

COMMUNICATION

Réseau de Chirurgie Pédiatrique en Midi-Pyrénées

MOTS-CLÉS : PÉDIATRIE. CHIRURGIE. CENTRES DE SANTÉ COMMUNAUTAIRES

Pediatric Surgery Network in Midi-Pyrénées, France

KEY-WORDS: PAEDIATRICS. SURGERY. COMMUNITY HEALTH CENTERS

Jean-Philippe CAHUZAC *

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.

RÉSUMÉ

Après une étude de la CNAM sur la place de la chirurgie pédiatrique en Midi-Pyrénées il a été décidé avec le soutien de l'ARS de créer un réseau de chirurgie pédiatrique ayant trois objectifs : favoriser la chirurgie à proximité du lieu de résidence, obtenir la sécurité en exigeant des moyens adaptés à l'enfant et rechercher la qualité en définissant le périmètre d'activité de chaque établissement et en aidant à la formation. Après avoir défini la spécificité pédiatrique des centres de proximité, spécialisé et de recours, une enquête de tous les établissements de la région a été réalisée et en fonction des réponses l'ARS a labellisé 23133 centres de proximité, 415 centres spécialisés et un centre de recours. Avec 4 ans de recul l'analyse du PMSI a permis de constater que la chirurgie pédiatrique dans les centres « non labellisés » a diminué, que la chirurgie pédiatrique dans les centres de proximité a été maintenue à son niveau, que les enfants de moins de un an sont de moins en moins opérés dans les centres de proximité et que le périmètre d'activité est respecté. Ces résultats sont intéressants et incitent à étendre ce réseau, mais l'avenir de ce type de réseau dépendra de l'implication de l'ARS et des acteurs du réseau.

SUMMARY

It has been decided, based upon a study from the CNAM (National health insurance fund) about pediatric surgery in Midi Pyrénées, to set up a pediatric surgery network, with the support of the ARS (Regional health agency). There were 3 objectives: to promote local

* Université Paul Sabatier, Toulouse

Tirés à part : Professeur Jean-Philippe CAHUZAC, même adresse
Article reçu le 22 mars 2016, accepté le 2 mai 2016

surgery service, to request safety by using appropriate care and facilities, and to aim at quality of care by defining the scope of work of each institution and helping with training. We first defined the specificities of pediatric medicine in 3 different care facilities: local hospital, specialized hospital and referral hospital. After a survey undertaken in Midi-Pyrénées, 23/33 local hospitals, 4/5 specialized hospitals and 1/1 referral hospital were certified by the ARS. At 4 years follow up, the analysis of the records showed a decrease in surgical procedures performed in non-certified hospitals while the caseload in the local hospitals was maintained. Infants below 1 year of age were less operated on in local hospitals and the sphere of operation had been respected. These results are promising and encourage us to enlarge the network although this will rely on the commitment of the ARS and all the network players.

Le réseau régional de chirurgie pédiatrique a été créé en Midi-Pyrénées (MP) le 12 mai 2011, lors de l'assemblée générale réunissant les établissements privés et publics labellisés par l'ARH de Midi-Pyrénées. Il existe d'autres types de réseaux médicaux en France (obstétrique, périnatal, obésité...) et certains éléments constitutifs de ces réseaux ont été utilisés lors de la création de notre réseau. Dans un premier temps nous rappellerons les raisons qui ont amené à la création de ce réseau, puis nous présenterons les résultats du comité technique régional mis en place par l'ARH tant au niveau de nos buts que des moyens mis en œuvre pour arriver à nos fins. Ensuite, nous ferons part des résultats de l'évaluation menée pendant 4 ans. Enfin, nous analyserons les difficultés, les réussites mais aussi les problèmes que pose ce réseau.

BASES DE RÉFLEXIONS

La création du réseau résulte d'une double réflexion : celle menée par la Société française de Chirurgie Pédiatrique (1999), concluant à la pénurie future du nombre de chirurgiens pédiatres en dehors des CHU et celle de la Société Française d'anesthésie (2002) rappelant les risques importants de l'anesthésie pédiatrique avant l'âge de 3 ans et surtout avant 1 an. À ces réflexions, s'ajoutait la constatation d'une augmentation des transferts pédiatriques vers notre CHU. Ces éléments pouvaient faire craindre dans l'avenir proche à une accélération du flux des patients vers l'Hôpital des Enfants de Toulouse qui venait d'ouvrir en 2000 avec une diminution du nombre de lit.

TRAVAIL DU COMITÉ TECHNIQUE RÉGIONAL DE MP SUR LA CHIRURGIE PÉDIATRIQUE

Après avoir présenté ces réflexions à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de MP, celle-ci a demandé une enquête à la CNAM sur la place de la chirurgie pédiatrique dans notre région avant de créer, si cela était justifié, un comité technique régional (COTER).

L'enquête de la CNAM a montré que la chirurgie pédiatrique représentait de 12 % à 15 % des hospitalisations (variabilité liée à la définition de l'enfant entre la France et l'Europe), que tous les établissements recevaient des enfants mais avec des variations de nombre très importante, que la chirurgie était faite à 70 % par des chirurgiens non pédiatrique mais que les chirurgiens pédiatres réalisaient l'essentiel des actes lourds, enfin que la chirurgie céphalique représentait 50 % de la chirurgie pédiatrique et qu'elle se faisait pour 70 % dans le secteur privé.

L'ARH a alors décidé de mettre en place le COTER de chirurgie pédiatrique, réunissant 30 personnes provenant des secteurs privé et public (chirurgiens, pédiatres, anesthésistes, directeurs d'établissement et les organismes intéressés par le réseau tels que la CNAM...), dans le but d'organiser la prise en charge régional de l'enfant en matière de chirurgie.

Ce comité a d'abord repris le schéma d'organisation de trois types de centres (centre de proximité, centre spécialisé et centre de recours régional) qui existait dans d'autres réseaux.

Puis, visant une optimisation des prises en charge des enfants par des centres mieux organisés et identifiés, il a défini trois objectifs essentiels : **la proximité** (la chirurgie doit se faire autant que possible à proximité du lieu de résidence), **la sécurité** (en exigeant des moyens adaptés à l'enfant dans chaque établissement) et **la qualité** (le périmètre d'activité de chaque établissement est défini conjointement par les chirurgiens de l'établissement et du réseau et une formation est mise en place).

Pour répondre à ces objectifs, des cahiers des charges correspondant aux 3 types de centres (proximité, spécialisé et recours) ont été élaborés et adressés à tous les établissements de MP par l'ARH. Puis, le comité a analysé les réponses et a proposé à l'ARH de labelliser ou non les établissements dans une ou plusieurs des 4 spécialités chirurgicales (traumato-orthopédie, viscérale, ORL et MF, puis OPM).

Définition d'un Centre de proximité (23 labellisés sur 33 demandes)

Les six critères majeurs définissant un CP sont : les enfants dont l'âge est inférieur à 1 an ne peuvent être hospitalisés dans ces établissements, les enfants sont opérés par des chirurgiens non pédiatres et pour chaque spécialité il faut au moins 2 chirurgiens, les urgences doivent être reçues 24 h/24 et orientés au besoin vers un centre spécialisé ou de recours appartenant au réseau, la prise en charge des enfants doit être organisée avec des chariots pédiatrique d'urgence en salle de réveil et aux urgences, une astreinte de pédiatrie 24 h/24 doit être assurée et le périmètre d'activité est défini pour chaque spécialité.

Définition d'un Centre spécialisé (4 labellisés sur 5 demandes)

Les sept critères majeurs définissant un CS sont : ces établissements peuvent hospitaliser des enfants dès la naissance, les enfants sont opérés par des chirurgiens pédiatres pour ce qui concerne la chirurgie viscérale ou orthopédique et pour chaque spécialité il faut au moins 2 chirurgiens, les urgences doivent être reçues

24 h/24 et orientés au besoin vers un autre centre spécialisé ou de recours, la prise en charge des enfants doit être organisée, identifiable et individualisé tant au bloc que dans l'hospitalisation, une unité médico-chirurgicale de surveillance continue pédiatrique doit être présente, une astreinte de pédiatrie 24 h/24 doit être assurée, enfin, le périmètre d'activité est défini pour chaque spécialité.

Définition d'un Centre de recours régional (1/1)

Dans la région MP, seul le CHU correspondait aux critères retenus : les enfants doivent être opérés par des chirurgiens pédiatres spécialisés en chirurgie viscérale ou orthopédique et par des DESC de chirurgie céphalique ayant une orientation pédiatrique, toute la pathologie chirurgicale de l'enfant doit être prise en charge dans un secteur dédié à l'enfant, des gardes chirurgicales et médicales pédiatriques dans toutes les spécialités doivent être organisées, le secteur des urgences doit être spécifique à l'enfant, enfin il doit y avoir une réanimation pédiatrique et une réanimation néonatale. Concernant le périmètre d'activité le centre de recours assure la prise en charge de toute la chirurgie et devient le centre obligatoire lorsqu'une réanimation est prévisible ou qu'une prise en charge est pluri disciplinaire.

Le principe de cette classification suppose une contractualisation entre ces trois types de structures sachant qu'un centre de proximité doit pouvoir, à tout moment, demander un avis au centre spécialisé ou de recours pour la prise en charge chirurgicale d'un enfant.

Ainsi, chaque centre est en liaison permanente au sein du réseau et les patients sont pris en charge et orientés de manière coordonnée en fonction de leur pathologie, de leur âge et de leur lieu de résidence.

ÉVALUATION DU RÉSEAU 2011-2014

Méthodologie

L'évaluation de l'activité du réseau est basée sur l'analyse annuelle du PMSI. Seul les séjours de type C c'est à dire avec un acte chirurgical certain ont été pris en compte. Les séjours de type K et X ont été exclus car ne permettant pas une analyse précise de l'activité chirurgicale. De ce fait, les chiffres donnés sont en deçà de la réalité mais donne une analyse plus objective de cette chirurgie.

L'analyse des séjours de type C a été faite par type de centre, par classe d'âge et par grand thème de pathologie (Orthopédie, Viscérale, ORL et MF, OPM)

Questions posées :

Cinq questions ont été posées pour appréhender la réalité du fonctionnement du réseau :

- La chirurgie pédiatrique dans les centres « non labellisés » a-t-elle diminuée ?
- La chirurgie pédiatrique dans les centres de proximité a-t-elle été maintenue à son niveau ?
- Les enfants de moins de 1 an sont-ils encore opérés dans les centres de proximité et dans les centres non labellisés ?
- Le périmètre d'activité est-il respecté ?
- Évolution de la chirurgie ambulatoire ?

a) *La chirurgie pédiatrique a-t-elle diminuée dans les centres « non labellisés » ?*

Dans les centres non labellisés » le nombre de séjours est passé de 4684 en 2011 à 3929 en 2014, soit une perte de de 16 %.

Parallèlement le nombre de séjours dans les établissements labellisés a augmenté passant de 16689 à 18158.

Cette diminution des séjours existe dans toutes les catégories d'âge avant 15 ans.

b) *La chirurgie pédiatrique dans les centres de proximité a-t-elle été maintenue à son niveau ?*

Depuis 2011, l'hospitalisation de la chirurgie pédiatrique dans les centres de proximité se maintient et représente 34 % des hospitalisations et ceci quelle que soit la catégorie d'âge. Durant cette période, le taux d'hospitalisation du centre de recours est resté constant à 29 % alors que les centres spécialisé ont légèrement augmenté.

c) *Les enfants de moins de 1 an sont-ils encore opérés dans les centres de proximité et dans les centres non labellisés ?*

Après la totale disparition des actes chirurgicaux chez les enfants de moins de un an dans les centres de proximité dans l'année qui a suivi la mise en place du réseau, on constate une très légère reprise de cette chirurgie dans ces centres (2 cas en 2013 et 3 cas en 2014). Certes, il s'agit soit de section du frein de la langue ou de perméabilisation du canal lacrymal, mais cela montre la difficulté de suivre la contractualisation pourtant signée !

d) *Le périmètre d'activité est-il respecté ?*

Nous avons analysé l'activité dans chaque spécialité en utilisant des marqueurs généraux c'est-à-dire des interventions pouvant être faite dans tous les centres et des marqueurs spécifiques devant être réalisé dans des centres spécialisé ou de recours.

— Chirurgie orthopédique

En chirurgie Traumato-orthopédique, on constate que l'hospitalisation des marqueurs généraux (traumatologie et traumatisme crâniens avec perte de connaissance) est répartie entre les CP (60 %) et le centre de recours (30 %). Les centres spécialisés participent peu (moins de 10 %). À l'inverse, les marqueurs spécifiques (chirurgie rachidienne, tumeurs malignes et malformations congénitales) sont inexistantes dans les CP et peu importante dans les centres spécialisés.

— Chirurgie viscérale

En chirurgie viscérale, on constate que l'hospitalisation des marqueurs généraux (circoncisions et appendicectomies) est très importante dans les CP (50 % et 70 %). Cependant, les 2 autres marqueurs généraux (hernies et ectopies) représentent une hospitalisation faible dans les CP (10 %). Par ailleurs, les marqueurs spécifiques (Hypospadias, tumeurs malignes, chirurgie digestive majeure et chirurgie urologique) sont inexistants dans les CP et très important dans le centre de recours.

— Chirurgie ORL et MF

En chirurgie ORL et MF, l'hospitalisation des marqueurs généraux qui représentent un nombre élevé d'enfants (Amygdalectomies, Drains tympaniques et affections dentaires) est partagé entre les CP et les CS. Le centre de recours n'intervient que pour 5 % des hospitalisations.

Concernant les marqueurs spécifiques, si le centre de recours a l'exclusivité des implants cochléaires, l'hospitalisation des autres marqueurs (Fente labiale, reconstitution de l'oreille moyenne et tractus thyro-glosse) est plus importante dans les CS.

— Chirurgie OPM

En ophtalmologie, l'hospitalisation des marqueurs généraux (chalazion, appareil lacrymal et plaies de l'œil) montre que le centre de recours n'assure pas plus de 10 % des marqueurs généraux à l'exception des plaies de l'œil (70 %) et que le reste est répartie entre CP et CS. Concernant les marqueurs spécifiques (strabisme, cataracte, glaucome et allogreffe de cornée), cette chirurgie n'est pas faite dans les CP mais les hospitalisations sont très importantes dans les CS sauf pour les greffes de cornée (CR).

e) *Chirurgie ambulatoire*

La chirurgie ambulatoire représente 61 % des hospitalisations avec une progression en orthopédie (43 %) et Ophtalmologie (74 %).

CONCLUSIONS

Il est probablement difficile de comparer le réseau de chirurgie pédiatrique à d'autres réseaux de chirurgie car le bilan initial fait avec la CNAM en 2004 montrait l'existence d'une « acceptation tacite mais insuffisante » d'une répartition des hospitalisations en fonction de la sécurité des enfants.

On peut cependant tirer un certain nombre de réflexions de la mise en place de ce réseau :

— La place de l'ARS est fondamentale car elle seule à l'autorité pour obliger les établissements à répondre aux questionnaires et elle seule peut labelliser ou non un établissement.

- L'équilibre entre les secteurs public et privé est fondamental et la relation ne doit avoir aucune ambiguïté.
- La formation est un élément majeur du réseau mais ne doit pas être l'apanage du seul CHU.

Il existe des aspects positifs au réseau :

- Amélioration de la sécurité car de nombreux établissements ont acceptés la mise en place de moyens « pédiatriques » pour sécuriser la prise en charge chirurgicale des enfants. D'ailleurs en 2015, un centre de proximité, non labellisé initialement, a fait l'effort de se mettre au niveau demandé et a été accepté. Mais, cela repose sur des visites régulières des établissements...
- Le maintien de la chirurgie pédiatrique de proximité est pour l'instant un succès mais nous sommes inquiets par le faible taux de remplacement des chirurgiens qui partent à la retraite dans les villes situées en dehors de la Haute-Garonne.
- Le périmètre d'activité de chaque établissement est dans l'ensemble bien respecté. Mais, Quelques CP ne respectent pas la limite d'âge (≤ 1 an). Certes, cela ne représente que 2 à 3 cas par an et correspond à une soi-disant « petite chirurgie » mais si il y a un problème d'anesthésie, ces établissements n'ont pas les moyens de récupérer ces accidents. Qu'en sera-t-il lorsque les assurances connaîtront la notion de réseau ?

Il y a des interrogations :

- les CS qui sont tous situés dans la Haute-Garonne, ne participent que très peu aux urgences comme en témoignent par exemple l'hospitalisation des plaies de l'œil ou de la traumatologie. Cela veut dire que la demande d'une prise en charge des urgences 24 h/24 est théorique !
- l'exigence d'une astreinte de pédiatrie 24 h/24 est-elle une réalité ? Tous les établissements ont accepté cette contrainte. Elle est devenue une astreinte téléphonique rarement utilisée selon les établissements. De plus, le faible renouvellement des pédiatres dans notre région, nous fait craindre l'impossibilité de répondre à cette exigence dans quelques années.

Au total, la création du réseau de chirurgie pédiatrique a globalement répondu à nos buts mais pour que l'effet persiste cela demande une implication constante de l'ARS qui est variable en fonction du Directeur mais aussi une implication des chirurgiens du public et du privé. Hors la distribution régionale des chirurgiens et l'absence de participation réelle de tous les établissements aux urgences risque de créer des divergences de buts entre les divers établissements.

DISCUSSION

M. Philippe BOUCHARD

Avez-vous cherché à favoriser les échanges de praticiens entre centres périphériques privés ou non et les centres universitaires ?

Avez-vous prévu des indemnisations éventuelles ?

Dans le cadre de la convention qui lie les établissements, nous avons depuis le début privilégié la formation des médecins, des infirmières et des aides-soignantes. Le Réseau assure une activité de formation et de Développement Professionnel Continu (DPC) grâce à une équipe pédagogique pluridisciplinaires (anesthésistes, infirmières). La formation est destinée en priorité aux professionnels de santé des établissements membres. Ces derniers assurent l'accueil des formations du Réseau dans leurs locaux.

Selon le mode d'exercice des participants aux formations, plusieurs modes d'inscriptions sont envisagés. Les praticiens salariés voient leurs frais d'inscription pris en charge par leur employeur. Les praticiens libéraux sont pris en charge au titre du DPC (frais d'inscription et indemnisation liée à la perte d'activité).

En ce qui concerne les chirurgiens, nous avons constaté que ceux-ci trouvent dans leurs sociétés savantes respectives la formation nécessaire. Nous avons pensé que le mieux était de leur ouvrir les portes des établissements spécialisés ou de recours pour venir opérer avec nous. Mais dans les faits, cette formation « personnalisée » est rare.

Pour les anesthésistes et infirmières anesthésistes nous organisons 4 à 5 fois par an dans les centres spécialisés où dans le centre de recours une formation pratique et théorique de 2 jours. De plus pour certains centres de proximité ou la formation risque de déstabiliser l'activité de l'établissement, c'est l'équipe pédagogique qui se déplace. Cette dernière façon est d'ailleurs très prisée. De la même manière nous avons mis en place une formation des infirmières et aides-soignantes. Par ailleurs, nous avons maintenant une demande de formation des urgentistes de la part des établissements ayant un Service d'urgence.

M. Jean-Louis DUFIER

A-t-on une notion des actes de chirurgie pratiqués sous anesthésie générale chez des enfants de moins d'un an et de moins de trois ans dans des centres de proximité ?

L'analyse du PMSI permet de connaître les raisons d'une prise en charge chirurgicale chez les enfants de moins de 1 an dans les centres de proximité alors que les établissements ont signé la convention interdisant tout acte chez ces enfants. Après une année 2012, où aucune intervention « interdite » n'avait été réalisée, nous avons noté 4 interventions en 2013 et 3 interventions en 2014. Il s'agissait dans 3 cas d'une section du frein de la langue et dans 4 cas d'une intervention sur le canal lacrymal. Nous avons adressé une lettre à ces établissements.