

# LE SROS DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT ET LA PRATIQUE DE L'ANESTHÉSIE PÉDIATRIQUE

TEXTE APPROUVE EN 2008 PAR LES CONSEILS D'ADMINISTRATION DE L'ADARPEF ET DE LA SFAR

Les SROS de troisième génération et le rôle des sociétés savantes dans leur mise en application ne sont pas toujours bien compris et inquiètent certains praticiens désireux d'initier ou de poursuivre une activité en anesthésie pédiatrique. Pour répondre à cette inquiétude, la Sfar et l'Adarpef tiennent à apporter quelques précisions.

L'organisation des nouveaux SROS de l'enfant et de l'adolescent est définie par une circulaire du 28 octobre 2004 [1], élaborée après consultation des sociétés savantes. La circulaire indique que chaque ARH désigne une commission «santé de l'enfant et de l'adolescent». Cette commission est composée d'un certain nombre d'anesthésistes-réanimateurs spécialisés dans la prise en charge des enfants. La méthodologie s'appuie sur les travaux des sociétés savantes, principalement mais non exclusivement, en matière d'anesthésie-réanimation pédiatrique. Une de ses missions est de structurer l'offre de soins de chirurgie et d'ORL pédiatrique par territoire de santé.

Cette mission est effectuée selon une graduation et une répartition des activités tenant compte des besoins de la population, de la situation existante et de l'existence d'un réseau de transport adéquat. L'anesthésie pédiatrique se trouve donc au cœur de ces discussions. Deux types d'établissements pratiquant l'anesthésie pédiatrique peuvent ainsi être définis : les centres de proximité et les centres spécialisés. Ils assurent deux niveaux de prise en charge complémentaires.

Les centres de proximité ont vocation à prendre en charge les enfants de plus de 3 ans, à condition de respecter un seuil minimal d'activité pédiatrique et de posséder un espace d'hospitalisation dédié aux enfants. Ils peuvent également prendre en charge des patients âgés de 1 à 3 ans en cas d'activité pédiatrique hebdomadaire régulière du chirurgien et de l'anesthésiste-réanimateur. Ils peuvent aussi assurer en routine certaines pathologies de l'enfant de moins d'un an après avis favorable de l'ARH et du réseau de chirurgie de l'enfant...encore à créer dans bien des régions.

Les centres spécialisés sont identifiés par la commission régionale «santé de l'enfant et de l'adolescent». Cette définition tient compte de leurs missions, des besoins de la population, de la compétence chirurgicale et anesthésique des équipes, des plateaux techniques, des pathologies et des actes par tranches d'âges et de l'organisation de la permanence des soins. Ils possèdent un service de chirurgie pédiatrique individualisé. Ils prennent en charge tous les enfants quel que soit leur âge. Certains ont une vocation régionale ou interrégionale. Ces centres spécialisés peuvent appartenir à des CHU ou à des établissements de santé non universitaires, publics ou privés.

La Sfar et l'Adarpef ont pris acte du nouveau schéma d'organisation en chirurgie/ORL/anesthésie pédiatrique. Elles ont constaté l'abandon de la tendance ancienne au regroupement géographique de l'anesthésie pédiatrique. Ce regroupement avait des limites susceptibles de poser à moyen terme un problème de santé publique pour la chirurgie courante et la petite traumatologie de l'enfant qui n'était plus réalisée que dans quelques grands centres pédiatriques. La Sfar et l'Adarpef rappellent les recommandations sur les structures et le matériel pour l'anesthésie pédiatrique [2] et celles sur le maintien des connaissances en anesthésie pédiatrique [3]. L'objectif principal des ces recommandations est le maintien d'un haut niveau de sécurité pour l'enfant anesthésié. Ces recommandations font partie des travaux des sociétés savantes sur lesquels les ARH doivent s'appuyer. Leur application passe par une politique de réseau, une maîtrise des risques et une rationalisation des soins. Une mise à jour théorique et pratique régulière, détaillée en 2005 par l'Adarpef, la Sfar et le Cfar, est recommandée. La pratique occasionnelle doit être exclue. Un volume suffisant d'activité doit être recherché sans qu'un quelconque quota d'actes soit recommandé, car cette démarche, expérimentée à l'étranger, a fait la preuve de son manque de réalisme. Le rôle moteur des CHU dans la formation continue en anesthésie pédiatrique doit être souligné. Les structures et les matériels recommandés en anesthésie pédiatrique doivent répondre à des critères simples. Le but de ces

recommandations n'est pas de créer un monopole d'activité dans des grands centres, mais de définir un standard pour l'anesthésie pédiatrique ayant comme premier souci de garantir la sécurité des enfants. Elles proposent des modes de fonctionnement qui tiennent compte de l'économie et des différents modes d'exercice de l'anesthésie et de la chirurgie pédiatrique. La Sfar et l'Adarpef rappellent que ces dispositions ne s'appliquent pas dans certains cas d'urgence ou l'anesthésiste peut être sollicité pour réaliser un acte avec lequel il n'est pas familier. Son attitude doit alors être guidée par une analyse scrupuleuse du rapport bénéfice/risque d'une anesthésie réalisée en milieu non spécialisé par rapport à transfert délicat vers un centre de référence.

En résumé, le SROS de chirurgie/ORL/anesthésie pédiatrique vise à une meilleure répartition de l'anesthésie des enfants dans une région donnée. Les sociétés savantes n'ont qu'un rôle consultatif en la matière. Le SROS est élaboré par les ARH après avis d'une commission au sein de laquelle les anesthésistes pédiatriques ne manquent pas de faire valoir leur point de vue. L'élaboration est cadrée par une circulaire qui a été rédigée dans un esprit d'ouverture le 28 octobre 2004. Elle doit tenir compte de l'existant et des situations locales. Elle doit entre autres s'appuyer sur les recommandations éditées par la Sfar et l'Adarpef qui visent un haut niveau de sécurité. Dans la mesure où le besoin est réel, tout établissement de santé qui en fait la demande et qui répond aux normes et recommandations peut prétendre à être classé en établissement spécialisé. Pour certaines pathologies courantes, un établissement de proximité peut prendre en charge l'anesthésie réglée des enfants ASA I et II de moins de 3 ans et même dans certains cas de moins de un an. Cette dernière prise en charge nécessite l'accord de l'ARH après avis du réseau de chirurgie de l'enfant s'il existe. L'accord est conditionné par une pratique au moins hebdomadaire pour tous les soignants et par une organisation satisfaisante de la continuité et de la sécurité des soins notamment par le biais d'une mise en réseau. Bien conduit, un tel maillage présente l'avantage d'éviter aux familles des déplacements inutiles, de maintenir un niveau d'expertise adéquat en anesthésie pédiatrique dans de nombreux établissements et de soulager les centres spécialisés régionaux ou interrégionaux d'une partie de l'activité courante en leur laissant plus de liberté pour mener à bien leur mission de recherche, de recours, d'encadrement et de prise en charge des cas les plus lourds et les plus délicats.

Ces efforts nécessaires ne doivent pas occulter la faiblesse de l'investissement social dans la prise en charge des enfants handicapés. Le CCNE en appelle à la responsabilité de la société pour la correction de cette carence.

## Références

[1] CIRCULAIRE N°517/DHOS/O1/DGS/DGAS du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent.

[2] Aknin P, Bazin , Bing J, Courrèges P, Dalens B, Devos AM, et al. Sfar. Recommandations sur les structures et le matériel de l'anesthésie pédiatrique. Ann Fr Anesth Réanim 2000 ;19:168-72

[3] Courrèges P, Ecoffey C, Galloux Y, Goumard D, Orliaguet G, Yavordios PG. Recommandations sur le maintien des compétences en anesthésie pédiatrique. Ann Fr Anesth Réanim 2006; 25 : 353 - 5