




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
 www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

 www.em-consulte.com



Congrès de l'Adarpef

Les anesthésistes face à l'enfant ambulatoire : une enquête de l'Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'expression française (Adarpef)[☆]

One day anaesthesia in children: A survey among the French speaking Paediatric Anaesthesiologists Association (Adarpef)

Y. Nivoche^{a,*}, R. Léculée^b, S. Dahmani^a, M.-M. Lucas^c, E. Wodey^a, P. Courrèges^d

^a Service d'anesthésie réanimation et de traitement de la douleur, hôpital Robert-Debré, AP-HP, université Paris VII-Denis-Diderot, 75935 Paris cedex 19, France

^b Service de chirurgie pédiatrique, centre hospitalier de la Dracénie, route de Montferat, BP 24, 83007 Draguignan cedex, France

^c Service d'anesthésie-réanimation-II, hôpital Sud-Rennes, boulevard de Bulgarie, 35203 Rennes cedex, France

^d Pôle d'anesthésie-réanimation, hôpital Jeanne-de-Flandre, rue Eugène-Avinée, 59037 Lille cedex, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Disponible sur Internet le 15 juillet 2010

Mots clés :

Pédiatrie

Anesthésie ambulatoire

Keywords:

Paediatrics

One day anaesthesia

1. Introduction

La réforme hospitalière de 1991 reconnaît et encadre l'alternative ambulatoire dont tous les indicateurs soulignent de façon convergente la pertinence et la meilleure efficacité. Cœur d'un dispositif de soins centré plus sur la personne que sur l'organe ou la maladie, ce mode de prise en charge fait l'objet de la bienveillance de nombreux parlementaires et notamment de ceux qui sont médecins. Le colloque tenu à l'Assemblée nationale le 16 décembre 2009 sur le thème « Chirurgie ambulatoire : enjeux et perspectives » en est une très récente illustration d'où il ressort qu'un soutien existe à ce haut niveau. Il incombe aux promoteurs d'en faire prendre conscience à leurs partenaires locaux. Comme l'ont signifié les parlementaires : « laissons les professionnels faire leur métier... s'ils bougent, nous les accompagnerons ».

En France, le suivi de l'Assurance Maladie et de très nombreuses études nationales de haut niveau estiment que le potentiel de développement de l'ambulatoire (www.chirambu.org) est au

moins à hauteur du doublement [1]. Cet enjeu majeur de santé n'a donc pas atteint sa vitesse de croisière.

Dans ce cadre, qu'en est-il des enfants anesthésiés, souvent bien portants, entourés de leur famille, proposés pour des actes stéréotypés et de ce fait particulièrement adaptés à une prise en charge ambulatoire ? C'est pour aborder cette question que l'Association des anesthésistes réanimateurs pédiatriques d'expression française (Adarpef) a initié une enquête de pratiques.

2. Matériel et méthodes

En automne 2009, un questionnaire adressé aux anesthésistes enregistrés comme membres de l'Adarpef était mis en ligne sur le site web de l'association. Le questionnaire renseignait les caractéristiques du répondeur, celles de son établissement, la place de l'ambulatoire dans sa pratique, les motifs et le pourcentage soit d'exclusions a priori soit des reports de prise en charge à partir de 23 propositions cliniques différentes (Tableau 1) et enfin les conditions de sortie de l'enfant.

3. Résultats

En novembre 2009, 341 praticiens ont reçu un courriel leur demandant de répondre à un questionnaire électronique mis en ligne pendant un mois sur le site web de l'Adarpef. Parmi eux, 145 (45,5 %) ont rempli le questionnaire.

Toutes les réponses étaient exploitables. La plupart (91 %) provenaient de membres à jour de l'Adarpef, exerçant en moyenne depuis 15 ans, exclusivement en pédiatrie pour 47 % d'entre eux et prenant en charge annuellement une moyenne de 741 patients inférieure à 18 ans dont 33 % sur le mode ambulatoire.

Les répondeurs étaient en majorité (58,6 %) issus de CHU. Plus de 90 % d'entre eux faisaient état à la fois d'activités de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique clairement identifiées dans leur établissement et de l'existence d'une structure de chirurgie/anesthésie ambulatoire ou d'un hôpital de jour. La pertinence des hospitalisations était régulièrement étudiée par 59 % d'entre eux.

[☆] Texte présenté lors du XXI^e Congrès de l'Adarpef, Paris, 16–19 juin 2010.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : y.nivoche.debre@in vivo.edu (Y. Nivoche).

Tableau 1
Cas cliniques proposés.

Âge	Antécédents	Fièvre (°C)	Rhinorrhée	Intervention
4 ans	Drépanocytose (HbS 58 %)	Non	Non	Adénoïdectomie amygdalectomie ATT bilatéraux
5 ans	0	38	Oui, purulente	Adénoïdectomie amygdalectomie, ATT bilatéraux
3 ans	SAOS	Non	Non	Adénoïdectomie/amygdalectomie
7 ans	Diabète équilibré	Non	Non	Adénoïdectomie/amygdalectomie
5 ans	Asthme	Non	Oui, claire	Adénoïdectomie/amygdalectomie
1 an	Vaccin polyvalent, il y a 3 jours	38	Non	Antireflux vésico-urétéral endoscopique bilatéral
18 mois	Risque d'HTM	Non	Non	ATT bilatéraux
5 ans	Risque d'HTM	38	Non	ATT bilatéraux
12 ans	Obésité morbide	Non	Non	ATT bilatéraux
12 ans	Obésité morbide	38	Non	ATT bilatéraux
2 ans	Asthme	38	Non	ATT bilatéraux
1 an	0	38	Non	ATT bilatéraux
2 ans	0	Non	Non	Ectopie testiculaire/coelio.
7 ans	Syndrome de Lowe	Non	Non	Examen et tonus oculaires
5 ans	Encéphalopathie non définie	Non	Non	Gastrotomie endoscopique
5 ans	Diabète équilibré	Non	Non	Hernie inguinale
3 ans	Asthme	Non	Oui, claire	Hernie inguinale
11 mois	0	38	Oui, claire	Hernie inguinale
7 mois	0	38	Non	Hernie inguinale
15 ans	Autiste agressif	Non	Non	IRM
2 ans	Asthme	Non	Oui, purulente	IRM
2 ans	SAOS	Non	Non	Postectomie
10 ans	Risque d'HTM	38	Non	Strabisme

ATT : aérateurs transtympaniques.

Pour 90 % des répondants, un âge inférieur à six mois était le premier critère d'exclusion a priori, alors que plus de 50 % considéraient la drépanocytose, la susceptibilité à l'hyperthermie maligne, le diabète équilibré, les apnées du sommeil et l'obésité morbide comme des comorbidités entraînant l'exclusion a priori. Si les ajournements le jour de l'intervention étaient majoritairement ($\approx 90\%$) motivés par la découverte extemporanée d'une affection des voies aériennes, une analyse plus détaillée faisait ressortir une extrême variabilité des attitudes en fonction des situations cliniques et des praticiens qui ne permettait pas de dégager de consensus.

Une information écrite spécifique à l'hospitalisation ambulatoire et aux consignes de jeûne était remise aux parents lors de la consultation préanesthésique (90 % des cas). Une ordonnance anticipant l'analgésie postopératoire à domicile (dont plus de 60 % comportait une prescription alternative en cas d'inefficacité du traitement initial) était donnée dans moins de 25 % des cas.

Plus de 75 % des répondants n'autorisaient la sortie qu'après visite d'un anesthésiste et signature conjointe du chirurgien. Un document écrit donnant un numéro de téléphone à joindre en cas d'urgence et précisant les modalités de surveillance à domicile était remis aux parents (> 93 % des cas). Le taux d'ajournement et le taux de transfert en hospitalisation conventionnelle étaient majoritairement estimés comme se situant entre 1 et 5 % pour chacun d'entre eux. Enfin, 42 % des praticiens évaluaient la qualité de la prise en charge le lendemain, presque toujours par téléphone.

4. Discussion

Quelques remarques peuvent être faites sur l'enquête :

- les répondants sont presque tous des membres de l'Adarpef à activité pédiatrique exclusive ou prédominante ;
- les établissements concernés sont majoritairement des CHU qui représentent mal la réalité nationale d'une anesthésie ambulatoire pédiatrique plutôt réalisée en secteur libéral ;
- le questionnaire n'a exploré ni l'environnement sociofamilial, ni d'autres critères de sortie que quelques éléments « administratifs », ni les conditions du retour à domicile.

Cependant, ce travail, aux réponses plus nombreuses que celles d'une étude canadienne similaire [2], est riche d'enseignements. Le fort taux de réponses reçues témoigne de l'engagement des praticiens interrogés.

Il révèle un taux moyen de prise en charge ambulatoire encore très éloigné des plus de 50 % affichés par bien d'autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE). La population pédiatrique, composée de patients qu'un éloignement du cadre de vie habituel perturbe, est pourtant particulièrement adaptée à ce type de soins qui est le meilleur service médical à rendre à un enfant dès qu'il est possible, comme le soulignent des recommandations générales sur l'anesthésie récemment publiées par la Société française d'anesthésie et de réanimation (Sfar) [3]. De ce point de vue, ce devrait être le mode de prise en charge par défaut des enfants, population pour laquelle les cliniciens devraient avoir à justifier l'hospitalisation supérieure à 24 heures plutôt que l'ambulatoire [4]. Toutes les clés sont disponibles, notamment par le biais du tutorat du Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEaH), de la HAS et maintenant de l'Agence nationale de l'appui à la performance des établissements de santé (ANAP) créée dans la loi HPST (JO n° 0246 du 23 octobre 2009). De plus, nombre de décideurs ont une approche positive, bien que purement productiviste du mode ambulatoire. Ils le considèrent comme un produit d'appel ou un moteur de recrutement pour d'autres chirurgies plus complexes. Ils estiment que le cœur connu de l'ambulatoire d'un établissement témoigne d'un savoir-faire qui suscite la confiance envers les professionnels et entraîne un retour sur investissement, plus particulièrement lorsqu'il s'agit d'enfants devant bénéficier d'une hospitalisation durable dans un contexte médical difficile.

L'enquête dégage un réel consensus autour de l'idée qu'un enfant moins de six mois doit a priori être exclu de l'ambulatoire. C'est ce que proposent le Conseil national de la chirurgie de l'enfant (CNCE) et l'Adarpef dans des recommandations sur la chirurgie ambulatoire de l'enfant 18 ans récemment mises en ligne (www.adarpef.org), alors que les recommandations de la Sfar [3] proposent d'abaisser ce seuil à trois mois.

L'enquête révèle aussi une bonne cohérence des critères de comorbidité retenus pour l'exclusion a priori.

En revanche, les critères d'ajournement retenus sont très disparates. Pourtant, un ajournement doit être considéré à l'aune

de ses lourdes conséquences : c'est une organisation familiale en échec immédiat, une équipe chirurgicale le plus souvent au chômage technique, un appareil de gestion administratif inutilement mobilisé et une mise en place de solutions de remplacement possible, mais difficile pour l'hôpital et probablement sans issue pour la famille.

L'anticipation de l'analgésie postopératoire à domicile, très inégale, confirme l'insuffisance de prise en charge de cet aspect spécifique de l'ambulatoire déjà rapportée dans d'autres travaux [5,6]. Lorsque le mode ambulatoire doit être réitéré, cet aspect impacte indirectement les motifs de refus par la famille qui craint alors une analgésie postopératoire insuffisante.

5. Conclusion

Pourvoyeuse d'imagination et de pilotage, l'enquête peut être le point de départ d'un observatoire, pour peu qu'on se donne la peine et les moyens de mettre en place une action de surveillance pérenne. Il ne suffit pas de lire les résultats de l'outil prospectif qu'elle représente. Il faut agir dans le sens qu'ils esquissent et notamment reconsidérer systématiquement toute indication d'anesthésie en hospitalisation traditionnelle, contraignante pour la famille et l'établissement. Ne pas faire en ambulatoire pédiatrique tout ce qui peut y être fait est, sinon une erreur, du moins une situation sur laquelle il faut s'interroger. Il faut développer l'étude de la pertinence des hospitalisations chez l'enfant chirurgical dans des « revues de pertinence » adossées à celles de morbi-mortalité afin de réduire les hospitalisations supérieures à 24 heures non indispensables. Il faut réduire le taux d'ajournements encore trop « faciles » qui freinent le développement d'une anesthésie pédiatrique ambulatoire plus audacieuse semblable à celle qui se développe chez l'adulte, notamment par

l'intermédiaire des CHU. Une convergence des expériences adulte/enfant serait utile dans les stratégies de réhabilitation postopératoire précoce. Il faut aider les coordinateurs des unités de chirurgie/anesthésie ambulatoire à promouvoir cette prise en charge tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements. Il y a in fine une « mécanique » à comprendre et un travail pédagogique à faire en utilisant l'expérience « grise » des équipes, souvent de meilleure qualité et plus imaginative que bien des travaux scientifiques, malgré leur importance. L'anesthésie ambulatoire ne se développera pas en pédiatrie si on se contente d'ajouter des wagons réglementaires à un convoi déjà poussif. Elle prendra son essor lorsque tous auront l'absolue certitude qu'elle est préférable pour les enfants. Alors, tous bougeront.

Conflit d'intérêt

Aucun.

Références

- [1] Bontemps G, Toupin MH. « La chirurgie ambulatoire : enjeux et perspectives » : état des lieux français. Colloque 16 décembre. Assemblée nationale. Paris, 2009. Epub www.has-sante.fr
- [2] Abu-Shahwan I. Ambulatory anesthesia and the lack of consensus among Canadian pediatric anesthesiologists: a survey. *Paediatr Anaesth* 2007;17: 223–9.
- [3] Société française d'anesthésie et de réanimation. Recommandations formalisées d'experts. Prise en charge anesthésique des patients en hospitalisation ambulatoire. *Ann Fr Anesth Reanim* 2010;29:67–72.
- [4] Philip BK. Ambulatory surgery: the USA perspective colloque 16 décembre. Assemblée nationale. Paris 2009. Epub www.has-sante.fr
- [5] Segerdahl M, Warren-Stomberg M, Rawal N, et al. Children in day surgery: clinical practice and routines. The results from a nation-wide survey. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008;52:821–8.
- [6] Fortier M, MacLaren JE, Martin SR, et al. Pediatric pain after ambulatory surgery: where's the medication? *Pediatrics* 2009;124. e588–95.