

CAHIER DES CHARGES D'UN CENTRE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE DE PROXIMITE

Le présent cahier des charges devra être réactualisé au fur et à mesure des évolutions de la réglementation (législative et réglementaire), des recommandations des sociétés savantes.

I- Préalable et références

1-1- Réf.: circulaire DHOS du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent (page 5) et annexes (pages 19-21)

1-2- En dehors des situations caricaturales la notion de poids de l'enfant ne sera pas retenue comme critère d'exclusion, l'âge par contre permettra de différencier 2 populations : moins de 1 an ; plus de 1 ans.

1-3- Les centres de chirurgie pédiatrique non spécialisés sont appelés dans cette circulaire, centre de chirurgie pédiatrique de proximité et nous nous proposons d'employer ce terme pour garder la lisibilité administrative de nos définitions.

1-4- contractualisation

Le principe de cette classification

- Centre de chirurgie pédiatrique de recours
- Centre de chirurgie pédiatrique spécialisé
- Centre de chirurgie pédiatrique de proximité

suppose une **contractualisation pragmatique et formalisée** entre ces trois types de structure = un avis doit pouvoir être demandé à tout moment au centre spécialisé ou de recours concernant la prise en charge chirurgicale d'un enfant (appel téléphonique, transmission d'images,...)

Cette liaison permanente au travers d'un véritable réseau régional de chirurgie pédiatrique doit être connue des professionnels et du grand public.

II- Comment s'organise un "Centre de chirurgie pédiatrique de proximité "

2-1 LES ETABLISSEMENTS

Il peut s'agir soit :

- d'établissement ayant un secteur (service ou unité) pédiatrique
- d'établissement sans secteur mais avec une prestation pédiatrique précisée

2-2 LES MOYENS MIS EN OEUVRE

- Une astreinte organisée de pédiatrie 24H /24H
- Une salle d'opération plus particulièrement affectée aux interventions pédiatriques avec du matériel spécifique adapté à l'âge et au poids des enfants à opérer (masques, canules, lames de laryngoscopes, ballons, respirateurs...)
- Un chariot d'urgence spécifique "enfants"
- Un secteur particulièrement organisé pour la prise en charge des enfants en SSPI pourvu de matériel spécifique et de personnel formé notamment dans le cadre du réseau.
- Un secteur d'hospitalisation organisé et identifié pour la prise en charge des enfants avec un personnel formé à cette prise en charge notamment dans le cadre du réseau.
- Pour la prise en charge ambulatoire celle ci doit reposer sur une organisation spécifique et particulièrement adaptée dans le temps ou dans l'espace reposant sur du personnel formé et du matériel adéquat.

2-3 ACTIVITE D'UN CENTRE DE CHIRURGIE PEDIATRIQUE DE PROXIMITE

Préambule

Nous rappelons que pour garantir la sécurité et la qualité de la pratique de la chirurgie de l'enfant tout en favorisant une prise en charge de proximité, ce sont les moyens mis en œuvre qui priment et qui définissent les possibilités chirurgicales au sein d'un centre de chirurgie pédiatrique de proximité.

Cependant, ce cadre général doit s'adapter aux conditions locales particulières compte tenu des compétences, des expériences et des moyens locaux afin de définir avec le réseau (bureau et assemblée générale) le périmètre d'activité de chaque centre dans les conditions prévues à l'Article 19 de la Convention.

Ce périmètre pouvant être revu en raison de changements survenant dans la structure ou dans les compétences de chaque centre.

Dans les situations d'urgence où le pronostic vital est engagé, la décision de la prise en charge sur place sera prise après avis du centre spécialisé ou de recours sinon le transfert sera décidé d'un commun accord.

Centre de chirurgie pédiatrique de proximité

Le centre de proximité peut prendre en charge des enfants à partir de l'âge de 1 an. Sauf spécialisation particulière validée par le réseau, il ne peut faire aucun acte nécessitant une réanimation pédiatrique prévisible, ou ceux nécessitant une équipe pluridisciplinaire pédiatrique (Ex : tumeurs malignes...), une technologie particulière et en accord avec les recommandations (PES et scoliose...) et les brûlures du deuxième et/ou du troisième degré dont la superficie est supérieure à 5% avant 1 an et supérieure à 10% après 1 an.

Nous rappelons pour les enfants de 1 à 3 ans (et au-delà pour ceux porteur d'une pathologie complexe), en ce qui concerne la prise en charge de la chirurgie non programmée (hors reprises opératoires), des pathologies spécifiques et de la traumatologie complexe, que le pédiatre doit être consulté en cas de nécessité et que les actes sont décidés par accord entre pédiatre, anesthésiste et chirurgien. En l'absence d'accord l'enfant est transféré vers un centre spécialisé ou de recours après échange avec le chirurgien pédiatre de ce centre.

Chirurgie viscérale et plastique

- **A titre indicatif**, les actes de chirurgie viscérale et plastique suivants peuvent y être pratiqués :

Oreille décollée, gynécomastie, hernie ombilicale, hernie épigastrique, diverticule de Meckel, appendicectomie, abcès et fistules anales, pathologie inguino-scrotale après l'âge de 1 an (hernie inguinale, ectopie testiculaire, kyste du cordon, hydrocèle et torsion du testicule), phimosis...

Chirurgie traumatologique

- **A titre indicatif**, les actes de chirurgie traumatologique suivants peuvent y être pratiqués :
Toutes les plaies y compris sous anesthésie générale, les fractures fermées déplacées ou non, les entorses.

Pour toute autre pathologie traumatique il sera convenu pour chaque centre de chirurgie pédiatrique de proximité, dans le cadre de la définition de son périmètre d'activité (fonction de ses compétences, ressources...), les pathologies susceptibles d'y être prises en charge. A cet effet, il sera élaboré un cadre de référence qui servira aux discussions sur le périmètre d'activité.

A titre indicatif concernant les pathologies d'urgence : les poly traumatismes, les fractures du coude stade III et IV, les traumatismes graves de la main nécessitant la microchirurgie, les traumatismes graves du rachis, les fractures ouvertes ou avec une complication vasculo-nerveuse, pathologie infectieuse osseuse nécessitent un accord du réseau.

La pathologie orthopédique de l'enfant de moins de 3 ans relève en général d'un centre de chirurgie pédiatrique spécialisée ou de recours.

Ophthalmologie

- Un centre de chirurgie pédiatrique de proximité, à titre indicatif, peut faire après 1 an :
Les interventions sur les voies lacrymales, les examens sous anesthésie générale. Après 3 ans : les plaies oculaires et les strabismes.

Pour toute autre pathologie ophtalmologique, il sera convenu pour chaque centre de chirurgie pédiatrique de proximité, dans le cadre de la définition de son périmètre d'activité (fonction de ses compétences, ressources ...), les pathologies susceptibles d'y être prises en charge. A cet effet, il sera élaboré un cadre de référence qui servira aux discussions sur le périmètre d'activité.

ORL, Maxillo-facial et Plastique

- **Proposition d'actes chirurgicaux pour les centres de proximité (à titre indicatif et pour des enfants de plus de 1 an) :**

Adénoïdectomie, amygdalectomie.

Paracentèse, aérateurs trans-tympaniques.

Cautérisations nasales.

Réduction de fracture des os propres du nez, traumatologie cervico-faciale courante.

Plastie des freins de langue et de lèvre.

Avulsion dentaire.

Stomatologie courante.

- **Après l'âge de 3 ans :**

l'exérèse des kystes et fistules du cou, la chirurgie de l'oreille moyenne et externe, y compris la chirurgie de réhabilitation de l'audition,

la chirurgie rhino-sinusienne, cervicale et de l'axe trachéo-laryngé,

la chirurgie plastique cervico-faciale,

les exérèses de naevi et autres lésions cutanées,

la chirurgie des cicatrices chéloïdes,

la chirurgie des pathologies infectieuses graves, à type de mastoïdite, cellulite cervicale, ethmoïdite.

Cependant, des modifications dans la prise en charge peuvent intervenir en fonction des compétences et moyens après accord écrit avec le réseau dans les conditions définies à l'Article 19 de la convention.

III- Les compétences requises

Pour le chirurgien non pédiatre au minimum une formation initiale chirurgicale pédiatrique de 6 mois ou validée par le réseau et la participation à un système de formation continue proposée ou reconnue par le réseau.

Pour l'anesthésiste, une pratique régulière de l'anesthésie de l'enfant et la participation à un système de formation continue notamment celle proposée ou reconnue par le réseau.

Par ailleurs, il est souhaitable dans les secteurs plus particulièrement organisés pour la prise en charge des enfants en hospitalisation et en SSPI que du personnel paramédical expérimenté ou formé, notamment par le réseau et dont la compétence est entretenue par une formation continue régulière soit présent.

Par ailleurs, il est souligné qu'en dernier ressort, et après avis spécialisé pédiatrique éventuel, c'est l'anesthésiste et le chirurgien qui en concertation avec le pédiatre décident collégalement s'ils prennent ou non la responsabilité d'endormir et d'opérer l'enfant dans ce centre de chirurgie pédiatrique.

IV- La formation

L'organisation de la formation continue est de la compétence du Réseau Régional de Chirurgie pédiatrique dont le cœur reste le Centre de recours du Centre Hospitalier Régional.

V- Conclusion

1. Organiser un véritable réseau régional de chirurgie pédiatrique contractualisé, connu des professionnels et du grand public.
2. Formaliser par une procédure validée avec le secteur des urgences l'accueil non programmé des enfants, leur surveillance et l'éventuelle réévaluation de décision thérapeutique.
3. Un pédiatre référent pour chaque centre et compétences et formations entretenues des chirurgiens et des anesthésistes mais également des personnels paramédicaux.
4. Transfert en centre spécialisé systématique pour les moins de un an et ciblé pour les plus de un an.