

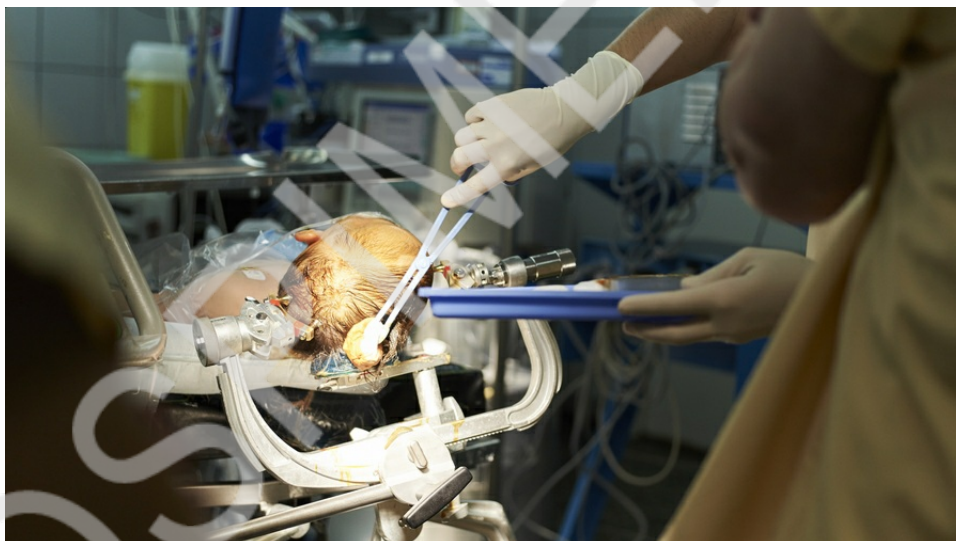
Offre de soins

La chirurgie pédiatrique fait face aux ciseaux de la réglementation et des recommandations

Publié le 01/03/24 - 16h30



Les nouvelles autorisations de chirurgie reconnaissent spécifiquement la pédiatrie et s'accompagnent de nouvelles bonnes pratiques en anesthésie-réanimation. Deux évolutions aux contraintes et aux conséquences d'autant plus fortes qu'elles s'inscrivent dans un contexte de pénurie de professionnels et de tarification inintéressante.



La chirurgie pédiatrique est reconnue comme une modalité dans les autorisations, mais l'absence de spécialité dans l'anesthésie-réanimation complique l'accès effectif des enfants aux blocs opératoires. (Bienaimé/ BSIP)

"Les assises de la pédiatrie ont été mises en place et en fait, il ne s'est rien passé du tout", constate lors d'une conférence de presse le 28 février la Pr Sabine Sarnacki, cheffe du service de chirurgie pédiatrique viscérale, urologique et transplantation à l'hôpital Necker-Enfants malades de Paris. Si les annonces pour conclure ces assises sont attendues pour le champ de la chirurgie pédiatrique, c'est en partie parce que le secteur s'apprête à relever plusieurs défis réglementaires et fait face à des tensions croissantes. "Nous allons d'une pénurie à l'autre", résume celle qui est aussi membre de l'Académie nationale de chirurgie.

Par la voix de son secrétaire général perpétuel, le Pr Hubert Johanet, l'instance entend travailler sur les enjeux de cette chirurgie — qui représente 12% des anesthésies réalisées en France — face aux questions éthiques. *"L'académie va aider à trouver la solution pour que tout le monde y trouve son compte. Et quand je dis tout le monde, je parle des patients"*, souligne-t-il. La réforme des autorisations menées par la DGOS a permis la reconnaissance de la pédiatrie comme une modalité à part entière. *"Même dans un contexte pas facile, c'est un élément très positif"*, se réjouit la Dr Hélène Le Hors de l'Hôpital Saint-Joseph de Marseille (Bouches-du-Rhône).

Absence d'une spécialité en anesthésie

En complément de la mise en œuvre de ces autorisations, qui se traduisent par la création de dispositifs régionaux spécifiques (DSR), la chirurgie pédiatrique est amenée à se conformer aux nouvelles recommandations pour la pratique professionnelle de la Société française d'anesthésie-réanimation (Sfar). Publiées en avril 2023, elles contiennent trente-six préconisations, dont l'application est souhaitée pour l'été 2024, sur l'organisation structurelle, matérielle et fonctionnelle des centres effectuant de l'anesthésie pédiatrique. *"Dans la chirurgie pédiatrique, il y a une grosse part de petite chirurgie mais il n'y a pas de petite anesthésie. Même pour une circoncision, il y a des risques"*, résume la Pr Isabelle Constant, une des auteurs de ces bonnes pratiques. Elle met l'accent sur la notion de compétences des anesthésistes, autour de la formation et de la régularité de la pratique selon les catégories d'âge (moins d'un an, un à trois ans, trois à dix ans). La Sfar préconise ainsi une activité hebdomadaire d'une demi-journée pour caractériser la régularité.

"Il n'existe pas de spécialité d'anesthésie pédiatrique, cette compétence n'est validée que par les faits", précise-t-elle. La maquette de formation ne prévoit que trois mois auprès de ce public particulier, qui nécessite environ un million d'anesthésies par an. Le soin de l'enfant ne suscite guère l'engouement chez ces praticiens en cours de formation. *"Il faut un coup de cœur pour qu'un anesthésiste fasse de la pédiatrie"*, explicite Sabine Sarnacki. Mais ce besoin de tomber amoureux pour s'orienter vers la pratique touche aussi l'ensemble des chirurgiens depuis la réforme du troisième cycle. Elle a pour conséquence une filiarisation précoce des internes. *"Ils s'engagent d'emblée sans aller se promener dans d'autres spécialités et la chirurgie pédiatrique ne va pas les intéresser"*, estime la cheffe de service de l'hôpital Necker-Enfants malades. L'exercice auprès des enfants des internes reste obligatoire en orthopédie mais pas dans d'autres spécialités comme l'urologie. Une difficulté qui touche l'ensemble de la pédiatrie, l'exercice en stage auprès de cette jeune population n'est par exemple plus obligatoire dans le cursus de formation des infirmiers

généraux.

Avant la disparition du diplôme de chirurgie générale, un certain nombre de chirurgiens de l'adulte disposait d'une compétence auprès des enfants. Le nouveau régime des autorisations prévoit d'ailleurs la possibilité pour des spécialistes de l'adulte d'opérer des enfants, dans le cadre des urgences notamment. Mais cette bivalence professionnelle disparaît avec la réforme des études. En revanche, le nombre d'internes augmente, puisqu'il est passé de 2 à 9 par an en Île-de-France en dix ans par exemple. *"Nous allons avoir plus de personnes formées mais vont-elles s'installer dans des petites structures où l'isolement est compliqué, notamment pour prendre des décisions ?"*, s'interroge-t-elle. D'autant plus que la pression des parents est ressentie de manière de plus en plus forte par les professionnels. *"C'est difficile de prendre en charge des enfants aujourd'hui"*, euphémisme Sabine Sarnacki. Cette question de la répartition des médecins est centrale dans la problématique des DSR. Leur mise en place va prendre du temps, avec l'enjeu de préparer le futur tout en ne détricotant pas l'existant, selon les parties prenantes.

Gradation attendue en trois niveaux

Ces DRS correspondent *"à ce que les chirurgiens pédiatriques demandaient sur le maillage du territoire"*, rappelle Hélène Le Hors. Ils permettent une prise en charge des urgences et des chirurgies programmées ainsi que le partage des connaissances et la mise en commun de protocoles. L'ancienne région Midi-Pyrénées dispose déjà d'un modèle de DSR, avec un réseau de centres répartis en trois niveaux : proximité, spécialisé, recours (consulter la carte ci-dessous). Un [cahier](#) des charges pour chacun de ces niveaux est rédigé par ce réseau qui est en train de s'étendre à l'ensemble de la région Occitanie. Ce travail est utilisé par le conseil national professionnel (CNP) de chirurgie de l'enfant et de l'adolescent, qui s'appuie également sur d'autres documents comme le [rapport](#) de l'Inspection générale des affaires sociales, pour proposer une charte détaillée des DSR.

La répartition des centres en Midi-Pyrénées se caractérise par une concentration des deux plus hauts niveaux à Toulouse (Haute-Garonne). Plusieurs cliniques se partagent le niveau de spécialisation, en fonction des disciplines, tandis que le CHU assume seul le niveau de recours. Selon la Pr Christine Grapin-Dagorno, de l'hôpital Robert-Debré, il existe au niveau national *"un manque terrible de centres spécialisés avec des chirurgiens qui connaissent l'enfant et des pédiatres*

qui connaissent la chirurgie". À son sens, un investissement massif est nécessaire pour créer des centres spécialisés, publics ou privés, en dehors des CHU. Ces derniers "croulent sous la demande" en raison du manque général d'accès à des blocs opératoires ou d'infirmiers spécialisés. "Je pense que c'est absurde qu'un CHU, réalisant de la chirurgie de pointe, fasse les opérations courantes, ce n'est pas son rôle", appuie-t-elle.

Manque de valorisation financière

L'ORL est caractéristique de ces difficultés de répartition des niveaux et des patients. La mise en œuvre du nouveau régime des autorisations et les recommandations de la Sfar ont abouti à des *"désengagements des équipes, essentiellement dans les centres de proximité"*, alerte le Pr Michel Mondain, audiologue pédiatre et président du CNP d'ORL. La formation dans cette spécialité implique pourtant que l'ensemble des praticiens soient en capacité de réaliser des actes courants (diabolo, amygdales, etc.). Néanmoins, ces désengagements sont soit des arrêts, soit des diminutions d'activités pour ces mêmes actes. Il estime que de 6 000 à 30 000 enfants de 0 à 3 ans ne seront pas pris en charge pour ces raisons dans les centres de proximité. *"Ils vont arriver dans des centres de recours saturés. Je suis très soucieux de l'accès aux soins"*, partage-t-il. La priorité actuelle est ainsi de préserver l'existant.

Cette inquiétude en matière d'accès aux soins est partagée, avec comme solution sur le long terme d'améliorer l'attractivité. Un travail qui passe par une évolution de la nomenclature. *"Au-delà des organisations, il faut du monde et une rentabilité"*, confirme Hélène Le Hors. Elle indique que les actes sont très peu cotés et que l'anesthésiste prend la moitié de la rémunération. *"La T2A est catastrophique"*, renchérit Sabine Sarnacki, ce qui explique le désintérêt pour le soutien à ces activités de pédiatrie. Elle cite également le manque de matériel adapté aux enfants pour réaliser les opérations. *"Ces éléments triviaux sont énormes, ce sont eux qui font basculer le système actuellement"*, complète Hélène Le Hors. En l'absence de nouvelles mesures, les reports d'opération vont continuer d'intervenir, avec des annulations qui interviennent quatre ou cinq fois pour un même patient dans les établissements de santé. Or, ces reports *"c'est de la maltraitance"*, rappelle Hubert Johanet.

Jérôme Robillard

contactez Hospimedia (copyright@hospimedia.fr). Plus d'informations sur le copyright et le droit d'auteur appliqués aux contenus publiés par Hospimedia dans la rubrique [droits de reproduction](#).

HOSPIMEDIA

Pas encore abonné à HOSPIMEDIA ?

Testez gratuitement notre journal en vous rendant sur <http://www.hospimedia.fr>

Votre structure est abonnée ?

Rapprochez-vous de votre référent ou contactez nous au 03 20 32 99 99 ou sur <http://www.hospimedia.fr/contact>