SPF SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

Direction générale de l'Organisation
des Etablissements de Soins

CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.

Section "Programmation et Agrément"

Bruxelles, le 09/06/2005

RÉF. : CNEH/D/247-2 (*)

AVIS CONCERNANT LE PROJET D'ARRÊTÉ ROYAL FIXANT LES NORMES AUXQUELLES UN PROGRAMME DE SOINS POUR ENFANT DOIT RÉPONDRE POUR ÊTRE AGRÉÉ

POUR LE PR. J. JANSSENS, PRÉSIDENT,
Le secrétaire,

C. Decoster

(*) CET AVIS A ÉTÉ RATIFIÉ PAR LE BUREAU SPÉCIAL LE 9 JUIN 2005

INTRODUCTION

Le projet d'Arrêté Royal concernant le programme de soins pour enfants fait suite à l'étude « Kinderen in ziekenhuizen » des Professeurs Cannoodt et Casaer (2002) ; il en diffère néanmoins par de nombreux points.
Une analyse détaillée des données du rapport Cannoodt-Casaer montre que le rapport a été élaboré sur une mauvaise base: la mortalité infantile serait trop élevée en Belgique par rapport aux pays voisins et cela pourrait être dû à l'organisation et à la qualité des soins pour enfants dans les hôpitaux belges.
Cependant, il ressort de l'analyse des propres données du rapport que:

- La mortalité infantile (jusqu'à 14 inclus) est comparable en Belgique et aux Pays-Bas.
- Dans le groupe des 5-15 ans, environ 1 décès sur 3 est dû à des accidents de la route; il est clair que les mesures préventives de circulation routière (p.ex. le port de la ceinture de sécurité) apporteront de meilleurs résultats qu'une réforme de la pédiatrie.

Une analyse plus étendue du rapport se trouve à l'annexe 1.

Il n'existe actuellement aucune étude scientifique permettant d'apprécier les diverses composantes de la mortalité infantile en Belgique. Aucun élément objectif ne permet d'établir un lien avec le système hospitalier.

Il conviendrait que le Ministre organise un audit permettant de préciser ces éléments avant d'imposer toute mesure non justifiée scientifiquement.

CONTEXTE

Une première analyse succincte des données de 2002 concernant la prise en charge et le traitement des enfants dans 43 hôpitaux généraux flamands publics et privés (Banque de données Matrix de l'ACC) révèle l'existence, dans le traitement des enfants, d'une importante ligne de démarcation en fonction des spécialistes traitants, à savoir entre les chirurgiens (48%) et les pédiatres internistes (52%).

Il existe une deuxième démarcation entre les admissions en hospitalisation de jour (43%) et en hospitalisation classique (57%).

L'hôpital de jour est au minimum à 86% chirurgical et à 14% médical, et l'hospitalisation classique à 19 % chirurgicale et à 81% médicale.

Sur la base de cette étude, on peut avancer que la qualité de la prise en charge et du traitement des enfants aux Urgences, à la Maternité, en hospitalisation de jour chirurgicale et en hospitalisation chirurgicale n'est pas seulement efficace, mais, qu'en outre, il n'y a pas de différence significative entre les hôpitaux et ce, indépendamment de la présence ou de l'absence d'un service E.

On n'a pas trouvé dans la banque de données Matrix des données qui indiqueraient un problème de qualité lors de l'admission, du traitement et/ou de la sortie des enfants en hospitalisation chirurgicale ou en hospitalisation de jour et ce, indépendamment de la présence ou de l'absence d'un service E.

Dans ce contexte, nous recommandons au ministre d'examiner plus avant la banque de données nationale sur les données pathologiques.

Une étude récente effectuée en chirurgie de jour à la KUL (M. Luysman) montre que le recours au pédiatre et la conversion en hospitalisation conventionnelle y sont exceptionnels. Une enquête de satisfaction révèle que la présence simultanée d'enfants et d'adultes n'y pose pas de problèmes.

Par conséquent, on n'a pas trouvé d'arguments en faveur de l'amélioration de la qualité annoncée par le ministre, par un couplage obligatoire des traitements chirurgicaux des enfants avec un service E (ou programme de soins pour enfants) à l'hôpital ou sur le site.

En dehors de la période néonatale, les soins hospitaliers de l'enfant se composent des consultations, des soins au service des urgences, des hospitalisations conventionnelles et de jour.

La fréquentation hospitalière de l'enfant est influencée par des épidémies virales saisonnières. L'activité relative à l'enfant est très fluctuante. Les normes d'hospitalisation doivent offrir assez de souplesse pour pouvoir répondre à une demande périodique de capacité accrue.

Des difficultés sont liées à la situation de certains pédiatres hospitaliers. On note essentiellement les charges liées à la continuité des soins, aux responsabilités importantes, à la pression médico-légale et aux attentes croissantes des familles.

Sur le plan financier, de nombreux problèmes se posent. La mise à disposition de ressources humaines adaptées nécessite des honoraires médicaux proportionnels à la lourdeur des tâches et le financement d'un encadrement infirmier et paramédical de base suffisant pour remplir les missions exigées par les soins et l'application des normes. En outre, le projet implique d'importants surcoûts liés aux exigences architecturales et organisationnelles.

ANALYSE DU PROJET D'ARRÊTÉ ROYAL POINT PAR POINT

Voir annexe 2.

CONCLUSIONS

- Le projet de programme de soins a pour objet une amélioration de la qualité des soins apportés aux enfants. La définition et les critères de cette qualité sont insuffisamment précisés.
- Le projet de programme de soins pour enfant envisage une rationalisation dont l'ensemble des conséquences ne peut être évalué actuellement. Plusieurs dispositions restrictives ne correspondent pas à la diversité des besoins hospitaliers de l'enfant. Il y a un manque d'adaptabilité aux réalités du terrain.
- Les problèmes cruciaux du financement sont ignorés. A cet égard, nous renvoyons à l'avis du CNEH du 14 mars 2003 (réf. CNEH/C/10-2003) (cf. annexe 3).

AVIS

Nous exprimons une opinion défavorable concernant le projet de programme de soins et nous souhaitons faire des propositions alternatives qui pourraient être le point de départ d'une nouvelle discussion constructive.

PROPOSITIONS

- Hospitalisation de jour
  A. Hospitalisation de jour chirurgicale
  B. Hospitalisation de jour médicale
- Programme de soins Pédiatrie

Hospitalisation de jour

Il existe une distinction entre l'hôpital de jour chirurgical et médical (pédiatrique-médecine interne).

A. Hôpital de jour chirurgical[1]

Les normes actuelles pour l'hôpital de jour chirurgical prévoient notamment diverses procédures concernant les activités avant, pendant et après l'admission, en ce compris la sortie du patient et l'assurance de la continuité des soins. Du reste, il faut des critères de sélection concernant les patients mais également les interventions. Il convient de tester la qualité en interne et d'en faire rapport.
Le chef de service est chirurgien ou anesthésiste et la présence permanente d'un anesthésiste est prévue jusqu'à la sortie. Seul un chirurgien peut décider de la sortie.

Il suffit qu'un pédiatre soit appelable.
Il est clair que chaque hôpital doit avoir des accords efficaces en ce qui concerne un éventuel réadressage des enfants.

Avec le respect de la limite d'âge de 2 ans, l'hospitalisation de jour des enfants pour la chirurgie/l'ORL/l'urologie/l'orthopédie/la dentisterie/la stomatologie est possible. Cela nécessite un environnement adapté, des propres chambres, du matériel adapté et la possibilité d'une présence permanente des parents.

Nous proposons:

que chaque hôpital ou site puisse organiser une fonction d'hospitalisation de jour chirurgicale pour enfants, conformément à la réglementation existante (AR du 25 novembre 1998).

En l'absence d'un programme de soins Pédiatrie:

- Aucun enfant n'est admis pour des affections pédiatriques ou relevant de la médecine interne, à moins de l'admettre dans un hôpital de jour médical.

- Il existe des procédures et des accords concernant le réadressage vers un programme de soins pédiatrie.

- Aucun enfant de moins de deux ans n'est admis à l'hôpital de jour chirurgical, à moins qu'un pédiatre ne soit présent pendant les heures d'ouvertures ou qu'il y ait un hôpital de jour médical.

[1] Voir également AR du 25 novembre 1998 concernant l'hospitalisation de jour chirurgicale.

- Aucun enfant de moins de deux ans n'est admis en hospitalisation classique, hormis pour la poursuite du traitement des complications consécutives à une hospitalisation de jour chirurgicale, avec la possibilité pour les parents d'accompagner en permanence leur enfant.

- Un anesthésiste est présent jusqu'à la sortie du patient.

- Un pédiatre est appelable jusqu'à la sortie du patient.

- Un chirurgien est appelable jusqu'à la sortie du patient.

- Il y a un milieu et du matériel adaptés aux enfants pris en charge, lesquels sont séparés des patients adultes hospitalisés, et les parents ont la possibilité d'accompagner en permanence leur enfant.

B. Hôpital de jour médical

Chaque hôpital ou site sans programme de soins Pédiatrie peut prévoir la présence d'un pédiatre pendant les heures normales d'ouverture.
Ce pédiatre peut prendre en charge les enfants dans le cadre de l'hospitalisation de jour médicale pour des examens et/ou des traitements sous sa surveillance directe.

Nous proposons:

que chaque hôpital ou lieu d'implantation puisse organiser un hôpital de jour pédiatrique.

En l'absence d'un programme de soins Pédiatrie :

- Un pédiatre est présent pendant les heures normales d'ouverture de l'hôpital ou du site.

- Il y a une activité pédiatrique polyclinique régulière à l'hôpital ou sur le site.

- Il y a une possibilité d'admission en hospitalisation de jour médicale sous la surveillance effective du pédiatre.

- Il y a pour cette hospitalisation de jour médicale un environnement et du matériel adaptés aux enfants, lesquels sont séparés des patients adultes, et les parents ont la possibilité d'accompagner en permanence leur enfant.

- Les enfants en hospitalisation de jour médicale sont soignés par des infirmiers et des aides-soignants spécifiquement formés et il y a au moins un infirmier pédiatrique.

- Il y a un pédiatre appelable 24h/24 et 7j/7.

- Il y a un anesthésiste appelable 24h/24 et 7j/7.

- Aucun enfant n'est hospitalisé, en dehors de l'hospitalisation de jour médicale, pour des affections pédiatriques et relevant de la médecine interne.

- Il existe un lien étroit avec un ou plusieurs programme(s) de soins Pédiatrie. Cette collaboration règle, entre autres, les éventuels services de garde commun, les répartitions de tâches en fonction de l'âge ou de la pathologie, les adressages et les accords en ce qui concerne l'hospitalisation, les consultations, la concertation, le dossier commun, la surveillance commune et la promotion de la qualité.

Programme de soins Pédiatrie[2]

Les hôpitaux et les sites hospitalisent des enfants avec des problèmes pédiatriques et relevant de la médecine interne au sein d'un programme de pédiatrie de base.

Nous proposons que:

chaque hôpital ou site puisse exploiter un programme de soins Pédiatrie.

- Un pédiatre est présent à l'hôpital ou sur le site pendant les heures normales d'ouverture.

- Un pédiatre est appelable 24h/24 sur 7j/7.

- Il y a une activité pédiatrique polyclinique régulière à l'hôpital ou sur le site.

- Le programme de soins dispose d'une section admission pour minimum 15 enfants en hospitalisation et en hospitalisation de jour médicale et/ou chirurgicale, ou pour 10 enfants en hospitalisation.

- Si l'hospitalisation de jour médicale est séparée de l'hospitalisation classique, il y a des locaux spécifiques pour la prise en charge et/ou des chambres réservées qu'ils ne partagent pas avec des adultes.

- Les pédiatres assurent la surveillance effective des enfants en hospitalisation classique et en hospitalisation de jour médicale, en concertation avec d'autres médecins traitants.

- Le programme de soins peut faire appel à un accompagnateur psychosocial et un accompagnateur des activités ludiques.

- Les enfants en hospitalisation médicale et en hospitalisation de jour médicale sont soignés par des infirmiers et des aides-soignants spécifiquement formés.

---

[2] Voir également AR 23 octobre 1964, annexes, pour le service E.

- Il y a éventuellement une collaboration étroite avec un ou plusieurs programme(s) de soins Pédiatrie. Elle peut servir à régler les éventuels services de garde communs, ainsi que les répartitions de tâches p.ex. en fonction de l'âge ou de la pathologie, les adressages et les accords concernant l'hospitalisation, les consultations, la concertation, les dossiers communs, la surveillance commune et de l'amélioration de la qualité, etc. .

Annexe 1 à l'avis du 9 juin 2005 (réf. CNEH/D/247-2) concernant le projet de programme de soins pédiatrie

DU MINISTRE DEMOTTE, DU 17 MARS 2005

COMMENTAIRE SUR LE RAPPORT CANNOODT-CASAER

Dans sa demande d'avis du 25.02.2005, le ministre cite le rapport "Kinderen in ziekenhuizen" du 15.06.2002, des professeurs Cannoodt et Casaer. Il estime que cette étude peut constituer une base pour l'élaboration d'un programme de soins pour enfants, et il propose de soumettre pour avis un avant-projet d'AR en la matière au CNEH.

Cependant, une analyse détaillée des données figurant dans le rapport Cannoodt révèle que le rapport est élaboré sur une mauvaise base.
En effet, il se base sur une mortalité trop élevée en Belgique par rapport aux pays voisins, et conclut qu'"il faut déployer davantage d'efforts pour la prévention des accidents et d'autres causes extrinsèques de décès" et se demande "si une série de décès n'aurait pas pu être évitée, grâce à une organisation optimale des soins urgents pédiatriques et de la pédiatrie intensive" (p.9).

Cependant, l'analyse du tableau 1, p. 8, a permis d'établir le contraire: pour les décès dans le groupe des moins d'un an, ainsi que dans le groupe allant d'un an à quatorze ans y compris, la mortalité en Belgique est comparable à celle des Pays-Bas, un pays cité comme exemple par l'autorité.

Décès	< 1 an	1-14 ans
Belgique	5,3/1000	0,20/1000
Pays-Bas	5,2/1000	0,20/1000

NB: Les données du tableau 1 ne sont pas si vraisemblables qu'il n'y paraît. En effet, certains pays du Sud obtiennent des scores plus élevés (Espagne, Grèce), et d'autres pays de l'Europe de l'Ouest (RU, Luxemburg) ont des scores moins élevés. Il n'est pas certain que les données soient parfaitement comparables.

Dans le tableau 1, la Belgique obtient un score nettement moins bon pour le groupe des 15-19 ans. Ce groupe peut encore difficilement être considéré comme étant des "enfants". Une tentative d'explication pour le degré de mortalité plus élevé pourrait être la densité de la circulation routière dans le pays, et la mortalité qui y est liée. Mais une fois encore, cela ne concerne pas les enfants.

Il ressort du tableau 2a du rapport (p. 9) qu'environ 1 décès sur 3 chez les enfants de 5 à 15 ans est dû à un accident de la route. En l'occurrence, on peut clairement mettre en oeuvre d'autres actions (p.ex. ceinture de sécurité), sans devoir bouleverser l'organisation des soins pédiatriques.

Le rapport révèle également que l'organisation stricte des soins néonataux a conduit à une réduction radicale de la mortalité néonatale.
En effet, le tableau 3 (p. 11) indique une chute de la mortalité néonatale en Belgique entre 1987 et 1996. Cependant, une évolution similaire a été observée dans le groupe des 28 –365 jours.

	1987	1996
< 7 jours	4,2/1000	2,7/1000
7 –27 jours	1,3/1000	0,7/1000
28 – 365 jours	4,1/1000	2,6/1000

NB: Les chiffres de mortalité de 1996 ne sont pas compatibles avec les chiffres de mortalité de 1999 du tableau 1: en effet, les chiffres de 1996 sont globalement deux fois moins élevés que ceux de 1999. Le rapport n'apporte aucune explication à cette discordance.

Par conséquent, le rapport Cannoodt ne prouve en aucune manière que la qualité des soins de santé pour enfants en Belgique laisse à désirer. Par ailleurs, il n'apporte aucune preuve que les mesures prises par les autorités (p.ex. dans les soins néonataux) ont une influence plus grande que l'amélioration spontanée des techniques.
Il n'y a donc rien qui permette de prouver que les mesures prises par les autorités sont nécessaires à l'amélioration de la qualité des soins.
Il faut donc en conclure que le rapport Cannoodt et les mesures qui en découlent poursuivent un but principalement économique: la fermeture d'une série de services pédiatriques de plus petite taille, dont le coût par enfant admis serait, d'après le rapport, considérablement plus élevé que dans les grands services E (p. 13).
Le rapport n'a nullement examiné le fait que ces petits services E remplissent peut-être une fonction sociale importante (accessibilité des soins).
Force est de constater que le rapport mène un procès d'intention sur une base économique, sans qu'il n'y ait aucune preuve de l'impact sur la qualité des soins ni sur la pertinence sur le plan social.

S'il y a lieu de réglementer, il convient d'en démontrer la nécessité de façon irréfutable, et les conséquences devront être évaluées de façon précise.

Annexe 2 à l'avis du 9 juin 2005 (réf.CNEH/D/247-2) concernant

Le projet du programme de soins pédiatrie
du ministre Demotte, du 17 mars 2005

Discussion article par article (en *italique*): brève description de chaque article,.

Chapitre 1. Dispositions générales

Article 1. *Donne les définitions d'enfants (jusque 16 ans), de naissances (nés vivants) et les sous-spécialités de pédiatrie (cardio, onco, pneumo, néphro et gastro-entéro).*

Pourquoi les autres "sous-spécialités" n'y figurent-elles pas, telles que la sous-spécialité diabétologie-endocrinologie (obésité-diabète), qui gagne en importance, ou la neurologie pédiatrique … ?
Parmi les spécialités en pédiatrie, seuls le néonatologue et le neuropédiatre ont un titre professionnel particulier.
Qu'en est-il des internistes qui se spécialisent ultérieurement, dans leur domaine, en pathologie pédiatrique, telle que les cardiologues, les pneumologues, … ?
Ces listes limitatives, sans fondement juridique formel, sont démodées avant d'être publiées et accroissent l'incertitude juridique.

Article 2. *Le programme de soins offre l'hospitalisation classique mais aussi l'hospitalisation de jour.*

Avec l'article 36, 2°, b), cela signifie que l'hospitalisation de jour chirurgicale des enfants nécessite la présence d'un programme de soins.

Cette contrainte est absolument inutile.

Article 3. D*étermine le groupe cible en hospitalisation classique et en hospitalisation de jour.*

1° HOSPITALISATION CLINIQUE

c) Le groupe cible des nouveau-nés n'est pas vraiment pertinent si le lien du programme de soins avec la maternité, annoncé précédemment, (et promis par le ministre) est supprimé.
Si ce groupe de nouveau-nés n'est pas pertinent, le lien avec les chiffres des activités (ce qui est déjà contre-productif en soi) de la maternité (voir article 5, § 1) est naturellement tout à fait incohérent.
d) pour les enfants ayant de sérieuses brulûres, on peut raisonnablement supposer qu'ils nécessiteront peut-être (également) des soins et une surveillance pédiatriques; il serait peut-être judicieux de créer un lien avec la pédiatrie.
e) les enfants qui se trouvent aux soins intensifs sont des patients qui nécessitent (parfois également) des soins pédiatriques et qui iront, éventuellement, voire probablement, dans une section infirmière pour enfants au terme de leur séjour aux soins intensifs; il serait peut-être judicieux de créer un lien avec la pédiatrie.
f) un raisonnement analogue à d) et e) s'applique pour les transplantations.

2° Hospitalisations de jour

Le lien entre hospitalisation de jour chirugicale et soins pédiatriques doit être fonctionnel, mais l'hospitalisation de jour chirurgicale est, comme le nom l'indique, une mission chirurgicale, sous la responsabilité primaire du chirurgien et de l'anaesthésiste, à moins qu'ils ne souhaitent la partager avec p.ex., les pédiatres; la mesure dans laquelle un pédiatre (non: un programme de soins pédiatrie) y est impliqué ne peut et ne doit pas être déterminée de façon statique.

Il est uniquement question d'intervention chirurgicale ou d'autre traitement, alors que de nombreuses procédures diagnostiques, couplées ou non aux interventions, relèvent également du domaine de l'hospitalisation de jour.
A n'en pas douter, les soins ambulatoires aux enfants dans la polyclinique, au service des urgences et dans les hôpitaux de jour médicaux et/ou chirurgicaux, gagneront en importance et reprendront éventuellement en grande partie le rôle traditionnel de l'hospitalisation pédiatrique. Les chances de croissance et, par conséquent, l'accessibilité de ces possibilités de prise en charge confortables et peu onéreuses ne doivent pas être entravées par un couplage inconditionnel avec l'hospitalisation classique.
Ou inversément, un lien structurel stable entre hospitalisation de jour chirurgicale et médicale et l'hospitalisation classique va entraver la liberté de mouvement nécessaire et donc, l'accessibilité des soins pour enfants.
Voir aussi discusion article 5.

Article 4. P*our être agréé, le programme de soins doit satisfaire aux normes.*

Pas de remarques.

Article 5. D*étermine la norme d'activité*

§ 1. 1° AVEC UN SERVICE M 2.000 ADMISSIONS + NAISSANCES
2° SANS SERVICE M 1.500 ADMISSIONS
§ 2. SI ÉLOIGNÉ DE >20KM ET SI LA PERMANENCE EST ASSURÉE PAR UN PÉDIATRE AYANT 500 CONTACTS PATIENTS/AN, AUCUNE NORME D'ACTIVITÉ N'EST VALABLE,
§ 3. SI LA PERMANCE EST ASSURÉE PAR UN PÉDIATRE AYANT 500 CONTACTS PATIENTS/AN ET SI >400 ACCOUCHEMENTS, SEULEMENT 1.800 ADMISSIONS+NAISSANCES

L'introduction d'un critère de production pur (admissions au service E) est absolument contre productif, inflationniste et cela permet des manipulations. Cela récompensera ceux qui hospitalisent rapidement et/ou de façon inopportune ou ceux qui utilisent d'autres indications que les indications médicales pour justifier leur admissions.Cela récompensera indirectement ceux qui travaillent de façon plus onéreuse.
Par ailleurs, il n'y a aucun rapport avec les formes de médecine hospitalière plus modernes, axées sur le futur, ambulatoires, adaptées à l'enfant et moins onéreuses, telles que la polyclinique et les urgences.
Sur le plan politique, on brandit le "critère de qualité" que représente la présence de pédiatres (voir article 31) mais, en l'occurence, ce critère n'est pas utilisé, et il ne l'est pas davantage que, par exemple, les profils de pratique de médecins, et la relation dans leur pratique entre prise en charge ambulatoire et hospitalisation.

L'introduction d'un critère d'activité pour un programme de base est une exclusitié regrettable, mais cela signifie également un retour à un concept démodé, statique et extrêmement manipulable, lequel est en contradiction avec la vision du Nouveau Concept hospitalier et le nouveau financement basé sur les activités (justifiées).
En outre, pour un nombre égal d'admissions, ce nouveau financement n'a pas permis de réaliser d'économie appréciable à la suite de la fermeture des services E.

On affirme que la marge de 200 admissions (1.800 vs. 2.000) a été introduite afin de pallier à l'imprécision de l'enregistrement des mini-forfaits (non obligatoire dans l'enregistrement RCM).

Si les services M et les services E ne sont pas reliés, le couplage des admissions au service E avec le nombre de naissance est tout à fait incohérent et inconséquent en ce qui concerne le groupe cible (voir article 3). Ainsi, un hôpital avec 1000 naissances, par exemple, devra réaliser seulement 800 admissions pour être agréé.

Enfin, le critère d'admission ne semble pas consistent avec la disposition de l'article 38, qui traite des admissions au service E, lesquelles ont donné lieu au calcul de lits justifiés. Les admissions chirurgicales dans un service E donnent par exemple lieu à des lits C justifiés mais pas des lits E justifiés.

Enfin, il est singulier de noter qu'en dehors d'un rayon de 20 km, la motivation en ce qui concerne la qualité est complètement et radicalement abandonnée: par exemple, tout sera réglé avec 200 naissances et 50 admissions, pour autant que, bien entendu (!) la règle de 500 contacts-patients soit respectée, c'est-à-dire environ 2 (deux) patients par journée de travail.
Ceci montre que le soi-disant débat précité relatif à la qualité n'est qu'une manière de réaliser des pseudo-économies.

Pour autant qu'un critère d'activité soit nécessaire, seul un critère en fonction des activités justifiées (p.ex. les lits justifiés) est cohérent et défendable.

§ 4. ORGANISE DANS UN RAYON DE 5 KM LA COLLABORATION ET LA COMPLÉMENTARITÉ ENTRE LES HÔPITAUX AVEC UN SEUL PROGRAMME DE SOINS.

On emploie toujours le même ton démodé.
La collaboration doit être encouragée mais elle ne peut pas être forcée, et certainement pas sur la base de distances fixées de façon arbitraire.
Du reste, qu'est-ce que le "travail complémentaire"? Cela signifie-t-il qu'un hôpital ne peut pas engager des médecins sans l'accord d'un autre hôpital?

Article 6 *Il n'y a pas de programmation mais il y a lieu de répondre aux normes sur chaque site.*

Avec les normes d'activité susmentionnées, une telle disposition compromet la mission de base de certains sites (hôpital de proximité).

Chapitre 2. Normes organisationnelles et fonctionnelles

Article 7. *Le programme de soins se trouve dans un hôpital général et est exploité par le même pouvoir organisateur que celui du site duquel il se trouve.*

"Le même pouvoir organisateur" semble indiquer que la nouvelle réglementation légale concernant une propre personnalité morale pour une association ne peut s'appliquer à un programme de soins pédiatrie.

Article 8 *Les enfants ne peuvent pas être traités ou soignés avec des adultes et les enfant qui ont entre 16 et 18 ans doivent avoir le choix.*

Le texte français parle uniquement du "même endroit", ce qui semble suggérer qu'il faille une séparation temporelle et spatiale complète. Heureusement, cela signifie uniquement une séparation temporelle.

Une ligne de démarcation entre les enfants et les adolescents qui commence seulement à 16 ans est tout à fait en dessous de la réalité sociologique : un pubère de quinze ans qui fume, boit et brosse les cours à la même section qu'un petit de deux ans.

Trop de rigueur dans les normes empêche des solutions raisonnables.

Article 9

§ 1. Dans le quartier opératoire, les enfants ne peuvent rien entendre ni voir des autres salles, le parent doit pouvoir être présent auprès d'un enfant conscient et il faut un espace séparé dans la salle de réveil.

Le premier élément est difficile à réaliser, le deuxième devrait pouvoir être réalisé, si cela signifie un avantage pour le patient, mais le troisième élément compromettra éventuellement la surveillance et la sécurité, à moins que davantage de personnel ne soit prévu afin de pouvoir organiser un circuit de surveillance séparé.
Une application stricte de telles règles générales peut éventuellement entraîner des problèmes d'hygiène et de stérilité.

§2. DANS L'ESPACE PRÉVU POUR LE TRAITEMENT, LES ENFANTS NE PEUVENT RIEN VOIR NI ENTENDRE DES AUTRES PIÈCES ET LES PARENTS DOIVENT TOUJOURSPOUVOIR ÊTRE PRÉSENTS.

Pas de problème, mais en fonction des critères médicaux (p.ex. chambre d'isolement).

Article 10. P*révoit que les soins aux enfants en hospitalisation de jour ne peuvent être diférés par rapport aux enfants hospitalisés ou aux adultes.*

Paternaliste et moralisateur. Le souhait exprimé par les hôpitaux de réglementer de façon économe et utile n'est pas encore une réalité.
Il vaudrait mieux que l'autorité élabore, en collaboration avec l'ensemble des personnes concernées (hôpitaux, médecins, infirmiers) des guidelines, pour inciter toutes ces personnes (dans la mesure où c'est encore utile) à réaliser plus rapidement et mieux une prise en charge et un traitement de qualité.

Section 3. (sic, plus de chapitre) Infrastructure et équipement.

Sous-section 1. Normes architectoniques

Article 11. *Définit l'équipement de la section infirmière : 15 lits, local de soins, secrétariat, local thérapeutique et éducatif, local de jeux, cuisine, une salle de séjour pour les parents, sanitaires séparés, quartier opératoire adapté.*

Il vaut mieux un seul espace d'examen (diagnostisque et thérapeutique).
Il vaut mieux un local éducatif et de jeu (pas de local, peut se faire dans le couloir) (voir également l'article 17 : pas 25 m²).
Qu'en est-il des biberonneries s'il n'y a pas de service M?
Salle de séjour pour les parents s'il n'y en a pas ailleurs
Un quartier section opératoire adapté est irréalisable.
Jusqu'où doit aller la séparation d'âge?
Des sections séparées nécessitent des investissements et du personnel supplémentaires.

Article 12. *Accessibilité pour fauteuils roulants*, *« places de stationnement » des buggies et des voitures d'enfants.*

L'accessibilité : c'est réglé.
Il est exagéré d'imposer des places de parking obligatoire à la section.

Article 13. *Groupement par âge.*

Pas de remarques.

Article 14. S*oins et participation des parents.*

Pas de remarques.

Article 15. *Réchauffer les repas sur place pour les parents*.

A moins que cela ne soit absolument à exclure, en raison des éventuels problèmes d'hygiène et de sécurité pour l'alimentation lactée. Par ailleurs, c'est inconciliable avec les règles applicables en matière de qualité et d'hygiène des repas et des préparations des repas dans les hôpitaux et les HACCP.

Article 16 § 1 (pas de § 2) *Le parent peut séjourner dans la chambre près de son enfantau.*

En principe, cette mesure ne semble pas poser de problème, mais attention : en pratique, cela peut causer des problèmes importants.

Que se passera-t-il si l'infrastructure actuelle ne permet pas d'appliquer la règle ?

Par exemple, quelle sera la réaction des parents face au séjour d'un des parents de l'autre enfant dans une chambre de deux ou une chambre commune, dans laquelle leur propre enfant séjourne sans être accompagné?
Comment se préserver d'une telle situation?

Que faire en cas de sur occupation saisonnière et de problèmes de capacité ?

Si les service de pédiatrie fermaient dans les hôpitaux ou sur le sites, en cas de relocalisation et de concentration sur un seul site, cela conduirait dans de nombreux cas à un investissement supplémentaire en infrastructure et en chambres. En effet, cette règle signifie qu'il faut effectivement faire de chaque chambre particulière une chambre à deux lits, et de chaque chambre à deux lits une chambre à quatre lits ou inversément. La première possibilité entraîne de grands investissements et une extension, et la deuxième entraine une importante réduction de la capacité de la section et des coûts supplémentaires. Les économies fédérales (supposées) résultant de la fermeture de services occasionneront donc des dépenses aux Communautés et aux Régions, et également aux hôpitaux. Par ailleurs, l'autorité réglementaire fédérale et les pouvoirs subsidiants régionaux doivent tenir compte de cette donnée en faisant le calcul des grands travaux d'entretien et du nombre de m² pour les subsides en cas de nouvelle construction.

Article 17. *Le local de jeu est exclusif et a une surface minimale de 25m².*

A rejeter.
Ce type d'équipement est peut-être très important pour des enfants hospitalisés pour une très longue durée, mais il est peu pertinent pour les séjours de courte durée dans les hôpitaux périphériques.
A cet égard, voir également l'article 11.
Il vaut mieux un seul local de jeux et d'éducation (pas de local, peut aussi se faire dans le couloir).
Pas d'obligation d'avoir 25m² (de nombreux modules dans les hôpitaux n'ont par exemple que 20m²).

Article 18. Mobilier lavable etc.

Pas de remarques.

Sous-section 2. Normes relatives à l'équipement.

Article 19. A*ménagement, équipement et matériel etc. adaptés aux enfants.*
Article 20. Equipement médical.

Ajouter : Le matériel nécessaire pour l'administration et l'humidification de l'oxygène, adapté à l'âge et aux besoins de l'enfant.

Sous-section 3. Sécurité et hygiène.

Article 21. *Sécurité, accessibilité, prévention des accidents et de la contagion, incendie.*

Il s'agit là d'ergotage.

Article 22. *Oxygène, vide et air comprimé.*

Normes hospitalières générales.

<u>Article 23.</u> *Matériel et linges contaminés ou souillés.*

Se laver les mains n'est pas une solution pour les problèmes liés aux infections hospitalières, contrairement à l'hygiène des mains.

Section 4. Direction, personel, expertise.

Sous-section 1. Formation.

<u>Article 24.</u> *Chef de service médical et infirmier en chef*

Il y a une confusion dans les concepts vu qu'il est question, aux articles 26 et 27, d'"infirmier-chef de service" et aux articles 28 et 29, d'"infirmier en chef".
Voir plus loin.

Sous-section 2. Direction médicale.

<u>Article 25</u>

§ 1. LE MÉDECIN-CHEF DE SERVICE EST UN PÉDIATRE ATTACHÉ À TEMPS PLEIN À L'HÔPITAL. IL EST RESPONSABLE DE L'ORGANISATION DES ASPECTS MÉDICAUX ET DU PROGRAMME DE SOINS EN TANT QUE TEL.

A titre de comparaison.
Dans les programmes de soins de cardiologie, il n'y a pas de chef de service formels.
Dans les programmes de soins d'oncologie, il y a un médecin-coordinateur.
Qu'est-ce que temps plein?

La responsabilité finale pour le programme de soins "en tant que tel" ne peut et ne doit reposer que sur l'hôpital.

§ 2. RESPONSABILITÉS PARTICULIÈRES.

Des descriptions telles que "Par le biais d'informations, de rencontres, de coordination et d'interventions spécifiques dans les domaines qui, directement ou indirectement, exercent une influence sur le bon fonctionnement du service…" (1°) soulèvent de nombreuses questions et " lors d'un séjour d'hospitalisation le plus court possible " (1°, b)

Que sont les 'interventions spécifiques'?
Que sont les 'domaines directs ou indirects
Qu'est-ce qu' 'exercer une influence'?
Un chef de service ne peut-il pas s'occuper (in)directement d'un traitement administré par d'autres médecins?

Pourquoi élaborer maintenant un texte supplémentaire concernant la dispensation d'informations (2°, a)? Un tel texte dans un arrêté royal, dans le cadre duquel sont créées de nouvelles responsabilités pour le(s) chef(s) de service, et ce n'est pas cohérent avec la loi sur les droits du patient. Cela accroît l'incertitude juridique.
C'est un cas d'école concernant une intervention réglementaire inconséquente (le CNEH avait lancé un avertissement à cet égard), allant à l'encontre d'une des conclusions (unanimes) des dialogues de la santé, où il était demandé d'éviter les normes insensées et d'y mettre progressivement un terme.

Informer en temps utile le médecin de première ligne (2°, b) est encore un exemple de pensée systématique qui est restée lettre morte. L'obligation d'assurer la continuité des soins est une obligation déontologique imposée à l'ensemble des médecins et ne doit pas être renommée dans un arrêté concernant un seul programme de soins.

La protection contre les traitements superflus (2°, c) est très vague mais concerne le chef de service peut-être lors de toutes sortes de conflits médico-légaux entre les patients et d'autres médecins.
La protection contre l'utilisation abusive du dossier médical et d'autres données personnelles (également 2°, c) recouvre une nouvelle fois les missions du médecin en chef.

On ne peut pas imposer la discussion concernant l'autopsie (2°, d) à un chef de service.

L'élaboration de procédures concernant les interactions avec d'autres médecins avec lesquels l'enfant entre en contact (2°, e) semble créer une image préconçue négative de ces autres médecins, comme si l'ensemble des pédiatres traiteraient les enfants de façon adaptée et tous les autres médecins pas. C'est faux, dans les deux directions, et cela donne l'impression d'une vision limitée.
A supprimer.

L'accessibilité du dossier médical (2°, j) est également une mission qui relève du médecin en chef.

L'enregistrement pour l'audit, l'épidémiologie et la recherche (2°, k) est vague et englobe trop d'éléments, il s'agit d'un nouvel exemple de réglementation supperflue et, par conséquent, immorale et idiote. C'est également en rapport étroit avec les missions du médecin en chef.

La réglementation, par le biais d'un AR, du traitement par un seul médecin (2°, l), est une discussion inutile et doit être supprimée.

L'entièreté du texte accorde au pédiatre le plus grand nombre de responsabilités, par rapport aux autres médecins hospitaliers, par conséquent, et il est celui qui doit s'attendre le plus à devoir rendre des comptes.
L'objectif ne peut quand même pas être d'amener l'assurance de la responsabilité professionnelle des pédiatres au niveau des gynécologues?

Sous-section 3. Direction infirmière

<u>Article 26</u>

§ 1.Infirmier- chef de service est A1.
§ 2. Ou a 5 années d'expériences.

Voir les remarques concernant l'infirmier-chef de service (articles 24, 27, 28 et 29).

Un tel chef de service 'intermédiaire' entre la direction Nursing et l'infirmier en chef de la section, cela revient à "imposer" aux hôpitaux des stuctures universitaires ou des hiérarchies administratives publiques. Il faut s'attendre à ce que, dans les hôpitaux avec un seul programme de soins, l'infirmier chef de service et l'infirmier en chef soient la même personne.

Une telle hiérarchisation et bureaucratisation constituent une nouvelle preuve que l'on s'éloigne du Nouveau Concept hospitalier, et cela annonce le retour à une réglementation rigide et contre-productive.

Insensé et inutile.

Article 27

§ 1. L'infirmier-chef de service dirige l'ensemble du personnel rattaché au programme de soins.
§ 2. LE CHEF DE SERVICE EST RESPONSABLE DE L'ORGANISATION DES SOINS ET DE LA QUALITÉ DE VIE (ENSEIGNEMENT, SÉCURITÉ, ACTIVITÉS LUDIQUES, INFRASTRUCTURE)

Ces définitions montrent qu'il s'agit de normes inutiles. Qui assure la direction : le chef de service ou l'infirmier en chef?
Quelle est la relation avec la direction Nursing?

Réglementation excessive.
Doit absolument être supprimé.

Article 28 *Chaque unité de soins a un infirmier en chef*

Voir ci-dessus et ci-dessous.

Article 29

Règle les responsabilités de l'infirmier-chef de service (trois pages pleines!).

A nouveau, réglementation excessive.

Voir, à titre d'exemple, le point 5°, lequel dispose que la responsabilité de l'organisation d'un système d'appel interne efficient pour l'appel de médecins ou d'autres membres du personnel est attribuée à l'infirmier-chef de service, ou le point 2°, b, lequel dispose qu'aucun frais ne peut être compté, aux parents qui souhaitent passer la nuit auprès de leur enfant.
De tels propos n'ont pas leur place ici et l'infirmier en chef doit assumer une responsabilité pour quelque chose qui, intrinsèquement, ne relève pas des compétences (ni des possibilités de contrôle) du personnel soignant.
Cela accroît à nouveau l'incertitude juridique et cela peut donner lieu à des conflits et des affaires judiciaires. Il en est de même lorsqu'on encourage les parents à participer aux soins

dispensés à leur enfant. S'il s'agit d'actes infirmiers, la législation actuelle ne le permet pas (voir AR 78, art.38ter). Il est impossible d'assurer la présence permanente d'un infirmier pédiatrique (point 4°) si on ne peut garantir un encadrement de base suffisant en ce qui concerne les infirmiers pédiatriques et si des mesures transitoires ne sont pas prévues, dans le cadre de la participation à cette permanence, pour les infirmiers ayant 5 ans d'expérience dans un service de pédiatrie agréé (voir également les remarques à l'art.33)
Supprimer.

Sous-section 4. Responsabilités communes.

Article 30 *Règle les responsabilités communes du médecin-chef de service et de l'infirmier-chef de service.*

Le cas échéant, ils ont des missions communes mais en aucun cas des responsabilités.
La sortie et la continuité des soins relèvent de la responsabilité médicale du médecin traitant.

Il est impossible que les médecins délèguent une (sous)partie de leurs responsabilités professionnelles (élaborer un rapport au moment de la sortie) aux infirmiers.

Supprimer.

Sous-section 5. Encadrement médical, permanence et expertise

Article 31

§ 1. Au moins 3 pédiatres ETP et 1 anesthésiste.
§ 2. Durant les heures et les journées normales de travail, il faut qu'à tout moment, au moins un médecin soit présent dans l'hôpital.
§ 3. Nombre nécessaire de pédiatres en fonction des activités.

Le fait de disposer de trois (3) pédiatres ETP signifie que non pas un (1) mais trois (3) pédiatres sont présents chaque jour pedant les heures et les journées normales de travail. En effet, équivalent temps plein signifie la présence à temps plein dans l'institution.
C'est excessif.
Le programme de soins Cardiologie prévoit par exemple seulement 2 internistes/cardiologues dont un seul est disponible/appelable.
Donnez des missions aux hôpitaux mais pas des instructions sur leur mise en oeuvre : dites aux institutions ce qu'elles doivent faire (présence/disponibilité/appelabilité) mais ne leur dites pas comment elles doivent le faire.
Enfin, cela n'est pas réglé pour les autres spécialistes dans les hôpitaux mais cela pourrait donner lieu à des comparaisons 'par analogie'.

Il convient de lire cela en fonction de l'article 32, § 2, lequel dispose que, dans les hôpitaux (universitaires), cela peut être assumé par des assistants de première année ! Cependant, ces assistants ne peuvent pas non plus aider à répondre aux dispositions de l'article 5, §§ 2 et 3 (pédiatre avec 500 contacts patients/an).

Supprimer § 1.
§ 2 : présence d'un pédiatre pendant la journée.
Supprimer § 3.

Article 32

§ 1. Pédiatre appelable en permanence.
§ 2. système de garde également avec des assistants de première année.

§ 1 C'est en ordre.
§ 2 Supprimer ou récrire comme les urgences (assistants en troisième année).

Sous-section 6. Personnel non médical

Article 33 *§§ 1,2,3. Encadrement en personnel infirmier*

§1. « Suffisant », cela veut dire combien ? Comment tiendra-t-on compte, pour l'établissement d'un encadrement de base, de la rotation accrue, des soins de plus en plus lourds, de l'élaboration du soutien psychosocial et émotionnel des parents et de l'enfant, et du travail supplémentaire résultant de la rédaction, du suivi et de l'adaptation des protocoles proposés ? Par ailleurs, chaque encadrement de base devrait être complété avec des infirmiers supplémentaires, en fonction de l'activité réelle, justifiée en ce qui concerne la pathologie.

Article 34 *Diététicien(-ne).*

Qu'est ce qu'un expert en matière d'alimentation ayant une expérience en ce qui concerne le régime alimentaire pour les enfants ?

Article 35

§ 1. Personnel d'aide pour les activités ludiques: ½ ETP/30l. ou 1 ETP >30l.
§ 2. Formation.
§ 3. TÂCHES DE BASE.

Ne pas l'exprimer par lit.
Le programme de formation mentionné n'existe plus.
Qu'en est-il d'un psychologue auquel il devrait pouvoir être fait appel?
Actuellement, on prévoit ½ membre du personnel ETP pour les activités ludiques et ½ ETP pour l'accompagnement psychosocial. Cette réglementation est en ordre.

Chapitre 3. (qu'en est-il des sections?) Dispositions abrogatoires

Article 36. *Références à l'AR du 23 octobre 1964.*

1°. Le service E est supprimé. (art.2)
2°, a, c et d. « 15 ans » est remplacé par « 16 ans » et le service E devient programme de soins pour enfants (art.3bis, §§1,2,4,5)
2°, b. Supprimer entièrement la possibilité d'admettre des enfants en hospitalisation de jour chirurgicale sans qu'un programme de soins pour enfants ne soit disponible (§ 3).
3° . Supprimer le normes relatives au services E (annexe II°).

La disposition concernant l'hôpital chirurgical de jour doit être supprimée.

Article 37. *Normes identiques pour les hôpitaux universitaires.*

Pas de remarques.

Chapitre 4. Dispositions transitoires.

Article 38. *Dans le cadre d'un premier agrément, les admissions 2003, 2004 et 2005 s'appliquent voir article 5) qui donnent lieu, dans le service E, à des lits justifiés.*

Ce n'est pas cohérent avec l'article 5 (voir ci-dessus).
Lits E justifiés, lits C justifiés?
Voir le commentaire concernant les critères d'activités.

Il est dit (et non écrit) que l'application de ces normes pourrait débuter à partir du 1er janvier 2006, et le calcul concernant l'article 5 et l'article 38 pourrait en effet repartir des années 2003, 2004 et 2005.

Par ailleurs, il a été dit (et non écrit) qu'il y aurait un "deuxième" tour (période de transition?) au cours duquel les hôpitaux qui ne répondent pas (encore) à toutes les conditions pourraient obtenir un agrément plus tard (2008?) sur la base des dernières données concernant les admissions (2005, 2006 et 2007?).

Si c'était le cas, ceci renforcerait l'idée selon laquelle il ne faut pas travailler avec des nombres d'admissions en tant que critère d'activité pour les agréments.

CONCLUSION

Sur la base de cette analyse, on peut dire que ce projet de réglementation est excessif.

annexe 3 à l'avis du 9 juin 2005 (réf. CNEH/D/247-2) concernant le projet de programme de soins pédiatrie

TRADUCTION

A monsieur F. Vandenbroucke, Ministre des Affaires sociales et des Pensions.
A monsieur J. Tavernier, Ministre de la Protection des consommateurs, de la Santé publique et de l'Environnement.

OBJET : DEMANDE D'AVIS DU 5 JUIN 2002 CONCERNANT LES PROGRAMMES DE SOINS BP, CP ET DP

Monsieur le Ministre,

Le rapport «Enfant à l'hôpital» a été exposé par les responsables de l'étude au groupe de travail «Pédiatrie».
Ce rapport identifie les points névralgiques du financement et de l'organisation de la pédiatrie en Belgique et propose un certain nombre de solutions aux problèmes.

D'une part, une discussion approfondie au sein du groupe de travail a montré qu'il n'existe pas pour l'instant de consensus en ce qui concerne les points névralgiques et les solutions proposées dans le rapport. D'autre part, le Conseil national partage le souci des auteurs et des commissions d'accompagnement du rapport visant à «continuer à assurer l'accessibilité à des soins pédiatriques hospitaliers de qualité pour les enfants».

Avant de poursuivre l'examen des nouvelles normes, le Conseil national souhaite formuler un certain nombre de considérations.

1. Le Conseil national constate que les hôpitaux et les services pédiatriques sont sous-financés.
2. Le Conseil national constate qu'alors la Belgique compte sensiblement plus de pédiatres que les pays environnants, les hôpitaux ont de plus en plus de difficultés a attirer des spécialistes en pédiatrie en nombre suffisant.
3. Cette insuffisance de l'offre a des raisons multiples. Nombre de pédiatres semblent donner la préférence a la médecine extrahospitalière et/ou souhaitent consacrer davantage de temps à leur vie privée. Et surtout la pédiatrie hospitalière est inattractive pour beaucoup de pédiatre, du fait qu'elle est très peu valorisée, notamment sur le plan financier.

Le conseil national estime dès lors que la revalorisation de la pédiatrie hospitalière implique nécessairement un financement équitable des services de pédiatrie, ainsi qu'un revenu correct pour les pédiatres hospitalier en fonction de leurs efforts, de leurs missions et de leurs responsabilités.

La solution de ces deux problèmes constitue une première étape et une condition nécessaire à la formulation d'un avis par le Conseil national en ce qui concerne l'opportunité et le contenu des nouvelles normes proposées.

C'est la raison pour laquelle le Conseil national prie les ministres compétents de faire part de leurs points de vue en la matière de sorte a pouvoir poursuivre utilement les travaux du Conseil.

Veuillez agréer, Monsieur le Ministre, l'expression de ma haute considération.

Le Président,
Pr. J. Peers