



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

CERTIFICATION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Enjeux et spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents en établissement de santé

Certification V2010

Décembre 2011

Haute Autorité de Santé
Service documentation – information des publics
2 avenue du Stade de France - F 93218 Saint-Denis La Plaine CEDEX
Tél. :+33 (0)1 55 93 70 00 - Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Ce document a été validé par le Collège de la Haute Autorité de Santé en décembre 2011.

© Haute Autorité de Santé – 2011

ACC01_T119_A

Sommaire

PREAMBULE	5
1. Projet d'établissement - Organisation de la prise en charge	7
2. Pertinence de l'hospitalisation.....	9
3. Accueil de l'enfant, de l'adolescent et de son entourage.....	10
4. Formation des professionnels à la prise en charge des enfants et des adolescents... 	11
5. Information et communication avec les enfants, les adolescents et leur entourage et recherche de consentement.....	12
6. Coordination et continuité des soins	15
7. Scolarisation de l'enfant	16
8. Lien précoce mère-enfant.....	18
9. Prise en charge de la douleur.....	20
10. Soins palliatifs	22
11. Mort de l'enfant	25
12. Dépistage et prise en charge de la maltraitance de l'enfant (maltraitance hors établissements de santé).....	26
13. Prise en charge médicamenteuse.....	27
14. Sécurité des mineurs	28
15. Prévention et éducation à la santé.....	29
ANNEXE 1. CRITERE 19.A VERSION REVISEE AVRIL 2011	31
ANNEXE 2. CHARTE EUROPEENNE DE L'ENFANT HOSPITALISE	32
ANNEXE 3. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	34
ANNEXE 4. PARTICIPANTS.....	41

Préambule

Le manuel de certification V2010 intègre un critère « Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique » (critère 19.a). L'approche « population » dans la certification a été développée dans le manuel V2010 pour répondre aux besoins d'une évaluation plus spécifique de la prise en charge des populations présentant une vulnérabilité ou des risques particuliers. Les enfants et les adolescents constituent une population identifiée dans ce critère 19.a car les besoins et risques qui accompagnent leurs prises en charge sont spécifiques et représentent un enjeu de santé publique.

La Convention internationale des droits de l'enfant, signée par les Nations unies le 20 novembre 1989 et ratifiée par la France en 1990, définit l'enfant « comme tout être humain âgé de moins de 18 ans, sauf si la majorité est atteinte plus tôt en raison de la législation qui lui est applicable ».

Le Haut Comité de la santé publique rend compte en décembre 1992, dans son rapport Stratégie pour une politique de santé, de la complexité de la période de l'enfance et de l'adolescence et de ses conséquences sur la santé de l'enfant et du futur adulte : « L'enfance et l'adolescence sont des périodes du développement physique et mental, de l'acquisition d'un capital culturel et scolaire, plus ou moins important, de l'intégration à la vie sociale, plus ou moins réussie. C'est aussi un moment d'identification personnelle et sociale et celui où achève de se constituer le capital - santé [...]»

Ce document s'adresse aussi bien aux professionnels des établissements de santé prenant en charge des enfants et des adolescents, quel que soit le type d'activité de cet établissement (court séjour [MCO], hospitalisation à domicile [HAD], soins de suite et de réadaptation [SSR], pédopsychiatrie), qu'aux experts-visiteurs.

Il a pour objectifs :

- d'identifier des éléments de qualité spécifiques d'une prise en charge des enfants et des adolescents ;
- de sensibiliser et d'attirer l'attention des professionnels et des experts-visiteurs sur les spécificités de cette prise en charge, ceci en lien avec les critères du manuel de certification. Il doit permettre notamment d'éclairer les attentes du critère 19.a dédié à la « Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique » (annexe 1).

Quinze thématiques essentielles ont été identifiées pour la prise en compte des spécificités de la prise en charge des enfants et des adolescents. Chaque thématique est composée d'un paragraphe introductif exposant les objectifs à atteindre et de préconisations qui éclairent les attentes pour la prise en charge sur cette thématique. Les liens principaux existants entre la thématique et les critères de la certification ou les articles de la charte de l'enfant hospitalisé (annexe 2) sont signalés.

Le caractère synthétique de ce document ne permet pas de rendre compte de toutes les particularités de certaines prises en charge spécifiques.

L'établissement peut également avoir mis en place d'autres actions en plus de celles énoncées au sein des « préconisations ».

► Point essentiel :

Ce document d'accompagnement n'a pas vocation à établir de nouvelles exigences. Il appartient à l'établissement d'identifier ses propres risques, de les analyser et de prioriser les démarches d'amélioration et de sécurisation de la prise en charge des enfants et des adolescents en tenant compte de ses activités et modes de prise en charge. La mise en œuvre de certaines de ces préconisations dépend de la spécificité des prises en charge (par exemple MECSS¹) ou des modes de prise en charge (par exemple HAD).

Des notes de bas de page sont insérées pour apporter les précisions, les définitions et les liens Internet nécessaires. Quelques références sont citées en fin de document. Le texte associatif de la charte de l'enfant

1 MECSS : maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisé

hospitalisé, même si elle ne constitue pas une norme opposable, est devenu une référence. Cette « charte » est une application spécifique de la [Convention internationale des droits de l'enfant](#). Un lien Internet permet d'accéder à la [charte complétée des commentaires de ses articles](#).

1. Projet d'établissement - Organisation de la prise en charge

Dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, il importe que l'établissement mène une réflexion sur ses capacités et les difficultés auxquelles il a ou aurait à faire face pour prendre en charge les enfants et les adolescents dans des conditions optimales de qualité et de sécurité des soins.

Lorsqu'un établissement n'a pas pour mission de prendre en charge des enfants ou des adolescents, il doit être en mesure de transférer dès que possible un enfant dans un service de pédiatrie avec lequel il a mis en place une convention. Il assure la prise en charge immédiate et le relais en mettant en œuvre une conduite à tenir formalisée.

Dès lors qu'un établissement prend en charge des enfants et adolescents, sa politique, déclinée dans son projet d'établissement et dans le projet médical et de soins, prend en compte l'ensemble de leurs besoins (sanitaire, social, éducatif et scolaire, jeux, etc.) et intègre les éléments spécifiques de leur parcours lors de l'hospitalisation, de l'accueil à la sortie, en s'appuyant notamment sur la Convention internationale des droits de l'enfant ou de l'adolescent, la charte de l'enfant hospitalisé (annexe 2) et différentes circulaires relatives à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent à l'hôpital (annexe 3).

Les commentaires de la « charte » sont rédigés de telle façon qu'ils peuvent être utilisés comme guide pour un management respectueux de « l'intérêt supérieur de l'enfant ou de l'adolescent » de la part de la direction de l'établissement et la mise en place d'actions d'amélioration. Ils sont liés à la démarche de promotion de la bientraitance (et de prévention de la maltraitance institutionnelle²) en établissement de santé dans la recherche du « meilleur » pour l'enfant ou l'adolescent et ses proches. Quelques situations sont à risque de « maltraitance et de non-bientraitance » des enfants et des adolescents. La question de l'accueil des proches est particulièrement sensible : l'accueil dans l'établissement de l'enfant est indissociable de celui de ses parents (sauf si situation particulière en lien avec le projet thérapeutique). Toute action en lien avec l'enfant ou l'adulte retentit sur l'autre.

L'indicateur de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés en MCO (court séjour en médecine, chirurgie, obstétrique) a été généralisé par le ministère et sera opposable aux établissements à partir de 2012³. Il fournit aux établissements de santé des outils de pilotage et de gestion de la qualité pour la prise en charge des enfants. Les questions s'adressent aux parents des enfants hospitalisés. L'utilisation de cet indicateur n'est pas exclusive d'autres modalités d'évaluation de la satisfaction des enfants et de leur entourage.

► Préconisations pour la prise en charge :

- Formaliser plusieurs aspects de la prise en charge dans le volet du projet d'établissement, du projet médical et de soins relatif à la prise en charge des enfants et des adolescents, notamment :
 - ▶ une organisation de l'alternative éventuelle à l'hospitalisation ;
 - ▶ l'accueil des enfants, des adolescents et de l'entourage ;
 - ▶ la circulation des enfants et des adolescents dans les locaux ;

2 « La maltraitance « ordinaire » des patients et de leurs proches, également dite « institutionnelle » ou « passive », faite d'attentes interminables, d'entraves inexplicables, de manque d'écoute, d'information, de considération se distingue donc de la maltraitance à enfant qui désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans. » http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/plaquette_maltraitance_v3.pdf

3 <http://www.sante.gouv.fr/indicateur-de-mesure-de-la-satisfaction-des-patients-hospitalises>

- la prévention de la maltraitance intra et extra-hospitalière et la démarche de bientraitance ;
- l'information des enfants et des parents ;
- la mise à disposition d'un personnel spécialisé et dédié au sein de l'établissement à la prise en charge des enfants ;
- la formation continue du personnel ;
- l'organisation et la réalisation des transferts médicalisés et paramédicalisés (organisation des conditions matérielles et formalisation de protocoles de transfert médicalisé et paramédicalisé des nouveau-nés, nourrissons et enfants) ;
- la scolarisation des enfants ;
- la mise à disposition d'un matériel et l'élaboration de protocoles adaptés aux enfants et à leur âge :
 - biologie : microméthodes,
 - examens radiologiques (doses et protection des gonades, contention),
 - urgences vitales (réanimation, chariot d'urgence),
 - perfusion,
 - prise en charge médicamenteuse,
 - prise en charge de la douleur,
 - prise en charge nutritionnelle avec une alimentation adaptée et des protocoles spécifiques pédiatriques pour l'alimentation,
 - prise en charge au bloc opératoire ou accueil spécifique,
 - mise en œuvre de l'éducation thérapeutique adaptée à l'enfant ou à l'adolescent, etc.
- Organiser la continuité des soins, préparer et organiser la sortie ou le transfert avec l'ensemble de l'équipe incluant les volets éducation et scolarisation pour les pathologies lourdes ou longues. Cela nécessite l'identification des établissements « habilités à recevoir des enfants », l'organisation et l'inscription de l'établissement dans des filières de prise en charge.
- Organiser et formaliser le circuit des urgences pédiatriques qui doit être connu de l'ensemble des professionnels. Les organisations spécifiques telles que les urgences pédiatriques médicales et chirurgicales dont les accueils doivent être distincts de ceux des adultes, les urgences pédopsychiatriques, les urgences néonatales, la réanimation néonatale, les unités kangourou en maternité nécessitent une réflexion particulière sur l'organisation, les protocoles, le matériel, les locaux, etc.
- Regrouper les adolescents dans une unité spécifique médicale ou médico-chirurgicale est fortement souhaitable pour mieux organiser la réponse à donner à leurs besoins et éviter l'isolement. Une attention particulière aux problèmes psychologiques ainsi que des conseils aux parents sont indispensables. Le suivi pédiatrique est possible jusqu'à l'âge de 18 ans, limite qui ne doit pas être stricte ; le passage à des structures pour adultes prend en compte le souhait de l'adolescent et de sa famille et la nécessité d'une continuité des soins la plus harmonieuse possible et la plus bénéfique pour le jeune patient.

**Critères du manuel de certification V2010 associés à la thématique :
1.a, 1.e, 10.a, 19.a.**

2. Pertinence de l'hospitalisation

L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe, ou en hôpital de jour. Charte de l'enfant hospitalisé, article 1^{er}.

D'une façon générale, le maintien à domicile de l'enfant permet d'éviter le traumatisme éventuel lié à l'hospitalisation.

Si l'hospitalisation est nécessaire, il est préférable qu'elle soit proche du domicile et que sa durée soit réduite au minimum.

L'alternative à l'hospitalisation conventionnelle doit être favorisée quand le contexte environnemental, social et humain est favorable : hospitalisation à domicile, hôpital de jour ou de nuit, consultations externes, etc.

► Préconisations pour la prise en charge :

- Organiser une évaluation pluridisciplinaire lors de la décision du mode de prise en charge et organiser notamment la possibilité de recours à des assistantes sociales pour l'évaluation de la situation familiale et sociale.
- Collaborer dès l'amont de l'hospitalisation avec toutes les équipes susceptibles de prendre en charge l'enfant (SSR, HAD, etc.) pour élaborer dès l'admission le projet personnalisé de séjour.
- Organiser la coopération avec le médecin traitant, les équipes départementales de PMI (protection maternelle et infantile) et d'aide sociale à l'enfance.
- Mettre en œuvre des démarches d'évaluation de la pertinence des hospitalisations.

**Critères du manuel de certification V2010 associés à la thématique :
1. a, 1.f, 10.a, 19.a, 28.a, 28.b.**

3. Accueil de l'enfant, de l'adolescent et de son entourage

Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état. *Charte de l'enfant hospitalisé, article 2.*

Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge. *Charte de l'enfant hospitalisé, article 6.*

Tous les établissements de santé et tous les services d'hospitalisation qui acceptent d'accueillir des enfants et des adolescents doivent se donner les moyens de les accueillir avec leur entourage dans des conditions de sécurité, de confidentialité et de dignité adaptées à leur âge et à leur situation de confort moral et physique. L'hospitalisation ne doit pas rajouter un traumatisme à la maladie et doit permettre de maintenir le lien familial. L'accueil de l'entourage doit être organisé, pour son hébergement comme pour la possibilité d'accès permanent des parents auprès de l'enfant (hormis prescription particulière dans l'intérêt de l'enfant).

Les enfants et les adolescents doivent être hospitalisés dans une structure où les locaux et matériels sont adaptés aux différentes classes d'âge, où les compétences nécessaires en pédiatrie sont présentes et où les effectifs sont en nombre suffisant pour prendre en charge les enfants. Les unités permettent l'organisation d'activités essentielles pour leur développement somatique, psychologique et social (activités culturelles, sportives « adaptées », de loisirs, scolaires, etc.).

Cependant, en cas d'impossibilité avérée de recourir à une unité d'enfants, il y a alors nécessité d'aménagements (secteur dédié dans un service pour adultes notamment), pour assurer une prise en charge adaptée.

► **Préconisations pour la prise en charge :**

- Mettre en place une organisation matérielle spécifique de l'accueil de l'enfant et de l'adolescent, qui doit être adaptée aux différentes classes d'âge. On distingue les enfants de bas âge (moins de 3 ans), les enfants d'âge moyen (3-7 ans), les grands enfants (8-11 ans) et les préadolescents et adolescents (12-17 ans). Cette organisation comprend l'organisation de la circulation des enfants et des adolescents devant être totalement distincte de celle des adultes, notamment en psychiatrie.
- Organiser l'accueil de l'entourage pour faciliter un hébergement en toute circonstance de la famille (parents, fratrie), essentiel notamment lorsque la famille vient de loin ou dans les situations de fin de vie.
- Rendre possible l'accès permanent des parents à leur enfant hormis dans des situations spécifiques prévues (en pédopsychiatrie, MECSS), dans le cadre du « contrat » du projet de soins, et cela dans l'intérêt de l'enfant. Par exemple : possibilité pour les parents d'accompagner l'enfant jusqu'à son endormissement.
- Mettre à disposition des livrets d'accueil adaptés pour les parents et les enfants et les adolescents.
- Écouter l'enfant, l'adolescent et ses parents, dans le respect des références culturelles et éducatives des parents : le cas échéant, recourir à tous les moyens mis à disposition par l'établissement de santé pour faciliter la communication et la compréhension (traducteur, assistants sociaux, etc.). Organiser la possibilité de la présence de médiateurs interculturels pour aider à l'accueil des enfants étrangers.
- Organiser bien en amont le relais avec la médecine d'adulte pour ne pas interrompre la prise en charge et appliquer « souplement » la limite d'âge de 18 ans d'accès à l'hospitalisation en services pour adultes des patients atteints de pathologies chroniques, de handicap, de maladies psychiatriques. Ces décisions doivent prendre en compte l'avis du jeune adulte.

**Critères du manuel de certification V2010 associés à la thématique :
1.c, 1.d, 6.a, 10.a, 10.b, 10.c, 10.d, 16.a, 19.a.**

4. Formation des professionnels à la prise en charge des enfants et des adolescents

L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille. *Charte de l'enfant hospitalisé, article 8.*

L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance. *Charte de l'enfant hospitalisé, article 10.*

Une prise en charge de qualité des enfants et adolescents nécessite une formation initiale et continue de l'ensemble des professionnels travaillant au contact des enfants.

Cette formation concerne notamment l'information et la communication avec les enfants et les adolescents et leur entourage.

► **Préconisations pour la prise en charge :**

- Mettre en place un dispositif de formation des professionnels aux spécificités de la prise en charge en pédiatrie. Il porte notamment sur les sujets suivants :
 - ▶ le travail sous le regard des parents, notamment lors de la réalisation de gestes techniques, ce qui est une situation particulière et peut représenter une difficulté pour les professionnels ;
 - ▶ la formation de tous les professionnels au contact des enfants à la communication avec les parents et les enfants et les adolescents, qui est essentielle. Elle doit être répétée régulièrement et concerne toutes les modalités de communication. Elle doit rappeler à l'équipe soignante d'être attentive à ne pas se substituer aux parents ;
 - ▶ la capacité de délivrer des soins aux enfants en tenant compte de leurs spécificités (actes techniques, évaluation des situations d'urgence vitale chez l'enfant, pratique des gestes d'urgence spécifiques par tous les personnels, etc.).

**Critères du manuel de certification V2010 associés à la thématique :
3.a, 3.b, 10.a, 19.a.**

5. Information et communication avec les enfants, les adolescents et leur entourage et recherche de consentement

Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur. Charte de l'enfant hospitalisé, article 4.

L'information est un processus continu, répété, quotidien, qui porte à la fois sur le diagnostic, le traitement et le suivi de la maladie, les règles de vie du service, le déroulement du séjour, les protocoles de recherche. Cette information prend différentes formes.

Un certain écart existe entre les perceptions des professionnels et des familles sur la qualité de l'information donnée ; cet écart, bien qu'inévitable, nécessite de mener une réflexion pour le réduire.

L'information orale, essentielle, est adaptée à l'âge de l'enfant (importance du jeu comme vecteur de l'information et mise à disposition de petits livrets avec dessins), aux capacités de compréhension des parents comme des enfants et des adolescents (intérêt des médiateurs interculturels si besoin), et tient compte des sentiments exprimés ou manifestés par les parents comme par les enfants et les adolescents. Elle accompagne l'information écrite (remise de documents, sites Internet, informations sur tableau d'affichage), elle la renforce et favorise les questions. Elle nécessite du temps et un endroit dédiés.

L'information destinée aux enfants doit être donnée chaque fois que possible en présence des parents et en sollicitant leur participation, pour adapter au mieux l'information donnée. Il importe de s'assurer en permanence de la compréhension et de l'assimilation des messages. Ce temps permet aux parents, enfants et adolescents de poser des questions et ainsi de se réapproprier l'histoire de la maladie, d'exprimer leur point de vue, les peurs, les refus, de surmonter l'angoisse, de retrouver confiance, de découvrir en soi la capacité d'agir, de pouvoir jouer son rôle de parent ou de continuer à grandir pour l'enfant ou l'adolescent.

Des groupes ou modalités de partage de l'information associant médecins, infirmiers et autres soignants sont mis en place pour échanger sur l'information donnée et envisagée, afin d'en assurer la pertinence et la cohérence, et de pouvoir exprimer les difficultés rencontrées.

D'un point de vue juridique, il est rappelé que les enfants et les adolescents ne peuvent pas désigner une personne de confiance⁴.

Les droits à l'information, y compris l'accès au dossier médical, et au consentement⁵ sont exercés par les titulaires de l'autorité parentale. Le patient mineur reçoit une information et participe à la prise de décision d'une manière adaptée à son degré de maturité. Son consentement à l'acte médical et au traitement doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision (articles L. 1111-2⁶ et L. 1111-4⁷ du CSP).

4 Article L. 1111-6 du CSP qui se rapporte à la personne de confiance, modifié par Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 - art. 10 JORF 23 avril 2005 qui concerne la personne majeure.

5 Articles L. 1111-2 et L. 1111-4 du Code de la santé publique et article 371-1 du Code civil

6 Article L. 111-2 du CSP : « Les droits des mineurs ou des majeurs sous tutelle mentionnés au présent article sont exercés, selon les cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur. Ceux-ci reçoivent l'information prévue par le présent article, sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5. Les intéressés ont le droit de

Une exception est prévue aux articles L. 111-5⁸ et R. 1111-6⁹ du CSP, lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé.

Une exception est également prévue à l'article L. 5134-1 du CSP s'agissant de la prescription, la délivrance ou l'administration de contraceptifs aux personnes mineures. Dans ce cas, le consentement des titulaires de l'autorisation parentale ou, le cas échéant, du représentant légal n'est pas requis.

De même, selon l'article R. 4127-42 du CSP « Un médecin appelé à donner des soins à un mineur doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent pas être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte, dans toute la mesure du possible. »

Par ailleurs, l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique prévoit que le droit d'accès au dossier médical est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. À la demande du mineur, cet accès peut avoir lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

Lorsqu'une recherche biomédicale est effectuée sur des mineurs, ceux-ci reçoivent l'information prévue à l'article L.1122-1 du CSP adaptée à leur capacité de compréhension. Ils doivent « être consultés dans la mesure où leur état le permet » et leur « adhésion personnelle » doit obligatoirement être recherchée. « En toute hypothèse, il ne peut être passé outre à leur refus ou à la révocation de leur acceptation » (article L. 1122-2, alinéa 2 CSP).

► **Préconisations pour la prise en charge :**

- Organiser le partage d'information par les professionnels entre eux : réunions régulières, staffs, comptes rendus, dossier médical, etc.

recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. »

7 Article L. 111-4 du CSP : « Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. »

8 Article L. 111-5 du CSP : « Par dérogation à l'article 371-2 du code civil, le médecin peut se dispenser d'obtenir le consentement du ou des titulaires de l'autorité parentale sur les décisions médicales à prendre lorsque le traitement ou l'intervention s'impose pour sauvegarder la santé d'une personne mineure, dans le cas où cette dernière s'oppose expressément à la consultation du ou des titulaires de l'autorité parentale afin de garder le secret sur son état de santé. Toutefois, le médecin doit dans un premier temps s'efforcer d'obtenir le consentement du mineur à cette consultation. Dans le cas où le mineur maintient son opposition, le médecin peut mettre en œuvre le traitement ou l'intervention. Dans ce cas, le mineur se fait accompagner d'une personne majeure de son choix » Lorsqu'une personne mineure, dont les liens de famille sont rompus, bénéficie à titre personnel du remboursement des prestations en nature de l'assurance maladie et maternité et de la couverture complémentaire mise en place par la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, son seul consentement est requis. »

9 Article R. 1111-6 du CSP : « La personne mineure qui souhaite garder le secret sur un traitement ou une intervention dont elle fait l'objet dans les conditions prévues à l'article L. 1111-5 peut s'opposer à ce que le médecin qui a pratiqué ce traitement ou cette intervention communique au titulaire de l'autorité parentale les informations qui ont été constituées à ce sujet. Le médecin fait mention écrite de cette opposition. Tout médecin saisi d'une demande présentée par le titulaire de l'autorité parentale pour l'accès aux informations mentionnées à l'alinéa ci-dessus doit s'efforcer d'obtenir le consentement de la personne mineure à la communication de ces informations au titulaire de l'autorité parentale. Si en dépit de ces efforts le mineur maintient son opposition, la demande précitée ne peut être satisfaite tant que l'opposition est maintenue. Lorsqu'en application de l'article L. 1111-7, la personne mineure demande que l'accès du titulaire de l'autorité parentale aux informations concernant son état de santé ait lieu par l'intermédiaire d'un médecin, ces informations sont, au choix du titulaire de l'autorité parentale, adressées au médecin qu'il a désigné ou consultées sur place en présence de ce médecin. »

- Individualiser au sein de la prise en charge des temps dédiés à l'information orale des enfants et des parents, essentielle, dans le cadre d'un entretien dédié. Cette information orale donnée est tracée dans le dossier du patient.
- Remettre ou mettre à disposition (tableau d'affichage) des parents et des enfants et adolescents des documents rédigés par un groupe composé de professionnels compétents sur le sujet et de représentants de parents. L'explication systématique et répétée des documents d'information dans les pathologies chroniques tout le long de la maladie est nécessaire.
- Donner la possibilité d'un accès à Internet dans le service aux parents avec une liste régulièrement mise à jour de quelques sites utiles¹⁰ et vérifiés sur les pathologies prises en charge par le service. Il existe des sites destinés aux enfants ou adolescents soit sur des maladies spécifiques, soit sur la maladie et « l'hôpital » en général. Une liste de ces sites sera établie et proposée aux enfants en collaboration avec les parents. Mettre à disposition des livrets illustrés pour les enfants et les adolescents, en collaboration avec les parents.
- Réaliser régulièrement des évaluations qualitatives auprès des familles et des enfants sur la perception qu'ils ont de l'information fournie. Ces évaluations sont menées au mieux avec le concours de sociologues ou de psychologues (n'appartenant pas à la structure) à partir d'entretiens non-directifs. Les résultats permettent de suivre les progrès accomplis et de rectifier ce qui doit l'être.
- Organiser l'information concernant le mineur donnée aux titulaires de l'autorité parentale ainsi qu'aux mineurs d'une manière adaptée à leur degré de maturité.
- En cas de recherche biomédicale, vérifier l'information donnée (nom du rédacteur, relecture du document par des personnes non soignantes, prise de connaissance des remarques des comités consultatifs pour la protection des personnes [CCP], mise à disposition d'une brochure sur les généralités de la recherche clinique pour les parents et les enfants et les adolescents, signature des parents au bas du document relatif au consentement éclairé).

**Critères du manuel de certification V2010 associés à la thématique :
1.d, 5.a, 9.b, 10.a, 11.a, 11.b, 11.c, 14.b, 19.a.**

¹⁰ La HAS a choisi la fondation Health On the Net (HON) pour mettre en œuvre la certification des sites Internet santé en France. Cette organisation non gouvernementale suisse a été accréditée à cet effet par la HAS. En effet, les principes de certification de HON correspondent aux critères qualité applicables aux sites Web consacrés à la santé dans la communication de la Commission des Communautés européennes « eEurope2002 », critères auxquels la HAS adhère.

6. Coordination et continuité des soins

L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins à chaque enfant. *Charte de l'enfant hospitalisé, article 9.*

La communication entre professionnels à l'intérieur des services, entre les services et avec l'extérieur, est un élément clé de la coordination et de la continuité des soins.

La spécificité de la coordination et de la continuité des soins en pédiatrie concerne essentiellement l'organisation des relais, notamment :

- le relais de la prise en charge à la fin de l'adolescence avec la médecine d'adultes qui doit être organisé sans rupture ;
- l'information des enseignants et des éducateurs sur les contraintes de la pathologie et les aménagements nécessaires par l'intermédiaire du médecin ou de l'infirmière scolaire (à préparer en amont de la sortie), ceci dans le respect des règles de confidentialité et en accord avec les parents, par exemple pour la mise en place d'un PAI (projet d'accueil individualisé) ;
- la formation des parents, des enfants et de l'entourage sur la maladie et les gestes techniques, la conduite à tenir, quand cela est possible. L'éducation thérapeutique des enfants nécessite une démarche éducative et des documents adaptés à la pédiatrie. Elle dépend de la qualité de la relation entre les soignants, l'enfant et les parents. Elle doit cependant préserver la relation parents-enfant en évitant de responsabiliser à l'excès les parents dans la délivrance des soins.

► Préconisations pour la prise en charge :

- Tracer l'information multidisciplinaire dans le dossier patient, y compris dans les documents de sortie ou de transfert, en utilisant un document de traçabilité des transmissions et des sorties (type programme personnalisé de soins (PPS)). Les parents peuvent être le vecteur du dossier de l'enfant.
- Préparer en amont la sortie et les transferts ; organiser les relais et l'articulation ville-hôpital (réseau ville-hôpital, périnatal et pédiatrique, HAD, etc.), favoriser le développement et l'organisation des filières de soins qui participent à une prise en charge de proximité.
- Favoriser la collaboration des services de pédiatrie avec la pédopsychiatrie de liaison^{11 12}, qui a notamment pour mission un rôle d'accompagnement et de soutien vis-à-vis des équipes de pédiatrie générale.
- Former les parents aux gestes techniques et à la conduite à tenir en cas d'urgence, donner la possibilité aux parents qui le souhaitent de participer aux soins de leur enfant.
- Mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique des enfants et des parents (temps dédiés, outils pédagogiques). Elle doit préserver la relation parents-enfant en intégrant dans le programme d'éducation thérapeutique les motivations et les possibilités de l'enfant et de ses parents. La responsabilisation pourra se faire étape par étape en fonction du cheminement de chacun.
- Organiser en amont le relais entre les secteurs de pédiatrie et les secteurs adultes.

**Critères du manuel de certification V2010 associés à la thématique :
6.e, 10.a, 18.a, 18.b, 19.a, 21.a, 22.a, 23.a, 24.a, 27.a.**

11 « L'activité de pédopsychiatrie de consultation liaison intra-hospitalière est définie par l'ensemble des prestations cliniques, thérapeutiques, préventives, pédagogiques et de recherche, prodiguées par l'équipe pédopsychiatrique dans les différentes unités de l'hôpital pédiatrique. »

Wiss M, Lenoir P, Malvy J, Wissocq M, Bodie M. La pédopsychiatrie de consultation liaison intra hospitalière : étude prospective sur 215 interventions. Arch Pédiatr 2004;11(1)4-12.

12 Chocard AS, Malka J, Tourbez G, Duverger P, Gohier B, Garré JB. Psychiatrie de liaison : quelles sont les qualités exigibles d'une équipe de psychiatrie de liaison ? Ann médico-psychol 2004 ; 163(8)691-6.

7. Scolarisation de l'enfant

L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs, tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité. *Charte de l'enfant hospitalisé, article 7.*

La scolarisation est un élément déterminant dans la socialisation de l'enfant comme pour le développement de sa vie relationnelle. Le suivi scolaire des enfants en âge scolaire adapté au sein des établissements de santé est un droit¹³ dans la mesure où leurs conditions d'hospitalisation le permettent. La scolarisation fait partie intégrante du projet de soins dès lors que l'état somatique, l'état psychique, le niveau de soins et la durée d'hospitalisation le permettent. Cette mise en place conjointe du projet d'études et du projet de soins, à partir d'une analyse globale de la situation de chaque enfant, est adaptée à chaque patient-élève, dont elle contribue à reconstruire l'identité, l'acceptation de soi et la capacité de se penser.

Conformément aux dispositions de l'arrêté du 2 avril 2009 relatif à la « création et à l'organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé », les établissements de santé (y compris les HAD) susceptibles de recevoir des enfants doivent passer une convention avec l'inspection d'académie dont ils relèvent pour organiser un dispositif de scolarisation (projet pédagogique, organisation de l'unité d'enseignement, modalités de coopération, moyens des unités). Les emplois du temps individualisés sont organisés avec une grande souplesse de façon à concilier les impératifs des traitements médicaux et les objectifs d'apprentissage. La situation de chaque jeune fait l'objet de réunions régulières de synthèse de l'équipe médico-soignante et éducative auxquelles participent tous les intervenants. Ces évaluations périodiques permettent d'ajuster continuellement la nature et la forme de la prise en charge. Au terme de la période d'hospitalisation un suivi à la fois médical et pédagogique est mis en place.

Dès l'admission en établissement sanitaire, la situation scolaire de chaque patient-élève doit faire l'objet d'un bilan approfondi permettant une évaluation précise de ses acquisitions. Ce bilan doit prendre en compte la scolarité antérieure ainsi que les conséquences de la maladie ou de l'accident et les ruptures scolaires qui peuvent y être associées. En fonction de ce bilan et en liaison avec les équipes médicales de l'établissement, un projet pédagogique personnalisé est défini. La scolarisation peut se faire soit à l'extérieur soit à l'intérieur de l'établissement (classes normalisées ou spécialisées). Des dispositifs tels que le télé-enseignement et l'e-learning peuvent être envisagés.

Les enseignants affectés dans les services de soins mettent en œuvre le projet scolaire défini pour chaque jeune patient. Cet accompagnement est pensé dans une logique de parcours, de projet individuel. Il concerne également l'accompagnement aux devoirs et le passage des examens. Il peut s'exercer dans une configuration de classe ou au chevet du malade lorsque sa pathologie le bloque au lit ou l'empêche de croiser physiquement les autres élèves. Il est souhaitable de favoriser le maintien du lien avec l'établissement scolaire où l'enfant/l'adolescent était scolarisé avant son hospitalisation afin de minimiser les séparations (ex. : échange entre enseignants, entre élèves).

Cette organisation médico-pédagogique est rendue possible par l'intervention de personnels de l'Éducation nationale placés sous la responsabilité d'un coordonnateur pédagogique.

¹³ Article L. 1110-6 du Code de la santé publique.

► **Préconisations pour la prise en charge :**

- Mettre en place une convention avec l'inspection d'académie pour organiser un dispositif de scolarisation (projet pédagogique, organisation de l'unité d'enseignement, modalités de coopération, moyens des unités).
- Mettre en œuvre le projet pédagogique personnalisé (après bilan approfondi des acquisitions de l'enfant) intégré au projet personnalisé de soins.
- Mettre en place des réunions de concertation régulières (équipe soignante et éducative) permettant notamment l'intégration de ce projet pédagogique dans le projet personnalisé de soins (ex. : emplois du temps individualisés, préparation à la sortie, coordination et contact avec l'établissement d'origine).
- Adapter les locaux en fonction de l'âge, de la pathologie, avec des espaces collectifs de socialisation.
- Organiser des liens divers avec le SAPAD (service d'assistance pédagogique à domicile), le CNED (centre national d'enseignement à distance), et les associations qui interviennent à l'hôpital ou en soutien à la maison (par exemple : L'école à l'hôpital, Votre école chez vous, etc.).
- Informer la famille sur la scolarisation (panneau d'affichage, livret d'accueil, etc.).
- Mettre en place des outils de coordination (réseau informatique Internet pour se connecter avec l'école d'origine par le biais de tableau numérique interactif, connexion en « intra » par le réseau informatique de la structure de soin entre la chambre du patient et l'espace dédié à la scolarité).

**Critères du manuel de certification V2010 associés à la thématique :
10.a, 17.a, 19.a.**

8. Lien précoce mère-enfant

La prise en charge en maternité et en néonatalogie comporte plusieurs enjeux associés au lien mère-enfant, notamment :

- favoriser le lien parents-enfants ;
- éviter la séparation mère-enfant : favoriser les transferts in-utero ou le transfert de la mère en même temps que l'enfant ;
- prévenir la maltraitance de l'enfant : dépistage des risques de maltraitance en cas de difficultés d'instauration de la relation mère-enfant ;
- favoriser l'allaitement maternel, dans le respect du souhait de la mère.

► Préconisations pour la prise en charge :

- Organiser la consultation du 4^e mois de grossesse¹⁴.
- Organiser la présence d'une unité kangourou¹⁵ dans la maternité.
- Inscrire la participation de l'unité de néonatalogie au réseau périnatal de la région.
- Mettre en place un staff médico-psychosocial, et organiser un relais avec le réseau PMI.
- Organiser la présence d'un(e) psychologue et d'un(e) assistant(e) social(e).
- Assurer l'existence d'un personnel soignant spécialisé en néonatalogie (auxiliaires de puériculture et puéricultrices).
- Prendre connaissance du projet de naissance des parents et le respecter.
- Organiser un accueil de qualité :
 - ▶ du père lors de sa 1^{re} visite en maternité ;
 - ▶ des parents 24 heures/ 24 ;
 - ▶ de la fratrie et des grands-parents ;
 - ▶ par la possibilité de chambres mère-enfant ou d'hébergement des parents sur le site (maison des familles ou des parents).
- Adapter l'information délivrée aux parents : un livret de présentation de la néonatalogie avant le transfert, des documents sur les réseaux, etc.
- Mettre à disposition une salle des parents permettant la rencontre entre parents, pour le maintien de la vie sociale pendant les hospitalisations longues (lieu de vie).
- Identifier les facteurs de risque de maltraitance.
- Assurer la détection et la prise en charge des troubles du *post-partum* et des femmes suivies en psychiatrie (soins de répit, etc.).
- Former le personnel à la détection des troubles de la relation mère-enfant et aux soins de développement (parents partenaires, limitation du bruit, de la lumière, etc.).
- Détecter les difficultés d'instauration de la relation mère-enfant et mettre en place des actions pour favoriser cette relation.
- Favoriser et faciliter la présence et la participation des parents aux soins, tout en leur laissant le choix.
- Former le personnel à l'accompagnement et au soutien de l'allaitement maternel.

14 Il convient de rappeler que des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes sont organisées par le président du conseil général en application de l'article L. 2112-2 4° du Code de la santé publique, notamment des actions d'accompagnement si celles-ci apparaissent nécessaires lors d'un entretien systématique psychosocial réalisé au cours du quatrième mois de grossesse.

15 Article D. 712-94 du CSP : « Afin d'éviter la séparation de la mère et de l'enfant, les soins de néonatalogie et la surveillance des enfants qui ne nécessitent pas de soins intensifs ou de réanimation peuvent être effectués dans la chambre de leur mère si les locaux et l'organisation de l'unité d'obstétrique le permettent. Ces lits sont compris dans les lits autorisés de l'unité de néonatalogie. Dans ce cas, la conception, la disposition et la surface des locaux, les matériels et les dispositifs médicaux sont adaptés à la dispensation sur place des soins de néonatalogie par un personnel expérimenté en néonatalogie. »

Circulaire DH/EO 3 n° 99-402 du 8 juillet 1999 relative à l'application de l'arrêté du 1er avril 1999 : activité de néonatalogie pratiquée dans la chambre de la mère, dans des lits autorisés en néonatalogie qui relèvent du niveau II, selon un mode d'organisation généralement appelé « unité kangourou ».

- Préparer la sortie, dès lors que le pronostic vital n'est pas engagé, envisagée dès l'arrivée de l'enfant en néonatalogie : séances de préparation à la sortie en petits groupes de parents avec conseils pratiques et théoriques, travail en réseau avec la PMI et les services sociaux, l'HAD.
- Mettre en place une éducation aux soins de puériculture.
- Mesurer le taux d'allaitement maternel à la sortie de l'unité de néonatalogie et de la maternité.
- Évaluer la satisfaction des parents sur la prise en charge de leur enfant en maternité et néonatalogie.

**Critères du manuel de certification V2010 associés à la thématique :
1.c, 6.e, 10.a, 19.a.**

9. Prise en charge de la douleur

Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur. Charte de l'enfant hospitalisé, article 4.

Une douleur niée ou non prise en charge est mémorisée par l'enfant, quel que soit son âge. L'expérience douloureuse peut avoir des conséquences sur sa perception ultérieure de la douleur et sur son acceptation des soins. La prévention de la douleur est l'affaire de tous. La qualité de la prise en charge doit être homogène et non pas personne-dépendante, d'où l'importance de la formation de l'équipe.

La prévention de la douleur est à concevoir et à organiser en équipe de manière systématique et pas seulement au coup par coup.

- Il est important de tenir compte des composantes socioculturelles et éducatives. L'équipe soignante dispose actuellement d'une palette de moyens et d'actions, au-delà de la prescription d'antalgiques, permettant d'améliorer significativement la prise en charge de la douleur.
- Soulager la douleur est une obligation pour les personnels médicaux et paramédicaux, conformément à l'article L. 1110-5 du Code de la santé publique : « Toute personne a le droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, prise en compte et traitée [...] »

► Préconisations pour la prise en charge :

- Mettre en place un volet spécifique sur la prise en charge de la douleur de l'enfant dans le projet d'établissement, le projet médical ou le projet de soins qui comprend :
 - la désignation éventuelle d'un référent douleur, la présence d'intervenants spécialisés, la mise en place de convention avec des équipes douleur et l'accès à des consultations douleur ;
 - la mise en œuvre d'une formation continue des professionnels, médecins et soignants, dans tous les secteurs pédiatriques, y compris celui des urgences ;
 - une évaluation¹⁶ de la douleur et sa traçabilité indispensable, (par exemple : échelle EVA et échelle des visages, Evendol (douleurs aux urgences), échelle de San Salvador (enfants non communicants), DN4 (douleurs de type neuropathique) échelles DAN et EDIN chez le nouveau-né. Il est essentiel d'effectuer des transmissions écrites dans le dossier de soins du patient, dans le suivi du soin potentiellement douloureux pour l'enfant, en prenant soin de noter les méthodes utilisées afin de pouvoir les réutiliser lors d'un même type de soin ;
 - l'information orale de l'enfant et de ses parents et la mise à disposition de documents d'information, notamment « contrat d'engagement » dans le livret d'accueil, brochures d'information adressées aux enfants sur la prise en charge de la douleur avant les soins (MEOPA, EMLA, sutures, etc.), « soins et examens douloureux » dans les guides destinés aux parents, affiches dans les salles d'examen, etc. ;
 - le repérage des situations douloureuses (actes et soins douloureux, douleurs liées à la maladie et aux traitements, douleur chez les enfants et les adolescents non communicants). Les parents ont un rôle dans le décèlement d'un inconfort ou d'une douleur ;
 - l'anticipation, la planification, la coordination pour organiser les soins douloureux (possibilité d'une anesthésie générale, ordonnances remises à l'avance pour les hospitalisations programmées, hypnose, MEOPA, conditionnement par le jeu, musique, intervention d'une psychomotricienne, etc.)
 - la préférence donnée aux techniques diagnostiques non invasives (saturomètre, bilirubinomètre, microméthodes) ;

¹⁶ Les échelles de la douleur sont téléchargeables sur le site de Pédiadol : <http://www.pediadol.org/>

- ▶ la disponibilité de formes galéniques pédiatriques des médicaments antalgiques, l'existence de protocoles (exemples : aux urgences accueil fracture, crise vaso-occlusive chez le drépanocytaire) ;
- ▶ les approches non médicamenteuses dont la possibilité doit être systématiquement recherchée, comme par exemple :
 - solliciter la collaboration des parents tout en laissant le choix, expliquer la pathologie et les soins,
 - créer un environnement agréable : musique, chant, jeux, distraction, contact physique, doudous, tétines, tétée au sein, etc.,
 - hypnose médicale, séances de relaxation,
 - reconnaissance de la douleur : consoler et féliciter à la fin du soin, diplôme du courage par exemple ;
- ▶ la présence nécessaire de deux voire de trois personnes pour réaliser certains soins (ponction lombaire, pansement de brûlure). Le ou les parents peuvent participer si le(s) parent(s) est (sont) bien préparé(s) et volontaire(s) ;
- ▶ l'évaluation de la prise en charge de la douleur et notamment la mesure de la satisfaction de cette prise en charge par les enfants et les adolescents et leurs parents. L'analyse d'indicateurs de résultats (soulagement, temps de soulagement) peut faire l'objet de réunions de partage lors de réunions d'unité.

**Critères du manuel de certification V2010 associés à la thématique :
10. a, 12.a, 19.a.**

10. Soins palliatifs

Les soins palliatifs pédiatriques¹⁷ ne se réduisent pas à la prise en charge des derniers jours de vie des enfants en phase terminale, mais concernent au contraire l'ensemble des enfants atteints d'une maladie grave (neurodégénérative, cancéreuse, métabolique, respiratoire, etc.) qui limite ou menace leur espérance de vie.

Les soins palliatifs¹⁸ font partie intégrante des soins pédiatriques, et peuvent être mis en œuvre parallèlement à des soins dits « curatifs ». La mise en œuvre d'une démarche palliative vise à garantir une qualité de vie optimale à l'enfant, à ses parents et à ses proches, malgré la maladie et les éventuels handicaps qui en résultent.

Selon le choix de l'enfant et celui de ses parents, les soins palliatifs pédiatriques sont à mettre en œuvre dans les unités qui ont suivi l'enfant malade, au sein d'un établissement médico-social, ou encore à domicile dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ou d'un réseau de santé en soins palliatifs. Les soins palliatifs organisés au domicile de l'enfant sont possibles en fonction des ressources locales, s'il existe un profond désir des parents, si l'environnement matériel du domicile le permet, s'il existe une équipe de soins palliatifs disponible. Les associations peuvent être un soutien aux familles. À tout moment il faut que la possibilité de retourner en hospitalisation en établissement de santé soit totalement ouverte.

Lorsque la situation clinique, éthique ou sociale apparaît particulièrement complexe, une équipe ressource en soins palliatifs (équipe mobile de soins palliatifs, équipe régionale ressource en soins palliatifs pédiatriques, réseau de santé, etc.) peut être sollicitée afin d'apporter un appui technique et/ou un soutien psychologique à l'équipe de soins ainsi qu'aux proches et afin, le cas échéant, d'orienter l'enfant vers le lieu de prise en charge le plus adapté (domicile, établissement médico-social, maison d'accompagnement, établissement SSR spécialisé, etc.).

Au sein de l'équipe, un interlocuteur privilégié s'assure de la continuité et de la pertinence des soins au regard des besoins de l'enfant et de sa famille (parents et fratrie, proches). Si besoin, des soins de répit¹⁹ sont organisés. Le soutien psychologique de l'enfant malade, des parents, de la fratrie et des proches, fait partie intégrante des soins palliatifs à domicile comme dans l'établissement. Le suivi du deuil fait également partie des soins palliatifs, quelle que soit la cause du décès, y compris quand le décès se produit en période périnatale.

17 <http://www.sfap.org/pdf/0-D2-pdf.pdf>

18 http://www.pediatriepalliative.org/Definition-des-soins-palliatifs-pediatriques_a50.html

19 Les soins de répit : un programme de soins de répit (ou soins de relève) consiste à offrir les services d'une personne spécialement formée pour prendre soin des enfants atteints d'une maladie qui limite leur espérance de vie ou qui ont besoin de soins complexes, pour que les personnes qui prennent habituellement soin de l'enfant profitent d'un répit complet.

Liben S. Les soins de répit. Les soins pour les enfants atteints d'une maladie qui abrège l'espérance de vie. Le Clinicien ; juin 2002.

► Préconisations pour la prise en charge :

Pour l'établissement :

- Organiser la prise en charge des enfants dans les services de pédiatrie, de maternité, de néonatalogie, de réanimation confrontés à des situations nécessitant la mise en place de soins palliatifs, que ces services disposent ou non de lits identifiés²⁰ de soins palliatifs, avec :
 - la mise en place des formations nécessaires aux soins palliatifs ;
 - l'organisation d'une collaboration avec l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) ou de l'unité de soins palliatifs (USP) implantées dans l'établissement, ou avec l'équipe régionale ressource en soins palliatifs pédiatriques, avec qui l'établissement formalise une convention et suit l'effectivité de cette collaboration. Cette collaboration est inscrite dans le projet d'établissement ;
 - l'organisation, à l'échelle du territoire dans lequel il est implanté, de la possibilité pour les intervenants à domicile (médecins généralistes, pédiatres libéraux, structures d'HAD, réseaux de santé, etc.) de solliciter les services de pédiatrie pour un séjour de répit, afin de stabiliser une situation clinique difficile et/ou de soulager une situation familiale sensible pour permettre aux proches (et à l'enfant) de « souffler » quelques jours.

Pour les équipes de soins pédiatriques :

- Mettre en place une organisation destinée à identifier les enfants et les adolescents relevant d'une démarche palliative, à adapter leur prise en charge au regard des objectifs poursuivis (curatifs et/ou palliatifs) et à apporter aux enfants, à leurs proches et aux soignants le soutien psychologique nécessaire. Les soins palliatifs pédiatriques supposent un véritable travail d'équipe avec des échanges réguliers et une parole libre entre tous les intervenants ainsi qu'avec les enfants et les adolescents et leurs parents. Cette organisation prévoit :
 - la garantie de la continuité et la pertinence des soins au regard des besoins de l'enfant et de sa famille grâce à un interlocuteur privilégié formé aux soins palliatifs. Ce « référent », soumis au secret médical, entretient des liens étroits avec l'équipe mobile de soins palliatifs implantée dans l'établissement (le cas échéant) et/ou avec une équipe ressource sur cette thématique (équipe régionale ressource en soins palliatifs pédiatriques, unité de soins palliatifs, réseau de santé en soins palliatifs, etc.). Il est essentiel que le médecin traitant soit inscrit dans la démarche palliative.
 - la mise en œuvre de protocoles afin de soulager la douleur et de maîtriser les symptômes pénibles (dyspnée, diarrhée, vomissements, migraine, souffrance morale, etc.) ;
 - l'association de la famille préalablement à la mise en place des soins palliatifs et l'accompagnement de la famille durant la phase palliative et la phase de deuil ;
 - l'information de l'enfant et de sa famille, essentielle, qui nécessite du temps et l'aide de psychologues (faisant partie de l'équipe de pédiatrie ou de l'équipe mobile de soins palliatifs).

20 Les lits identifiés en soins palliatifs.

Guide pour l'élaboration du dossier de demande de lits identifiés en soins palliatifs. DHOS, mars 2004

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_pour_l_elaboration_du_dossier_de_demande_de_lits_identifies_en_soins_palliatifs.pdf

Lits identifiés

www.sfap.org/content/lits-identifi%C3%A9s

Circulaire du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement, en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999

<http://www.afif.asso.fr/francais/conseils/conseil48b.html>

Circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs

<http://www.sfap.org/pdf/III-B6b-pdf.pdf>

Les services peuvent demander la reconnaissance de lits identifiés en soins palliatifs, ce qui permet de valoriser une activité de Soins Palliatifs existante, la développer, d'obtenir des moyens financiers supplémentaires. Il ne s'agit pas de lits localisés dans une chambre d'un service.

L'information de l'enfant doit se faire en tenant compte de sa maturité, des questions qu'il pose ou qu'il suggère, en lien avec les parents ;

- la mise à disposition de la famille d'un lieu de vie. La présence des parents au côté de leur enfant, jour et nuit, doit être possible. Celle-ci doit prévoir la possibilité pour les parents de prendre des repas sur place, d'avoir accès à une salle de bains. Les visites des frères et sœurs, des amis de l'enfant, de la famille doivent être possibles ;
- l'organisation du soutien psychologique spécifique pour l'enfant, ses parents, et sa fratrie et l'organisation du soutien des soignants, avec des lieux de parole et d'analyse des pratiques. Le soutien des associations quand elles existent et avec l'accord des personnes concernées peut être très aidant. Ce suivi psychologique est évalué ;
- l'intervention d'une équipe mobile de soins palliatifs, et/ou de l'équipe régionale ressource en soins palliatifs pédiatriques, nécessaire lors de l'indication d'une sédation chez l'enfant, au vu de la complexité des enjeux éthiques de la sédation. L'anticipation de la réflexion autour de la mise en œuvre d'une sédation chez l'enfant chaque fois que possible est précieuse, et doit être partagée avec l'enfant, les parents et l'équipe soignante²¹.

**Critères du manuel de certification V2010 associés à la thématique :
1.c, 10.a, 13.a, 19.a.**

21 Viillard ML, Suc A, De Broca A, Bétrémieux P, Hubert Ph, Parat S, et al. Modalités pratiques d'une sédation en phase terminale ou en fin de vie en pédiatrie : prise de décision, mise en œuvre et surveillance. Méd Palliative 2010;9:87-97.

11. Mort de l'enfant

Lorsque la mort de l'enfant se passe à l'hôpital, il est essentiel de laisser le temps aux parents d'accomplir le ou les rituels qui leur sont propres. Ces rituels sont multiples et ils ont tous une très forte valeur symbolique. Certains sont plus courants que d'autres mais tous ont leur place à l'hôpital. Toutes les civilisations, toutes les cultures ont des rituels qui permettent aux vivants d'accompagner l'inévitable souffrance de la mort d'un enfant.

Souvent les soignants savent ce que souhaitent les parents, parce que dans la cohabitation entre un service et une famille, des échanges ont eu lieu, des paroles importantes ont été dites. Il importe d'anticiper pour recueillir les souhaits de la famille. Ces informations doivent être partagées avec tous les membres de l'équipe et avec l'équipe de soins palliatifs, de façon que chacun sache quoi faire et comment se comporter.

Il est capital de laisser du temps pour les adieux à l'enfant avant le transfert dans la chambre mortuaire, aussi l'établissement doit s'organiser pour permettre que ces adieux puissent avoir lieu dans les meilleures conditions possibles.

Lorsque le décès de l'enfant se passe à l'hôpital, il est souhaitable que quelques membres du service qui ont connu l'enfant et la famille soient présents à la levée du corps.

Lorsque le décès de l'enfant se passe à son domicile, il convient au service d'adresser aux parents une lettre de condoléances pour leur témoigner le soutien de l'équipe et la possibilité d'une rencontre à leur convenance. Les parents sont sensibles au fait que leur enfant a laissé un souvenir, une trace dans la mémoire des professionnels qui l'ont soigné. En cas d'hospitalisation à domicile, certains établissements organisent l'intervention d'un soignant qui connaît la famille et se déplace au domicile.

Certains parents souhaitent revenir dans le service qui a connu leur enfant. Cette possibilité doit leur être ouverte. Enfin il faut penser à proposer aux parents de l'aide pour l'après et leur donner par écrit les coordonnées de personnes ou d'associations ressources.

Les parents et la fratrie se souviendront toute leur vie des paroles, des gestes des professionnels lors de ces moments d'intense souffrance. La formation s'impose pour tous et pas uniquement pour l'équipe de soins palliatifs.

► Préconisations pour la prise en charge :

- Recueillir de manière anticipée les souhaits de la famille (représentant du culte du choix de la famille), et organiser le soutien à la famille (psychologues, associations).
- Organiser un lieu d'intimité prévu par l'établissement pour que l'entourage de l'enfant puisse rester auprès de lui aussi longtemps que possible.
- Dédier du temps pour l'expression des sentiments de l'équipe de soins, le bilan de l'accompagnement de l'enfant et de son entourage, et ne pas admettre un enfant dans la même chambre trop rapidement après le décès pour favoriser le deuil des soignants.
- Former l'ensemble des professionnels à la problématique de la mort de l'enfant.

**Critères du manuel de certification V2010 associés à la thématique :
1.c, 10.a, 13.a, 19.a.**

12. Dépistage et prise en charge de la maltraitance de l'enfant (maltraitance hors établissements de santé)

La maltraitance de l'enfant désigne les violences et la négligence envers toute personne de moins de 18 ans²² et revêt un caractère délictuel. Elle se distingue de la maltraitance ordinaire²³, faite d'attentes interminables, d'entraves inexplicables, de manque d'écoute, d'information, etc. dont les conséquences pour les enfants et les adolescents peuvent être non négligeables.

Le dépistage et la prise en charge des enfants victimes de mauvais traitements et/ou d'abus sexuels font partie intégrante des missions des établissements de santé accueillant des enfants. Les médecins et les professionnels de santé sont déliés de leur obligation de respecter le secret médical en cas de sévices, privations ou d'abus sexuels infligés aux enfants²⁴.

L'hôpital est un lieu approprié pour repérer la maltraitance : c'est un lieu neutre où l'enfant peut être observé calmement et isolément, où le personnel est formé à la prise en charge des enfants. Mais le diagnostic n'est pas aisé. Les formes de maltraitance et ses manifestations sont multiples : violences physiques, carences de soins, négligences diverses, troubles du comportement, retard des acquisitions, tentatives de suicide ou suicides, etc. Le repérage des situations de maltraitance nécessite du temps, une observation de l'enfant, de ses parents, de leur comportement, de leurs relations, une analyse des raisons de la consultation. La traçabilité dans le dossier de tous les éléments pouvant faire évoquer la maltraitance est essentielle. La maltraitance des enfants est impensable et dérangeante, ce qui explique souvent son déni fréquent ainsi que les insuffisances de repérage et de prise en charge.

Pour parvenir à créer les conditions favorables à un meilleur repérage et à une meilleure prise en charge, l'établissement doit s'organiser en mettant en place une organisation fondée sur les échanges entre professionnels, la pluridisciplinarité (infirmiers, éducateurs, enseignants, personnels médico-sociaux, psycho-éducatifs et personnels de la protection judiciaire de la jeunesse, extérieurs à l'hôpital, etc.), la formation de tous les professionnels intervenant auprès de l'enfant.

► Préconisations pour la prise en charge :

- Mettre en place un référent « maltraitance », connu des professionnels.
- Former dans le cadre de l'établissement de santé tous les professionnels intervenant auprès des enfants au dépistage, à la prise en charge et à la prévention de la maltraitance.
- Organiser en coordination avec ce référent et le service de pédiatrie un groupe « situation à risque de maltraitance », constitué au minimum d'un pédiatre, d'un soignant, d'un psychologue, d'un enseignant, d'un éducateur, d'un assistant social. Dans les cas où l'établissement ne dispose pas des professionnels *in situ*, ce groupe doit être créé par une convention avec un service spécialisé, un réseau ou une association référente.
- Organiser les rapports entre le référent maltraitance et le groupe constitué « situation à risque de maltraitance » avec le médecin traitant et les services extérieurs à l'établissement de santé (PMI, services sociaux, notamment service social communal, service de santé scolaire, service de protection de l'enfance, éventuellement gendarmerie, brigade des mineurs).
- Rédiger et mettre à disposition un document, facilement consultable, donnant toutes les indications sur la conduite à tenir (circuits de signalement aux autorités administratives et/ou judiciaires, appel du 119) et de brochures ou articles utiles.

**Critères du manuel de certification V2010 associés à la thématique :
10.a, 19.a.**

22 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/fr/index.html>

23 Maltraitance ordinaire ou maltraitance institutionnelle qui est le fait de l'établissement de santé, visée dans le critère 10.a du manuel de certification V2010.

24 Article 226-14 du Code pénal.

13. Prise en charge médicamenteuse

Les médicaments n'existent pas toujours sous des formes adaptées pour les enfants. Le règlement européen de 2006, entré en vigueur en janvier 2007, a contribué à des avancées importantes dans ce secteur. Les firmes pharmaceutiques ont en effet l'obligation de déposer auprès du Comité européen pédiatrique un plan d'investigation pédiatrique (PIP)²⁵ avant toute nouvelle demande d'AMM, avant toute demande de modification d'AMM relative à une nouvelle indication, forme pharmaceutique ou voie d'administration ou lors d'une demande de *Paediatric-use marketing authorization* (PUMA).

Lorsque la spécialité pharmaceutique n'est pas disponible pour la population pédiatrique en France, et lorsqu'elle ne l'est pas non plus en ATU (autorisation temporaire d'utilisation), les pharmacies à usage intérieur ont alors la possibilité de réaliser les préparations adaptées conformément à la réglementation en vigueur (bonnes pratiques de préparations notamment).

Pour cette population vulnérable, l'ensemble des étapes de la prise en charge médicamenteuse (prescription, dispensation dont l'activité de préparation et de délivrance, administration et suivi) ainsi que les modalités de stockage et de détention des produits de santé doivent être d'autant plus sécurisés.

► Préconisations pour la prise en charge :

Les préconisations sont réunies dans une fiche « Administration en pédiatrie » issue du guide « Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments – Partie 2 : Mettre en œuvre- Fiche 2. Administration en pédiatrie – HAS juillet 2011 » [fiche "Administration en pédiatrie"](#).

Ce guide a pour objet d'adapter au contexte français des outils de sécurisation de l'administration des médicaments, notamment sur la base de recommandations internationales.

**Critères du manuel de certification V2010 associés à la thématique :
10.a, 19.a, 20.a et 20.a bis.**

²⁵ <http://www.afssaps.fr/Activites/Medicaments-en-pediatrie/offset/0>

14. Sécurité des mineurs

Il importe que l'établissement identifie les risques spécifiques liés à la prise en charge des enfants et des adolescents, les hiérarchise et priorise, et mette en place des mesures spécifiques de maîtrise des risques identifiés.

Différents aspects non exhaustifs de la prise en charge peuvent conditionner la sécurité des mineurs, comme par exemple :

- les conditions d'hospitalisation et de transport, la sécurité des locaux et du mobilier (siège enfant-ambulance spécialisée, contentions et barrières adaptées) ;
- les risques de fugue ou de rapt, notamment dans les nurseries ;
- la gestion des autorisations de sortie spécifique ;
- l'identification et la prise en charge d'une crise suicidaire chez un enfant ou un adolescent ;
- l'identification et la prise en charge des différentes formes d'addiction.

La prévention doit être adaptée à l'âge et compatible avec les principes d'aller et de venir qui s'appliquent aux établissements.

► Préconisations pour la prise en charge :

- Anticiper et évaluer le risque de fugue ; la conception des locaux et de leurs équipements et le règlement intérieur des unités d'hospitalisation doivent intégrer ce risque. Il est recommandé d'avoir une photographie de l'enfant actualisée notamment dans le cas des séjours prolongés.
- Prévenir les erreurs d'identification du patient : de l'accueil à la sortie de l'enfant en s'appuyant sur le justificatif d'état civil, sur le bracelet d'identification, l'interrogatoire de l'enfant et de sa famille, sur la photographie conservée dans le dossier de l'enfant. La photographie de l'enfant est donnée par les parents ou réalisée dans l'établissement après autorisation de ceux-ci : dans tous les cas, l'établissement explique aux parents et aux enfants l'utilisation qui en est faite.
- Noter dans le dossier l'identité des personnes exerçant les prérogatives de l'autorité parentale et leurs coordonnées, et le cas échéant (procédure judiciaire de placement par exemple), les coordonnées de la personne physique ou morale à qui la garde de l'enfant a été confiée, et les restrictions éventuelles des droits de visite.
- Élaborer les protocoles d'autorisation de sortie spécifique. Le nom et la qualité des personnes exerçant les prérogatives de l'autorité parentale et les personnes éventuellement autorisées par ces dernières à sortir l'enfant de l'établissement doivent être clairement identifiés et notés dans le dossier de l'enfant.
- Mettre à disposition des protocoles, des personnels qualifiés, des matériels sécurisés pour un transport sécurisé des nouveau-nés, nourrissons et enfants.
- En cas de locaux communs pour la prise en charge des enfants et des adolescents, organiser des circulations distinctes, notamment en psychiatrie.

**Critères du manuel de certification V2010 associés à la thématique :
6.a, 6.e, 6.f, 10.a, 10.e, 15.a, 19.a, 19.b, 19.c.**

15. Prévention et éducation à la santé

L'hospitalisation est un cadre privilégié pour donner des conseils aux enfants, aux adolescents, ou aux enfants-adolescents avec leurs parents en matière de prévention et d'éducation à la santé. C'est le moment et l'occasion de rendre l'enfant et l'adolescent acteurs de leur santé.

L'établissement travaille en collaboration avec des réseaux de santé reconnus et susceptibles d'accompagner l'enfant en dehors de ses hospitalisations.

Le relais de l'information est organisé avec le médecin traitant et avec les professionnels de santé extérieurs.

► Préconisations pour la prise en charge :

- Rechercher une exposition éventuelle à des agents environnementaux dangereux dans le cas d'une pathologie pour laquelle existent des facteurs de risque et dépister les troubles et pathologies de la relation parents-enfant.
- Dépister les troubles nutritionnels avec la mesure du poids et de la taille, le calcul de l'IMC, l'âge, les courbes de croissance, reportés dans le dossier et dans le carnet de santé, accompagnés d'une conclusion sur l'état nutritionnel. Conseiller les enfants et les adolescents pour une alimentation saine et équilibrée.
- Prévenir les addictions (tabac, etc.) et donner des conseils à l'enfant, à l'adolescent, à ses parents sur la pratique sportive.
- Rappeler l'importance et les modalités du brossage des dents, l'hygiène corporelle, le lavage des mains
- Mettre en place un programme d'accueil individualisé (PAI) en cas de handicap ou de maladie le nécessitant.
- Mettre en œuvre des programmes d'éducation thérapeutique.
- Évaluer les connaissances de l'enfant/de l'adolescent sur sa maladie, les facteurs environnementaux associés, son évolution, etc.
- Éduquer l'enfant/l'adolescent et ses parents sur la posologie, les modes d'administration des médicaments, des aérosols, des crèmes, le moment de la prise, l'ordre de l'administration, etc.
- Informer les parents sur les troubles des enfants et les modalités d'accompagnement et de surveillance qu'ils ont à mettre en place.
- Éduquer l'enfant/l'adolescent et les parents afin qu'ils puissent reconnaître une crise et savoir agir en urgence.
- Adapter les documents aux enfants et aux adolescents.
- Informer sur la sexualité et la contraception pour les adolescents.
- Vérifier les vaccinations.

**Critères du manuel de certification V2010 associés à la thématique :
1.a, 10.a, 19.a, 19.b, 23.a.**

Annexe 1. Critère 19.a version révisée avril 2011

R Critère 19.a Prise en charge des patients appartenant à une population spécifique

La prise en charge de personnes appartenant à des groupes ou populations présentant une vulnérabilité et des risques particuliers nécessite une adaptation de l'organisation des établissements de santé. Le management d'un établissement de santé doit assurer la mise en place de politiques et d'organisations permettant de répondre aux besoins spécifiques de ces populations. Cette approche concerne, dans la version V2010, les populations suivantes :

- /// les personnes âgées ;
- /// les patients porteurs de maladies chroniques ;
- /// les enfants et adolescents ;
- /// les personnes atteintes d'un handicap ;
- /// les personnes démunies ;
- /// les personnes détenues.

Il appartient à chaque établissement d'identifier les populations qui le concernent particulièrement ; il réalise une auto-évaluation pour chaque population identifiée.

À titre d'exemple et d'éclairage, certains des enjeux en termes de contexte et de qualité de la prise en charge sont rappelés pour plusieurs populations. [...]

Les enfants et adolescents

Les enfants et les adolescents sont une population dont les besoins sont spécifiques et évoluent avec l'âge.

L'enfant est une personne en constant développement et il doit non seulement recevoir les soins adaptés à son état, mais aussi les recevoir dans des conditions et un environnement où son développement pourra se poursuivre et les conséquences psychologiques de l'hospitalisation être minimisées.

La prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents nécessite avant tout que les professionnels et tous les intervenants soient formés aux spécificités de la prise en charge des enfants concernant l'accueil, l'information, la relation triangulaire parent-enfant-soignant, l'évaluation psychologique des conséquences de la maladie et de l'hospitalisation, la présence des proches, la prise en charge de la douleur, les besoins éducatifs et culturels.

Cette prise en charge des enfants et des adolescents doit se faire dans des lieux adaptés et dédiés dont l'aménagement tient compte de la pathologie et de l'âge des enfants.

La mise en œuvre d'une prise en charge respectueuse des besoins et des droits des enfants s'appuiera sur les principes énoncés dans la Convention internationale des droits de l'enfant, la Charte de l'enfant hospitalisé et ses commentaires ainsi que sur les préconisations des circulaires relatives à la prise en charge hospitalière des enfants et des adolescents (notamment circulaire n° 83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants, circulaire DGS/DH n° 132 du 16 mars 1988 "L'adolescent et l'hôpital, amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents"). [...]

E1 | Prévoir

Un projet de prise en charge spécifique est formalisé et comprend, notamment, un repérage et une évaluation des besoins.

E2 | Mettre en œuvre

La sensibilisation/formation auprès des professionnels concernant l'identification et la prise en charge des populations spécifiques est mise en œuvre.

La coordination des différents professionnels autour de cette prise en charge est effective.

E3 | Évaluer et améliorer

Le dispositif de prise en charge est ajusté en fonction d'évaluations régulières.

L'établissement développe des réseaux ou dispose de conventions visant à favoriser l'accès aux soins, la réadaptation et la réinsertion.

↳ Champ d'application :

Ce critère n'est pas applicable à la prise en charge en HAD.

Annexe 2. Charte européenne de l'enfant hospitalisé

Charte européenne de l'enfant hospitalisé

« Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants. » (UNESCO)

Un enfant à l'hôpital, c'est l'affaire de tous.

Cette charte résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés. Avec APACHE, soutenez son application en France, faites-la connaître autour de vous.

Illustrations : Pef
© APACHE - Pef - EACH



1 - L'admission à l'hôpital d'un enfant ne doit être réalisée que si les soins nécessités par sa maladie ne peuvent être prodigués à la maison, en consultation externe ou en hôpital de jour.



2 - Un enfant hospitalisé a le droit d'avoir ses parents ou leur substitut auprès de lui jour et nuit, quel que soit son âge ou son état.

3 - On encouragera les parents à rester auprès de leur enfant et on leur offrira pour cela toutes les facilités matérielles, sans que cela entraîne un supplément financier ou une perte de salaire. On informera les parents sur les règles de vie et les modalités de fonctionnement propres au service afin qu'ils participent activement aux soins de leur enfant.



4 - Les enfants et leurs parents ont le droit de recevoir une information sur la maladie et les soins, adaptée à leur âge et leur compréhension, afin de participer aux décisions les concernant. On essaiera de réduire au minimum les agressions physiques ou émotionnelles et la douleur.



5 - Les enfants et les parents ont le droit d'être informés pour participer à toutes les décisions concernant la santé et les soins. On évitera tout examen ou traitement qui n'est pas indispensable.



6 - Les enfants ne doivent pas être admis dans des services adultes. Ils doivent être réunis par groupes d'âge pour bénéficier de jeux, loisirs, activités éducatives adaptés à leur âge, en toute sécurité. Leurs visiteurs doivent être acceptés sans limite d'âge.

7 - L'hôpital doit fournir aux enfants un environnement correspondant à leurs besoins physiques, affectifs et éducatifs tant sur le plan de l'équipement que du personnel et de la sécurité.



8 - L'équipe soignante doit être formée à répondre aux besoins psychologiques et émotionnels des enfants et de leur famille.

9 - L'équipe soignante doit être organisée de façon à assurer une continuité dans les soins à chaque enfant.



10 - L'intimité de chaque enfant doit être respectée. Il doit être traité avec tact et compréhension en toute circonstance.



APACHE

Association Pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants

B.P. 162 - 92 185 Antony Cedex - tél & fax : 01 42 37 61 88

Courriel : apache.asso@wanadoo.fr - Site web : www.hospiweb.com

Annexe 3. Références bibliographiques

Charte de l'enfant hospitalisé. Leiden : 1^{re} conférence européenne des associations "Enfants à l'Hôpital", 1988.

<http://www.apache-france.org/index.html?menu=56870&id=56850>

Convention internationale des droits de l'enfant. ONU : 20 novembre 1989

<http://www.droitsenfant.com/cide.htm>

Circulaire n°83-24 du 1^{er} août 1983 relative à l'hospitalisation des enfants.

<http://droit-medical.com/textes-de-reference/17-textes-divers/118-circulaire-83-24-relative-hospitalisation-des-enfants>

Circulaire DGS/DH n° 132 du 16 mars 1988 relative à l'amélioration des conditions d'hospitalisation des adolescents.

http://www.apache-france.com/media/circ_ados_1988.pdf

Décret n° 2000-762 du 1^{er} août 2000 relatif aux établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans et modifiant le Code de la santé publique.

<http://admi.net/jo/20000806/MESD0022398D.html>

Circulaire n° 2003-238 du 20 mai 2003 relative à la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent aux urgences.

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2003/03-26/a0261837.htm>

Décret n° 2008-376 du 17 avril 2008 relatif aux conditions techniques de fonctionnement applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

<http://admi.net/jo/20080420/SJSH0771620D.html>

Décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 relatif aux conditions d'implantation applicables à l'activité de soins de suite et de réadaptation.

<http://admi.net/jo/20080420/SJSH0803309D.html>

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

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-52/a0523394.htm>

Circulaire DHOS/O n° 2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_44_040204.pdf

Circulaire n° 161 DHOS/O/2004 du 29 mars 2004 relative à l'organisation des soins en oncologie pédiatrique.

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-19/a0191391.htm>

Circulaire n° DH/EO3/98/688 du 23 novembre 1998 relative au régime de visite des enfants hospitalisés en pédiatrie.

http://www.circulaires.gouv.fr/pdf/2009/04/cir_11219.pdf

Circulaire DGS/DGAS/DHOS/DPJJ 2002/282 du 3 mai 2002 relative à la prise en charge concertée des troubles psychiques des enfants et adolescents en grande difficulté.

http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/circ_mineurs.pdf

Circulaire DHOS/O1 n° 2005-67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports de nouveau-nés, nourrissons et enfants.

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020048.htm>

Existe-t-il une limite d'âge des patients dans l'exercice de la pédiatrie. Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'ordre des médecins de mars 1998.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/existe-t-il-une-limite-d-age-des-patients-dans-l-exercice-de-la-pediatrie-712>

L'enfant et l'adolescent : un enjeu de société, une priorité du système de santé.
Rapport de mission sur l'amélioration de la santé de l'enfant et de l'adolescent.
28 octobre 2006, Pr Danièle Sommelet.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000282/index.shtml>

Haut Comité de la Santé Publique. Santé des enfants, santé des jeunes. Rapport adressé à la Conférence nationale de santé 1997 et au Parlement.

<http://www.hcsp.fr/docspdf/hcsp/hc001039.pdf>

Rapport de la défenseure des enfants. Prendre soin des enfants et des adolescents atteints de cancer, de leurs familles et des équipes de soignants : constats et recommandations, avril 2011.

http://www.defenseurdesenfants.fr/pdf/RAPP_THEM_2011.pdf

Bientraitance-Maltraitance à l'hôpital

Compagnon C, Ghadi V. La maltraitance ordinaire dans les établissements de santé. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2009.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/rapport_ghadi_compagnon_2009.pdf

Douleur

Instruction n° DGOS/PF2/2011/188 du 19 mai 2011 relative à l'identification et au cahier des charges 2011 des structures d'étude et de traitement de la douleur chronique.

<http://www.sfetd->

[douleur.org/textesOfficiels/texteslegislatifs/article.phtml?id=rc%2Forg%2Fsfetd%2Fhtm%2FArticle%2F2011%2F20110528-111006-828](http://www.sfetd-)

La douleur n'est pas une fatalité. Brochure d'information.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/La_brochure_d_information_pour_les_enfants.pdf

Évaluation du Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_d_amelioration_de_la_prise_en_charge_de_la_douleur_2006-2010_.pdf

Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Prise en charge médicamenteuse de la douleur aiguë et chronique chez l'enfant, Afssaps, juin 2009.

<http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Recommandations/Prise-en-charge-medicamenteuse-de-la-douleur-aigue-et-chronique-chez-l-enfant-Recommandations-de-bonne-pratique>

Haute Autorité de Santé. Douleur chronique : reconnaître le syndrome douloureux chronique, l'évaluer et orienter le patient. Consensus formalisé. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2008.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_732257/douleur-chronique-reconnaitre-le-syndrome-douloureux-chronique-l-evaluer-et-orienter-le-patient

Vincent B, Horle B, Wood C. Évaluation de la douleur de l'enfant. EMC Pédiatrie - Maladies infectieuses [4-170-A-10] 2009

Éducation thérapeutique

Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664533&dateTexte=&categorieLien=id>

Décret n° 2010-906 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022664557&dateTexte=&categorieLien=id>

Arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient.
http://www.ars.sante.fr/fileadmin/CORSE/documentations/Textes_et_lois/rrete_2_aout_competences.pdf

Évaluation de la satisfaction

Note d'instruction n° DGOS/PF2/2010/449 du 21 décembre 2010 relative aux modalités techniques portant sur les enquêtes téléphoniques annuelles de mesure de la satisfaction des patients hospitalisés au sein des établissements de santé, publics et privés, ayant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique (MCO) à compter de 2011.
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Note_Instruction_DGOS-PF2-2010-449.pdf

Fugue

Que faire en cas de fugue : réponse du service juridique de la FHP.
<http://www.fhp.fr/index.php?ID=&LangueID=1&ThemeID=5&RubID=32&InfoID=439&Critere=fugue>

Information des enfants et de l'entourage et recherche de consentement

Article L. 1111-2 du Code de la santé publique

Article L. 1111-4 du Code de la santé publique

Article L. 1111-5 du Code de la santé publique

Article L. 1111-7 du Code de la santé publique

Article R. 1111-6 du Code de la santé publique

Article L. 1122-2 I du Code de la santé publique

Article R. 4127-42 du Code de la santé publique

Article L. 5134-1 du Code de la santé publique

Haute Autorité de Santé. Information des patients. Recommandations destinées aux médecins. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2000.
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272040/informations-des-patients-recommandations-destinees-aux-medecins

Haute Autorité de Santé. Délivrance de l'information au patient. Saint-Denis La Plaine : HAS, sous presse.

Nachin P, Pazart L, Biot MP. Compréhension et satisfaction des informations données aux patients : démarches méthodologiques en Franche-Comté. Risques Qualité. 2010;VII(1):35-41.

Maltraitance de l'enfant

Loi n° 89-487 du 10 juillet 1989 relative à la prévention des mauvais traitements à l'égard des mineurs et protection de l'enfance.
http://www.ascodocpsy.org/IMG/textes_officiels/Loi89-487_10juillet1989.pdf

La cellule départementale de recueil, de traitement et d'évaluation. Guide pratique, Protection de l'enfance, 2008.
<http://www.infirmiers.com/pdf/G3.pdf>

L'accueil de l'enfant et de l'adolescent protégé. Guide pratique, Protection de l'enfance, 2008.

<http://www.infirmiers.com/pdf/G5.pdf>

Prévention en faveur de l'enfant et de l'adolescent. Guide pratique, Protection de l'enfance, 2008.

http://nord-pas-de-calais.sante.gouv.fr/actualites/nouveautes/enfance/prevention_enfant_adolescent.pdf

L'observatoire départemental de la protection de l'enfance. Guide pratique, Protection de l'enfance, 2008.

<http://www.infirmiers.com/pdf/G6.pdf>

Créoff M. L'enfance maltraitée. *In* : Guide l'hospitalisation des enfants. Paris : APACHE, 2000 p. 295-8.

<http://www.apache-france.com/index.html?menu=56870&id=56861>

Gabel M. La maltraitance faite aux enfants. Actual Dossier Santé Publ 2000 ;(31) :26-34.

Girodet D. Place et rôle de l'hôpital dans la prise en charge des enfants maltraités. *In* : Guide l'hospitalisation des enfants. Paris : APACHE, 2000 p. 299-303.

<http://www.apache-france.com/index.html?menu=56870&id=56861>

Haute Autorité de Santé. Repérage et signalement de l'inceste par les médecins : Reconnaître les maltraitements sexuelles intrafamiliales chez le mineur. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2011.

Haute Autorité de Santé. Syndrome du bébé secoué. Recommandations. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2011.

Hochart-Gille F. Une équipe pluridisciplinaire pour accueillir l'enfant maltraité à l'hôpital. Expérience de l'ESPED. *In* : Guide l'hospitalisation des enfants. Paris : APACHE, 2000 p. 304-8.

<http://www.apache-france.com/index.html?menu=56870&id=56861>

Maternité/néonatalogie

Circulaire DH/EO 3 n° 99-402 du 8 juillet 1999 relative à l'application de l'arrêté du 1^{er} avril 1999 fixant les indices de besoins nationaux afférents à la néonatalogie et à la réanimation néonatale

<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-31/a0312082.htm>

Haute Autorité de Santé. Favoriser l'allaitement maternel : processus – évaluation. Guides pratiques pour les professionnels de santé. St Denis la Plaine : HAS, 2006.

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_449049/favoriser-lallaitement-maternel-processus-evaluation

Pillet F. Favoriser le lien parents-enfant en maternité et en néonatalogie. Soins Pédiatr Puér 2007(237):30-1.

Mort de l'enfant

Haute Autorité de Santé. Prise en charge en cas de mort inattendue du nourrisson (moins de 2 ans). Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2007.

Prise en charge médicamenteuse

Règlement (CE) n° 1901/2006 du Parlement européen et du Conseil du 12 décembre 2006 relatif aux médicaments à usage pédiatrique, modifiant le règlement (CEE) n° 1768/92, les directives 2001/20/CE et 2001/83/CE ainsi que le règlement (CE) n° 726/2004.

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:2006R1901:20070126:FR:PDF>

Haute Autorité de Santé. Outils de sécurisation et d'auto-évaluation de l'administration des médicaments. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2011.

Prise en charge nutritionnelle

Programme national nutrition-santé – 2011-2015 – Juillet 2011.

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/PNNS_2011-2015.pdf

Haute Autorité de Santé. Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent (actualisation des recommandations 2003). Méthode Recommandation pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2011.

Haute Autorité de Santé. Anorexie mentale : prise en charge. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2010.

Scolarisation

Article L. 1110-6 du Code de la santé publique.

Création et organisation d'unités d'enseignement dans les établissements et services médico-sociaux ou de santé.

<http://www.education.gouv.fr/cid24428/mene0903289a.html>

Code de l'éducation. Article L.351-1 modifié par Ordonnance n° 2010-462 du 6 mai 2010 - art. 1

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006524862>

Soins palliatifs

Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie.

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000446240&dateTexte=>

Circulaire n° DHOS/O2/O3/CNAMTS/2008/100 du 25 mars 2008 relative au référentiel national d'organisation des réseaux de santé en soins palliatifs.

<http://www.soinspalliatifs-fc.fr/pdf/ATT00069.pdf>

Programme de soins palliatifs 2008-2012. Axe I - IV : Organiser la prise en charge des soins palliatifs pédiatriques.

<http://www.sfap.org/pdf/0-K2-pdf.pdf>

Association européenne pour les soins palliatifs. IMPaCCT : des recommandations pour les soins palliatifs pédiatriques en Europe. Traduction : Anne-Françoise Thiollier, Chantal Wood. 2008.

<http://www.sfap.org/pdf/0-D2-pdf.pdf>

Bétrémieux P, Gold F, Parat S, Moriette G, Huillery ML, Chabernaude JL, *et al.* Construction d'un projet de soins palliatifs chez le nouveau-né : 2^e partie des réflexions et propositions autour des soins palliatifs en période néonatale. Arch Pediatr 2010;17:413-9

Viallard ML, Suc A, De Broca A, Bétrémieux P, Hubert Ph, Parat S. *et al.* Indication d'une sédation en phase terminale ou en fin de vie chez l'enfant : propositions à partir d'une synthèse de la littérature. Méd Palliative 2010;9:80-6.

Viallard ML, Suc A, De Broca A, Bétrémieux P, Hubert Ph, Parat S. *et al.* Modalités pratiques d'une sédation en phase terminale ou en fin de vie en pédiatrie : prise de décision, mise en œuvre et surveillance. Méd Palliative 2010;9:87-97.

Suicide

Haute Autorité de Santé. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. Saint-Denis La Plaine : HAS, 1998.

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicidecourt.pdf>

Haute Autorité de Santé. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus 19 et 20 octobre 2000. Saint-Denis La Plaine : HAS, 2000.

<http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicicourt.pdf>

Sites associatifs

Collectif interassociatif sur la santé

<http://www.leciss.org/>

Association Pour l'Amélioration des Conditions d'Hospitalisation des Enfants

<http://www.apache-france.com/>

Conseil Français des Associations pour les Droits de l'Enfant

<http://cofrade.fr/>

Association Isis - Institut Gustave-Roussy

<http://www.isis-asso.com/>

Association SPARADRAP

<http://www.sparadrap.org>

Union Nationale des Associations de Parents d'Enfants atteints de Cancer ou L'Éucémie

<http://unapecle.medicalistes.org/>

SOS préma

<http://www.sosprema.com/>

Élèves malades : l'école à l'hôpital ou à domicile

<http://www.education.gouv.fr/cid23968/elevés-malades-ecole-hopital-domicile.html>

Service d'assistance pédagogique à domicile

<http://sapad.chez-alice.fr/>

<http://www.allo119.gouv.fr/adultes/protectfrance/associatives.html>

Réseau francophone de soins palliatifs pédiatriques

<http://www.pediatriepalliative.org/>

Pédiadol

<http://www.pediadol.org>

Société française de pédiatrie

<http://www.sfpediatrie.com>

Ouvrages

Guide de l'hospitalisation des enfants. Paris : APACHE, 2000

Bétrémieux P. Soins palliatifs chez le nouveau-né. Paris : Springer-Verlag, 2011.

Douchain F. Pédiatrie hospitalière. Paris : Doin, 2001

Dupont M, Rey-Salmon C. L'enfant, l'adolescent à l'hôpital. Règles et recommandations applicables aux mineurs. Points essentiels. Les guides de l'AP-HP. Paris : Doin, 2002.

Annexe 4. Participants

Groupe de travail

Dr Isabelle RULLON, chef de projet, pilote du groupe de travail, service développement de la certification, HAS.

Dr Matthieu BOUSSARIE, adjoint au chef de service, service développement de la certification, HAS.

Mme Emmanuelle BLONDET, chef de projet, service documentation et information du public, HAS.

Mme Isabelle DELMOND, chef de projet, service documentation et information du public, HAS.

Mme Sounia GAZENAY, chef de projet, service certification des établissements de santé, HAS.

Dr Marina MARTINOWSKY, chef de projet, service évaluation et amélioration des pratiques, HAS.

Dr Françoise AUBIER, pédiatre, Croix-Rouge française, hôpital d'enfants, Margency.

Dr Roland BOUET, pédopsychiatre, CH Henri-Laborit, Poitiers.

Dr Daniel CAU, pédiatre, secrétaire général du Syndicat national des pédiatres des établissements hospitaliers (SNPEH), Chalon-sur-Saône.

M. Philippe COLIN-MADAN, directeur études et pédagogie, Fondation santé étudiants de France, Paris.

Mme Marie-Paule DOUCÉLIN, cadre supérieur de santé, CHU, Poitiers.

Dr François DOUCHAIN, pédiatre, président du Collège des pédiatres des hôpitaux généraux (COLPEHGE), Arras.

M. Yannick GOURIOU, directeur SSR, hôpital de pédiatrie et de rééducation, Longchêne, Bullion.

Mme Eyane GUEZ, secrétaire générale du Conseil français des associations pour les droits des enfants, (COFRADE), Paris.

Dr François KURTZ, pédiatre, Hopitalor, Saint-Avoid.

Mme Elisabeth QUESTIAUX, secrétaire du Collège des pédiatres des hôpitaux généraux (COLPEHGE), CHI Robert-Ballanger, Villepinte (suppléante du Dr François DOUCHAIN).

Dr Gilles RIBEIL, chirurgien, PDG, clinique Sainte-Anne, Langon.

Dr Sylvie ROSENBERG-REINER, anesthésiste-réanimateur, pédiatre, Association pour l'amélioration des conditions d'hospitalisation des enfants (APACHE), Antony.

Mme Catherine SENLECQ, coordonnatrice de soins infirmiers, clinique de Saint-Omer, Saint-Omer.

Mme Catherine VERGELY, Présidente de l'Union nationale des associations de parents d'enfants atteints de cancer ou leucémie (UNAPECLE), Villejuif.

Groupe de lecture

M. le Dr Daniel ANNEQUIN, président de l'association ATDE Pédiadol, responsable de l'unité douleur, hôpital Trousseau, Paris.

Mme Amélia BONATO, directrice des soins, expert-visitateur, HPR, Bullion.

Pr Françoise BRION, chef de service, pharmacie, hôpital Robert-Debré, Paris.

M. Nicolas BRUN, chargé de mission, UNAF, Paris.

Mme Evelyne CAILLAULT-JOYER, directeur SSR, centre Le Château de Parsay, expert-visitateur, Brieuil-sur-Chizé.

Dr Mona CAILLON, médecin en santé publique, expert-visitateur, CH, Calais.

Dr Jean-Louis CHABERNAUD, pédiatre, anesthésiste-réanimateur, président du SNPEH, responsable médical de l'UF, SMUR pédiatrique, hôpital Antoine-Béclère, Clamart.

Dr Bernard CAZENAVE, pédopsychiatre, chef du pôle de pédopsychiatrie sectorielle, CH Charles-Perrens, Bordeaux.

Dr Alain CHABROL, chirurgien, expert-visitateur, CH, Périgueux.

Pr Alain CHANTEPIE, président, société française de pédiatrie, CHU, Tours.

Dr Christine DELCROIX, pédiatre, médecin coordonnateur, Santé service, hôpital Robert-Debré, Paris.

Pr Alain DESTÉE, président, conférence des présidents de CME de CHU, Lille.

Mme le Dr Catherine DEVOLDERE, pédiatre, chef de service, présidente, Association SPARADRAP, centre hospitalier, Abbeville.

Mme Anne-Marie DORE, directrice des soins, Fédération hospitalière de France (FHF), pôle organisation sanitaire et médico-sociale, Paris.

Mme Édith DUFAY, pharmacien hospitalier, centre hospitalier de Lunéville.
Dr Jean-Pierre DUFFET, conseiller médical, Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP), Paris.
M. Olivier FOUROT-BAUZON, directeur, MECSS SSR, Les Iris Le secret, expert-visiteur, La Bourboule.
Mme Françoise GALLAND, directrice et cofondatrice, Association SPARADRAP, Paris
Dr Édith GATBOIS, pédiatre, responsable du pôle mère-enfant, HAD AP-HP, Paris.
Dr Catherine GRENIER, directeur département qualité-indicateurs, UNICANCER, Paris.
Mme Guenièvre GRISOLET, chargée de mission, FNEHAD, Paris.
Mme Claude GUELDREY, directrice, BAQIMEHP/FHP.
Mme Catherine HOLZMANN, psychologue, membre du bureau, Association SPARADRAP, Paris
Dr Jocelyne JEAN-VALFREY, anesthésiste-réanimateur, médecin libéral remplaçant, expert-visiteur, Strasbourg.
Mme Chantal KLEIN, cadre de santé, expert-visiteur, HAD, Nantes.
Mme Nadine KRAHN, directrice des soins, hôpital d'enfants CRF, SSR pédiatrie, Margency.
Dr Catherine LE ROUZIC-DARTOY, chirurgien infantile, CHRU, pôle FME, Brest.
Dr Jean-Louis LE TRONG, médecin polyvalent, biologie et médecine du sport, retraité, expert-visiteur, Albertville.
Dr Vincent LUCET, médecin chef, pédiatre, Le Centre Pédiatrique des Côtes, Les Loges en Josas.
Dr Isabelle MOREAU-GAUDRY, pédiatre, médecin coordonnateur, hôpital à domicile du foyer Bagatelle, Bordeaux.
Dr Patrick NACHIN, chirurgien, expert-visiteur, FORAP RéQua, Besançon.
Pr Jean-Pierre OLIVES, pédiatre, hôpital des enfants, CHU, Toulouse.
M. Olivier PAUL, délégué national, Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (FNEHAD), Paris.
Pr Bernard PRADERE, président de la CME, CHU, Toulouse.
Mme Christiane ROGACKI, infirmière, coordonnateur général des soins, hôpitaux de Saint-Maurice.
Mme Aurélie SERRY, consultante en lactation, présidente, coordination française pour l'allaitement maternel (COFAM), représentante des usagers, Lunel.

Mme Muriel TERRIERES, sage-femme hospitalière et HAD, consultante en lactation, CH Simone-Veil, trésorière de la CoFAM, Montmorency.
Mme Ana VELASZQUEZ, responsable assurance qualité - gestion des risques, centre Paul-Dottin, REQUAMIP, Ramonville-Saint-Agne.
Mme Élisabeth VIE, CSS, pôle de pédiatrie, hôpital Robert-Debré, AP-HP, Paris.

Ministère de la Santé

Direction générale de l'offre de soins :

- Bureau des prises en charge post-aiguës pathologies chroniques et santé mentale
- Bureau de la qualité et de la sécurité des soins
- Mme Sandrine PERROT, chargée de mission, mission usagers de l'offre de soins.

Membres de la HAS :

Mme Caroline ABELMAN, juriste, mission juridique, HAS.
M. Yann BARREAU, chef de projet, service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS.
Mme Diane DARAGON, juriste, mission juridique, HAS.
Mme Anne DEPAIGNE-LOTH, conseiller technique, DAQSS, HAS.
Mme Véronique GHADI, chef de projet, service développement de la certification, DAQSS, HAS.
M. Philippe LALY, adjoint au chef de service, service certification des établissements de santé, DAQSS, HAS.
Mme Fabienne MENOT, conseiller technique, DAQSS, HAS.
M. Thomas LE LUDEC, directeur, direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (DAQSS), HAS.
M. Lucas MORIN, chef de projet, coordonnateur du programme "Qualité & fin de vie 2011-2014" HAS/Onfv, DAQSS, HAS.
Dr Vincent MOUNIC, chef de service, service développement de la certification, DAQSS, HAS.
Mme Ariane SACHS, juriste, mission juridique, HAS.
Mme Yasmina SAMI, chef de projet, service évaluation et amélioration des pratiques, DAQSS, HAS.
Mme Christine VINCENT, juriste, mission juridique, HAS.



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr