

**CNCE**

**ADARPEF**

**CHIRURGIE AMBULATOIRE  
DE L'ENFANT  
(DE MOINS DE 18 ANS)**

**Recommandations**

Mai 2008

# SOMMAIRE

<b>A.</b>	<b>ORIGINE DU PROJET .....</b>	<b>4</b>
<b>B.</b>	<b>METHODE.....</b>	<b>5</b>
1.	Objectifs .....	5
2.	Cadrage et champ d'investigation .....	5
3.	Recherche documentaire .....	5
4.	Organisation : méthode de travail .....	6
5.	Groupes d'experts .....	7
6.	Membres relecteurs sollicités .....	7
7.	Membres sollicités pour la phase test .....	9
<b>C.</b>	<b>LES RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>10</b>
1.	Organisation de la chirurgie ambulatoire de l'enfant .....	10
2.	La proposition des experts relative à l'organisation de la chirurgie ambulatoire des enfants est la suivante .....	11
3.	La proposition des experts relative aux critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire de l'enfant est la suivante : .....	13
a.	Généralités .....	13
b.	Les critères généraux d'inclusion .....	13
c.	Précautions liées à l'environnement .....	14
d.	Contre-indications d'ordre chirurgical .....	14
e.	Contre-indications d'ordre anesthésique .....	15
<b>D.</b>	<b>BIBLIOGRAPHIE .....</b>	<b>16</b>
1.	METHODOLOGIE - QUALITE.....	16
2.	TEXTES REGLEMENTAIRES.....	16
3.	ANESTHESIE .....	17
4.	SROS 3 .....	18
5.	ARTICLES .....	19
a.	PUBLICATIONS RÉFÉRENCÉES DANS LE TEXTE DES RECOMMANDATIONS .....	20
b.	PUBLICATIONS LUES PAR LES EXPERTS PRESENTANT UN INTERET GENERAL DANS LA REDACTION DES RECOMMANDATIONS.....	21

<b>E. LES EPP .....</b>	<b>23</b>
<b>1. Méthode et outils .....</b>	<b>23</b>
a. Le processus de prise en charge : (dossier type annexe 1) .....	23
b. Audits cliniques : (annexe 2).....	25
c. Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM).....	25
d. Revue de Pertinence.....	26
e. Indicateurs.....	26
f. Thésaurus indicatif des actes CCAM (annexe 3) .....	26
g. Grilles de lecture et méthode Delphi (annexe 4) .....	26
a. Annexe 2 : Audits : .....	27
b. Annexe 3 : Thésaurus indicatif des actes CCAM.....	39
c. Annexe 4 : La méthode DELPHI .....	43

## A. ORIGINE DU PROJET

Le séminaire du Conseil National de Chirurgie de l'Enfant (CNCE) tenu à Tours les 2 et 3 mai 2007 conclut à la nécessité de faire évoluer les statuts du CNCE et de ses composantes :

- la Société Française de Chirurgie Pédiatrique,
- la Société Française d'Orthopédie Pédiatrique,
- le Conseil National des Universités, le Collège National Hospitalier et Universitaire de Chirurgie Infantile
- le Groupe des Chirurgiens Pédiatres Libéraux

afin de permettre la constitution d'organismes agréés pour valider la Formation Médicale Continue, l'accréditation et les évaluations de pratiques professionnelles (EPP) des chirurgiens pédiatres français dans le respect de la nouvelle législation encadrant ces domaines.

Si l'on excepte la réglementation afférente à l'organisation des services de chirurgie pédiatrique, des blocs opératoires et de la chirurgie ambulatoire, la chirurgie des enfants est peu encadrée par des recommandations de pratiques professionnelles (RPP) ou des recommandations pour la pratique clinique (RPC). Par ailleurs, malgré l'existence d'une compétence ou d'une spécialité de chirurgie pédiatrique reconnue par l'ordre des médecins, la chirurgie des enfants est très souvent réalisée par des chirurgiens dits «d'adultes» et très souvent dans le secteur privé.

Dans ce contexte, un groupe de travail représentant les différentes tendances du CNCE a été constitué avec pour mission l'élaboration de recommandations pour la chirurgie ambulatoire programmée de l'enfant de moins de 18 ans.

Ce groupe de travail a bénéficié du partenariat actif de L'Association des Anesthésistes Réanimateurs Pédiatriques d'Expression Française (ADARPEF).

Ces recommandations n'ont pas pour but de définir des normes de prise en charge, mais de préciser les conditions de qualité et de sécurité de la prise en charge des enfants devant bénéficier d'un acte chirurgical ou interventionnel en ambulatoire. Elles doivent être facilement applicables par tous les acteurs chirurgicaux et interventionnels chez l'enfant de moins de 18 ans tout en préservant la spécificité de la chirurgie pédiatrique en tant que garante de la qualité de la prise en charge des enfants.

Il appartient à chaque unité de chirurgie ambulatoire de définir son organisation selon un règlement intérieur, conformément à la législation.

Le groupe de travail remercie vivement les membres de la Haute Autorité de Santé pour ses conseils avisés dans l'élaboration de ces recommandations.

## **B. METHODE**

### **1. Objectifs**

Les objectifs fixés au groupe de travail étaient :

- d'élaborer des recommandations ;
- d'élaborer les outils permettant l'utilisation de ces recommandations et leur évaluation ;
- de prendre en compte tous les aspects réglementaires existants ainsi que la mesure des demandes des usagers et des facteurs économiques dans une optique de préservation de l'intérêt et de la sécurité de la prise en charge de l'enfant ;
- de rédiger ces recommandations sans soutien financier extérieur, tous les membres du groupe de travail garantissant l'absence de conflit d'intérêt.

### **2. Cadrage et champ d'investigation**

Il a en outre été demandé au groupe de travail :

- d'inclure tous les champs de la chirurgie et de l'anesthésie pédiatrique en recourant aux avis d'experts nécessaires ;
- de déterminer la composition d'un comité de lecture comportant des experts du domaine, des experts en méthodologie et des représentants des usagers ;
- d'organiser une phase de test afin d'évaluer l'applicabilité des recommandations auprès de tous les membres du CNCE.

### **3. Recherche documentaire**

#### Méthodologie d'élaboration des recommandations

Les recommandations ont été élaborées après consultation des guides méthodologiques établis par l'ANAES :

- «Les recommandations pour la pratique clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France. 1999» ;
- «Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. 2000» ;

et après consultation du document de la H.A.S «Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé. Janvier 2006».

Elles s'appuient sur les quelques textes réglementaires afférents au sujet.

#### Stratégie de recherche documentaire

- Identification sur le thème défini des recommandations et des conférences de consensus sur 15 ans,
- revue systématique de la littérature et des méta-analyses sur 10 ans,
- revue des articles sur l'analyse de la décision médicale sur 5 ans.

Mise en œuvre technique :

- interrogation systématique de plusieurs banques de données : Medline, Embase, Cochrane database sur la période 1/1/1997 – 31/12/2007
- Les mots clefs recherchés étaient : day surgery, day care, outpatient procedure, chirurgie ambulatoire, ambulatory, ambulatory surgery, outpatient, anaesthesia, anesthesiology, pediatric anesthesia, pediatric ambulatory surgery, pediatric day

surgery, day case surgery, day case, postoperative outcome, ambulatory surgery center, outcome markers ;

- les critères restrictifs étaient la langue (anglaise et française) et le type d'article (étaient exclus les cas cliniques, les lettres aux éditeurs et les éditoriaux).
- De plus, Cette recherche a été systématiquement effectuée dans les revues suivantes : Lancet, New England Journal of Medicine, British Medical Journal, JAMA, Pediatrics, Journal of Pediatric Surgery, Paediatric Anaesthesia (détails dans le document joint : mots clefs et journaux.xls).

Ce dépouillement a été réalisé dans les 6 derniers mois de rédaction des recommandations.

Au total, 6049 titres de publication ont été passés en revue. Parmi eux, 54 articles ont été sélectionnés en pratiquant :

- des recherches dans des banques de données spécifiques ;
- des recherches de recommandations existantes sur les thèmes concernés, auprès des sociétés savantes ;
- tous les documents gouvernementaux (en incluant les textes intervenant dans la législation : décrets, arrêtés, circulaires et instructions) ;
- les autres documents constituant la littérature grise traitant du sujet concerné.

Mise à jour bi-annuelle de la bibliographie durant l'élaboration des recommandations.

#### **4. Organisation : méthode de travail**

Les modalités d'élaboration ont été celles des recommandations formalisées d'experts (RFE). Les étapes de la démarche étaient les suivantes :

- méthode Delphi en 2 itérations auprès des chirurgiens et anesthésistes pédiatriques membres permanents du CNE pour formaliser les propositions concernant les RFE ; la méthode Delphi est associée à 4 réunions intermédiaires de synthèse,
- méthode Delphi en 2 itérations auprès des anesthésistes de l'ADARPEF pour avis et éventuel amendement de ces propositions,
- en parallèle, élaboration d'outils d'évaluation spécifiques :
  - 2 référentiels d'évaluation des pratiques professionnelles sous forme d'audits cliniques ciblés, l'un organisationnel, l'autre spécifique de la prise en charge individuelle de chaque patient. Ces référentiels sont déclinés en objectifs de qualité et de sécurité et comportent des critères d'évaluation,
  - élaboration d'une procédure de prise en charge se traduisant par un dossier type,
  - memorandum des autres méthodes d'évaluation utilisables : revue de mortalité et de morbidité, revue de pertinence, suivi d'indicateurs,
- validation des RFE par le CNCE et l'ADARPEF et rédaction d'une fiche de synthèse,
- diffusion pour lecture à l'aide d'une grille en méthode Delphi ; avis et recueil de commentaires auprès des membres de toutes les composantes du CNCE commanditaire du projet, des membres des organisations partenaires, des responsables des sociétés représentatives de toutes les spécialités chirurgicales susceptibles de réaliser des actes de chirurgie pédiatrique ambulatoire,
- diffusion des recommandations et des référentiels aux établissements sélectionnés pour la phase de test ; recueil ; et intégration des commentaires à l'aide d'une grille de test ;
- finalisation des RFE et transmission à la HAS.

- communication des RFE à l'ensemble des professionnels de santé concernés : mise en ligne sur le site internet du CNCE et information par le biais des supports spécifiques des différentes sociétés savantes représentatives de la chirurgie de l'enfant.

## **5. Groupes d'experts**

### Chef de projet :

- Mme le Dr Régine LECULEE, PH, CH Draguignan, chirurgien pédiatre, SFCP

### Membres permanents :

- M. le PR François BECMEUR, PUPH, CHRU Strasbourg, chirurgien pédiatre, SFCP
- M. le Dr Jean BREAUD, MCU-PH, CHU Nice, chirurgien pédiatre, SFCP
- Mme le Dr Caroline CAMBY, Clinique Océane Vannes, chirurgien pédiatre, SFCP, groupe des chirurgiens pédiatres libéraux
- Mme le PR Christine GRAPIN-DAGORNO, PUPH, CHU Trousseau Paris, SFCP
- Mme le Dr Isabelle JAMES, clinique du Val d'Ouest Ecully, chirurgien pédiatre-chirurgie plastique, SFCP, GEPP
- M. le Pr Jean Luc JOUVE, PUPH, CHU Timone Marseille chirurgien pédiatre orthopédiste, SOFOP / SOFCOT
- M. le Dr Stanislas JOHANET, PH, CHU Trousseau Paris, anesthésiste pédiatrique, responsable de l'unité de chirurgie pédiatrique ambulatoire, SFAR
- Mme le Dr Hélène LE HORS - ALBOUZE, PH, CHU Timone Marseille, chirurgien pédiatre, SFCP, SNCP
- M. le Pr Michel ROBERT, PUPH, CHU Clocheville Tours, Président du CNCE

### Experts partenaires auprès de l'ADARPEF

- Mme le Dr Jocelyne BIENTZ, PH, anesthésie pédiatrique, CHRU Strasbourg, ADARPEF/SFAR
- M. le Dr Philippe COURREGES, PH, anesthésie pédiatrique, Hôpital St Vincent de Paul Lille, Président de l'ADARPEF, ADARPEF/SFAR
- Mme le Dr Elisabeth GIAUFRE, anesthésie pédiatrique, Hôpital Privé Clairval, Résidence du Parc Marseille, ADARPEF/SFAR
- M. le Pr Yves NIVOCHÉ, PUPH, anesthésie pédiatrique, Hôpital Robert Debré Paris, ADARPEF/SFAR

## **6. Membres relecteurs sollicités**

### **Experts de la méthode**

- M. Bruno BAILLY, Chef de projet service évaluation et amélioration des pratiques à la HAS
- M. Philippe CHEVALIER, chef de projet service évaluation et amélioration des pratiques à la HAS
- Mme Marie José DARMON, cadre supérieur de santé/anesthésie, Coordination vigilances sanitaires, gestion des risques et Coordination des protocoles et des EPP ; CHU Nice
- Mme Edith DUFAY, PH, CH Lunéville, pharmacien membre de la commission de certification de la HAS
- M. le Dr Patrice FRANCOIS, PUPH, CHU Grenoble, HAS
- Mme le Dr Monique LATHÉLIZE, PH, Coordination des vigilances ; CHU Limoges
- Mme Marina MARTINOWSKY, chef de projet service évaluation et amélioration des pratiques à la HAS

- Mme le Dr Catherine MAYAULT, chef de projet, service évaluation et amélioration des pratiques à la HAS
- Mme Marie José STACHOWIAK, Responsable Qualité Risques et Evaluation, CH Meaux Cedex ; Chargée de mission régionale pour l'évaluation Ile de France HAS réponse et commentaires par téléphone
- Mme Sophie TARDIEU , référente santé publique du pôle de chirurgie pédiatrique du CHU de la Timone, Marseille
- Mme Roseline THIERRY, HAS

#### **CNCE**

- M. le Dr Bruno BACHY, CHU Rouen
- Mme le Dr Isabelle CONSTANT, CHU Trousseau Paris
- M. le Dr Philippe GALINIER, CHU Toulouse
- M. le Dr Thierry HAUMONT, CHU Nancy
- M. le Dr Pierre HELARDOT, CHU Trousseau, Paris
- M. le Dr Gérard MORISSON LACOMBE, Fondation hôpital Saint Joseph, Marseille
- M. le Dr Hubert LARDY, CHU Tours
- M. le Dr Jean Louis LEMELLE, CHU Nancy
- Mme le Dr Catherine LE ROUZIC-DARTOY, CHU Brest
- M. le Dr Christian PIOLAT, CHU Grenoble
- M. le Dr Philippe ROBERT, Clinique du Val d'Ouest, Lyon

#### **ADARPEF**

- M. le Dr Jacky DECKENS, PH ; anesthésie pédiatrique, CHU Amiens
- M. le Pr Claude ECOFFEY, PUPH, CHU Ponchaillou, Rennes, Secrétaire Général de la SFAR,
- Mme le Dr Nicole EWOMBE, anesthésiste Réanimateur, Clinique du Val de Lys, Roubaix
- Mme le Dr Eliane GUYOT, PH ; anesthésie pédiatrique, American Memorial Hospital, CHU Reims
- M. le Dr Joël LAURENT, PH ; anesthésie pédiatrique, CHU Côte de Nacre Caen
- M. le Dr Bruno VARE, PH ; anesthésie pédiatrique, Fondation Lenal Nice
- Mme le Dr Fairouz VERGNES, PH ; anesthésie pédiatrique, CHU Pellegrin, Bordeaux

#### **Sociétés représentatives de la chirurgie ambulatoire de l'enfant**

##### ORL

- Mme le Pr Françoise DENOYELLE, PUPH CHU Trousseau, 75012-Paris
- M. le Dr Frédéric CHABOLLE, Secrétaire Général de la SFORL
- M. le Dr Vincent COULOIGNER

##### Ophthalmologie

- M. le Pr Joseph RENARD, PUPH, Président de la Société Française d'Ophthalmologie

##### Chirurgie Maxillo-faciale

- M. le Pr Pierre SABIN, PUPH, CHU Rouen, président de la Société Française de Chirurgie Maxillo-faciale 2008
- Mme le Dr Maryse CUROT, PH, CHU Nantes

##### Odontologie

- M. le Dr Jean Patrick DRUO, PH, Paris
- Mme le Pr Marie-Cécile MANIERE, PUPH, CHU Strasbourg

#### **Représentants des Usagers**

- M. Gilles GAEBEL, AVIAM, CISS, CIANE



## **7. Membres sollicités pour la phase test**

- M. le Dr Pierre BERIEL, CHIC, Créteil
- Mme le Dr Sigrid CARON CH, Le Mans
- M. le Dr Jean Michel DEVYS, Fondation Rothschild, Paris
- M. le Dr Marc DUBREUIL, Polyclinique du Tondu, Bordeaux
- Mme le Dr Lisiane FIEROBE - Hôpital privé d'Antony
- M. le Dr Stephan GEISS, CH, Colmar
- M. le Dr Jacques GUITARD, CHU, Toulouse
- Mme le Dr Chantal LAUBREAUX, Clinique Sainte Marie, Cergy Pontoise
- M. le Dr François PODDEVIN, Hôpital Saint Vincent, Lille
- Mme le Dr Anne TAZET, CH, Roubaix,
- Mme le Dr Cécilia TÖLG, CHU, Fort de France
- M. le Pr Jean Stéphane VALLA, Fondation Lenal, Nice

## C. LES RECOMMANDATIONS

Il a été jugé nécessaire de garder dans le champ des recommandations toutes les spécialités et spécificités de la chirurgie pédiatrique.

La pratique de la chirurgie ambulatoire s'appuie sur la conférence de consensus tenue à Paris, du 22 au 24 mars 1993 sous l'égide de la Fondation de l'Avenir pour la Recherche Médicale Appliquée, intitulée «*La chirurgie sans hospitalisation*», la conférence indique que «*la chirurgie ambulatoire recouvre l'ensemble des actes chirurgicaux ou d'investigation, programmés et réalisés dans les conditions techniques de sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et selon des modalités permettant sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son admission. Elle est réalisée au sein de structures spécifiques, intégrées aux plateaux techniques ou indépendantes, disposant de locaux, d'installations, et d'un personnel dédié*». Depuis, tous les textes réglementaires et les recommandations vont dans ce sens.

Par ailleurs, la charte de l'enfant hospitalisé exprime «*le droit aux meilleurs soins possibles pour l'enfant, en considérant la priorité de l'hospitalisation de jour si elle est réalisable, plutôt que l'hospitalisation traditionnelle*», ce qui va dans le sens des recommandations.

### 1. Organisation de la chirurgie ambulatoire de l'enfant

Les critères généraux sont ceux de la circulaire n° 83-24 du 1<sup>er</sup> août 1983 concernant l'hospitalisation des enfants et ceux de la charte de l'enfant hospitalisé proposée par l'UNESCO, ratifiée par le parlement européen et l'OMS qui recommandent :

- les facilités à donner aux parents pour rester auprès de leur enfant ;
- la non-hospitalisation des enfants dans des services d'adultes ;
- la réduction des durées d'hospitalisation et notamment le développement de l'hospitalisation de jour ;
- le regroupement par tranches d'âge ;
- la liberté des visites sans limite d'âge ;
- la fourniture d'un environnement correspondant aux besoins de l'enfant (physiques, affectifs) sur le plan de l'équipement, du personnel, de la sécurité ;
- la formation des soignants à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants ;
- la sauvegarde de l'intimité des enfants.
- 

Par ailleurs, les circulaires :

- DHOS/O n°2004-101 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROSS 3<sup>e</sup> génération, 2004-517
- DHOS/ n°2004-52 du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROSS enfants et adolescents et son annexe du 28 janvier 2005

Précisent :

*«la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent par les établissements de santé privilégie l'alternative à l'hospitalisation (...);*

*«la prise en charge des enfants et adolescents dans les espaces et l'organisation de la chirurgie ambulatoire doit faire l'objet des adaptations nécessaires à ces patients : les locaux ont les spécificités de l'activité pédiatrique en termes d'environnement hôtelier (berceaux, lits) et de matériel technique. Le personnel soignant est formé à la pédiatrie...»*

L'organisation des établissements réalisant de la chirurgie pédiatrique ambulatoire relève des indications données dans la même circulaire de la DHOS reprenant la synthèse des travaux du groupe sur l'implantation et l'organisation des plateaux techniques de mars 2003 :

→ **«...A1. Etablissements ne disposant pas d'unités de chirurgie pédiatrique spécialisée.**

*Aucun acte chirurgical chez l'enfant de moins d'1 an n'est réalisé au sein de ce type d'établissement, sauf accord avec l'ARH (circulaire 517/DOS/01/DGS/DGAS d 28/10/2004)*

*Chez l'enfant de 1 à 3 ans, les chirurgiens de ces établissements participant au réseau de chirurgie pédiatrique pourront effectuer certains actes de chirurgie programmée, principalement en ambulatoire, ce qui va de pair avec le maintien d'une compétence anesthésique spécifique.*

*Au delà de 3 ans, ces établissements pourront pratiquer la majorité des actes de chirurgie pédiatrique programmée simples, sous réserve d'un volume d'activité suffisant garantissant la compétence des professionnels, notamment dans le domaine de l'anesthésie.*

→ **A2. Etablissements disposant d'une unité de chirurgie pédiatrique spécialisée**

*Ils bénéficient d'une équipe médicale chirurgicale et anesthésique spécialisée et spécifique, permettant l'accueil et la prise en charge des enfants présentant une pathologie chirurgicale pédiatrique 24h sur 24.*

*La majorité des actes chirurgicaux pédiatriques du nourrisson et de l'enfant sont réalisés à ce niveau, en dehors de ceux nécessitant la présence de plusieurs spécialistes pédiatres différents et/ou d'une réanimation pédiatrique.*

→ **A3. Etablissements régionaux référents**

*Ce ou ces centres assurent les missions d'un centre spécialisé dans leur propre bassin de population mais permettent également la prise en charge de pathologies chirurgicales pédiatriques très spécifiques (polymalformés, chirurgie périnatale, oncologie pédiatrique, transplantations et grands brûlés).*

*Le centre régional a un rôle d'organisation du réseau régional de chirurgie pédiatrique et une mission de coordination de la formation continue au sein du réseau».*

**2. La proposition des experts relative à l'organisation de la chirurgie ambulatoire des enfants est la suivante**

L'organisation des établissements réalisant de la chirurgie pédiatrique ambulatoire relève des indications données dans la circulaire de la DHOS reprenant la synthèse des travaux du groupe sur l'implantation et l'organisation des plateaux techniques. A tout moment, le maintien en hospitalisation conventionnelle ou une ré hospitalisation de l'enfant opéré doit pouvoir être réalisable dans un environnement pédiatrique. Le recours à des établissements régionaux référents doit pouvoir être effectué dans toutes les conditions de sécurité.

Le groupe est opposé au concept de centres de chirurgie et d'anesthésie pédiatrique ambulatoire exclusifs et isolés (centres indépendants). La chirurgie ambulatoire pédiatrique devrait être adossée à une unité d'hospitalisation (pédiatrie ou chirurgie pédiatrique) pouvant accueillir les enfants en hospitalisation conventionnelle

L'accueil des enfants devant bénéficier d'un acte de chirurgie ambulatoire doit se faire dans des locaux adaptés à la spécificité de ces patients en termes d'environnement (berceaux, lits, etc.) et de matériel technique, permettant le respect des critères de la charte de l'enfant hospitalisé et celui des recommandations SFAR / ADARPEF sur les structures et le matériel pour l'anesthésie pédiatrique.

Le personnel médical (chirurgiens de toutes spécialités, radiologues, endoscopistes et anesthésistes...), a bénéficié d'une formation initiale ainsi que d'une formation continue théorique et pratique. Il a un volume d'activité suffisant (défini par les sociétés savantes), pour assurer le maintien de ses compétences dans la prise en charge des pathologies pédiatriques congénitales ou nécessitant une approche particulière à l'enfant. Ce maintien des compétences est au mieux assuré par la participation à un réseau de chirurgie pédiatrique, tel que défini par les SROS. (Document ADARPEF 2005).

Les médecins anesthésistes satisfont aux recommandations SFAR / ADARPEF / CFAR sur le maintien des compétences en anesthésie pédiatrique.

Le personnel soignant a la formation et les capacités requises pour la prise en charge des pathologies médico-chirurgicales pédiatriques. Il est de préférence dédié à l'activité pédiatrique. La formation et le maintien des compétences peuvent être assurés par un service référent en chirurgie pédiatrique.

Le nombre et la qualification des personnels nécessaires à l'anesthésie en salle d'intervention et en SSPI sont précisés par le décret du 5 décembre 1994 et par les recommandations SFAR/ADARPEF les structures et le matériel pour l'anesthésie pédiatrique.

Le consentement de l'enfant doit être recherché par les moyens adaptés à son niveau de compréhension (explications, dessins etc.)

Avant l'admission, les parents ou signifiants doivent recevoir une information dans un document type ou à formaliser par chaque équipe selon la spécificité de l'intervention à réaliser. Le document doit comporter (réf.1) :

- la description des actes chirurgicaux et anesthésiques qui seront réalisés et notamment un document inspiré de la fiche d'information SFARF/ADARPEF destinée aux parents avant anesthésie de leur enfant ;
- la reconnaissance de l'adhésion des parents ou signifiants au projet personnalisé de soins et l'engagement de respect des consignes qui seront données ;
- la description des modalités et les conditions de l'hospitalisation en ambulatoire, sans omettre la possibilité du maintien en hospitalisation conventionnelle sur décision chirurgicale ou anesthésique pouvant être prise à tout moment ;
- les consignes à respecter en matière de jeûne, d'hygiène et de suivi des traitements en cours ;
- L'information de la présence de 2 adultes (dont un des deux parents ou le tuteur légal) qui est vivement recommandée lorsque le retour a lieu en voiture particulière ;
- une ordonnance anticipée d'antalgiques prévoyant une prescription de secours qui peut être délivré à l'occasion de la consultation pré anesthésique (réf. 2 et 3) ;
- une ordonnance anticipée assurant la prise en charge spécifique des nausées et vomissements post opératoires qui peut être délivré à l'occasion de la consultation pré anesthésique (réf.4) ;
- la prescription du bilan pré opératoire et de la prémédication.

Un praticien coordonnateur désigné de l'unité de chirurgie ambulatoire doit être présent dans l'établissement pendant toute la durée d'ouverture de l'unité.

A l'occasion de la visite pré anesthésique, l'interrogatoire des parents et éventuellement de l'enfant vérifiera que les consignes pré opératoires et en particulier les règles de jeûne ont été scrupuleusement respectées.

C'est à l'occasion de cette visite que l'horaire de l'intervention sera affiné et l'accès aux liquides clairs éventuellement réajusté.

Le dossier de l'enfant bénéficiant d'un acte de chirurgie ambulatoire doit permettre d'accéder en temps réel à :

- la trace des informations données en préopératoire aux parents ou signifiants,
- les coordonnées du médecin traitant de l'enfant,
- la trace du courrier préopératoire adressé au médecin traitant le cas échéant,
- l'autorisation d'opérer signée par tous les détenteurs de l'autorité parentale, témoignant d'un consentement éclairé par l'information «bénéfices-risques» reçue,
- l'observation médicale, le compte rendu opératoire, le compte rendu anesthésique, le dossier de soins infirmiers, la traçabilité de l'évaluation de la douleur (réf.2),

- la trace de l'information concernant les consignes à respecter lors du retour à domicile (ou équivalent),
- le bulletin de sortie tel qu'il est défini par le décret 92-1102, signé par le chirurgien et/ou l'anesthésiste après une visite de contrôle. Un score d'aptitude au retour à domicile (tel le score de Brennan) peut être éventuellement inclus. (réf.5).

A la sortie, les parents ou signifiants doivent être en possession :

- d'un document détaillant les consignes à respecter lors du retour à domicile (ou équivalent) et notamment les critères de surveillance et les modalités de reprise de l'alimentation,
- d'une ordonnance des traitements antalgiques et autres instaurés à la sortie ;
- d'un récapitulatif des rendez-vous de contrôle à honorer auprès du chirurgien et du médecin traitant ;
- d'un compte rendu d'hospitalisation ou d'un compte rendu opératoire et anesthésique.

Après la sortie, les parents ou signifiants doivent pouvoir joindre par téléphone 24 h / 24 des praticiens (chirurgiens ou anesthésistes) compétents dans le domaine concerné par l'acte chirurgical.

Un suivi téléphonique des premières 24 heures est souhaitable au cours de la journée du lendemain (réf.6)

L'organisation doit être formalisée dans un règlement intérieur et des évaluations régulières doivent être conduites.

### **3. La proposition des experts relative aux critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire de l'enfant est la suivante :**

#### **a. Généralités**

On décide de ne pas faire de liste exhaustive des interventions à inclure, mais on donne des critères généraux d'inclusion. La liste non fermée des interventions recensées par les différents experts et figurant en annexe (chapitre «outils») a un caractère purement indicatif.

La chirurgie ambulatoire programmée de l'enfant est possible à condition :

- que la surveillance post opératoire ne nécessite pas de moyens hospitaliers, matériels et humains spécifiques et que le retour à domicile préserve le confort et la sécurité de l'enfant ;
- que les parents ou signifiants puissent rejoindre à tout moment un centre chirurgical susceptible de prendre le patient en charge dans un délai d'une heure environ, même s'il ne s'agit pas du centre ayant réalisé l'intervention ;
- que les parents ou signifiants disposent du téléphone pour pouvoir joindre le centre «15» à tout moment et qu'ils puissent être contactés dans des conditions permettant une compréhension réciproque des informations ;
- que les parents ou signifiants soient informés que des contre-indications particulières appréciées par l'anesthésiste ou le chirurgien peuvent naître à tout moment de la prise en charge, avant, pendant, et après l'intervention (réf.2 et 7)

#### **b. Les critères généraux d'inclusion**

Les critères généraux d'inclusion découlent des contre-indications d'ordre chirurgical, anesthésique ou environnemental. A ce titre, ils doivent tenir compte des modalités de surveillance postopératoires à domicile ou dans tout autre type d'hébergement (ex : hôtels parentaux)

Toutefois, chaque équipe médico-chirurgicale doit définir sa propre limite d'âge en fonction de règles organisationnelles conformes au SROS précité.

Les urgences ne sont pas exclues a priori du champ des présentes RPP. Pour être susceptibles d'une prise en charge ambulatoire, elles doivent répondre aux mêmes critères que les activités réglées.

Les critères généraux d'inclusion doivent être appréciés lors de la consultation préopératoire par l'anesthésiste et le chirurgien.

#### Statut ASA :

Tous les patients ASA I ou II sont éligibles.

Après accord préalable anesthésiste/opérateur, les patients ASA III dont la pathologie est stabilisée avec ou sans traitement peuvent être inclus si l'interférence de l'intervention avec la pathologie et/ou le traitement est négligeable ;

Les patients ASA III non équilibrés et ASA IV doivent être exclus.

#### Age :

- **Enfants nés à terme :**

Les patients de plus de 6 mois sont éligibles ;

En fonction de l'expérience de l'équipe et de la nature de l'intervention, certains patients de moins de 6 mois peuvent être inclus après accord préalable anesthésiste/opérateur.

- **Enfants nés prématurés :**

Un âge post conceptionnel < 60 SA est un facteur d'exclusion

En fonction de l'expérience de l'équipe et de la nature de l'intervention, certains patients d'âge post conceptionnel > 60 SA et jusqu'à 1 an peuvent être inclus après accord préalable anesthésiste/opérateur.

#### **c. Précautions liées à l'environnement**

Les conditions environnementales suivantes doivent être considérées comme des contre indications à la prise en charge ambulatoire :

- refus catégorique ou inquiétude excessive des parents : les parents doivent comprendre et accepter le mode de prise en charge ambulatoire.
- fiabilité insuffisante de l'environnement familial concernant la qualité de la surveillance post opératoire et les possibilités de communication : les parents doivent être capables de surveiller l'enfant et d'observer prescriptions et recommandations orales et écrites. L'interrogatoire devra s'enquérir de l'environnement humain, de l'accompagnement éventuel, les conditions de logement et d'hygiène.
- Inadaptation du mode de transport pour le retour à domicile en fonction du type d'intervention.
- Durée et conditions du trajet de retour inappropriés : la durée du retour doit être appropriée à la nature de l'intervention. Si le retour a lieu en voiture particulière, la présence de 2 adultes (dont un des deux parents ou le tuteur légal) est recommandée pour des raisons de sécurité routière.

#### **d. Contre-indications d'ordre chirurgical**

Les conditions chirurgicales suivantes doivent être considérées comme des contre - indications à la mise en oeuvre ou à la poursuite du mode ambulatoire :

- interventions à risque hémorragique et/ou réputées douloureuses ;
- surveillance postopératoire spécifique nécessaire ;
- survenue d'une complication durant ou après l'intervention ;

- le cas particulier de l'amygdalectomie a été pris en compte dans les recommandations SFAR / ADARPEF / CARORL sur l'anesthésie pour amygdalectomie chez l'enfant.

**e. Contre-indications d'ordre anesthésique**

- affection grave et instable ;
- pathologies aiguës en cours ;
- contre-indication résultant de la consultation pré anesthésique ; (réf.10)
- survenue d'une complication per ou post anesthésique.

## D. BIBLIOGRAPHIE

### 1. METHODOLOGIE - QUALITE

1. ANAES : Les recommandations pour la pratique clinique. Base méthodologique pour leur réalisation en France. 1999
2. ANAES : Guide l'analyse de la littérature et gradation des recommandations. 2000
3. HAS : Chemin clinique, une méthode d'amélioration de la qualité, juin 2004 ; brochure juin 2005
4. HAS : L'audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles, avril 1999 ; brochures audit clinique et audit clinique ciblé : juin 2005
5. HAS : La revue de Morbi-Mortalité : brochure juin 2005
6. HAS : La revue de pertinence des soins : Application aux admissions et aux journées d'hospitalisation ; guide novembre 2004, brochure juin 2005
7. HAS : Maîtrise statistique des processus en santé, Suivi d'indicateurs : guide décembre 2004, brochure juin 2005
8. HAS : Bases méthodologiques pour l'élaboration de recommandations professionnelles par consensus formalisé. janvier 2006

### 2. TEXTES REGLEMENTAIRES

#### Décrets

1. Décret n°92.1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L.712.2 du code de la santé publique.
2. Décret n°92.1102 du 2 octobre 1992 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des structures de soins alternatives à l'hospitalisation.
3. Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique\_
4. Décret n°95.993 du 28 août 1995 portant diverses dispositions relatives à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique.

#### Réglementation

**Code de la santé publique – Partie réglementaire – 6<sup>ème</sup> partie Etablissements et services de santé – Titre II Equipement sanitaire– Chapitre IV : Conditions techniques de fonctionnement –Section 3 : Art. D.6124-301 à D.6124-310**

1. Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires
2. Arrêté du 31 mai 1999 relatif à l'engagement souscrit à l'occasion d'une demande d'autorisation de création ou de renouvellement d'autorisation de structure d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire



3. Lettre-circulaire DH/EM 1 n°98-3302 du 20 mars 1998 relative à la sécurité d'utilisation des dispositifs médicaux incidents ou risques d'incidents liés à l'utilisation de tables d'opérations
4. Instruction DH/EO n°99-143 du 7 juillet 1999 relative à l'entrée en vigueur du décret n°99-444 du 31 mai 1999 relatif aux conditions de création de places d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire

### **Recommandations de bonnes pratiques**

1. «La chirurgie sans hospitalisation» (Fondation de l'avenir pour la recherche médicale appliquée, Paris, 22 au 24 mars 1993)
2. La chirurgie ambulatoire. Etude réalisée à la demande de la direction générale de la santé et de la direction des hôpitaux en mai 1997. Conclusions de cette étude. ANAES, juillet 1998
3. Recommandations sur la "surveillance micro biologique de l'environnement dans les établissements de santé" air, eau et surfaces. Recommandations 2002 du Ministère de l'Emploi et de la solidarité disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr/htm/pointsur/nosoco/recofin.pdf>
4. Organisation de la chirurgie ambulatoire : Rapport final, MeaH, avril 2007
5. Le bréviaire de la chirurgie ambulatoire : L'ambulatoire en 20 questions, MeaH et AFCA, octobre 2007

### **3. ANESTHESIE**

#### **Réglementation**

**Code de la santé publique – Partie réglementaire – 6<sup>ème</sup> partie : Etablissements et services de santé – Titre II : Equipement sanitaire– Chapitre IV : Conditions techniques de fonctionnement – Section 1 : Activités de soins – Sous-section 5 : Anesthésie : Art. D.6124-91 à D.6124-103**

1. Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire mentionné à l'article D.712.31 CSP pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire visées à l'article R.712-2-1(b) CSP
2. Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux

#### **Recommandations de bonnes pratiques**

1. Fiche d'information aux parents avant anesthésie de leur enfant Orliaguet G, Mayer MN. Ann Fr Anesth Reanim. 1999 ; 18 : fi 120-1. Epub 2008 Janvier 27 [http://sfar.org/t/spip.php?article165&var\\_recherche=information](http://sfar.org/t/spip.php?article165&var_recherche=information)
2. Recommandations pour les structures et le matériel de l'anesthésie pédiatrique Aknin P, Bazin G, Bing J, Courrèges P, Dalens B, Devos AM, Ecoffey C, Giaufré E, Guérin JP, Meymat Y, Orliaguet G ; Sfar/ADARPEF. Ann Fr Anesth Reanim.2000 ; 19 : fi168-72. Epub 2000 Septembre <http://www.sfar.org/recomanpediatrie.html>
3. Recommandations concernant l'équipement d'un site ou d'un ensemble de sites d'anesthésie Epub 1996 Janvier <http://www.sfar.org/recomequipement.html>
4. Recommandations concernant l'appareil d'anesthésie et sa vérification avant utilisation Epub 1996 Janvier <http://www.sfar.org/recomappareil.html>
5. Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire 2ème édition 1990 –1994 Epub 1996 Janvier <http://www.sfar.org/recomambul.html>
6. La chirurgie ambulatoire (synthèse ANAES) mai 1997 (PIE)
7. Anesthésie pour amygdalectomie chez l'enfant Conférence d'experts SFAR/ADARPEF/CARORL : Texte court – Epub 2006 Octobre 9 [http://www.sfar.org/s/IMG/pdf/amygdale\\_cexp.pdf](http://www.sfar.org/s/IMG/pdf/amygdale_cexp.pdf)

8. Maintien des compétences en anesthésie pédiatrique Recommandations SFAR/ADARPEF/CFAR vendredi 16 septembre 2005 Courrèges P, Ecoffey C, Galloux Y, Godard J, Goumard D, Orliaguet G, Yavordios PG. Ann Fr Anesth Reanim. 2006 ; 25 : 353-5. Epub 2005 Decembre 13 [http://www.sfar.org/s/article.php?id\\_article=285](http://www.sfar.org/s/article.php?id_article=285)

#### 4. **SROS 3**

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. Annexe à la circulaire relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent [http://www.gfrup.com/texte\\_officiel/snpeh\\_sros\\_pediatrie\\_circulaire.pdf](http://www.gfrup.com/texte_officiel/snpeh_sros_pediatrie_circulaire.pdf)
3. DHOS : synthèse des travaux du groupe sur l'implantation et l'organisation des plateaux techniques Mars 2003 ; suite de la circulaire sus nommée

## 5. ARTICLES

mot clef	recherche Pubmed	Cochrane Database	Embase	journal	période 1/1/1997 - 31/12/2007					
					Lancet	BMJ	JAMA	New England J med	Pediatrics	JPS
day surgery	359	84	35	0	0	0	0	4	8	64
day care	354	172	19	7	0	7	10	86	1	4
outpatient procedure	141	7	8	1	0	0	0	10	16	7
chirurgie ambulatoire	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
ambulatory		40	144	0	0	0	0	198	17	70
ambulatory surgery	282	4	17	0	0	0	0	5	7	62
out patient	146	62	171	25	0	31	7	178	40	2
anaesthesia		91		20	0	9	6	69	105	
anaesthesiolog y		1		0	0	0	0	16	1	48
pediatric anaesthesia	0	5	9	0	0	0	0	0	0	
pediatric ambulatory surgery	47	0	0	0	0	0	0	2	5	8
pediatric day surgery	48	0	0	0	0	0	0	2	6	9
day case surgery	240	21	2	3	0	1	3	15	99	46
day case		90	8	15	0	7	15	117	122	58
postoperative outcome	1224	83	32	11	0	4	8	3	18	65
ambulatory surgery centers	52	55	3	0	0	0	0	0	0	8
outcome markers	145	29	1	11	0	0	11	1	0	3
Total	3039	744	449	93	0	59	60	706	445	454
Total de titres passés en revue : 6049										
Pubmed : age, anglais + francais, tout article sauf cas clinique lettre éditorial, 01/01/1997 à 31/12/2007										
Embase : age, anglais + français, « reviewarticle » et « clinical medecine », 01/01/1997 à 31/12/2007										

## a. PUBLICATIONS RÉFÉRENCÉES DANS LE TEXTE DES RECOMMANDATIONS

(INDEXÉES) Franck LS, Spencer C. Informing parents about anesthesia for children's surgery : a critical literature review. *Patient Educ Couns.* 2005 ; 59 : 117-25.

### Niveau de preuve : 1 A

1. Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K, Pietilä AM, Halonen P. Parents' perceptions and use of analgesics at home after children's day surgery. *Paediatr Anaesth.* 2003 ; 13 : 132-40.

### Niveau de preuve : 2 A

2. Munro HM, Malviya S, Lauder GR, Voepel-Lewis T, Tait AR. Pain relief in children following outpatient surgery. *J Clin Anesth.* 1999 ; 11 : 87-191.

### Niveau de preuve : 2 B

3. Villeret I, Laffon M, Duchalais A, Blond MH, Lecuyer AI, Mercier C. Incidence of postoperative nausea and vomiting in paediatric ambulatory surgery. *Paediatr Anaesth.* 2002 ; 12 : 712-7.

### Niveau de preuve : 2 A

4. Caldwell-Andrews AA, Kain ZN. Psychological predictors of postoperative sleep in children undergoing outpatient surgery. *Pediatr Anaesth.* 2006 ; 16 : 144-51.

### Niveau de preuve : 2 A

5. Tagge EP, Hebra A, Overdyk F, Burt N, Egbert M, Wilder A, Williams A, Roland P, Othersen HB Jr. One-stop surgery : evolving approach to pediatric outpatient surgery. *J Pediatr Surg.* 1999 ; 34 : 129-32.

### Niveau de preuve : 4 C

6. Le T, Drolet J, Parayno E, Rosmus C, Castiglione S. Follow-up phone calls after pediatric ambulatory surgery for tonsillectomy : what can we learn from families? *J Perianesth Nurs.* 2007 ; 22 : 256-64.

### Niveau de preuve : 1 B

7. Brennan LJ. Modern day-case anesthesia for children" *Br J Anaesth* 1999 ; 83 : 91-103.

### Niveau de preuve 1 A

8. Bryson GL, Chung F, Cox RG, Crowe MJ, Fuller J, Henderson C, Finegan BA, Friedman Z, Miller DR, van Vlymen J, Canadian Ambulatory research Education group. Patient selection in ambulatory anesthesia - an evidence-based review : part II. *Can J Anaesth.* 2004 ; 51 : 782-94.

### Niveau de preuve : 3

9. Tait AR, Malviya S. Anesthesia for the child with an upper respiratory tract infection : still a dilemma? *Anesth Analg* 2005 ; 100 : 59-65.

Niveau de preuve : 1 B

## **b. PUBLICATIONS LUES PAR LES EXPERTS PRESENTANT UN INTERET GENERAL DANS LA REDACTION DES RECOMMANDATIONS**

1. Ferrari LR. Preoperative evaluation of pediatric surgical patients with multisystem considerations. *Anesth Analg.* 2004 ; 99 : 1058–69.

### **Niveau de preuve : 1 A**

2. Bandon D, Nancy J, Prévost J, Vaysse F, Delbos Y. Contribution of day care general anaesthesia for dental care in children and handicapped patients. *Arch Pédiatr.* 2005 ; 12 : 635–40.

### **Niveau de preuve : III**

3. Bennett, AM, Clark AB, Bath AP, Montgomery PQ. Meta-analysis of the timing of haemorrhage after tonsillectomy : an important factor in determining the safety of performing tonsillectomy as a day case procedure. *Clin Otolaryngol.* 2005 ; 30, 418–23.

### **Niveau de preuve : 1 A**

4. Li HC. Evaluating the effectiveness of preoperative interventions : the appropriateness of using the Children's Emotional manifestation Scale. *J Clin Nurs.* 2007 ; 16, 1919–26.

### **Niveau de preuve : 2 B**

5. Sury MR, Hatch DJ, Deeley T, Dicks-Mireaux C, Chong WK. Development of a nurse-led sedation service for paediatric magnetic resonance imaging. *Lancet* 1999 ; 353 : 1667-71.

### **Niveau de preuve : 2**

6. Brandom BW, Herlich A. Safety of outpatient dental anaesthesia for children. *Lancet* 1999 ; 354 : 1836-7.

### **Niveau de preuve : 2 C**

7. Cravero JP, Blike GT, Beach M, Gallagher SM, Hertzog JH, Havidich JE, Gelman B; Pediatric Sedation Research Consortium. Incidence and nature of adverse events during pediatric sedation/ anesthesia for procedures outside the operating room : report from the pediatric sedation research consortium. *Pediatrics.* 2006 ; 118 : 1087-96.

### **Niveau de preuve : C**

8. Kain ZN, Mayes LC, Caldwell-Andrews AA, Karas DE, McClain BC. Preoperative anxiety, postoperative pain and behavioral recovery in young children undergoing surgery. *Pediatrics.* 2006 ; 118 : 651-8.

### **Niveau de preuve : C**

9. Hoffman GM, Nowakowski R, Troshynski TJ, Berens RJ, Weisman SJ. Risk reduction in pediatric procedural sedation by application of an American Academy of Pediatrics/American Society of Anesthesiologists process model. *Pediatrics.* 2002 ; 109 ; 236-43.

### **Niveau de preuve : B**

10. Coté CJ, Notterman DA, Karl HW, Weinberg JA, McCloskey C. Adverse sedation events in pediatrics : a critical incident analysis of contributing factors. *Pediatrics.* 2000 ; 105 : 805-14.

### **Niveau de preuve : C**

11. Lashley M, Talley W, Lands LC, Keyserlingk EW. Informed proxy consent : communication between pediatric surgeons and surrogates about surgery. *Pediatrics.* 2000 ; 105 ; 591-7.

### **Niveau de preuve : 3 C**

12. Lowrie L, Weiss AH, Lacombe C. The pediatric sedation unit : a mechanism for pediatric sedation. *Pediatrics* 1998 ; 102 : E30.

### **Niveau de preuve : C**

13. Hariharan S, Chen D, Merrit-Charles L, Rattan R, Mutthiah K. Performance of a pediatric ambulatory anesthesia program – a developing country experience. *Pediatr Anaesth.* 2006 ; 16 : 388–93.

**Niveau de preuve : 2 D**

14. Castillo-Zamora C, Castillo-Peralta LA, Nava-Ocampo AA. Randomized trial comparing overnight preoperative fasting period Vs oral administration of apple juice at 06 : 00–06:30 AM in pediatric orthopedic surgical patients. *Pediatr Anaesth.* 2005 ; 1 ; 5 : 638–42.

**Niveau de preuve : 1 A**

15. Rutherford J, Stevenson R. Careful physical examination is essential in the preoperative assessment of children for dental extractions under general anesthesia. *Paediatr Anaesth.* 2004 ; 14 : 920–3.

**Niveau de preuve : 2**

16. Palermo TM, Tripi PA, Burgess E. Parental presence during anaesthesia induction for outpatient surgery of the infant”. *Paediatr Anaesth.* 2000 10 : 487-91.

**Niveau de preuve : 2 B**

17. Kokki H, Nikanne E, Ahonen R. The feasibility of pain treatment at home after adenoidectomy with ketoprofen tablets in small children”. *Paediatr Anaesth.* 2000 ; 10 : 531-5.

**Niveau de preuve : 2 B**

18. Kokinsky E, Thornberg E, Ostlund AL, Larsson LE. Postoperative comfort in paediatric outpatient surgery. *Paediatr Anaesth.* 1999 ; 9 : 243-51.

**Niveau de preuve : 2 C**

19. Grenier B, Dubreuil M, Siao D, Meymat Y. Paediatric day case anaesthesia : estimate of its quality at home. *Paediatr Anaesth.* 1998 ; 8 : 485-9.

**Niveau de preuve : 2 B**

20. Margolis JO, Ginsberg B, Dear GL, Ross AK, Goral JE, Bailey AG. Paediatric preoperative teaching : effects at induction and postoperatively. *Paediatr Anaesth.* 1998 ; 8 : 17-23.

**Niveau de preuve : 2 C**

21. Li HC, Lopez V, Lee TL. Psychoeducational preparation of children for surgery : the importance of parental involvement. *Patient Educ Couns.* 2007 ; 65 : 34–41.

**Niveau de preuve : 2 B**

22. Brigger MT, Brietzke SE. Outpatient tonsillectomy n children : a systematic review. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006 ; 135 : 1-7.

**Niveau de preuve : 1b A**

## E. LES EPP

### 1. Méthode et outils

#### a. Le processus de prise en charge : (dossier type annexe 1)

Il décrit la prise en charge optimale et efficiente, à partir des règles de bonnes pratiques telles qu'elles ont été définies dans ces recommandations, du patient de moins de 18 ans pris en charge pour un acte ou une intervention en chirurgie ambulatoire.

Il est à décliner en chemin clinique par chaque équipe en fonction de son champ d'application et de son organisation spécifique sous forme d'un protocole afin de

- Planifier le parcours du patient durant sa prise en charge
- Identifier les étapes clés des processus de prise en charge
- Coordonner les activités des différents professionnels intervenant dans la prise en charge
- Redéfinir les rôles des différents intervenants

En résumé : qui fait quoi quand et comment

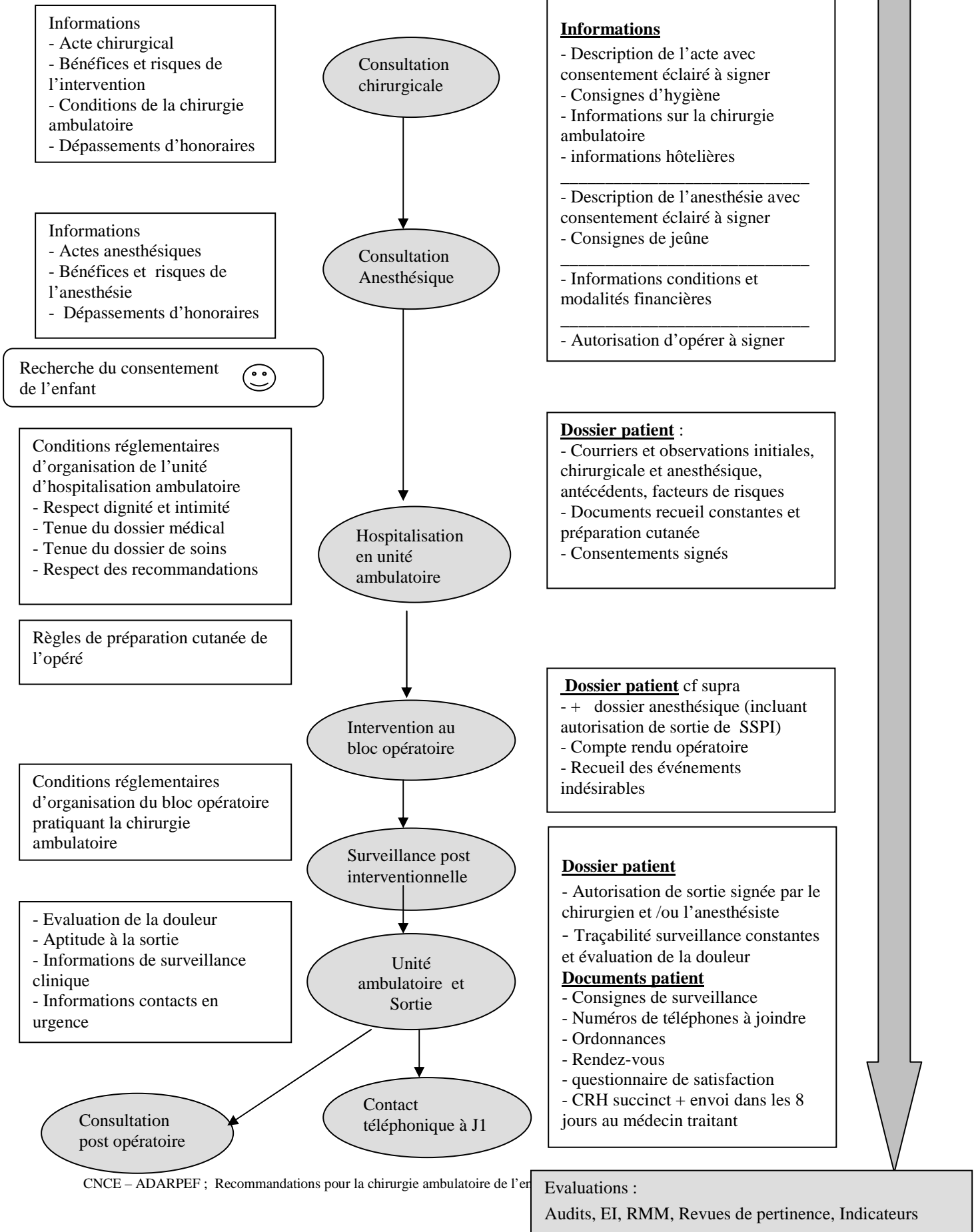
Il se traduit par un dossier type  
(annexe 1)

# Processus de prise en charge

## Bonnes Pratiques

## Parcours Patient

## Documents dossier Type





## **b. Audits cliniques : (annexe 2)**

L'audit clinique ciblé est une méthode d'évaluation des pratiques, de première intention, qui permet à l'aide d'un nombre limité de critères, de comparer ses pratiques à des références admises, en vue de les améliorer.

Les critères sélectionnés de l'évaluation de la prise en charge de l'enfant de moins de 18 ans hospitalisé en ambulatoire pour un acte ou une intervention s'appuient sur les recommandations décrites dans le corps de ce texte et représentent un potentiel d'amélioration des pratiques professionnelles et organisationnelles, orientées sur la sécurité du patient. Ils visent à assurer les conditions de prise en charge optimale à tous les bénéficiaires.

Audit 1 : Audit organisationnel : à faire une fois selon le protocole

A) Protocole

B) Grille d'évaluation : Objectifs qualité et sécurité : améliorer l'organisation des structures mises en place et leur conformité réglementaire

C) Guide d'utilisation de la grille d'évaluation organisationnelle

Nota Bene : un audit organisationnel ne peut valider une EPP individuelle

Audit 2 : Audit de pratiques : 1 fiche par dossier selon le protocole

A) Protocole

B) Grilles d'évaluation : Objectifs qualité et sécurité : Réduire les écarts de prises en charge ne garantissant pas les conditions optimales de qualité et de sécurité

C) Guide d'utilisation des grilles d'évaluation des critères spécifiques

## **c. Revue de Mortalité et de Morbidité (RMM)**

Une RMM est un moment d'analyse collective des cas dont la prise en charge a été marquée par un « événement indésirable », décès du patient ou survenue d'une complication morbide.

Son organisation est définie dans un document écrit qui précise au minimum la périodicité des réunions et leur durée, le mode et les critères de sélection des cas, les participants aux réunions, les règles de traçabilité et d'archivage des débats et des conclusions.

L'objectif est de porter un regard critique sur la façon dont le patient a été pris en charge, de s'interroger sur le caractère évitable de l'événement et de rechercher collectivement les causes de la défaillance survenue lors de la prise en charge. Des actions d'amélioration peuvent être identifiées et mises en œuvre.

Exemples de critères de sélection (liste non exhaustive)

- Décès
- Erreur de patient
- Erreur de coté
- Hospitalisation conventionnelle non programmée après acte prévu en hospitalisation ambulatoire : analyse des causes ou revue de pertinence le cas échéant
- Report non prévu d'une hospitalisation en secteur ambulatoire le jour même de l'admission (déprogrammation à J<sub>0</sub>)

#### **d. Revue de Pertinence**

Une revue de pertinence est l'évaluation de l'adéquation de l'utilisation de ressources (hospitalisations, durées des séjours, actes et prescriptions) aux besoins des patients. C'est un élément important d'évaluation de la qualité des soins, notamment sur les plans sécurité et coûts.

L'identification des admissions ou des journées pertinentes s'effectue à l'aide d'une grille de critères objectifs indépendants du diagnostic mais élaborée par chaque service, prenant en compte son activité et ses contraintes.

Les critères d'éligibilité à la chirurgie ambulatoire de l'enfant sont définis dans les présentes recommandations et représentent des critères de pertinence.

L'admission ou la journée est déclarée pertinente si l'un des critères de la grille est présent ; sinon, elle peut être encore justifiée dans des situations particulières liées à l'état du patient.

Les principales causes de non-pertinence à explorer sont

- un problème d'organisation des soins
- un problème lié aux structures de relais (indisponibilité etc.)
- un problème lié à la décision médicale (appréciation erronée du diagnostic, du traitement, difficultés techniques mal anticipées etc.)
- un problème lié au patient ou à sa famille (refus de sortir, angoisse mal évaluée, conditions environnementales etc.)

#### **e. Indicateurs**

Le suivi chronologique d'indicateurs préétablis est la base de la maîtrise statistique des processus en santé (MSP). Si un processus ou une prise en charge peuvent être caractérisés par un ou plusieurs indicateurs, alors la MSP permet le suivi et l'identification du comportement de cet indicateur en analysant sa variation.

Les indicateurs peuvent concerner les ressources humaines et en matériel, les processus (prise en charge et parcours du patient), les résultats en termes médicaux ou économiques.

#### **f. Thésaurus indicatif des actes CCAM (annexe 3)**

Actualisation annuelle par le comité scientifique du CNCE.  
Liste purement indicative sans caractère limitatif.

#### **g. Grilles de lecture et méthode Delphi (annexe 4)**

Grilles de lecture de la littérature  
Synopsis de la méthode Delphi

**a. Annexe 2 : Audits :****1) Audit 1 : organisationnel****a. Protocole**

Cet audit organisationnel a pour objectif de s'appliquer à tous les types de prise en charge ambulatoire de l'enfant de moins de 18 ans pour des actes chirurgicaux ou interventionnels.

**Le champ d'application**

Cette évaluation concerne toutes les unités, services, sites ou secteurs pratiquant des actes chirurgicaux ou interventionnels, quel que soit le mode d'anesthésie utilisée, chez des enfants hospitalisés en ambulatoire.

En fonction du contexte de l'établissement ou du service, il est possible de sélectionner un segment de processus parmi le référentiel proposé pour améliorer l'organisation ;

Ces segments ont pour objectif :

- Evaluer la sécurité de l'organisation

- Evaluer la qualité environnementale de l'organisation

- Evaluer les compétences des professionnels intervenants

- Evaluer la qualité du dossier du patient

- Evaluer la qualité et la sécurité de la prise en charge

Afin d'améliorer l'organisation de l'unité de chirurgie ambulatoire.

**Le mode de recueil**

Le recueil de données est placé sous la responsabilité du coordonnateur de l'audit.

Les données sont recueillies au cours d'une réunion entre les différents acteurs de la chirurgie ambulatoire : chirurgiens, anesthésistes, endoscopistes, radiologues ...

**Une seule grille** sera remplie par service

**Période d'évaluation**

Dans le cadre d'un plan d'amélioration, il est souhaitable de réaliser un audit sur le processus de l'organisation avant de réaliser un audit des pratiques.

b. Grille d'évaluation

Etablissement	Service			
Date de l'évaluation				
Fonction de l'évaluateur / coordonnateur				
<b><u>Critères</u></b>	Oui	Non	N A	Commentaires
<b>1. Objectif : Évaluation de la sécurité de l'organisation</b>				
<u>Critère 1</u> : L'établissement respecte les conditions d'organisation du SROS III				
<u>Critère 2</u> : L'unité de chirurgie ambulatoire est adossée à une unité d'hospitalisation pédiatrique conventionnelle, médicale ou chirurgicale				
<b>2. Objectif : Évaluation de la qualité environnementale</b>				
<u>Critère 3</u> : Les enfants sont hospitalisés dans une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire pédiatrique ou dans un espace réservé au sein d'une unité ambulatoire mixte adulte et pédiatrique				
<u>Critère 4</u> : L'environnement hôtelier est adapté à l'âge des enfants pris en charge				
<u>Critère 5</u> : le matériel technique est adapté à l'âge des enfants pris en charge				
<u>Critère 6</u> : La présence des parents est facilitée et organisée				
<b>3. Objectif : Evaluation des compétences professionnelles</b>				
<u>Critère 7</u> : Les médecins anesthésistes possèdent les compétences nécessaires à la prise en charge des enfants (Ils satisfont aux recommandations SFAR / ADARPEF / CFAR sur le maintien des compétences en anesthésie pédiatrique)				
<u>Critère 8</u> : Des programmes d'évaluation des pratiques professionnelles existent pour les médecins anesthésistes exerçant dans le secteur de chirurgie pédiatrique ambulatoire				

<b>Critère 9</b> : Les praticiens pratiquant la chirurgie ou les actes interventionnels possèdent les compétences nécessaires à la prise en charge des enfants (Les praticiens respectent les critères des sociétés savantes lorsqu'elles ont élaboré des recommandations concernant la formation initiale, la formation continue et les volumes d'activité souhaitables au maintien des compétences)				
<b>Critère 10</b> : Des programmes d'évaluation des pratiques professionnelles existent pour les praticiens exerçant la chirurgie ou des actes interventionnels dans le secteur de chirurgie pédiatrique ambulatoire				
<b>Critère 11</b> : Un personnel soignant qualifié est présent tout au long de la durée d'ouverture de l'unité de prise en charge des enfants en ambulatoire				
<b>Critère 12</b> : Le personnel soignant a bénéficié de formations initiale et continue relatives aux besoins spécifiques des enfants ou d'une expérience professionnelle en pédiatrie				
<b>Critère 13</b> : Des évaluations périodiques des pratiques professionnelles sont réalisées par le personnel soignant exerçant dans le secteur de chirurgie pédiatrique ambulatoire				
<b>Critère 14</b> : Les professionnels sont formés à l'évaluation et à la prise en charge de la douleur de l'enfant				
<b>Critère 15</b> : Le praticien coordonnateur de l'unité ambulatoire (ou son suppléant) est présent dans l'établissement				
<b>4. Objectif : Évaluation de la qualité du dossier-patient</b>				
<b>Critère 16</b> : Le dossier du patient ambulatoire comporte des informations relatives aux modalités d'organisation de la prise en charge en unité ambulatoire				
<b>Critère 17</b> : Le dossier du patient ambulatoire comporte des informations relatives à la prise en charge anesthésique				
<b>Critère 18</b> : Le dossier du patient ambulatoire comporte des informations relatives à l'acte chirurgical réalisé				
<b>Critère 19</b> : Le dossier du patient ambulatoire comporte des informations relatives aux règles d'hygiène à respecter				

<u>Critère 20</u> : Des documents spécifiques destinés à l'information de l'enfant sont disponibles				
<u>Critère 21</u> : Des documents destinés à l'information sur la prise en charge de la douleur sont disponibles				
<b>5. Objectif : Evaluation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge</b>				
<u>Critère 22</u> : Des modalités de mesure de la satisfaction des bénéficiaires sont en place				
<u>Critère 23</u> : Le recensement et l'analyse des événements indésirables sont organisé				
<u>Critère 24</u> : Une organisation permettant le rappel téléphonique à J <sub>1</sub> est mise en place				

Liste des participants (nom, fonction) :

Observations éventuelles :

c. Guide d'utilisation de la grille d'évaluation organisationnelle (audit 1)  
 Les situations « Non Applicable » non autorisées sont grisées et peuvent faire l'objet d'un commentaire

1	L'établissement respecte les conditions d'organisation du SROS III	<p><b>OUI</b> si l'établissement ne disposant pas d'unité chirurgicale pédiatrique se conforme aux dispositions citées :</p> <p>Niveau A1 : pas d'unité de chirurgie pédiatrique spécialisée</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pas de chirurgie chez l'enfant de moins de 1 an sauf accord ARH régionale</li> <li>- Participation à un réseau ou recours possible à un centre de référence pour la chirurgie de l'enfant de 1 à 3 ans</li> <li>- Au de là de 3 ans, réalisation de la majorité des actes de chirurgie pédiatrique programmée</li> </ul> <p>Niveau A2 : Unité de chirurgie pédiatrique spécialisée : accueil et prise en charge 24h/24h, présence d'équipes chirurgicales et anesthésiques</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge de la majorité des actes chirurgicaux du nourrisson et de l'enfant</li> </ul> <p>Niveau A3 : centre régional référent</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prise en charge des pathologies chirurgicales pédiatriques spécifiques</li> </ul>
2	L'unité de chirurgie ambulatoire est adossée à une unité d'hospitalisation conventionnelle, médicale ou chirurgicale	<p><b>NON</b> s'il s'agit d'un centre de chirurgie ambulatoire exclusif et isolé (centre indépendant)</p>
<p><b>L'accueil des enfants devant bénéficier d'un acte de chirurgie ambulatoire doit se faire dans des locaux adaptés à la spécificité de ces patients en termes d'environnement (berceaux, lits,..) et de matériel technique, permettant le respect des critères de la charte de l'enfant hospitalisé et des recommandations SFAR / ADARPEF sur les structures et le matériel pour l'anesthésie pédiatrique.</b></p>		
3	L'enfant est hospitalisé dans une unité dédiée à la prise en charge ambulatoire pédiatrique ou dans un espace réservé au sein d'une unité ambulatoire mixte adulte et pédiatrique	<p><b>OUI</b> s'il s'agit d'une unité de chirurgie ambulatoire <u>exclusivement</u> destinée recevoir des enfants</p> <p><b>OUI</b> s'il existe effectivement un <u>espace réservé géographiquement</u> à l'accueil des enfants dans une unité de chirurgie ambulatoire générale</p>
4	Environnement hôtelier	<p><b>OUI</b> si lits et berceaux sont en nombre suffisant et de taille adaptée aux âges et tailles des enfants et si des jouets, des jeux et des livres sont disponibles.</p>
5	Matériel technique	<p><b>OUI</b> si le matériel destiné à la réalisation d'actes techniques adapté à l'âge des enfants accueillis sont disponibles : perfusions, surveillance des constantes vitales, sondages, matériel d'urgence, etc.</p>
6	Présence des parents facilitée	<p><b>OUI</b> s'il y a mise à disposition d'un fauteuil aux côtés de l'enfant, d'une salle de repos et de détente, d'infrastructures permettant la restauration ou collation à proximité du secteur d'hospitalisation</p>

<b>Evaluation des compétences professionnelles</b>		
<b>7</b>	Les médecins anesthésistes ont les compétences nécessaires à la prise en charge des enfants	<b>OUI</b> si Les médecins anesthésistes satisfont aux recommandations SFAR / ADARPEF / CFAR sur le maintien des compétences en anesthésie pédiatrique.
<b>8</b>	Programmes EPP	<b>OUI</b> si les praticiens ont réalisé une évaluation de leurs pratiques selon une méthode reconnue et/ou participent à un programme d'évaluation continue au sein de leur unité ou en réseau (Staffs EPP, RMM, évaluation de réseaux etc.)
<b>9</b>	<b>Les praticiens pratiquant la chirurgie ou les actes interventionnels possèdent les compétences nécessaires à la prise en charge des enfants</b>	<b>OUI</b> si les praticiens respectent les critères des sociétés savantes lorsqu'elles ont élaboré des recommandations concernant la formation initiale, la formation continue et les volumes d'activité souhaitables au maintien des compétences <b>Non Applicable</b> lorsque les sociétés savantes n'ont pas établi ces critères
<b>10</b>	Programme EPP des intervenants	<b>OUI</b> si les praticiens ont réalisé une évaluation de leurs pratiques selon une méthode reconnue et/ou participent à un programme d'évaluation continue au sein de leur unité ou en réseau (Staffs EPP, RMM, évaluation de réseaux etc.)
<b>11</b>	Personnel soignant qualifié présent tout au long de l'ouverture de l'unité	<b>OUI</b> si le personnel est effectivement présent dans un secteur pédiatrique au sein d'un service de chirurgie ambulatoire mixte adultes et enfants
<b>12</b>	Le personnel soignant a bénéficié de formations initiale et continue relatives aux besoins spécifiques des enfants ou a l'expérience professionnelle en pédiatrie	<b>OUI</b> si les conditions formation et de maintien des compétences sont assurées, particulièrement en ce qui concerne le nombre et la qualification des personnels nécessaires à l'anesthésie en salle d'intervention et en SSPI (précisés par le décret du 5 décembre sur les structures et le matériel pour l'anesthésie pédiatrique : cf décret)
<b>13</b>	Audits de pratiques	<b>OUI</b> si le personnel soignant est régulièrement (1 fois par an) engagé dans des audits de pratiques ou participe à des actions EPP structurées de l'unité (Staffs EPP, RMM etc.)
<b>14</b>	Professionnels formés à l'évaluation et la prise en charge de la douleur de l'enfant	<b>OUI</b> si des professionnels ont bénéficié de formations diplômantes ou institutionnelles
<b>15</b>	Présence sur place ou dans l'établissement du praticien coordonnateur de l'unité ambulatoire	<b>OUI</b> si le praticien coordonnateur de l'unité de chirurgie ambulatoire ou son suppléant est présent dans l'établissement pendant toute la durée d'ouverture de l'unité.
<b>Conception du dossier patient ambulatoire : des documents existent et figurent dans un dossier type le cas échéant</b>		
<b>16</b>	Informations relatives aux modalités d'organisation de la prise en charge en unité ambulatoire	<b>OUI</b> si des informations précisant les modalités générales de la chirurgie ambulatoire et leur organisation dans l'établissement figurent dans le dossier type remis aux parents



<b>17</b>	Informations relatives à la prise en charge anesthésique	<b>OUI</b> si les informations figurent dans le dossier remis aux parents
<b>18</b>	Informations relatives à l'acte chirurgical réalisé	<b>OUI</b> si les informations figurent dans le dossier remis aux parents
<b>19</b>	Informations relatives aux règles d'hygiène à respecter	<b>OUI</b> si les informations figurent dans le dossier remis aux parents
<b>20</b>	Documents destinés à l'enfant	<b>OUI</b> si un document a été conçu spécifiquement pour l'enfant et est adapté à son âge
<b>21</b>	Documents concernant la prise en charge de la douleur	<b>OUI</b> si les documents du ministère de la santé ou des documents reformulés à destination de l'enfant sont disponibles
<b>Evaluation de la qualité et de la sécurité de la prise en charge</b>		
<b>22</b>	Modalités de mesure de la satisfaction en place	<b>OUI</b> si la chirurgie ambulatoire pédiatrique est spécifiée dans le questionnaire de satisfaction général de l'établissement ou dans un questionnaire de satisfaction dédié
<b>23</b>	Recueil des événements indésirables	<b>OUI</b> si le recueil et l'analyse des EI concernant la prise en charge médicale ou para médicale sont structurés (à l'échelon de l'établissement ou individualisés en RMM dédiés à la chirurgie ambulatoire pédiatrique par exemple)
<b>24</b>	Organisation permettant le rappel téléphonique à J1	<b>OUI</b> si l'organisation est effective et opérationnelle (suivi d'indicateurs par exemple)

## **2) Audit 2 : Audit de Pratiques**

### **a. Protocole**

Les objectifs sont de réduire les écarts de pratiques ne garantissant pas les conditions optimales de qualité et de sécurité dans la prise en charge de l'enfant hospitalisé dans une unité ambulatoire.

#### **Champ d'application**

Cette évaluation concerne toutes les unités de prise en charge chirurgicale de l'enfant de moins de 18 ans en ambulatoire, quelles que soient leur spécificité ou leur orientation thérapeutique.

#### **Critères d'inclusion**

L'évaluation concerne tout acte chirurgical, d'exploration endoscopique, radiologique ou interventionnel, programmé en première intention dans une unité dédiée à la prise en charge en ambulatoire de l'enfant de moins de 18 ans.

#### **Type d'étude**

Il s'agit d'une étude rétrospective sur des dossiers d'interventions consécutives répondant aux critères d'inclusion.

#### **Le mode de recueil**

Le recueil de données est placé sous la responsabilité du coordinateur de l'audit qui en assure la conservation et la confidentialité.

La source des données est représentée par le dossier du patient. Les données sont recueillies sur la grille de critères.

#### **La taille de l'échantillon**

Pour être représentatif, l'échantillon doit être de 30 dossiers.

#### **Période d'évaluation**

Les 30 dossiers concernent des interventions consécutives. La date d'intervention du premier dossier détermine la sélection des dossiers suivants. Toutefois, la période d'observation ne doit pas excéder 8 semaines.

b. Grilles d'évaluation de l'audit de pratiques : 1 fiche par dossier

Etablissement Service Date de l'évaluation		Grille n°:		
Fonction de l'évaluateur				
<b>Critères</b>	Oui	Non	Non Applicable	Commentaires
<b>6. Objectif : Les parents prennent part à la réflexion bénéfiques /risques</b>				
<u>Critère 1</u> : Le dossier comprend la trace des informations délivrées concernant l'anesthésie et du consentement éclairé des parents				
<u>Critère 2</u> : Le dossier comprend la trace des informations délivrées concernant l'acte chirurgical du consentement éclairé des parents				
<b>7. Objectif : Assurer une prise en charge adaptée et conforme aux recommandations</b>				
<u>Critère 3</u> : Le dossier comporte l'identité et les coordonnées du médecin traitant				
<u>Critère 4</u> : L'enfant a bénéficié d'une consultation pré anesthésique dans des délais conformes				
<u>Critère 5</u> : Les critères d'inclusion anesthésique relatifs au statut ASA et à l'âge sont respectés				
<u>Critère 6</u> : L'enfant a bénéficié d'une visite pré anesthésique avant l'intervention programmée				
<u>Critère 7</u> : Les critères d'inclusion chirurgicale ou interventionnelle sont respectés				
<u>Critère 8</u> : Les conditions environnementales familiales sont prises en compte (angoisse familiale, disponibilité du téléphone, conditions du retour à domicile etc...)				
<u>Critère 9</u> : Les circonstances du maintien en hospitalisation conventionnelle sont précisées (complication péri anesthésique, chirurgicale ou interventionnelle, autre...)				

<u>Critère 10</u> : La douleur de l'enfant après le retour de SSPI a été prise en charge et tracée				
<u>Critère 11</u> : Le dossier médical fait état de l'examen clinique et de l'aptitude au retour à domicile				
<u>Critère 12</u> : Le dossier médical fait état de la survenue d'un événement indésirable le cas échéant				
<b>8. Objectif : Assurer à l'enfant un retour à domicile en toute sécurité</b>				
<u>Critère 13</u> : La fiche d'autorisation de sortie est signée par le chirurgien et/ou l'anesthésiste				
<u>Critère 14</u> : A la sortie, les parents sont en possession des ordonnances nécessaires à la poursuite de la prise en charge				
<u>Critère 15</u> : Les consignes de sortie sont délivrées aux parents				
<u>Critère 16</u> : Les numéros de téléphone à joindre en cas d'urgence sont remis aux parents				
<u>Critère 17</u> : Un compte rendu anesthésique est remis aux parents à la sortie				
<u>Critère 18</u> : Un compte rendu opératoire est remis aux parents à la sortie				
<u>Critère 19</u> : Un compte rendu d'hospitalisation est remis aux parents à la sortie				

c. Guide d'utilisation des grilles de l'audit de pratiques

1	Le dossier comprend la trace des informations délivrées concernant l'anesthésie et du consentement éclairé des parents	<b>OUI</b> si la traçabilité de la délivrance d'informations concernant l'anesthésie et la traçabilité du consentement éclairé des parents est retrouvée dans le dossier pour les 2 thèmes <b>NON</b> si 1 élément est manquant <b>Non Applicable</b> si aucune anesthésie n'est réalisée
2	Le dossier comprend la trace des informations délivrées concernant l'acte chirurgical ou du geste interventionnel et du consentement éclairé des parents	<b>OUI</b> si la traçabilité de la délivrance d'informations concernant l'anesthésie et la traçabilité du consentement éclairé des parents est retrouvée dans le dossier pour les 2 thèmes <b>NON</b> si 1 élément est manquant
3	Le dossier comporte les coordonnées du médecin traitant	<b>OUI</b> si le dossier comporte l'identité et les coordonnées téléphoniques du médecin traitant <b>Non Applicable</b> si la famille n'a pas de médecin traitant
4	Compte rendu de consultation pré-anesthésique	<b>OUI</b> s'il figure dans le dossier
5	Critères d'inclusion anesthésique respectés	<b>OUI</b> si les critères sont respectés <u>en tenant compte de l'organisation définie par le SROS</u> : - Statut ASA : Tous les patients ASA I ou II sont éligibles ; après accord préalable, les patients ASA III dont la pathologie est stabilisée ou (sous traitement adapté) si l'interférence de l'intervention avec la pathologie et le traitement est négligeable ; les patients ASA III non équilibrés et ASA IV sont exclus. - Age : 3. <u>Enfants nés à terme</u> : Les patients de plus de 6 mois sont éligibles ; Pour les patients de moins de 6 mois, la décision est prise après accord préalable anesthésiste/opérateur et en fonction de l'expérience de l'équipe et de la lourdeur de l'intervention. - <u>Enfants nés prématurés</u> : Un âge post conceptionnel < 60 SA est un facteur d'exclusion Pour les patients d'âge post conceptionnel > 60 SA et jusqu'à 1 an la décision est prise après accord préalable anesthésiste/opérateur et en fonction de l'expérience de l'équipe et de la lourdeur de l'intervention.
6	Visite pré-anesthésique	<b>OUI</b> si la trace de la visite figure dans le dossier
7	Critères d'inclusion chirurgicale respectés	<b>OUI</b> si les critères sont respectés en tenant compte de l'organisation définie par le SROS → Interventions, à risque hémorragique, réputées douloureuses - Surveillance postopératoire spécifique nécessaire → Survenue d'une complication durant ou après l'intervention → Le cas particulier de l'amygdalectomie a été pris en compte dans les recommandations SFAR / ADARPEF / CARORL sur l'anesthésie pour amygdalectomie chez l'enfant.

8	Respect des conditions environnementales	<b>OUI</b> s'il est fait mention de l'évaluation de l'angoisse familiale, des conditions de retour à domicile, de la disponibilité téléphonique
9	Circonstances du maintien en hospitalisation conventionnelle	<b>OUI</b> si l'examen du dossier permet de retrouver trace des événements à l'origine du maintien en hospitalisation conventionnelle <b>Non Applicable</b> si pas de maintien en hospitalisation conventionnelle
10	Évaluation et prise en charge de la douleur	<b>OUI</b> si le dossier permet de retrouver une traçabilité de l'évaluation de la douleur et de sa prise en charge <b>NON</b> si un élément est manquant
11	Examen clinique permettant le retour à domicile	<b>OUI</b> si l'état clinique est évalué (observation ou score d'aptitude) et tracé dans le dossier
12	Trace de la survenue d'un événement indésirable	
13	Le dossier comporte une fiche d'autorisation de sortie signée par le chirurgien et/ou l'anesthésiste	<b>OUI</b> si le dossier comporte la trace des autorisations datées, identifiées et signées d'au moins un des intervenants. <b>NON APPLICABLE</b> si sortie contre avis médical
14	Le dossier comporte le double de l'ordonnance de sortie	
15	Le dossier comporte la trace de la délivrance des consignes de sortie	<b>OUI</b> s'il est possible de retrouver dans le dossier trace de la délivrance de ces informations
16	Le dossier comporte la trace de la délivrance des numéros de tel à joindre en cas d'urgence et les coordonnées de l'établissement où a été réalisée l'intervention	<b>OUI</b> s'il est possible de retrouver dans le dossier trace de la délivrance de ces informations
17	Le dossier comporte la trace de la délivrance du compte rendu anesthésique	<b>OUI</b> s'il est possible de retrouver dans le dossier trace de la délivrance de ce compte rendu (il peut s'agir d'un compte rendu succinct, destiné à expliciter les modalités de l'anesthésie réalisée afin d'assurer la sécurité de la prise en charge à la sortie) <b>NON APPLICABLE si OUI à 19</b>
18	Le dossier comporte la trace de la délivrance du compte rendu opératoire	<b>OUI</b> s'il est possible de retrouver dans le dossier trace de la délivrance de ce compte rendu (il peut s'agir d'un compte rendu succinct, destiné à expliciter le geste réalisée afin d'assurer la sécurité de la prise en charge à la sortie) <b>NON APPLICABLE si OUI à 19</b>
19	Le dossier comporte la trace de la délivrance du compte rendu d'hospitalisation	<b>OUI</b> s'il est possible de retrouver dans le dossier trace de la délivrance de ce compte rendu (il peut s'agir d'une synthèse anesthésique et chirurgicale destinée à expliciter les modalités de l'intervention réalisée afin d'assurer la sécurité de la prise en charge à la sortie)

## b. Annexe 3 : Thésaurus indicatif des actes CCAM

### Cardia estomac pylore

- HEAH001** ⇨ dilatation de l'œsophage, avec guidage radiologique  
**HEAE003** ⇨ dilatation antérograde de l'œsophage, par fibroscopie

### Duodénum

- HFAD001** ⇨ dilatation du trajet d'une gastrostomie cutanée, avec pose d'un bouton de gastrostomie  
**HFKD001** ⇨ changement d'une sonde de gastrostomie, par voie externe sans guidage  
**HFKH001** ⇨ changement d'une sonde de gastrostomie ou de gastrojéjunostomie, par oeso-gastro-duodéno-scopie

### Rectum anus

- HJND001** ⇨ destruction de lésion du rectum, par voie anale  
**HJGD001** ⇨ extraction de corps étranger ou de fécalome intrarectal, par voie anale sous anesthésie générale ou locorégionale  
**HKLB001** ⇨ injection sclérosante périanale chez l'enfant  
**HJAD001** ⇨ dilatation ou incision de sténose anorectale incisions radiaires anorectales dilatation progressive de sténose anorectale aux bougies  
**HKPA006** ⇨ incision d'abcès de la région anale avec ou sans drainage  
**HKFA008** ⇨ destruction et/ou exérèse de liaison superficielle non tumorale de l'anusc excision de marisque, de papille anale hypertrophiée, d'une papillomatose, de condylomes de l'anusc avec ou sans destruction et/ou exérèse de lésion superficielle de la marge anale. à l'exclusion d'excision de fissure ou de fistule de l'anusc et de destruction de papillomatose extensive de l'anusc (HKND001)  
**HKND001** ⇨ destruction d'une papillomatose extensive de l'anusc  
**HKFA001** ⇨ destruction et/ou exérèse de tumeur bénigne du canal anal

### Interventions sur la paroi abdominale

- LMFA003** ⇨ exérèse d'un bourgeon ombilical  
**LMMA014** ⇨ cure d'une hernie de la paroi abdominale antérieure avant l'âge de 16 ans, par abord direct  
**HPSC001** ⇨ ligature du processus vaginal du péritoine (canal péritonéovaginal), par coelioscopie  
**HPSA001** ⇨ ligature du processus vaginal du péritoine (canal péritonéovaginal), par abord inguinal

### Actes thérapeutiques sur les veines

- EBLA003** ⇨ pose sous-cutanée d'un système diffuseur implantable avec cathéter relié à une veine profonde du membre supérieur ou de cou  
**EPPF002** ⇨ désobstruction de site implantable ou de voie veineuse centrale tunnelisée par agent thrombolytique  
**EBGA001** ⇨ ablation d'un système diffuseur implanté et du cathéter relié à une veine profonde du membre supérieur ou du cou

### Endoscopie

- JDQE003** ⇨ urétrocystoscopie à l'endoscope rigide  
**JHHA002** ⇨ biopsie unilatérale de testicule, par abord direct  
**JHHA003** ⇨ biopsie bilatérale de testicule, par abord direct

### Voies urinaires supérieures

- JCLE004** ⇨ injection sous muqueuse intra-urétérale de matériel hétérologue, par endoscopie, correction endoscopique de reflux vésico-urétéral  
**JCGE003** ⇨ ablation d'une sonde urétérale, par endoscopie rétrograde  
**JCKD001** ⇨ changement d'une sonde d'urétrostomie cutanée  
**JCKE001** ⇨ changement d'une sonde urétérale, par endoscopie rétrograde  
**JCPE002** ⇨ incision du méat urétéral, par endoscopie  
**JCPE001** ⇨ incision d'une urétérocèle, par endoscopie

Vessie

- JDJD001** ⇨ évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire (sondage vésical évacuateur)
- JDL001** ⇨ pose d'une sonde urétrovésicale (sondage vésical à demeure)
- JDHE002** ⇨ biopsie de la vessie à la pince, par endoscopie
- JEHE002** ⇨ biopsie de l'urètre à la pince, par endoscopie
- JDKD002** ⇨ changement d'une sonde urétrovésicale
- JDKD001** ⇨ changement d'une sonde de cystostomie
- JDGE001** ⇨ extraction de corps étranger ou de calcul de la vessie, par endoscopie avec ou sans fragmentation de calcul
- JDFA007** ⇨ résection d'un kyste ou d'une fistule de l'ouraque

Urètre

- JEAD001** ⇨ dilatation de sténose de l'urètre à l'aveugle
- JEMA011** ⇨ méatoplastie de l'urètre par abord direct, chez le garçon
- JEMA013** ⇨ méatoplastie de l'urètre par abord direct, chez la fille
- JESA003** ⇨ fermeture de fistule cutanée de l'urètre
- JECA001** ⇨ urétrostomie cutanée
- JEMA021** ⇨ urétroplastie pour hypospadias balanique ou pénien antérieur, sans reconstruction du prépuce
- JEMA014** ⇨ urétroplastie pour hypospadias balanique ou pénien antérieur, sans reconstruction du prépuce
- JEGE001** ⇨ extraction de corps étranger de l'urètre, par urétroscopie
- JEGA003** ⇨ extraction de corps étranger de l'urètre, par abord direct
- JEPH001** ⇨ incision de valve de l'urètre par endoscopie avec contrôle radiologique
- JEPD001** ⇨ urétrotomie interne à l'aveugle
- JEPD002** ⇨ urétrotomie interne méatique ou rétroméatique à l'aveugle
- JEMA003** ⇨ retouche de cicatrice cutanée après urétroplastie
- JESA003** ⇨ fermeture de fistule cutanée de l'urètre
- JECA001** ⇨ urétrostomie cutanée
- JEFA005** ⇨ exérèse d'un urètre surnuméraire

Vulve et périnée de la femme

- JMPA003** ⇨ libération chirurgicale d'adhérences de la vulve
- ZCQD001** ⇨ examen clinique du petit bassin (pelvis) et du périnée de la femme, sous anesthésie générale
- JJEC003** ⇨ transposition unilatérale de l'ovaire, par coelioscopie
- JJEC002** ⇨ transposition bilatérale de l'ovaire par coelioscopie
- JLJD001** ⇨ drainage d'un hématocolpos ou d'un hydrocolpos
- JLFD001** ⇨ hyménectomie ou hyménonotomie
- JLCA008** ⇨ suture de plaie du vagin
- JLAD001** ⇨ séance de dilatation vaginale par bougies
- HLGE001** ⇨ ablation de corps étranger du vagin, par vaginoscopie
- JMPP001** ⇨ libération non chirurgicale de coalescence des petites lèvres de la vulve
- JMPA001** ⇨ incision de la glande vestibulaire majeure de BARTHOLIN

Appareil génital masculin

- EGFC001** ⇨ résection ou ligature de la veine testiculaire par coelioscopie
- EGFA010** ⇨ résection ou ligature de la veine testiculaire, par abord direct
- EFSA002** ⇨ ligature du plexus pampiniforme ou de la veine testiculaire, par abord scrotal
- EGSA001** ⇨ interruption des veines de drainage du pénis par abord direct
- EGSF002** ⇨ embolisation sélective ou hypersélective de la veine testiculaire ou ovarique, par voie veineuse transcutanée
- EGSF001** ⇨ embolisation suprasélective de la veine testiculaire ou ovarique, par voie veineuse transcutanée



<b>ELSC001</b>	⇒	ligature ou section du pédicule testiculaire (spermatique) pour cryptorchidie, par coelioscopie
<b>ELSA001</b>	⇒	ligature ou section du pédicule testiculaire (spermatique) pour cryptorchidie par laparotomie
<b>JHHA002</b>	⇒	biopsie unilatérale de testicule, par abord direct
<b>JHHA003</b>	⇒	biopsie bilatérale de testicule par abord direct
<b>JHQA002</b>	⇒	exploration du contenu scrotal sans biopsie par abord scrotal
<b>JHQA003</b>	⇒	exploration du contenu scrotal avec biopsie par abord scrotal
<b>JHQA001</b>	⇒	exploration du contenu scrotal par abord inguinal
<b>JHFA012</b>	⇒	exérèse de lésion du testicule par abord scrotal
<b>JHFA004</b>	⇒	exérèse d'un kyste de l'épididyme par abord scrotal
<b>JHFA013</b>	⇒	résection de la tunique vaginale du testicule, par abord scrotal
<b>JHEP002</b>	⇒	détorsion manuelle du cordon spermatique
<b>JHEA009</b>	⇒	détorsion du cordon spermatique ou exérèse des annexes du testicule, par abord direct
<b>JHEA010</b>	⇒	détorsion du cordon spermatique avec orchidopexie unilatérale, par abord direct
<b>JHFC001</b>	⇒	orchidectomie pour cryptorchidie abdominale, par coelioscopie
<b>JHEA004</b>	⇒	abaissement et fixation d'un testicule ectopique non palpable, par coelioscopie et abord inguinoscrotal
<b>JHEA001</b>	⇒	abaissement et fixation d'un testicule ectopique non palpable, par abord inguinal et scrotal
<b>JHEA002</b>	⇒	abaissement et fixation d'un testicule ectopique palpable, par abord inguinal et scrotal
<b>JHFA017</b>	⇒	orchidectomie, par abord scrotal
<b>JHFA005</b>	⇒	orchidectomie, par abord inguinal
<b>JHFA006</b>	⇒	orchidectomie avec pose de prothèse testiculaire, par abord inguinal
<b>JHFA008</b>	⇒	orchidectomie élargie au cordon spermatique (orchiépididymectomie) par abord inguinal
<b>JHFA019</b>	⇒	résection d'une hydrocèle abdominoscrotale, par laparotomie ou abord inguinal
<b>JHLA005</b>	⇒	pose d'une prothèse de testicule par abord inguinal
<b>JHGA002</b>	⇒	ablation d'une prothèse de testicule
<b>JHKA002</b>	⇒	changement d'une prothèse de testicule, par abord inguinal
<b>JHPA003</b>	⇒	libération d'adhérences du prépuce du pénis
<b>JHFA009</b>	⇒	posthextomie, avec ou sans plastie du frein du prépuce
<b>JHPA001</b>	⇒	section ou plastie du frein du prépuce du pénis
<b>JHMA001</b>	⇒	plastie du prépuce du pénis (posthoplastie) à l'exclusion de reconstruction du prépuce du pénis (JHMA003)
<b>JHMA003</b>	⇒	reconstruction du prépuce du pénis
<b>JHAA005</b>	⇒	allongement du pénis par plastie des corps caverneux
<b>JHHB001</b>	⇒	ponction des corps caverneux du pénis
<b>JHEP001</b>	⇒	réduction manuelle d'un paraphimosis
<b>JHEA003</b>	⇒	réduction chirurgicale d'un paraphimosis
<b>JHJB002</b>	⇒	lavage des corps caverneux du pénis, par voie transcutanée
<i>Périnée</i>		
<b>JZNP002</b>	⇒	destruction de moins de 10 lésions périnéales destruction de moins de 10 lésions des organes génitaux externes féminins ou masculins, du raphé anogénital, de la région périanale. A l'exclusion de destruction de lésion du gland et/ou du prépuce (JHNP001)
<b>JZNP001</b>	⇒	destruction de 10 à 50 lésions périnéales destruction de 10 à 50 lésions des organes génitaux externes féminins ou masculins, du raphé anogénital, de la région périanale. A l'exclusion de destruction de lésion du gland et/ou du prépuce

- JZNP003** ⇒ destruction de plus de 50 lésions périnéales ou de lésions périnéales de plus de 30 cm<sup>2</sup>.  
destruction de plus de 50 lésions des organes génitaux externes féminins ou masculins, du raphé anogénital, de la région périanale. A l'exclusion de destruction de lésion du gland et/ou du prépuce

Orthopédie pédiatrique

- PAGB001** ⇒ Ablations de broches  
**PAGB003** ⇒ Ablations de fixateurs externes  
**LHQJ002** ⇒ IRM vertébro médullaires sous AG  
**QDPA001** ⇒ Polydactylies  
**MJPA005** ⇒ Doigts à ressaut  
**PADB002** ⇒ Epiphysiodèses per cutanées  
**PBLB002** ⇒ Synoviorthèses genou, cheville coude sous AG  
**QZJA023 + ZEMP005** ⇒ Pansements pied bot et changements de plâtres sous AG  
**NEQ002 + ZEMP** ⇒ Arthrographies de hanches et plâtre de luxations congénitales  
**NFQC001** ⇒ Arthroscopies du genou  
Réduction itérative sur déplacement secondaire d'une fracture  
**LCEP002** ⇒ Jambe  
**MBEP002** ⇒ Extr distale humerus  
**MCEP002 et MCEP001** ⇒ Diaphyse 2 os avant-bras  
**MDEP002** ⇒ Fracture d'un os de la main  
**NFRP001** ⇒ Mobilisation genou sous AG  
**NZFA012** ⇒ Amputation d'un orteil surnuméraire, sans reconstruction articulaire  
**NZFA011** ⇒ Amputation d'un orteil surnuméraire, avec reconstruction articulaire  
**PCHB001** ⇒ Biopsie neuromusculaire  
**CODE ?** ⇒ Injection intra kystique  
**CODE ?** ⇒ Ponctions biopsie sous TDM  
**CODE ?** ⇒ Photocoagulations sous TDM (ostéomes ostéoïdes)  
**CODE ?** ⇒ Ténotomie tendon d'Achille

Système tégumentaire

- MJPA010** ⇒ Incision ou excision d'un panaris superficiel  
**MJFA003** ⇒ Excision d'un panaris profond de la pulpe des doigts [phlegmon pulpaire]  
**QZFA039** ⇒ Exérèse partielle de l'appareil unguéal  
**QZJA011 et QZJB002** ⇒ Evacuation de collection profonde de la peau  
**QZFA 036 et QZFA 004** ⇒ Exérèse de nævus  
**PDFA 001 et PDFA 003** ⇒ Exérèse hamartome  
**QZFA 002 et QZFA 004 et QZFA 007 et QZFA 001 (2 à 5 lésions) et QZFA 036**  
⇒ Exérèse d'une lésion sous cutanée  
**QZJA 011 et QZJB 002** ⇒ Evacuation de collection profonde de la peau  
**QZGA 003 et QAGA 002** ⇒ Exérèse d'un corps étranger profond des tissus mous  
**FCFA 012** ⇒ Exérèse de ganglions cervicaux  
**BAFA 019** ⇒ Kyste queue du sourcil  
**Hafa 008 et Hafa 011** ⇒ Exérèse de lésion de lèvre  
**LCFA 009 et LCFA 003** ⇒ Exérèse de lésion du premier arc branchial  
**LCFA 008** ⇒ Exérèse kyste et fistule deuxième fente branchiale  
**LCFA 012** ⇒ Exérèse de fistule médiane ou latérale  
**HCFA 003** ⇒ Exérèse d'une glande sublinguale  
**FCFA 001** ⇒ Exérèse de lymphangiome cervical  
**QZJA 010** ⇒ Pansement chirurgical secondaire de brûlure  
**CAMA 013** ⇒ Oreilles décollées  
**HAPD 001** ⇒ Section du frein de langue

### **c. Annexe 4 : La méthode DELPHI**

Méthode DELPHI (en référence avec l'oracle de Delphes) introduit la notion d'itération avec rétroaction contrôlée.

#### **PRINCIPE**

La méthode DELPHI a pour but de mettre en évidence des convergences d'opinion et de dégager un consensus sur des sujets précis, grâce à l'interrogation d'experts, à l'aide de questionnaires successifs. L'objectif le plus fréquent des études DELPHI est d'apporter l'éclairage des experts sur des zones d'incertitude en vue de dégager un consensus.

La méthode DELPHI se révèle particulièrement intéressante pour des décisions qui demandent plus de temps ou qui impliquent beaucoup de personnes et pour lesquelles des réunions successives ne sont pas envisageables. Elle offre deux avantages aux participants : premièrement, une expression totalement libre de leur opinion, respectant leur anonymat le cas échéant ; deuxièmement, une absence de déplacements. Les données utiles à la prise de décision sont recueillies à partir d'un questionnaire. Pour répondre à la question posée, des « tours de table » successifs sont effectués. Des questionnaires itératifs sont envoyés afin de diminuer la dispersion des opinions, et de préciser l'opinion consensuelle médiane. L'objectif est d'obtenir un consensus à partir d'opinions divergentes. Créée en 1953 par Norman DAKLEY et Olaf HELMER, et établie par la Rand Corporation. Elle part des constats suivants :

- le jugement collectif est supérieur au jugement individuel,
- les informations sont insuffisamment structurées pour faire l'objet de prévisions,
- l'appel à l'intuition et à l'expérience est supplétif des faits scientifiquement établis,
- l'intérêt de la prévision à long terme est croissant,
- l'intérêt de l'utilisation des avis d'experts doit être systématique.

#### **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

1. DAKLEY N, BROWN B, COCHRAN S  
La prévention à long terme par la méthode DELPHI  
Edition Dumod, 1972
2. PHOCAS F  
Les méthodes DELPHI : bases rationnelles, méthodologie et applications, Sept 1990.  
DEA - Université PARIS VII - URBB 263 - Tour 53 - 2 place Jussieu  
75 251 - PARIS Cedex 05

## GRADATION DES RECOMMANDATIONS

Le grade d'une recommandation est établi à partir du niveau de preuve scientifique et de l'accord professionnel sur le sujet.

La validation scientifique d'une étude est fonction de la qualité de la méthodologie et de sa réalisation, de l'analyse de ses résultats et de la pertinence de ses conclusions.

---

### Niveau de preuve scientifique Fourni par la littérature

### Grade des recommandations

---

#### Niveau 1

**A**

- Essais comparatifs randomisés de forte puissance, méta-analyse d'essais comparatifs randomisés, analyse de décision basée sur des études bien menées

Preuve scientifique établie (prouvé)

---

#### Niveau 2

**B**

- Essais comparatifs randomisés de faible puissance, études comparatives non randomisés bien menées, études de cohorte (présumé)

Présomption scientifique

---

#### Niveau 3

**C**

- Etudes cas-témoins  
(admis)

Faible niveau de preuve scientifique

---

#### Niveau 4

- Etudes comparatives comportant des biais importants

- Etudes rétrospectives

- Séries de cas

- Etudes épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale)

---

Consensus d'experts = accord professionnel formalisé par une méthode explicite.

**Grille de lecture selon l'ANAES 2000**  
**Lecture d'un article de pronostic - Analyse de cohorte**

Titre et Auteur :

Rev/Année/Vol/Pages :

Thème de l'article :

**Questions avec réponse "oui, non ou ?".**

1. Les objectifs de l'étude sont clairement définis :

2. Méthodes :

- les modalités de constitution de la cohorte sont précisées
- tous les patients de la cohorte ont été identifiés au même stade de la maladie
- les critères d'inclusion et d'exclusion sont spécifiés et adéquats
- les biais possibles sont exposés et les méthodes pour les prendre en compte sont décrites
- le suivi est complet et correctement réalisé
- les critères de jugement sont pertinents, fiables et tous utilisés

3. Résultats :

- l'interprétation de ces critères est objective
- les résultats sont ajustés pour les autres facteurs pronostiques

**Commentaires :**

**Grade de recommandations :**

**Niveau de preuve scientifique (1 à 4) :**

**Grade de recommandations (A-B-C) :**