



RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ et de la
PROTECTION SOCIALE**

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET
DE L'ORGANISATION DES SOINS
Sous-direction de l'organisation
du système de soins
DIRECTION GENERALE DE LA SANTE
DIRECTION GENERALE DE L'ACTION
SOCIALE

Le Ministre de la santé et de la protection
sociale

A
Mesdames et Messieurs les directeurs des
agences régionales de l'hospitalisation
(pour exécution et diffusion)

Mesdames et Messieurs les préfets de
départements
Directions départementales des affaires
sanitaires et sociales
(pour information)

Madame et Messieurs les préfets de régions
Directions régionales des affaires sanitaires et
sociales
(pour information)

CIRCULAIRE N°517/DHOS/O1/DGS/DGAS du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des
SROS de l'enfant et de l'adolescent

Date d'application : immédiate

NOR :

Grille de classement :

Pièce jointe : une annexe

Mots-clés : enfants, adolescents, pédiatrie générale, pédiatrie spécialisée, chirurgie
pédiatrique, pédopsychiatrie, ORL pédiatrique, urgences pédiatriques, douleur, soins
palliatifs, handicap, maltraitance, parents, associations de parents, réseaux, commission
régionale de l'organisation des soins pour les enfants et adolescents

Textes de référence:

- Loi n°89-484 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et à la protection de l'enfance
- Loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs
- Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et privés

pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

- Décret n° 2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique
- Arrêté du 27 avril 2004 pris en application des articles L.6121-1 du code de la santé publique fixant la liste des matières devant figurer obligatoirement dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire.
- Circulaire n° 83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.
- Circulaire DGS/DH n°132 du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents.
- Circulaire n°70 du 11 décembre 1992 relative aux orientations de la politique de santé mentale en faveur des enfants et adolescents.
- Circulaire DGS/DH n°97-380 du 27 mai 1997 relative aux dispositifs régionaux d'accueil et de prise en charge des personnes victimes de violences sexuelles complété par les circulaires DGS/DH/2000/399 du 13 juillet 2000 relative à l'extension aux mineurs victimes de toutes formes de maltraitance et DHOS/E1/2001/503 du 22 octobre 2001 relative à l'accueil en urgence dans les établissements de santé des personnes victimes de violences ainsi que de toutes personnes en situation de détresse psychologique.
- Circulaire N°DH/EO3/98/688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie.
- Circulaire DHOS/SDO n°2002/98 du 19 février 2002 relative aux soins palliatifs.
- Circulaire n°2002/269 du 18/04/2002 relative à l'accompagnement des parents et à l'accueil de l'enfant lors de l'annonce pré et post natale d'une maladie ou d'une malformation.
- Circulaire DHOS/E2 n°266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.
- Circulaire DHOS/SDO n°195 du 16 avril 2003 relative aux urgences.
- Circulaire DHOS/SDO n°238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences.
- Circulaire DHOS/SDO n° 44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.
- Circulaire n° 101 DHOS/O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.
- Circulaire n°161 DHOS/O/2004 du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en cancérologie pédiatrique

L'organisation des soins doit prendre en compte les spécificités de la prise en charge des enfants et adolescents et être structurée de façon à répondre au mieux aux principaux enjeux de santé publique de ces classes d'âge, aux enjeux, également, posés par la nécessaire coordination des différents acteurs impliqués dans cette prise en charge et par les difficultés de la démographie, en pédiatrie et en pédopsychiatrie notamment.

La présente circulaire a donc pour objet de vous donner, ainsi qu'à tous les acteurs de terrain concernés, les principes de l'organisation graduée et coordonnée de prise en charge des enfants et adolescents qui doivent servir de base à l'élaboration des SROS. Elle cible également certaines problématiques de la santé de l'enfant et de l'adolescent : il s'agit à la fois des périodes au cours desquelles les enfants sont plus vulnérables et des axes de santé publique ou pathologies à prendre en charge. Ces périodes de plus grande fragilité sont la périnatalité, la période de socialisation (2/3 ans) et l'adolescence. Les axes de santé publique ou pathologies à prendre en charge concernent la santé psychique (notamment les troubles de la personnalité, du comportement et des apprentissages), les pathologies chroniques, le handicap et la maltraitance.

Les principes retenus sont au service d'une conception très globale de la santé de l'enfant et de l'adolescent : celle-ci est considérée à la fois sous l'angle médical, mais aussi psychique, social et environnemental, toutes dimensions qui contribuent à la bonne santé de l'enfant et de l'adolescent.

Le SROS doit donc structurer la prise en charge des enfants et adolescents, organiser la coordination des acteurs et la réponse aux enjeux majeurs de santé publique des enfants et adolescents et ce en lien avec les programmes régionaux de santé. Cela implique également de rechercher la collaboration active de l'URCAM pour tout ce qui concerne les soins de ville.

Préambule

La population considérée a jusqu'à 18 ans, l'âge légal de la majorité paraissant une référence acceptable. Toutefois, des organisations locales et concertées permettent de tenir compte de situations particulières, par exemple, aux urgences pédiatriques ou pour le suivi de pathologies chroniques très spécifiques, lorsque, après avoir entendu l'adolescent, une concertation médicale rend préférable un suivi en service d'adultes.

Concernant la psychiatrie, le décret du 14 mars 1986 (relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique) ne fait état que d'une seule limite d'âge de prise en charge en fixant à 16 ans la limite d'âge inférieure applicable pour la prise en charge des patients par les secteurs de psychiatrie générale. L'offre de soins psychiatrique doit pouvoir utiliser cette souplesse offerte par les textes, afin d'organiser au mieux la réponse aux besoins de santé mentale des adolescents, partie intégrante de la mission des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile. Cette souplesse doit également permettre d'adapter l'intervention de la psychiatrie à l'organisation adoptée en pédiatrie.

Les enfants et adolescents ont vocation à être pris en charge, chaque fois que cela est possible, par un médecin spécialiste de l'enfant et du personnel paramédical ayant expérience et savoir-faire dans l'accueil et la prise en charge des enfants.

Les enfants et adolescents, leurs parents et fratrie sont acteurs et partenaires à part entière de la prise en charge.

I – Le SROS structure l’organisation graduée et coordonnée de la prise en charge des enfants et adolescents

A – A partir de l’évaluation des besoins et de l’état des lieux, le SROS structure la prise en charge des enfants et adolescents en trois niveaux, de proximité, de recours hospitalier et d’expertise.

Conformément à l’ordonnance du 4 septembre 2003, le besoin de santé doit être évalué, au regard des données démographiques, sociales et épidémiologiques existantes au niveau de la région.

L’état des lieux de l’offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs doit faire l’objet d’une cartographie précise et partagée, qui permet d’identifier, pour les différentes activités de soins, les compétences existantes et potentielles, le plateau technique déjà mobilisé, qu’il soit adulte ou pédiatrique, les coordinations et les projets des différents acteurs. Il doit également concerner la dimension psychique et devra s’appuyer sur l’analyse des besoins identifiés dans le volet santé mentale du SROS. Cet état des lieux doit intégrer les acteurs de la PMI et de la santé scolaire, ceux du champ social et médico-social. Il prend en compte l’état des lieux réalisé dans le cadre de l’élaboration du SROS de Périnatalité.

1 - La prise en charge de proximité doit articuler au mieux les acteurs ambulatoires et hospitaliers.

Elle mobilise l’action coordonnée des différents professionnels et structures de santé que sont les pédiatres libéraux et hospitaliers, les médecins généralistes, les cabinets de surspécialités, les pédopsychiatres, les psychologues, les orthophonistes, les infirmiers, les masseurs-kinésithérapeutes, les pharmaciens, les psychomotriciens, les éducateurs, les établissements de santé et les structures médico-sociales, les équipes de PMI et de santé scolaire.

Elle doit donner toute leur place aux pédiatres libéraux et aux généralistes, notamment lorsqu’ils sont inscrits dans un réseau, ainsi qu’aux équipes de PMI et de santé scolaire, afin d’assurer le suivi du développement de l’enfant, les actions de dépistage, de prévention et d’éducation à la santé. Les pédiatres libéraux ont tout particulièrement vocation à assurer le suivi ambulatoire des malades chroniques, des grands prématurés et des enfants et adolescents handicapés. Leur investissement également indispensable dans la périnatalité et aux urgences pédiatriques hospitalières doit être reconnu et soutenu, en facilitant notamment leurs conditions d’exercice.

2 - La pédiatrie générale hospitalière a un rôle pivot dans la prise en charge de l’enfant et de l’adolescent en établissement de santé.

La pédiatrie générale hospitalière a une fonction de recours pour la prise en charge de proximité de l’enfant et de l’adolescent. Elle est impliquée dans la prise en charge de l’enfant et de l’adolescent hospitalisé dans un établissement accueillant adultes et enfants.

→ Le SROS établit des recommandations afin que

- les missions de la pédiatrie générale et de la pédopsychiatrie soient identifiées et leurs nécessaires articulations formalisées.
- les équipes de pédiatrie comportent les compétences spécifiques de psychologues, d'assistantes sociales, d'éducateurs, de puéricultrices...
- les services de pédiatrie générale puissent s'appuyer sur un plateau technique permettant de réaliser chez l'enfant examens d'imagerie, fibroscopies digestives et bronchiques, Phmétries, EEG, épreuves fonctionnelles respiratoires et sachant s'adapter à la prise en charge des enfants et adolescents, que ce soit en termes de compétences, d'organisation, éventuellement d'équipement.
- le relais de la prise en charge des adolescents passant à l'âge adulte soit organisé, sous forme par exemple de consultations communes de transition entre pédiatres et médecins d'adultes.
- l'aval des urgences hospitalières soit organisé conformément aux principes de la circulaire DHOS n°195 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences et à la circulaire DHOS n°238 du 20 mai 2003 relative aux urgences pédiatriques : l'établissement comportant au moins un service de pédiatrie générale doit prévoir l'adaptation des capacités en lits et ressources à la fluctuation saisonnière de l'activité pédiatrique.

3 - La prise en charge spécialisée s'articule avec la prise en charge de proximité et la pédiatrie générale hospitalière

Elle correspond à un niveau d'expertise et de recours, associé à des missions particulières que sont l'élaboration de protocoles de prise en charge et de leurs modalités d'évaluation, le transfert de compétences et la formation auprès des acteurs hospitaliers (médecins en formation, médecins d'adultes amenés à prendre en charge des enfants dans le cadre de coopérations locales définies, personnels paramédicaux...) et ambulatoires, l'animation des réseaux constitués autour de l'une ou de plusieurs pathologies.

Les CHU ont également une responsabilité particulière dans le pilotage de la recherche, de l'innovation thérapeutique et du transfert de technologie, en collaboration étroite avec les établissements de santé concernés.

→ **Le SROS identifie les centres de prise en charge spécialisée**, compte tenu de leurs missions, de leurs compétences respectives, des plateaux techniques et des files actives. Ces centres de prise en charge peuvent être en CHU ou en Etablissements de santé non universitaires, publics ou privés.

→ **L'organisation de la prise en charge des pathologies chroniques doit faire l'objet d'une structuration en réseau de façon prioritaire.** Cette structuration concerne en particulier l'asthme, l'épilepsie, l'obésité et le diabète, selon une importance qui peut varier en fonction des territoires et du besoin de santé identifiés au plan régional. Elle doit prendre en compte les établissements de soins de suite et de réadaptation qui développent une activité de soins pédiatriques.

→ **L'éducation thérapeutique du patient constitue une priorité de santé publique et doit être soutenue.** Le SROS doit soutenir le développement de l'activité d'éducation thérapeutique de groupe, au sein des établissements de santé, pour les patients suivis en milieu hospitalier et en médecine libérale, ainsi que les consultations et hôpitaux de jour d'éducation thérapeutique. L'organisation définie par le SROS prend en compte les prises en charge d'éducation thérapeutique organisées par la médecine libérale et s'articule avec elles.

4 - La pédopsychiatrie

L'offre de soins spécialisée en psychiatrie infanto-juvénile s'organise sur la base de principes généraux fondant la politique de secteur que sont l'accessibilité, la continuité, la qualité des soins, le soutien et l'implication des familles. Il s'agit non plus d'appréhender l'organisation de la pédopsychiatrie en terme de structures, mais de concevoir des modalités de prise en charge centrées sur les enfants et les adolescents, tenant compte de leur environnement et de la diversité des troubles et pathologies rencontrés dans le champ de la santé mentale. L'offre de soins psychiatriques doit proposer une réponse graduée, diversifiée et coordonnée assurant une réelle prise en charge de proximité.

Dans le cadre des territoires de santé, il convient d'organiser prioritairement, au regard des besoins localement identifiés, les réponses suivantes :

- La réponse aux besoins des enfants et adolescents en matière de soins programmés de courte ou de longue durée en pédopsychiatrie ;
- La réponse aux besoins des enfants et adolescents en situation de crise et d'urgence (tentatives de suicide notamment) et à ceux de leur famille, que ce soit à l'hôpital général ou dans la communauté ;
- La réponse aux besoins des enfants et adolescents nécessitant une intervention coordonnée de la pédopsychiatrie et de la psychiatrie générale (en périnatalité, en pédiatrie, pour la prise en charge des adolescents ou pour la gestion du passage à l'âge adulte des jeunes suivis en pédopsychiatrie, ...) ;
- La réponse aux besoins des enfants et des adolescents en matière de soins, de scolarisation et d'études, que ce soit en milieu ordinaire, en milieu hospitalier ou en institution spécialisée (articulation avec l'Education nationale, les universités) ; c'est dans ce cadre que pourra être traitée la question de la formalisation de la coordination indispensable entre le dispositif sectoriel et les centres référents des troubles des apprentissages du langage ;
- La réponse aux besoins des enfants et adolescents handicapés et notamment ceux souffrant des formes les plus lourdes de leur pathologie (troubles envahissants du développement, autisme...), en étroite collaboration avec le secteur médico-social compétent en particulier pour l'adaptation des structures d'accueil et d'hébergement ;
- La réponse aux besoins des enfants et des adolescents relevant des dispositifs de protection de l'enfance (protection maternelle et infantile, aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse...) ;
- La réponse aux besoins des familles en matière d'accueil, d'information et de soutien et le dialogue avec les associations de parents ;
- La réponse aux besoins de la population en matière de prévention et le développement des actions partenariales en direction des professionnels et de la collectivité, notamment en lien avec les services de santé de l'éducation nationale, la protection maternelle et infantile... ;

- La réponse aux besoins des professionnels et des institutions de soins ainsi que ceux relevant des secteurs social, médico-social, éducatif et judiciaire (travail de liaison, actions de formation et d'information...).

Il importe que ces réponses s'organisent dans le cadre d'un véritable fonctionnement en réseau. Pour ce faire, le temps d'élaboration et de coordination nécessaire pour promouvoir ou intégrer ce mode de fonctionnement devra être pris en compte. Ce n'est, en effet, qu'au travers de la mise en synergie des compétences de l'ensemble des acteurs concernés (publics, privés, libéraux quel que soit leur domaine d'intervention) que la prise en charge des enfants et des adolescents pourra être optimisée.

B - Le SROS organise des prises en charge spécifiques

Les prises en charge spécifiques concernent la chirurgie pédiatrique, l'ORL et les soins palliatifs. L'organisation de la réanimation pédiatrique et des transports pédiatriques fera l'objet de textes particuliers. L'organisation de la cancérologie pédiatrique est définie par la circulaire n°161 DHOS/O/2004 du 29 mars 2004. La neurochirurgie pédiatrique, la chirurgie cardiaque pédiatrique, les greffes, les grands brûlés s'inscrivent dans des schémas interrégionaux ou nationaux.

1 – Le SROS organise les différents niveaux de prise en charge en chirurgie pédiatrique et ORL

Le SROS enfant et adolescent définit l'organisation de la chirurgie pédiatrique et ORL pédiatrique, par territoire de santé, selon une graduation et une répartition des activités tenant compte des besoins de la population, de la situation existante et des possibilités de transport. Cette organisation s'appuie sur les travaux des sociétés savantes de chirurgie pédiatrique, d'ORL et d'anesthésie-réanimation pédiatrique.

→ L'offre de soins est structurée en deux niveaux de prise en charge, complémentaires et articulés entre eux. Ces niveaux correspondent aux centres de proximité, aux centres spécialisés, certains ayant une vocation régionale ou interrégionale. Ils sont définis en fonction des pathologies et des actes par tranches d'âges, de la compétence chirurgicale et anesthésique des équipes, de l'organisation de la permanence des soins et de l'adaptation de la structure à la prise en charge des enfants et adolescents. De plus, les centres de proximité respectent un seuil minimal d'activité, leurs missions diffèrent selon l'âge des enfants, notamment pour le moins de un an.

Ces critères d'organisation sont explicités dans le document annexé à la présente circulaire.

→ **L'offre de soins ainsi définie est constituée en réseaux de chirurgie pédiatrique et ORL et d'anesthésie pédiatrique.** Ceux-ci ont pour missions d'offrir à leurs membres des modalités d'orientation des enfants, des actions de formation et d'évaluation, des possibilités d'échanges de pratique.

2 – L'organisation des soins palliatifs

L'objectif est d'assurer les soins palliatifs chez l'enfant et l'adolescent au plus près de la vie quotidienne de l'enfant et de son entourage, avec un projet de soins spécifique pour chaque enfant. L'organisation des soins palliatifs en pédiatrie doit faciliter la mise en œuvre de la démarche palliative dans les services hospitaliers, en veillant tout particulièrement à assurer la continuité entre le service de spécialité et le service de pédiatrie générale, ainsi qu'au domicile, par l'HAD et le travail en réseau.

→ Le SROS recommande la mise en place de lits dédiés à la pratique des soins palliatifs dans certains services amenés à assumer de façon répétée ce type de prise en charge (cf circulaire du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs).

→ Il facilite, dans le cadre de réseaux, le recours à une équipe mobile de soins palliatifs compétente en pédiatrie avec identification au sein de cette équipe, d'un ou plusieurs référents pédiatriques

→ Il envisage éventuellement la création d'équipes mobiles de soins palliatifs pédiatriques au niveau régional.

II – Le SROS organise la coordination des acteurs de la prise en charge des enfants et adolescents

La prise en charge de la santé de l'enfant et de l'adolescent est **globale** et doit contribuer à leur **protection** et leur **développement**. La coordination des acteurs de la santé de l'enfant et de l'adolescent est un élément clé de cette politique et se décline à plusieurs niveaux.

A – Les acteurs de la santé de l'enfant et de l'adolescent sont réunis au sein d'une Commission Régionale de l'organisation des soins des enfants et adolescents

Une commission régionale de l'organisation des soins des enfants et adolescents est créée au sein de chaque région. Elle réunit les acteurs régionaux de la santé de l'enfant et de l'adolescent et est placée sous la présidence du Directeur de l'ARH. Elle fait appel en tant que de besoin aux sociétés savantes concernées. Elle prend en compte dans ses travaux les plans régionaux de santé.

La commission régionale a pour mission de :

- répondre aux sollicitations de l'ARH concernant l'organisation des soins de l'enfant et de l'adolescent
- faire des propositions pour l'élaboration du SROS de l'enfant et de l'adolescent.
- veiller au suivi de sa mise en œuvre et à son évaluation
- impulser et soutenir le développement des réseaux de prise en charge
- impulser des actions de formation des professionnels médicaux et paramédicaux intervenant dans le champ de la prise en charge des enfants et adolescents.

Elle est un lieu de l'articulation entre les acteurs sanitaires, médico-sociaux, communautaires et s'ouvre à l'Education Nationale, l'Aide Sociale à l'Enfance, les collectivités locales, la Justice, la Police..en tant que de besoin. Elle travaille en lien étroit avec la Commission Régionale de la Naissance, des réunions communes sont organisées.

La commission régionale de l'organisation des soins des enfants et adolescent est composée :

D'un collège de professionnels intervenant dans le champ de la santé de l'enfant et de l'adolescent, composé d'un ou de représentants :

- de pédiatres exerçant dans un centre hospitalier général
- de pédiatres exerçant dans un centre hospitalier régional universitaire
- de pédopsychiatres libéraux et hospitaliers
- des psychologues cliniciens libéraux et hospitaliers
- de pédiatres libéraux
- de médecins généralistes
- de médecins de structures de PMI
- de médecins d'un service de santé scolaire
- de chirurgiens pédiatriques
- d'anesthésistes spécialisés dans la prise en charge des enfants
- de pédiatres et/ou pédopsychiatres exerçant dans une structure médico-sociale
- de médecins de médecine physique et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge des enfants
- de puéricultrices et/ou d'infirmières
- de personnels socio-éducatifs de pédiatrie et/ou de pédopsychiatrie

D'un collège composé de personnes qualifiées représentant chacune :

- l'Etat
- l'Assurance Maladie
- les Conférences des Directeurs de CH et CHU
- les Conférences de Présidents de CME de CH, CHU, CHS et d'établissements PSPH
- la FHF, la FEHAP et la FHP
- les Unions Régionales de Médecine Libérale
- l'observatoire régional de santé
- les représentants des usagers

La Commission Régionale de l'organisation des soins des enfants et adolescents élabore son règlement intérieur et crée son bureau, de façon à assurer son animation.

B – L'ARH accompagne le développement de réseaux de prise en charge

→ Au-delà de la périnatalité, l'organisation des soins des enfants et adolescents doit être structurée en réseaux dans les domaines de la chirurgie et de l'ORL, de l'anesthésie-réanimation pédiatrique, des maladies chroniques ainsi que de la prise en charge des troubles spécifiques du langage. Dans ce cas, le réseau est organisé autour des centres référents, en étroite collaboration avec les CMP, les CMPP, la santé scolaire, la PMI et les professionnels du secteur libéral, pédiatres et orthophonistes en particulier. Les réseaux peuvent concerner les modalités de coopération médico-psychologique en maternité.

→ Des réseaux de prise en charge des adolescents, des enfants et adolescents handicapés, ou des réseaux de prévention peuvent également être mis en place, selon les besoins.

Les réseaux doivent associer les professionnels libéraux et hospitaliers, pédiatres, généralistes, pédopsychiatres, mais aussi, services de PMI et services de médecine scolaire, structures médico-sociales, structures et services de soins à domicile, associations d'usagers... La prise en charge en réseau permet de mieux organiser l'orientation des enfants et adolescents, de mutualiser les protocoles, de mettre en place formations des professionnels et évaluation des

organisations et des pratiques. Leur financement fait l'objet d'une décision conjointe de l'URCAM et de l'ARH.

C – L'organisation de la prise en charge des enfants et adolescents implique des collaborations étroites entre médecine ambulatoire et pédiatrie hospitalière.

Ces collaborations permettent l'actualisation des connaissances et le développement des protocoles de prévention, dépistage et traitement. Elles favorisent la prise en charge partagée de certaines pathologies. Elles peuvent faciliter les demandes d'avis et permettre d'élaborer les règles d'accès au plateau technique de l'hôpital ainsi que l'organisation des demandes de bilans en hôpitaux de jour. Cette formalisation permet également de mettre en place des modalités d'accès direct des patients suivis en ambulatoire au plateau technique hospitalier.

Il peut s'agir de la participation des médecins libéraux, de PMI ou de santé scolaire aux discussions cliniques, réunions de synthèse et formations proposées par les équipes médicales des établissements de santé et, plus simplement de l'information régulière et réciproque des médecins de ville et hospitaliers, par l'envoi de courriers.

La Commission Régionale de l'organisation des soins des enfants et adolescents est particulièrement attentive au développement des collaborations entre acteurs de la prise en charge des enfants et adolescents.

III- Le SROS contribue à mieux répondre aux principaux enjeux de santé publique et veille à assurer une place pleine et entière à l'enfant et à ses parents en établissement de santé

A - Le SROS contribue à mieux répondre aux principaux enjeux de santé publique des enfants et adolescents

1- L'organisation de la prise en charge des adolescents

L'adolescence représente une période particulière, qui nécessite une approche spécifique. Elle peut se caractériser par l'apparition de comportements à risque (accidents, conduites addictives, tentatives de suicide, troubles du comportement alimentaire, manifestations d'auto ou hétéro-agressivité) qui posent un véritable problème de santé publique.

→ Le SROS doit prévoir des réponses adaptées à la prise en charge des adolescents dans le champ sanitaire et établit des recommandations, notamment par l'organisation d'un accueil spécifique et l'intégration aux projets d'établissement d'un volet relatif à la politique de prise en charge des adolescents. Les recommandations d'organisation de la prise en charge interne aux établissements de santé sont développées dans le document annexé.

→ L'organisation de la prise en charge des adolescents malades chroniques, des adolescentes en maternité et des adolescents ayant fait une tentative de suicide doit faire l'objet d'une réflexion particulière, tant au niveau régional que des établissements de santé.

La prise en charge des adolescents privilégie le travail en réseau, notamment avec les centres d'éducation et de planification familiale, les médecins gynécologues libéraux, les maternités, les CMP, les centres de dépistage anonymes et gratuits, les Unités Médico-Judiciaires, les centres de crise, le milieu scolaire, le secteur social.

→ Le SROS veille à articuler la prise en charge sanitaire avec des lieux d'accueil, d'écoute et d'information ouverts aux adolescents. Il est concerné par la création et l'implantation des Maisons de l'adolescent, lieux pluridisciplinaires par excellence où la santé doit être traitée

2 – La prise en charge sanitaire des enfants et adolescents handicapés ou à risque de handicap

→ **Le repérage et la prise en charge précoce des troubles chez les enfants à risque** doivent faire l'objet d'une réflexion particulière dans le cadre de l'organisation des soins. Celle-ci doit encourager le développement des **CAMSP** et **consultations de bilan général au décours de la confirmation du handicap**.

→ **Le suivi hospitalier des enfants et adolescents handicapés est organisé, en articulation étroite avec les structures médico-sociales**. Il s'organise à partir de consultations de suivi, qui permettent à un pédiatre référent d'assurer la coordination de la prise en charge de l'enfant et le suivi de son développement global. Par ailleurs, des consultations spécialisées, multidisciplinaires, pouvant associer notamment des pédopsychiatres, permettent à certaines périodes clés, d'adapter au mieux la prise en charge. Des consultations de passage permettent également d'organiser le suivi hospitalier des adolescents handicapés dans le monde des adultes.

→ **Le SROS établit des recommandations sur les conditions d'hospitalisation des enfants et adolescents handicapés**. Celles-ci sont détaillées dans le document annexé, elles prévoient notamment la présence d'un proche auprès de l'enfant hospitalisé (membre de la famille ou de l'Institution où est pris en charge l'enfant) et l'organisation de liens entre l'équipe de l'Institution et l'équipe hospitalière.

→ Le SROS identifie les structures de prise en charge chirurgicale des enfants et adolescents handicapés, présentant des déficiences motrices complexes et ou multiples.

→ **Il identifie les structures de soins de suite ou de réadaptation pouvant accueillir les enfants et adolescents handicapés et polyhandicapés**. L'organisation de l'offre veille à permettre une proximité géographique. Elle peut comporter un certain degré de spécialisation des différentes structures, notamment pour prendre en charge les enfants et adolescents présentant des troubles du comportement et nécessitant une prise en charge de troubles organiques associés.

Il est indispensable de renforcer les articulations avec le secteur médico-social et d'organiser des collaborations entre l'offre de soins, générale et pédopsychiatrique, et les établissements et services médico-sociaux qu'il conviendra d'identifier. Ces collaborations peuvent prendre la forme de conventions ou de réseaux

3- La prise en charge sanitaire de la maltraitance

L'enjeu majeur que représente la maltraitance des enfants et adolescents et le caractère nécessairement pluridisciplinaire des réponses à apporter nécessitent que le SROS organise les modalités de la réponse que les établissements de santé doivent apporter.

→ **Le SROS établit des recommandations de façon à améliorer le signalement des situations supposées de maltraitance.** Il rappelle ainsi que tout service de pédiatrie, médical et chirurgical, d'urgences, ou service d'adultes prenant en charge des enfants, tout service de PMI et de santé scolaire a la responsabilité de se former et de s'organiser pour savoir repérer et prendre en charge les enfants et adolescents victimes de maltraitance. Les établissements et services de pédiatrie doivent identifier un référent médical dans le domaine de la maltraitance des enfants et adolescents. Les circuits entre SAMU-SMUR, services d'urgence, Unités Médico-Judiciaires, services de soins et d'imagerie, et, le cas échéant, le pôle de référence hospitalier, doivent être formalisés au travers de protocoles.

→ **La Commission Régionale de l'organisation des soins des enfants et adolescents** peut constituer un lieu d'échange, d'articulation et de synthèse sur ce sujet en vue notamment d'améliorer la collaboration entre les établissements de santé, la PMI, l'Aide Sociale à l'Enfance, la Justice, l'Education Nationale, les services de Police, la Gendarmerie, les associations, et peut proposer la création d'outils de collaboration.

B - Le SROS veille à assurer une place pleine et entière à l'enfant et à ses parents en établissement de santé

1 - L'accueil et l'hébergement de l'enfant et de ses parents font l'objet d'une organisation spécifique

→ Les enfants et adolescents sont accueillis et hébergés en service de pédiatrie ou dans un service ayant développé un environnement et des collaborations adaptés aux spécificités de cette prise en charge. Les établissements de santé formalisent dans leurs projets d'établissement leur politique de prise en charge des enfants et adolescents

→ La place des parents, leur information, leur présence auprès de leur enfant, leur participation active aux soins sont reconnues et assurées au sein de l'établissement de santé, quels que soient le moment et le lieu. De même, la place des associations de famille et parents est reconnue ; leur existence est rendue lisible aux équipes et aux familles, leur présence est facilitée et organisée au sein des établissements.

2 - La prise en charge de la douleur

→ L'organisation de la prise en charge de la douleur des enfants et adolescents respecte les principes de la circulaire DHOS/E2 N°266 du 30 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme national de lutte contre la douleur 2002-2005 dans les établissements de santé.

→ L'organisation de la prise en charge des syndromes douloureux chroniques de l'enfant et de l'adolescent doit faire l'objet d'une réflexion spécifique et permettre l'identification d'au moins un médecin référent par région. Si possible, le SROS favorise la création de consultations pluridisciplinaires de prise en charge des syndromes douloureux chroniques de l'enfant et de l'adolescent au sein de chaque région.

3 - La prise en charge de l'enfant et de l'adolescent par les établissements de santé privilégie l'alternative à l'hospitalisation

→ De façon générale et en dehors d'éventuelles difficultés psychosociales rendant l'hospitalisation préférable, il est souhaitable de privilégier la prise en charge en hôpital de jour des enfants et adolescents, par rapport à l'hospitalisation complète. La prise en charge des enfants et adolescents dans les espaces et organisation de la chirurgie ambulatoire doit faire l'objet des adaptations nécessaires à ces patients.

→ Le développement de l'HAD en pédiatrie respecte les principes de la circulaire DHOS/SDO n° 44 du 4 février 2004 relative à l'HAD.

Ces principes d'élaboration des volets enfants et adolescents des SROS devront s'appliquer dès l'élaboration des SROS de troisième génération. Vous trouverez en annexe à la présente circulaire le document précisant le contenu des recommandations de prise en charge des enfants et adolescents.

Je vous demande de mettre en place très rapidement, puis de mobiliser la commission régionale de la santé de l'enfant et de l'adolescent, tant pour l'élaboration, que le suivi et l'évaluation de ce volet spécifique du SROS et de veiller à ce que les indicateurs d'évaluation de sa mise en œuvre soient établis au moment de l'élaboration du SROS.

Je vous remercie de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de son annexe aux établissements de santé, l'objectif étant que la majorité des professionnels impliqués dans la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent puisse en prendre connaissance.

Je vous saurais gré de bien vouloir me tenir informé de toute difficulté rencontrée dans l'application des recommandations de la présente circulaire, en prenant contact le cas échéant avec Mesdames Laurence NIVET ou Martine LEVINE, Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, Sous-direction de l'organisation du système de soins, bureau de l'Organisation générale de l'offre régionale des soins, au 01 40 56 47 45/ 01 40 56 40 39 ou par e-mail: laurence.nivet@sante.gouv.fr/martine.levine@sante.gouv.fr

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur Général de l'Action Sociale
Jean-Jacques TREGOAT

Pour le Ministre et par délégation
Le Directeur de l'Hospitalisation
et de l'Organisation des soins
Edouard COUTY

Pour le Ministre et par délégation
Le Chef de service
de la Direction Générale de la Santé
Yves COQUIN