
RECOMMANDER
LES BONNES PRATIQUES

RECOMMANDATION

**Diagnostic et prise
en charge des
enfants avec un
syndrome post-
réanimation
(PICS-p)**

Adopté par le Collège le 10 juillet 2025

Les recommandations de bonne pratique (RBP) sont définies dans le champ de la santé comme des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données.

Les RBP sont des synthèses rigoureuses de l'état de l'art et des données de la science à un temps donné, décrites dans l'argumentaire scientifique. Elles ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans sa prise en charge du patient, qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette recommandation de bonne pratique a été élaborée selon la méthode résumée dans l'argumentaire scientifique et décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : Élaboration de recommandations de bonne pratique – Méthode recommandations pour la pratique clinique.

Les objectifs de cette recommandation, la population et les professionnels concernés par sa mise en œuvre sont brièvement présentés dans le descriptif de la publication et détaillés dans l'argumentaire scientifique.

Ce dernier ainsi que la synthèse de la recommandation sont téléchargeables sur www.has-sante.fr.

Grade des recommandations

A	Preuve scientifique établie Fondée sur des études de fort niveau de preuve (niveau de preuve 1) : essais comparatifs randomisés de forte puissance et sans biais majeur ou méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées.
B	Présomption scientifique Fondée sur une présomption scientifique fournie par des études de niveau intermédiaire de preuve (niveau de preuve 2), comme des essais comparatifs randomisés de faible puissance, des études comparatives non randomisées bien menées, des études de cohorte.
C	Faible niveau de preuve Fondée sur des études de moindre niveau de preuve, comme des études cas-témoins (niveau de preuve 3), des études rétrospectives, des séries de cas, des études comparatives comportant des biais importants (niveau de preuve 4).
AE	Accord d'experts En l'absence d'études, les recommandations sont fondées sur un accord entre experts du groupe de travail, après consultation du groupe de lecture. L'absence de gradation ne signifie pas que les recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit, en revanche, inciter à engager des études complémentaires.

Descriptif de la publication

Titre	Diagnostic et prise en charge des enfants avec un syndrome post-réanimation (PICS-p)
Méthode de travail	Fiche mémo
Objectif(s)	Élaboration d'une recommandation pour les professionnels de santé dans le but d'améliorer la prévention du PICS et la prise en charge des patients enfants avec un syndrome post-réanimation en termes de : – définition des patients enfants à risque de PICS ; – diagnostic de ces patients ; – prise en charge précoce et à long terme des PICS ; – parcours de soins. Élaboration d'un document à destination du patient, de sa famille ou de son entourage afin de les alerter sur ce syndrome post-réanimation et de les accompagner dans sa prise en charge par une orientation vers des professionnels de santé formés à ce syndrome.
Cibles concernées	Ces recommandations concernent tout patient enfant entrant en service de réanimation chez lequel un syndrome post-réanimation est suspecté ou diagnostiqué, et tout patient après un séjour hospitalier dans un service de réanimation. Elles sont destinées à l'ensemble des professionnels de santé prenant en charge ou qui vont être amenés à prendre en charge les patients enfants avec un syndrome PICS, notamment : médecins généralistes, médecins physiques et de réadaptation, médecins internistes, pneumologues, médecins réanimateurs, psychiatres, neurologues, médecins scolaires, ORL, infectiologues, médecins de soins de suite et réadaptation, chirurgiens cutanés/esthétiques, psychologues cliniciens, orthophonistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes.
Demandeur	Direction générale de l'offre de soins
Promoteur(s)	Haute Autorité de santé (HAS)
Pilotage du projet	Coordination : Mme Albane Mainguy, cheffe de projet, service des bonnes pratiques de la HAS (adjointe à la cheffe de service : Mme Christine Revel ; cheffe de service : Dr Morgane Le Bail) Assistante : Mme Laetitia Gourbail
Recherche documentaire	Cf. stratégie de recherche documentaire décrite en annexe 2 de l'argumentaire scientifique Réalisée par Mme Sophie Despeyroux, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols (cheffe du service documentation et veille : Mme Frédérique Pagès)
Auteurs	Auteurs de l'argumentaire : – Dr Judith Chareyre, chargée de projet, Bordeaux – Dr Marie Pouletty, chargée de projet, Paris Avec la participation du groupe de travail présidé par le Dr Michaël Levy (cf. liste à la fin du document)
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS. Elles sont consultables sur le site https://dpi.sante.gouv.fr. Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Pour son analyse, la HAS a également pris en compte la base « Transparence-Santé » qui impose aux industriels du secteur de la santé de rendre publics les conventions, les rémunérations et les avantages les liant aux acteurs

	du secteur de la santé. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail et les informations figurant dans la base « Transparence-Santé » ont été considérés comme étant compatibles avec la participation des experts au groupe de travail.
Validation	Version du 10 juillet 2025
Actualisation	
Autres formats	Argumentaire, fiche outil pour le médecin de premier recours

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur www.has-sante.fr 

Haute Autorité de santé – Service communication information
5, avenue du Stade de France – 93218 SAINT-DENIS LA PLAINE CEDEX. Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00
© Haute Autorité de santé – juillet 2025

Sommaire

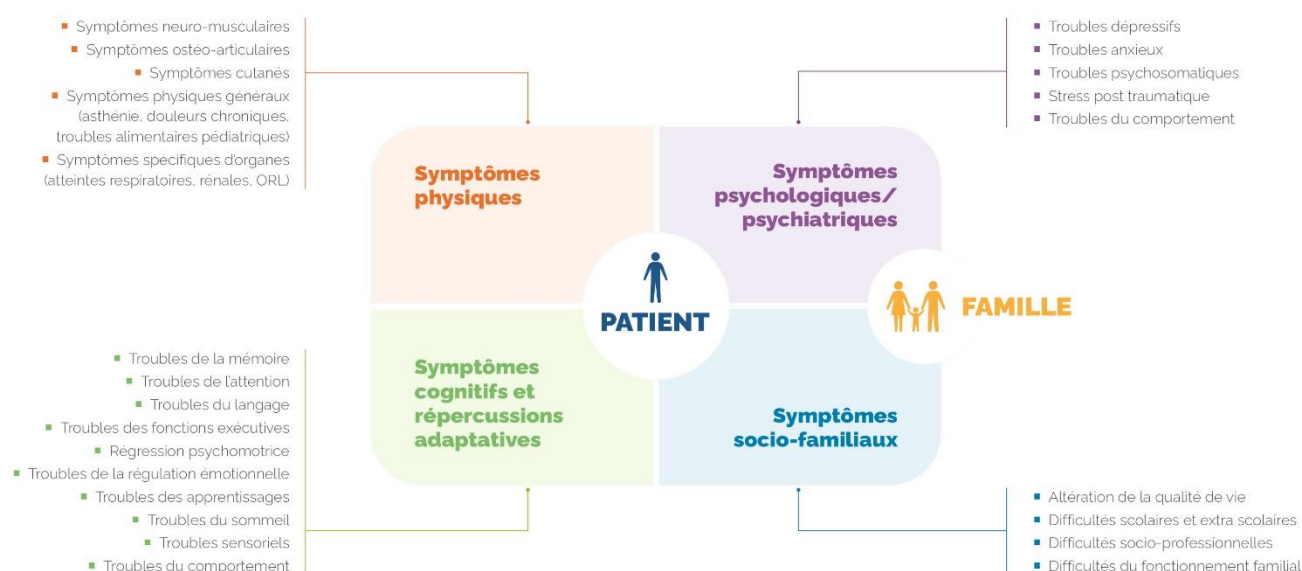
1. Qu'est-ce que le PICS-p ?	6
1.1. Quels sont les troubles associés à ce syndrome ?	6
1.2. Quels sont les patients à risque de développer ce type de syndrome ?	7
2. Comment prévenir pendant la réanimation la survenue ultérieure d'un syndrome post-réanimation pédiatrique ?	9
2.1. Prévention des symptômes physiques	9
2.2. Prévention des symptômes cognitifs	9
2.3. Prévention des symptômes psychologiques/psychiatriques	10
2.4. Prévention des symptômes socio-familiaux	11
3. Comment dépister et diagnostiquer un syndrome post-réanimation pédiatrique, pendant l'hospitalisation et en médecine de ville ?	12
4. Quelles informations (incluant la télésanté) doivent être transmises aux professionnels de santé de l'enfant ?	14
5. Comment prendre en charge les patients avec un syndrome post-réanimation pédiatrique ?	15
Participants	16

1. Qu'est-ce que le PICS-p ?

Le PICS-p (*Post-Intensive Care Syndrome in Pediatrics*) ou syndrome post-réanimation pédiatrique est un syndrome fréquent, défini par la survenue ou par l'aggravation, dans les suites d'un séjour en soins critiques pédiatriques (SCP), de symptômes physiques, cognitifs, psychologiques/psychiatriques et/ou socio-familiaux, pouvant entraîner des limitations d'activité, altérer la qualité de vie de l'enfant et de sa famille et désorganiser le schéma familial.

Ces symptômes concernent l'enfant et/ou ses parents, et/ou sa fratrie et/ou l'entourage familial proche. Ainsi, le PICS-*family* décrit chez l'adulte est intégré comme quatrième entité dans le concept de PICS-p.

Schéma n° 1. Définition du PICS-p



1.1. Quels sont les troubles associés à ce syndrome ?

Il est recommandé d'évoquer le diagnostic de PICS-p devant l'apparition *de novo* ou l'aggravation d'un ou de plusieurs des symptômes ci-dessous, persistant au décours de l'hospitalisation en soins critiques pédiatriques ou apparaissant dans les semaines, mois, années après l'hospitalisation :

- des symptômes physiques en rapport avec des atteintes d'ordre général (asthénie, douleurs chroniques, troubles alimentaires pédiatriques), neuro-musculaires, ostéo-articulaires, cutanées et/ou des atteintes plus spécifiques d'organes (respiratoires, rénales, ORL) (AE) ;
- des symptômes cognitifs (troubles de la mémoire, troubles du langage, troubles de l'attention/des fonctions exécutives, troubles de la compréhension, troubles de la régulation émotionnelle) et leurs répercussions adaptatives (troubles des apprentissages, troubles du comportement, troubles dans les relations interpersonnelles...) (AE) ;
- des symptômes psychologiques/psychiatriques pour l'enfant et sa famille (troubles anxieux, troubles dépressifs, stress post-traumatique, troubles psychosomatiques...) (AE) ;
- des symptômes socio-familiaux :

- de l'enfant : altération de la qualité de vie, difficulté de retour à l'école pouvant aller jusqu'au refus scolaire anxieux, difficultés dans l'environnement extrascolaire,
- de la famille : altération de la qualité de vie familiale ou du fonctionnement familial (parents et fratrie), et répercussion sur l'activité professionnelle des parents, isolement social.

Ces symptômes, en particulier lorsqu'ils sont multiples, peuvent entraîner des conséquences majeures sur la qualité de vie des patients et de leur famille, sur leur développement psychomoteur, leur autonomie et leur capacité à retourner à l'école pour les enfants et à retourner au travail pour les parents.

Les symptômes socio-familiaux peuvent avoir un impact direct négatif sur le devenir et la qualité de vie de l'enfant.

Enfin, contrairement à l'adulte, les parcours de récupération chez l'enfant qui est en développement constant sont plus hétérogènes. Ainsi, certains symptômes peuvent apparaître ou n'être décelés que plusieurs années après le séjour en SCP (après avoir éliminé toute autre cause sous-jacente).

1.2. Quels sont les patients à risque de développer ce type de syndrome ?

Le PICS-p peut survenir chez tout enfant ayant été hospitalisé en SCP. Néanmoins, il est recommandé de considérer les patients présentant un ou plusieurs des facteurs de risque suivants comme particulièrement à risque de le développer (AE).

Tableau n° 1. Facteurs de risque

Pré-admission	Liés au séjour et aux soins de réanimation	Après la sortie
– Jeune âge (< 1 an) – Maladie chronique et/ou congénitale – Manifestations psychologiques/psychiatriques ou traumatismes antérieurs chez l'enfant et sa famille (AE) – Bas niveau socio-économique – Qualité de l'environnement familial/affectif (AE)	– Admission non programmée – Score de gravité élevé (score PIM ou PRISM, PELOD 2, pSOFA) – Motif d'admission : sepsis/choc septique, arrêt cardiorespiratoire, SDRA, traumatisme crânien, méningo-encéphalite – Durée d'hospitalisation ≥ 3 jours – Ventilation mécanique prolongée ≥ 3 jours – Suppléance d'organe : épuration extrarénale, ECMO, soutien inotrope ou vasopresseur – Procédures invasives répétées – Sédation prolongée (benzodiazépines et opioïdes) – Delirium/confusion, syndrome de sevrage – Absence de parent ou de proche au chevet du patient (AE) – Absence d'accompagnement psychologique de l'enfant et des proches – Absence de prise en charge par une équipe pluridisciplinaire de rééducation	– Troubles psychologiques chez les parents secondaires au séjour – Absence de suivi médical et/ou paramédical

Aucun outil fiable de prédiction de la survenue d'un PICS-p à l'échelle individuelle ne peut être recommandé à l'heure actuelle. Ceci souligne l'importance de rechercher activement et de façon répétée ce syndrome chez tout patient ayant été hospitalisé en SCP, d'autant plus lorsqu'un ou plusieurs facteurs de risque sont présents (AE).

2. Comment prévenir pendant la réanimation la survenue ultérieure d'un syndrome post-réanimation pédiatrique ?

En SCP, il est recommandé de suivre le programme de bonnes pratiques ABCDEFGH (A "*Attention to Analgesia; Avoid oversedation; allow Awakening*" : favoriser les périodes d'éveil, B "*Spontaneous Breathing trials*" : favoriser la ventilation spontanée, C "*Choice of sedation and analgesia*" : choix de la sédation-analgésie, D "*Delirium prevention, surveillance, and management*" : prévention du delirium, E "*Early mobilization and Exercise*" : exercice/mobilisation précoce, F "*Family engagement and empowerment*" : impliquer la famille, G "*Good nutrition*" : nutrition, H "*Humanism*" : humanisme) (AE).

2.1. Prévention des symptômes physiques

Il est recommandé de mettre en place des protocoles de positionnement, d'installation, de nursing, et de mobilisation précoce, incluant les mobilisations passives, actives et les soins hors du lit (activité physique, mise dans les bras pour les nourrissons, mise au fauteuil pour les plus grands) (AE).

Cette rééducation peut être résumée en quatre points (grade C) :

1. Il est recommandé que la mobilisation soit évaluée précocement : idéalement dans les 24-72 h après l'admission en soins critiques.
2. Il est recommandé qu'elle soit individualisée et *a minima* quotidienne : adaptée à l'âge de l'enfant, son développement neuro et psychomoteur et sa pathologie (notion de « mobilité fonctionnelle » pédiatrique).
3. Il est recommandé qu'elle soit effectuée en sécurité, adaptée et compatible avec l'état de santé du patient.
4. Il est recommandé qu'elle soit organisée par une équipe pluridisciplinaire (équipe médicale, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, éducateurs, psychomotriciens, ergothérapeutes, infirmiers, aides-soignants...), en incluant dès que possible la participation des parents/proches du patient.

2.2. Prévention des symptômes cognitifs

L'optimisation par la réévaluation régulière pluriquotidienne de l'analgésie-sédation en SCP fait partie intégrante de la prévention des symptômes cognitifs de PICS-p (AE).

Elle se base sur :

- l'évaluation régulière du confort à l'aide d'échelles de sédation et de douleur adaptées (exemple de l'échelle de sédation COMFORT-B avec objectifs thérapeutiques clairement définis pour les patients sédatisés en ventilation mécanique, grade B) ;
- le dépistage du syndrome de sevrage à partir de 3 à 5 jours de sédation/analgésie à l'aide d'échelles adaptées comme le *Withdrawal Assessment Tool* (WAT-1) ou la *Sophia Observation Scale* (SOS partie sevrage) (grade C) ;
- la prévention et le traitement du syndrome de sevrage par l'utilisation de protocoles de sédation (recherche de la dose minimale efficace, réévaluation régulière du niveau de sédation et diminution/arrêt précoce selon l'état clinique) (grade C).

Il est recommandé de prendre en charge le delirium de façon multimodale (grade B) :

- le dépister précocement, à partir de 24 heures après l'admission, et de façon régulière, à l'aide d'échelles validées et adaptées (*Cornell Assessment of Pediatric Delirium* (CAPD), SOS PD, partie delirium) ;
- le prévenir et le traiter avec des mesures non pharmacologiques, ainsi qu'en utilisant des protocoles de sédation-analgésie visant à diminuer l'usage des benzodiazépines, en incluant les parents dans les soins.

2.3. Prévention des symptômes psychologiques/psychiatriques

La prévention des symptômes psychologiques/psychiatriques chez l'enfant est fortement intriquée à la prévention des mêmes symptômes chez ses parents et s'articule autour de trois éléments : la communication, l'environnement et le soutien psychosocial.

Communication

Il est recommandé de communiquer régulièrement avec le patient, quels que soient son âge et son développement, et avec ses parents :

- à travers des entretiens formalisés pour la restitution médicale en favorisant un interlocuteur privilégié (médecin référent) (AE) ;
- au quotidien, au lit du patient, même sédaté (AE) ;
- en utilisant des moyens de communication divers et adaptés à l'enfant, à son âge et à ses capacités de communication (grade B).

Environnement

Il est recommandé d'être attentif à l'environnement du patient et à son bien-être sensoriel (bruit, luminosité, installation, participation des parents aux soins) (AE).

Soutien psychosocial

Il est recommandé de mettre en place des mesures visant à diminuer l'anxiété chez le patient et ses parents pendant une hospitalisation en SCP et au décours (grade B).

Il est recommandé que l'organisation des unités de soins (géographique et fonctionnelle) permette la présence des parents 24 h/24 et 7 j/7 auprès de leur enfant (grade B). Il est recommandé d'encourager la présence des parents, de leurs substituts ou de tous dispositifs (marrainage, associations, proches) auprès de l'enfant afin de limiter les temps où l'enfant reste seul (AE).

Il est recommandé d'apporter un soutien psychologique régulier au patient et à ses parents, grâce à une rencontre préventive anticipée avec un(e) psychologue dédié(e) au service de SCP, et si besoin d'un ou d'une pédopsychiatre. Les patients les plus à risque devront être dépistés afin de prévenir le développement de l'état de stress post-traumatique (grade B).

Il est recommandé de faciliter la visite des fratries qui peut être bénéfique au patient, mais également à la fratrie et à sa famille. Il est recommandé que la première visite soit préparée en amont et que la fratrie soit accompagnée idéalement avec un ou une psychologue (AE).

2.4. Prévention des symptômes socio-familiaux

La prévention des symptômes chez les proches est fortement intriquée à la prévention des symptômes chez l'enfant.

Il est recommandé que les proches d'enfants hospitalisés en SCP fassent l'objet d'une attention particulière. Il est recommandé que l'organisation des unités de soins permette la présence des parents ou de leurs substituts 24 h/24 et 7 j/7 auprès de leur enfant s'ils le souhaitent. Leur présence doit être également possible lors des soins de réanimation (y compris : réanimation cardiopulmonaire, intubation, pose de cathéter) lorsque le contexte le permet, avec un accompagnement par un professionnel dédié (grade C). Il est également recommandé de les impliquer au maximum dans les soins de l'enfant (grade C).

Il est recommandé de leur apporter un soutien psychologique précoce et régulier lors de l'hospitalisation et au décours (grade C).

Il est recommandé d'évaluer les besoins d'un accompagnement par un ou une assistante sociale, quel que soit le statut socio-économique, afin de faciliter les démarches et les aides disponibles pour les parents pendant et après le séjour en SCP (AE).

La communication adaptée, précoce et répétée sur l'état clinique de leur enfant fait partie intégrante de la prévention du stress post-traumatique (grade C).

3. Comment dépister et diagnostiquer un syndrome post-réanimation pédiatrique, pendant l'hospitalisation et en médecine de ville ?

Le dépistage du PICS-p, chez les patients et leur famille, concerne tous les professionnels de santé amenés à voir le patient particulièrement dans l'année qui suit l'admission en SCP (AE).

Il est recommandé de proposer à titre systématique, chez tous les patients et leur famille, une évaluation clinique structurée et répétée dans le temps, visant à dépister l'apparition de symptômes de PICS-p (AE).

Cette évaluation devra intervenir (AE) :

- avant la sortie de SCP (pour les symptômes les plus précoces) ;
- au moment des périodes clés de transition dans le parcours du patient : sortie de SCP vers l'hospitalisation conventionnelle puis avant le retour à domicile ;
- dans les 3 mois qui suivent le retour à domicile ;
- sous la coordination du service de soins critiques pédiatriques idéalement.

L'interrogatoire et l'examen physique peuvent à eux seuls orienter vers un PICS-p. Il est recommandé de rechercher les symptômes chez les enfants et leurs familles (Figure 1. Fiche outil à destination du médecin de premier recours).

Aucun symptôme n'est pathognomonique du PICS-p, mais ils ont valeur de signe d'alerte et orientent vers un PICS-p lorsqu'ils persistent dans le temps ou impactent la vie de l'enfant et/ou de la famille (AE).

Il est également possible de s'aider d'un ensemble de scores et d'échelles pour le dépistage du PICS-p en complément de l'interrogatoire et de l'examen physique. Une évaluation sera réalisée de façon systématique avant la sortie de SCP, puis sera répétée au cours de la prise en charge. Le choix des tests à réaliser sera adapté à l'état clinique du patient (AE).

Tableau n° 2. Proposition d'échelles non exhaustive pour le dépistage du PICS-p selon les symptômes et l'âge

Symptôme du PICS-p	Exemples d'outils disponibles	Outils utilisables en médecine de ville
Physique	Échelles multimodales : <i>Pediatric Overall Performance Category scale</i> (POPC) : échelle de mesure de performance globale et du fonctionnement global Échelles de dépistage des troubles neuromoteurs : Test de marche de 6 minutes : mesurer la capacité « fonctionnelle » de marche sur une longue distance pendant 6 minutes <i>Timed up and go test</i> (TUG) : test chronométré du lever de la chaise	TUG pVHI

	Échelle de dépistage de troubles spécifiques d'organes : pVHi (dysphonie)	
Cognitif	<i>Pediatric Cerebral Performance Category scale</i> (PCPC) : échelle de mesure de la capacité cognitive globale	PCPC
Psychologique/psychiatrique	Échelles pédiatriques : <i>Young Child PTSD Checklist</i> (YCPC) : échelle de dépistage du stress post-traumatique (1 à 6 ans) <i>Child Revised Impact of Event Scale</i> (CRIES) : échelle de dépistage du stress post-traumatique (> 8 ans) <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> (HADS) : test de dépistage de l'anxiété et des symptômes dépressifs (> 13 ans)	Pour l'enfant : YCPC (1 à 6 ans) CRIES (> 8 ans) HADS (> 13 ans)
Socio-familial	– Échelles pédiatriques : Mesure de l'indépendance fonctionnelle pour enfants (MIF-mômes) <i>Pediatric Symptom Checklist</i> (PSC) : échelle de fonctionnement psychosocial – Échelles adultes utilisables chez les parents : <i>Post-traumatic stress Checklist</i> (PCL-5) : échelle de dépistage du stress post-traumatique de l'adulte <i>Patient Health Questionnaire-8</i> (PHQ-8) : symptômes dépressifs <i>Generalized Anxiety Disorder-7</i> (GAD 7) : symptômes anxieux	Pour les enfants : – MIF-mômes (> 6 mois) – PSC (> 4 ans) Pour les parents : GAD 2 (version courte) PHQ-2 (version courte) PCL-5
Échelles multimodales	<i>Strength and Difficulties Questionnaire</i> (SDQ) : échelle de santé mentale, de fonctionnement social, émotionnel et comportemental <i>Child Behaviour Checklist</i> (CBCL) : échelle comportementale de l'enfant fournissant une description standardisée des troubles émotionnels et comportementaux, ainsi que des compétences scolaires et sociales	SDQ (3 à 6 ans) CBCL (6-18 ans)

Chacune des échelles utilisables en médecine de ville est réalisable en 5 à 10 minutes. Elles sont disponibles gratuitement et facilement accessibles (échelles en annexe de l'argumentaire).

Bien que non validés dans le PICS-p, la MRC, le test de marche et le TUG permettent d'orienter le patient vers un suivi spécialisé si anormaux.

4. Quelles informations (incluant la télésanté) doivent être transmises aux professionnels de santé de l'enfant ?

Il est recommandé de remettre aux parents, à la sortie de SCP, un courrier, systématiquement adressé au médecin traitant (généraliste et/ou pédiatre) et aux spécialistes concernés. En fonction des circonstances, les parents seront encouragés à le transmettre au médecin de crèche, de PMI, scolaire et à tout autre professionnel de santé (AE).

Il est recommandé de promouvoir la bonne transmission des informations au cours du parcours de soins en faisant figurer systématiquement dans les courriers de sortie (AE) :

- le potentiel risque de développer un PICS-p et les modalités de réévaluation ;
- une description de la clinique à la sortie des patients ;
- le professionnel de santé référent au cours du séjour de SCP ou le professionnel de santé en charge des consultations de suivi hospitalier ;
- les recommandations de suivi spécifique au patient en post-SCP (consultations spécialisées, rééducation...).

Il est recommandé d'informer les parents et le patient, selon son âge, des différents symptômes évocateurs de PICS-p pouvant survenir au décours du séjour en SCP et de les inciter à consulter si nécessaire (AE).

Il est recommandé d'inciter les parents à prendre un rendez-vous systématique avec le médecin traitant de l'enfant (présentiel ou téléconsultation), dans le mois qui suit la sortie d'hospitalisation, quel que soit le risque de développer un PICS-p (AE).

5. Comment prendre en charge les patients avec un syndrome post-réanimation pédiatrique ?

Il est recommandé que le suivi des patients avec PICS-p soit réalisé par une équipe pluridisciplinaire (AE).

Pour cela, il est souhaitable :

- de mettre en place et coordonner les structures de soins et le suivi lors du retour à domicile ;
- d'identifier un programme de soins adapté : suivi ambulatoire coordonné autour d'un médecin traitant ou centre de rééducation si nécessaire, ou consultations post-réanimation dédiées, en milieu hospitalier dans les 3 à 6 mois après le retour à domicile ;
- de proposer la mise en place d'aménagements permettant d'optimiser la reprise de la scolarité, à l'aide d'un projet d'accueil individualisé (PAI) qui sera transmis par la famille et rédigé en concertation avec le médecin scolaire (AE) ;
- de mettre en place une orientation vers la MDPH, le cas échéant (AE).

Il est recommandé que ce suivi soit initié par un professionnel de santé hospitalier désigné, sensibilisé au PICS-p et disposant de l'ensemble des informations concernant la situation clinique du patient et sa prise en charge en SCP. L'objectif doit être un transfert de la coordination vers le médecin traitant (AE).

L'objectif de cette prise en charge est la restauration d'une dynamique familiale, sociale et scolaire, adaptée à l'âge et à la pathologie du patient, ainsi que l'amélioration de la qualité de vie de l'enfant et de sa famille (AE).

À l'attention des équipes de soins critiques pédiatriques

Il est recommandé de définir un référent médical du patient, qui puisse être contacté facilement par d'autres acteurs de soins (AE).

Il est recommandé de communiquer sur le PICS-p auprès des familles de patients en SCP : entretien avant la sortie de soins critiques pédiatriques, affichage, livrets, lettres adressées à la sortie (AE).

Il est recommandé d'identifier un personnel formé, référent PICS-p, au sein du service de SCP, dont le rôle sera de sensibiliser et former le personnel, de s'assurer de l'application des bonnes pratiques de réanimation (ABCDEFGH) (AE).

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans les groupes de travail/lecture :

Collège de la masso-kinésithérapie (CMK)*	Conseil national professionnel médecine intensive réanimation (CNP-MIR)*
Collège de la médecine générale (CMG)*	Conseil national professionnel ORL et chirurgie cervico-faciale (CNP ORL)*
Collège national professionnel de psychiatrie (CNPP)	Fédération française de pneumologie (FFP)*
Conseil national professionnel d'infectiologie – Fédération française d'infectiologie (CNP-FFI)*	Fédération française de psychiatrie
Conseil national professionnel d'anesthésie-réanimation et médecine péri-opératoire (CNP-ARMPO)*	Fédération française des psychologues et de psychologie (FFPP)*
Conseil national professionnel de l'ergothérapie*	Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie (Fnapsy)
Conseil national professionnel de maladies infectieuses et tropicales (CNP-MIT)*	France Assos Santé
Conseil national professionnel de médecine interne*	Société française de médecine physique et de réadaptation (Sofmer)
Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation (CNP de MPR)*	Société de pathologie infectieuse de langue française (Splif)
Conseil national professionnel de neurologie*	Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam)
Conseil national professionnel de pneumologie (CNPP)*	Union nationale pour le développement de la recherche et de l'évaluation en orthophonie (Unadreo)*
Conseil national professionnel d'orthophonie	
Conseil national professionnel infirmier (CNPI)*	

(*) Cet organisme a proposé un ou plusieurs experts pour ce projet

Groupe de travail

Dr Michael Lévy, pédiatre, président, Strasbourg

Dr Judith Chareyre, pédiatre, chargée de projet, Bordeaux

Dr Marie Pouletty, pédiatre, chargée de projet, Paris

Mme Albane Mainguy, cheffe de projet HAS, Saint-Denis

M. Mehdi Aoun Sebaiti, psychologue, Saint-Maur-des-Fossés

Mme Julie Brosolo, psychomotricienne, Pessac

Mme Chloé Berthaud, masseuse-kinésithérapeute, Issy-les-Moulineaux

Dr Anne Chevé, pédiatre, Brest

Dr Violaine Deneux, pédiatre, Bordeaux

Mme Lucie Eches, usagère du système de santé

Dr Caroline Genet, médecin scolaire et urgentiste pédiatre, Saint-Médard-en-Jalles

Dr Karine Kolev, pédiatre, Bron

Mme Antoinette Lejeune, orthophoniste, Bergues

Mme Delphine Micaelli, infirmière en pratique avancée, puéricultrice, Paris

Dr Luc Morin, pédiatre/réanimation médicale, Kremlin-Bicêtre

Mme Céline Ricignuolo, psychologue, Paris

Dr Jean-Charles Rossi, médecin généraliste, Chaville

Dr Denis Tiberghien, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Garches

Groupe de lecture

Dr Auxemery Yann, psychiatre, Paris	Dr Bénédicte Le Roux, pédiatre, Nantes
Dr Belaidi Laura, médecin généraliste, Saint-Médard-en-Jalles	Dr Nolwenn Le Saché, pédiatre, Montrouge
M. Corentin Bidou, ergothérapeute, Bordeaux	Dr Marie-Martine Lefèvre-Colau, médecin de médecine physique et de réadaptation, Paris
Mme Sandrine Birsan, psychologue, Bordeaux	Dr Anne Lourdais, médecin de l'Éducation nationale, Rennes
Dr Karine Bismuth, médecin généraliste, Mérignac	Dr Jennifer Luizard, médecin généraliste, Sainte-Foy-lès-Lyon
Mme Alice Bocquier, masseuse-kinésithérapeute, Bordeaux	Dr Romain Luscan, ORL, Paris
Dr Michel Botbol, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Paris	Mme Gaëlle Marguin, usagère du système de santé
Mme Caroline Bouilhol, orthophoniste, Grenoble	Dr Clémence Marois, neurologue réanimatrice, Paris
Dr Sophie Breining, pédiatre, Toulouse	Dr Camille Marteau, pédiatre, Strasbourg
Pr Olivier Brissaud, pédiatre, Bordeaux	Mme Maëlle Meunier, infirmière, Floirac
M. Nicolas Brocandel, ergothérapeute, La Garde	Dr Christophe Milesi, pédiatre réanimateur, Montpellier
Dr David Brossier, pédiatre, Caen	Dr Guillaume Mortamet, pédiatre réanimateur, Grenoble
Mme Julie Brugière, psychomotricienne, Saint-Médard-en-Jalles	Mme Élodie Moulin, psychomotricienne, Le Kremlin-Bicêtre
Dr Pierre Canoui, psychiatre de l'enfant et de l'adolescent, Paris	Mme Béatrice Navarro, psychologue, Sucy-en-Brie
M. Jean Chevanne, masseur-kinésithérapeute, Marseille	Mme Lisa Paillau, assistante sociale, Garches
Dr Margot Combet, réanimatrice, Paris	M. Marco Paradiso, psychologue, Bordeaux
Dr Alice De Pellegars-Malhortie, pédiatre, Angers	Dr Noëlle Perrin, médecin de l'Éducation nationale, Versailles
Pr Stephan Ehrmann, médecin en médecine intensive - réanimation, Tours	Mme Sandrine Perrin, infirmière puéricultrice, Garches
Dr Aben Essid, pédiatre, Garches	Mme Marie Piccardi, ergothérapeute, Bordeaux
Mme Olga Fostini, psychologue, Paris	M. Yan Prenat, psychologue, Bordeaux
Mme Zina Ghelab, infirmière en pratique avancée, Paris	Dr Jérôme Rambaud, pédiatre, Paris
Mme Claire-Emmanuelle Guinoiseau, infirmière, Paris	Mme Rina Raviv, psychologue, Rueil-Malmaison
Dr Alice Hadchouel, pneumo-pédiatre, Paris	Dr Matthieu Revest, infectiologue, Rennes
Dr Nicolas Joram, pédiatre, Nantes	Mme Hélène Samson, psychologue, Bruges
Dr Manoëlle Kossorotoff, pédiatre, Paris	Mme Sophie Spatafora, psychologue, Bordeaux
	Dr Tom Toin, pédiatre, Bron
	Dr Justine Zini, pédiatre, Garches

Remerciements

La HAS tient à remercier l'ensemble des participants cités ci-dessus.

Retrouvez tous nos travaux sur
www.has-sante.fr

