Sociétés participantes :
CNCE (Conseil National de la Chirurgie de l'Enfant) et ADARPEF

TEXTE APPROUVE EN 2008 PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ADARPEF

Liste des experts

Chef de projet :
Mme le Dr Régine LECULEE, PH,
CH Draguignan, chirurgien pédiatre, SFCP
Membres permanents :
Mr. le Pr François BECMEUR,
PUPH, CHRU Strasbourg, chirurgien pédiatre, SFCP;
Mr. le Dr Jean BREAUD,
MCU-PH, CHU Nice, chirurgien pédiatre, SFCP;
Mme le Dr Caroline CAMBY,
Clinique Océane Vannes, chirurgien pédiatre, SFCP
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;
Mr. le Pr Jean Luc JOUVE,
PUPH, CHU Timone Marseille chirurgien pédiatre orthopédiste, SOFOP / SOFCOT;
Mr. le Dr Stanislas JOHANET,
PH, CHU Trousseau Paris, anesthésiste pédiatrique, SFAR;
Mme le Dr Hélène LE HORS - ALBOUZE,
PH, CHU Timone Marseille, chirurgien pédiatre, SFCP, SNCP;
Mr. le Pr Michel ROBERT,
PUPH, CHU Clocheville Tours, Président du CNCE

Experts partenaires de l'ADARPEF
Mme le Dr Jocelyne BIENTZ, PH, anesthésie pédiatrique, CHRU Strasbourg;
Mr. le Dr Philippe COURREGES, PH, anesthésie pédiatrique, Hôpital St Vincent de Paul Lille, Président de l'ADARPEF;
Mme le Dr Elisabeth GIAUFRE, anesthésie pédiatrique, Hôpital Privé Clairval, Résidence du Parc Marseille;
Mr. le Pr Yves NIVOCHE, PUPH, anesthésie pédiatrique, Hôpital Robert Debré Paris, .

- **Membres relecteurs sollicités Experts de la méthode**

Mr. Bruno BAILLY, Chef de projet service évaluation et amélioration des pratiques à la HAS;
Mr. 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;
Mr le Dr Patrice FRANCOIS, PUPH, CHU Grenoble, HAS;
Mme le Dr Monique LATHELIZE, 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**

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

- **ADARPEF**

Mr. le Dr Jacky DECKENS, PH ; anesthésie pédiatrique, CHU Amiens;
Mr. 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;
Mr. le Dr Joël LAURENT, PH ; anesthésie pédiatrique, CHU Côte de Nacre Caen;
Mr le Dr Bruno VARE, PH; anesthésie pédiatrique, Fondation Lenval 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, Paris;
Mr le Dr Frédéric CHABOLLE, Secrétaire Général de la SFORL;
Mr le Dr Vincent COULOIGNER PH, CHU Robert Debréu, Paris.

- **Ophtalmologie**

Mr le Pr Joseph RENARD, PUPH, président de la Société Française d'Ophtalmologie.
Chirurgie Maxillo-faciale
Mr 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
Mr le Dr Jean Patrick DRUO, PH, Paris;
Mme le Pr Marie-Cécile MANIERE, PUPH, CHU Strasbourg. Représentants des Usagers
Mr Gilles GAEBEL, AVIAM, CISS, CIANE.

- **Membres sollicités pour la phase test**

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

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 leurs conseils avisés dans l'élaboration de ces recommandations.

METHODE

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.

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.

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 Medecine, 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 ;

- la consultation de tous les documents gouvernementaux (en incluant les textes intervenant dans la législation : décrets, arrêtés, circulaires et instructions) ;
- la consultation des autres documents constituant la littérature grise traitant du sujet concerné. Mise à jour bi-annuelle de la bibliographie durant l'élaboration des recommandations.

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, mémorandum 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.

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.

Organisation de la chirurgie ambulatoire de l'enfant

Les critères généraux sont ceux de la circulaire n° 83-24 du 1er 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 3ème génération, 2004
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.

Recommandations relatives à l'organisation de la chirurgie ambulatoire des enfants

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 [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 avantla 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 [2,3] ;
- une ordonnance anticipée assurant la prise en charge spécifique des nausées et vomissements post opératoires qui peut être délivrée à l'occasion de la consultation pré anesthésique [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 du courrier préopératoire adressé au médecin traitant le cas échéant;
- l'autorisation d'opérer signée par tous les détenteurs de l'autorité parentale;
- les coordonnées du médecin traitant de l'enfant;la trace des informations données en préopératoire aux parents ou signifiants;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 [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. [5].

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

    - d'une ordonnance des traitements antalgiques et autres instaurés à la sortie;
    - 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'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 [6].

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

Recommandations relatives aux critères d'éligibilité des enfants à la chirurgie ambulatoire

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 [2,7].

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 [10];
- survenue d'une complication per ou post anesthésique.

BIBLIOGRAPHIE

Méthodologie - Qualité

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.

3.HAS : L'audit clinique : bases méthodologiques de l'évaluation des pratiques professionnelles, avril 1999 ; brochures audit clinique et audit clinique ciblé : juin 2005

4.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.

5.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.

Textes réglementaires

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. 6ème

Réglementation : code de la santé publique – Partie réglementaire – 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

- Arrêté du 7 janvier 1993 relatif aux caractéristiques du secteur opératoire pour les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.

3 Organisation de la chirurgie ambulatoire : Rapport final, MeaH, avril 2007.
- Le bréviaire de la chirurgie ambulatoire : L'ambulatoire en 20 questions, MeaH et AFCA, octobre 2007.

Anesthésie

Réglementation : code de la santé publique – Partie réglementaire – 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

- 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.
- Arrêté du 3 octobre 1995 relatif aux modalités d'utilisation et de contrôle des matériels et dispositifs médicaux.

Recommandations de bonnes pratiques

- 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

- 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

- Recommandations concernant l'équipement d'un site ou d'un ensemble de sites d'anesthésie Epub 1996 Janvier

- Recommandations concernant l'appareil d'anesthésie et sa vérification avant utilisation Epub 1996 Janvier. Lire le document

- Recommandations concernant l'anesthésie du patient ambulatoire 2ème édition 1990 – 1994 Epub 1996 Janvier

- La chirurgie ambulatoire (synthèse ANAES) mai 1997 (PIE).

- Anesthésie pour amygdalectomie chez l'enfant Conférence d'experts SFAR/ADARPEF/CARORL : Texte court – Epub 2006 Octobre 9

- 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 Décembre 13

SROS 3

- CIRCULAIRE N°517/DHOS/O1/DGS/DGAS du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent.
- Annexe à la circulaire relative à l'élaboration des SROS de l'enfant et de l'adolescent. DHOS : synthèse des travaux du groupe sur l'implantation et l'organisation des plateaux techniques Mars 2003 ; suite de la circulaire sus nommée.

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	Paediatric Anaesthesia
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	
anesthesiology		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										

Références

Publications référencées dans le texte des recommandations

[1] 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

[2] 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

[3] 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

[4] 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

[5] 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

[6] 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

[7] 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

[8] Brennan LJ. Modern day-case anesthesia for children" Br J Anaesth 1999 ; 83 : 91-103. Niveau de preuve 1 A

[9] 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

[10] 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

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 ouside 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