

**Assises de la Pédiatrie**  
Propositions du SNPHARE  
pour l'anesthésie-réanimation pédiatrique

---

**Axe 1**

**1. Garantir à tous les enfants un parcours de santé de qualité et sans rupture** (Pilotes : J. Chastang, C. Eury, A. Ryckewaert, A. Werner) ;

Objectifs :

- *Organiser/Améliorer le suivi des enfants en bonne santé.*
- *Améliorer la prise en charge des maladies aiguës communautaires selon leur gravité.*
- *Sécuriser les conditions de naissance dans toutes les régions et H24/7*
- *Renforcer la promotion de la santé dans tous les lieux de vie des enfants, et améliorer la coordination des acteurs*
- *Adapter le cadre réglementaire et financier aux singularités de la pédiatrie.*

**- Parcours de soin de l'enfant opéré / sur un plateau technique :**

- Objectifs :
  - Eviter : angoisse pré-opératoire, mauvais souvenir de l'hôpital
  - Prévenir les troubles du comportement post-opératoire
- Gagner collaboration de l'enfant qui devient acteur de sa prise en charge
  - Familiarisation avec le lieu d'hospitalisation et le plateau technique
    - En amont de l'hospitalisation pour les soins programmés
    - Livrets d'accueils ou plutôt vidéos (lors de toute consultation précédant l'hospitalisation) □ communication au niveau national et / ou institutionnelle : au niveau de l'établissement, dégager un financement, des moyens (compétences en communication / video) et du temps pour les équipes dans le cadre d'un projet de service / de pôle / de bloc opératoire.
    - Description des lieux, du parcours dans l'hôpital (si enfant opéré) : chemin, mode de transport (brancardage / petites voitures etc.), signalétique intra-hospitalière.
  - Lutter contre l'angoisse des parents (vidéos ad hoc pour les parents ?)
  - Intérêt des techniques d'hypnose (et de la formation de l'ensemble du personnel, sans aller jusqu'à l'hypnose formelle mais au moins au discours d'inspiration hypnotique et aux notions d'hypno-analgésie)
  - Préciser : accès à la télévision, à internet...
  - Habillage des murs et des sols (souvent déjà fait), y compris dans hôpitaux pour adultes.

## CONTRIBUTION DU SYNDICAT NATIONAL DES PRATICIENS HOSPITALIERS ANESTHESISTES-REANIMATEURS, ELARGI AUX AUTRES SPECIALITES, AUX ASSISES DE LA PEDIATRIE

- Préciser (bloc opératoire) les endroits « interdits aux parents », expliquer le pourquoi des tenues de bloc opératoire, le scope, l'Emla pour la ponction veineuse etc. filmer une induction anesthésique etc.
- Jeûne préopératoire : information des professionnels (notamment services accueillant enfants et adultes, ex : chirurgie ambulatoire)
- Programmation : en début de programme autant que possible, et en prenant en compte les spécificités liés à l'âge pour la durée prévisible du séjour en salle d'opération de l'enfant (notamment, installation plus longue, mise en confiance etc.)
- Information en temps réel de l'enfant et des parent sur les délais d'attente avant le bloc opératoire, adaptation des horaires de jeûne (liquides claires) pour éviter jeûne strict prolongé (facteur d'angoisse et de difficultés de perfusion)
- L'anesthésie est une situation à risque. Définir clairement les besoins minimaux en professionnels de l'anesthésie, en tenant compte des données de la littérature sur le surrisque liée à l'enfant petit et à l'absence d'IADE en salle, et à la situation de vulnérabilité des professionnels qui ont une activité pédiatrique minoritaire.

	<b>Secteur à activité exclusivement ou majoritairement pédiatrique</b>	<b>Secteur à activité pédiatrique minoritaire</b>
<b>Enfant &gt; 8 ans, ASA 1-2</b>	1 MAR sur une ou deux salles + 1 IADE en salle	
<b>Enfant &gt; 8 ans, ASA &gt; 2</b>	1 MAR sur une ou deux salles + 1 IADE en salle	Pas de prise en charge sauf urgence vitale
<b>Enfant &lt; 8 ans, ASA 1-2</b>	1 MAR sur une ou deux salles + 1 IADE en salle	1 MAR sur une seule salle + 1 IADE en salle
<b>Enfant &lt; 8 ans, ASA &gt; 2</b>	1 MAR sur une ou deux salles + 1 IADE en salle	Pas de prise en charge sauf urgence vitale
<b>Enfant &lt; 3 ans, ASA 1-2</b>	1 MAR sur une ou deux salles + 1 IADE en salle	1 MAR sur une seule salle + 1 IADE en salle
<b>Enfant &lt; 3 ans, ASA &gt; 2</b>	1 MAR sur une ou deux salles + 1 IADE en salle	Pas de prise en charge sauf urgence vitale
<b>Enfant &lt; 1 an et/ou &lt; 10 kg</b>	1 MAR sur une salle + 1 IADE en salle	Pas de prise en charge sauf urgence vitale

- « Récompenses » cf. expérience des associations « Les P'tits Doudous » (qu'il faut interroger +++)
- Formation des professionnels des services de pédiatrie au « post-opératoire » ; stage d'une semaine (ou plus) au bloc opératoire

pédiatrique pour tout professionnel médical et paramédical entrant dans un service de pédiatrie

- Hébergement dans les services adultes
  - Possible pour des adolescents, mais dans des conditions aménagées : chambre seule, ou double avec un autre adolescent
  - Formation des professionnels et adaptation aux besoins spécifiques des adolescents
- Consultations
  - Avoir du temps et un espace adapté
  - Consultations délocalisées : limiter au maximum les consultations délocalisées, qui entraîne des ruptures de parcours (équipes différentes, locaux différents) : ces consultations doivent être l'objet de conventions entre les professionnels, et permettre également à l'enfant et ses parents de se familiariser avec l'établissement où aura lieu l'intervention.
  - Téléconsultation : limiter le recours à la téléconsultation, qui nécessite un maintien de l'attention de l'enfant (et des parents) jamais obtenu sur toute la durée de la consultation. Les situations de recours à la téléconsultation pourraient être
    - L'enfant qui vient régulièrement au bloc opératoire pour un problème de santé chronique
    - L'enfant qui est déjà venu en consultation d'anesthésie et dont la chirurgie doit être reportée
- **IVG chez la mineure**
  - Le sujet du consentement doit être réexaminé. En effet, les mineures ont l'autorité parentale et peuvent consentir aux soins pour leurs enfants mais ne peuvent pas consentir aux soins pour elles-mêmes, ce qui est paradoxal
  - Proposition : déplacer l'âge nécessitant une autorisation d'opérer parentale (en gardant la présence d'une personne « accompagnante ») de 18 ans à 15 ans et 3 mois pour les mineures demandeuses d'IVG ; ceci simplifierait la procédure actuelle en cas de souhait de non-information des parents par la patiente
  - Faciliter l'accès à l'IVG pour les mineures très jeunes (éviter que la demande ne survienne qu'à la date limite, exposant la patiente à un risque important lié au geste, notamment hémorragique)
- **Recueil du consentement (hors IVG)**
  - Recueil systématique du consentement des adolescents ; au-delà de 15 ans et 3 mois, sauf déficience mentale, dispense du consentement des parents OU primauté du consentement de l'adolescent sur celui des parents

- En cas de carence d'un des parents (mais sans déchéance de l'autorité parentale) : dispense d'obligation de recueillir le consentement des deux parents + attestation sur l'honneur du parent présent que l'autre parent n'est plus présent depuis x temps
- **Permanence des soins**
  - Les effectifs minimum nécessaires pour prendre en charge un patient pédiatrique (cf. supra) doivent être identiques dans l'activité programmée et dans l'activité de la permanence des soins.
  - Dans les établissements où l'activité pédiatrique est minoritaire, il convient d'avoir une équipe MAR et IADE rompue à la pédiatrie pour l'urgence pédiatrique qui ne peut attendre le lendemain, avec une expérience pédiatrique plus soutenue que leurs collègues (cf. littérature, training)
    - Soit désignation de quelques MAR et IADE de l'équipe, qui seront appelés sur demande de l'équipe de garde, et rémunérés en « astreinte exceptionnelle)
    - Soit désignation d'une shortlist de MAR et d'IADE sur une liste d'astreinte en complément de la garde classique
    - Un raisonnement identique doit être tenu pour les opérateurs
    - Facilitation des transferts vers des centres spécialisés lorsque l'équipe sur place ne se sent pas capable de la prise en charge (sauf urgence non transférable)
  - Le manque d'attractivité de la permanence des soins doit être combattu, sans particularité spécifique à l'activité pédiatrique :
    - Décompte du temps de travail : 24 heures = 5 demi-journées ou temps continu ; quoi qu'il en soit, décompte horaire du temps de travail imposé à l'établissement (rappelé par le Conseil d'Etat, 22 juin 2022)
    - Revalorisation de la garde (600 euros nets) et de l'astreinte (plafond à 400 euros nets) ; revalorisation du temps de travail additionnel (650 euros nets)
    - Valorisation de la permanence des soins « pénibilité » pour la retraite, dès la première garde ou la première astreinte
    - Définitions de critère de dispense de la permanence des soins « de droit » : grossesse > 3 mois, âge > 55 ans, pathologies chroniques aggravées par le stress
- **Sujet des maternités**
  - Malgré la pénurie de pédiatres, y compris dans les salles de naissances, l'anesthésiste-réanimateur ne peut remplacer le pédiatre en maternité :
    - La formation à la réanimation du nouveau-né n'est pas obligatoire dans la maquette de la spécialité

- Dans les situations critiques, des soins médicaux urgents sont également à donner à la mère, et il ne peut se partager et assurer en même temps la prise en charge de la mère et du nouveau-né.
- C'est contraire au décret de périnatalité de 1998.
- La demande des professionnels de santé, lors des travaux sur la réforme des autorisations de soins, était la présence H24 d'un gynécologue-obstétricien, d'un anesthésiste-réanimateur et d'un pédiatre, indépendamment du nombre de naissances ce qui permet d'avoir une réponse immédiate optimale, limitant ainsi les complications néonatales et maternelles.

## Axe 2

### 2. Améliorer le parcours en santé des enfants aux besoins particuliers (Pilotes : O. Brissaud, B. Chabrol, F. Kochert, B. Pellegrino) ;

Objectifs :

- *Mieux organiser la prise en charge des enfants avec maladies chroniques ou complexes*
- *Améliorer l'accès aux soins des enfants à besoins spécifiques.*
- *Lutter contre la précarité en santé.*
- *Répondre aux enjeux spécifiques qui affectent la santé des enfants ultra-marins.*
- *Améliorer la santé des enfants protégés tout au long de leur parcours en protection.*
- *Promouvoir le dépistage et accompagner en soins les enfants victimes de violence.*

Cf. axe 1 « parcours de l'enfant opéré » car le sujet couvre les deux axes.

## Axe 3

### 3. Relever le défi de la santé mentale des enfants (Pilotes : G. Bronsard, C. Libert, A-C. Rolland) ;

Objectif : *Améliorer la santé mentale des enfants en prévenant l'entrée dans le besoin de soins, et garantir aux enfants une prise en charge adaptée, par l'accroissement des ressources en pédopsychiatrie et une meilleure articulation en amont (CMP) et en aval pédiatrie.*

Le SNPHARE n'est pas compétent sur ce sujet.

## Axe 4

### 4. Mieux prévenir, pour améliorer la santé globale des enfants (Pilotes : Loïc De Pontual, Corinne Bois)

Objectifs :

- *Faire des enfants les acteurs de leur santé, faire des parents des acteurs la santé de leurs enfants.*
- *Prévenir les grands risques qui pèsent sur la santé des enfants et des adultes qu'ils deviendront.*

Le SNPHARE n'est pas compétent sur ce sujet.

## Axe 5

### 5. Renforcer la formation des professionnels et faire évoluer les métiers de la santé de l'enfant (Pilotes : S. Colson, V. Gajdos, L. Gimenez)

Objectif : *Renforcer et développer les compétences en pédiatrie sur l'ensemble du territoire.*

Formation initiale :

- Le SNPHARE soutient pleinement les propositions faites par les enseignants d'anesthésie-réanimation (contribution du CNP ARMPO) concernant la formation initiale des médecins anesthésistes-réanimateurs, des IADE, des IDE et aide-soignants
- Le SNPHARE souhaite que des moyens soient donnés pour que la durée du stage d'anesthésie-réanimation pédiatrique s'élève à 6 mois, en multipliant les terrains de stage (CHU, CH non universitaires, ESPIC et établissements privés lucratifs)

Formation continue :

- Le SNPHARE soutient pleinement les propositions faites par les enseignants d'anesthésie-réanimation (contribution du CNP ARMPO) concernant la formation continue des médecins anesthésistes-réanimateurs, des IADE, des IDE et aide-soignants
- Le SNPHARE souhaite que soit bien mise en lumière la nécessaire reformation des professionnels d'anesthésie qui reviennent à une activité d'anesthésie pédiatrique plusieurs années après leur formation initiale : stages théoriques et pratiques, simulation
- Le SNPHARE souhaite également qu'une réflexion soit menée sur l'organisation de l'anesthésie pédiatrique dans les blocs communs adultes / enfants, notamment lorsque l'exposition aux cas pédiatriques pour chaque professionnel est faible
- Cette formation continue doit être de droit, intégrée dans le temps de travail des praticiens (« congés formation » pour les praticiens hospitaliers), et intégralement financée (formation elle-même, déplacement, hébergement).

## Axe 6

### 6. Améliorer les connaissances et les pratiques en santé de l'enfant par la recherche, et favoriser les pratiques innovantes (Pilotes : A. Belot, M. Chalumeau.)

Objectif : *Se doter d'une stratégie de recherche basée sur les preuves et à partir des besoins de l'enfant.*

Le SNPHARE n'est pas compétent sur ce sujet.