté certains renseignements concernant le congrès précédent à Montréal. L'avis général est assez favorable à une candidature française et/ou européenne.



---

## **Bilan du réseau EPIREAPED**

Le recueil des données concernant les bactériémies nosocomiales en réanimation néonatale et/ou pédiatrique a débuté en avril 1999.

28 services ont adhéré au réseau et 25 d'entre eux ont transmis des données complètes pour l'année entière. 4569 nouveau-nés (71 497 journées d'hospitalisation) et 1711 nourrissons et enfants (17 459 journées d'hospitalisation) ont été inclus.

Le rapport annuel a donc été édité et transmis aux services adhérents, lesquels ont pu comparer leurs propres résultats à ceux des autres participants.

Une réunion en novembre 2000 a rassemblé les binômes infirmier(e)-médecin de chaque unité pour analyser le rapport et proposer une méthodologie permettant des comparaisons inter service.

### **Au cours de cette réunion une discussion sur l'avenir du réseau a débouché sur 3 conclusions :**

1- Le recueil des données se poursuivra au minimum jusqu'à avril 2001, afin de clore la 2ème année.

2- Au delà de cette date les équipes devront à nouveau se déterminer sur leur volonté de poursuivre la surveillance en réseau ; si cet engagement ferme était pris par un nombre suffisant d'unités, le réseau continuerait à fonctionner, toujours avec le soutien de l'Institut Smithkline Beecham. Un sondage rapide a montré une grande détermination de la plupart des équipes à poursuivre le travail entrepris.

3- L'assemblée a souligné la nécessité de valoriser la base de données qui commence à être considérable ; un certain nombre de communications sont prévues.

Mais le comité de pilotage, à lui tout seul, ne pourra tirer tous les enseignements contenus dans cette base. Nous insistons sur le fait que cette base de données est disponible pour qui (infirmier(e) ou médecin) souhaiterait - bien sûr sous le contrôle du comité de pilotage - faire un travail infirmier ou médical en rapport avec les bactériémies nosocomiales en réanimation néonatale ou pédiatrique. Avis aux amateurs !

Par ailleurs, Philippe Hubert, au nom du comité de pilotage Reaped, appelle les services de réanimation affiliés au GFRUP à participer à l'enquête menée par REANIS : cette enquête est à télécharger sur le site Infectiologia : [www.infectiologia.glaxowellcome.fr](http://www.infectiologia.glaxowellcome.fr)

---

L'ordre du jour étant épuisé, l'assemblée générale se termine le 19 janvier 2001 vers 13h.