

**SPF SANTÉ PUBLIQUE
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

BRUXELLES, 14 juin 2012

**DIRECTION GÉNÉRALE ORGANISATION
DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS**

**CONSEIL NATIONAL DES
ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

Section «Programmation et Agrément »

Réf. : CNEH/D/411-3 (*)

AVIS RELATIF AU PROGRAMME DE SOINS POUR ENFANTS

Au nom du président,
M. Peter Degadt

Le secrétaire,
C. Decoster

(*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 11 octobre 2012

Demande d'avis

Dans le courant de septembre 2011, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, compétente pour l'intégration sociale, L. ONKELINX, a sollicité l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers au sujet d'un "nouveau cadre conceptuel pour le programme de soins pour enfants, dans lequel on évoluera d'un modèle unique (tel qu'il est fixé dans l'AR du 13 juillet 2006) vers un concept modulaire et éventuellement échelonné qui permettra de créer des synergies par une collaboration entre les services et les institutions.

À ce propos, il convient concrètement de prêter attention entre autres :

- au cadre du service E
- aux soins du nouveau-né
- à la prise en charge des urgences pédiatriques
- à un modèle d'hôpital de jour médico-pédiatrique
- à la prise en charge péri-opératoire des enfants
- aux besoins psychosociaux des enfants et des parents

Par ailleurs, il faut aussi créer un cadre pour le développement d'une sur-spécialisation de la pédiatrie dans un certain nombre de domaines dans lesquels l'interdisciplinarité avec d'autres prestataires de soins est indispensable.

Enfin, un avis est également demandé au sujet de l'opportunité de programmer dans certains domaines de la pédiatrie tertiaire et quaternaire qui se caractérise par un degré élevé de spécialisation, une forte interdisciplinarité et des applications translationnelles liées à la recherche scientifique. La question particulière qui est posée est de savoir si, dans le domaine de la médecine pédiatrique intensive, avec une offre programmée liée à un cadre d'accords de coopération et un travail en réseau, une accessibilité suffisante et une qualité maximale peuvent être garanties".

Groupe de travail Programme de soins pour enfants

Le groupe de travail qui est composé de membres issus du Conseil des établissements hospitaliers et assistés d'experts du Collège de pédiatrie s'est réuni les 18.10.20011, 16.11.2011 (avec les experts), 29.11.2011 (avec les experts), 14.12.2011 (avec les experts) et 28.02.2012.

Le groupe de travail a écouté l'avis du Collège de pédiatrie, présenté par son président, le Pr Dr Chris VAN GEET, intitulé "Avenir de la pédiatrie hospitalière en Belgique", a pris connaissance d'une étude très documentée intitulée "Soins de qualité à l'enfant hospitalisé, aujourd'hui et demain", rédigée par le Dr Johan PAUWELS pour le Zorgnet Vlaanderen, et a étudié la note du groupe de travail Santhea "Nouvelles perspectives pour la pédiatrie", commentée par le Dr Michelle DUSART.

Le groupe de travail a également reçu une présentation du rapport final de l'étude BePASSTA (Belgian Pediatric Short Stay Study), réalisée par le professeur Dr A. DEWEVER et M. J. COHEN, consacrée au traitement des enfants en services d'urgences, en hospitalisation temporaire et en hospitalisation de jour.

La première réunion du groupe de travail a été consacrée à l'analyse de l'arrêté royal du 13 juillet 2006 afin de mesurer si les dispositions de cet AR peuvent être conservées ou doivent être adaptées.

Ensuite, les points prioritaires et les priorités politiques ont fait l'objet d'un tour d'horizon basé sur les différents avis d'experts et notes d'études présentés au cours de trois réunions afin de dégager par la suite un consensus en vue d'une proposition de programmes de soins cohérents et de fonctions pour enfants.

Le contenu du présent avis a ensuite été contrôlé le 28.02.2012 et adapté en tenant compte notamment des notes de réaction introduites par l'ABSYM, par le Collège de Pédiatrie et par SANTHEA.

A. ANALYSE DE L'AR du 13.7.2006 (MB 16.8.2006)

Cet AR du 13.7.2006 contient un nombre important de dispositions générales et de normes de programmation, d'infrastructure, d'encadrement et de qualité qui peuvent être conservées. Par ailleurs, le modèle unique de programme de soins pour enfants est, semble-t-il, clairement dépassé et il y a en l'espèce une demande de concept modulaire et échelonné avec plusieurs programmes de soins qui collaborent horizontalement et verticalement.

CHAPITRE Ier. - DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Article 1er

c) Observation ou hospitalisation provisoire

La fonction d'observation ou l'hospitalisation provisoire suppose une observation de deux heures au moins dans des locaux adaptés (service E, locaux de la fonction des urgences ou lit d'hospitalisation pédiatrique de jour, provenant éventuellement d'un lit E converti dans le cadre d'un programme de soins A) et faisant suite à une demande de soins urgents via la fonction des urgences spécialisées ou à une consultation non prévue au service de pédiatrie.

Cette observation débute après que le pédiatre a examiné l'enfant et posé l'indication de l'observation.

Cette observation provisoire permet d'effectuer des examens complémentaires en vue d'affiner un diagnostic ou d'entamer certains traitements qui nécessitent une supervision médicale.

Cette observation ou cette hospitalisation provisoire ne permet pas la facturation d'un miniforfait, ni d'un maxiforfait, ni d'un forfait I à VII inclus, ni d'un montant forfaitaire en cas d'utilisation de la salle de plâtre, conformément à l'article 4 de l'accord visé à l'article 42 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Article 2

Il ne reflète pas l'évolution actuelle qui est d'offrir toutes les possibilités de traitement obligatoirement sur un site unique. Aussi, la proposition contient-elle des modalités de collaboration et une différenciation fonctionnelle comme solutions alternatives.

Dans la réforme proposée du programme de soins en pédiatrie, cet article est adapté étant donné que les programmes de soins A, B et C supposent l'exploitation de différentes fonctions de soins pédiatriques.

Des consultations ambulatoires peuvent être organisées dans chaque programme de soins pour enfants et ne sont pas considérées comme une fonction distincte.

Article 3

§ 1er. Le programme de soins pour enfants A a pour groupe cible :

- tous les enfants qui subissent une intervention, autorisant la facturation d'un miniforfait, d'un maxiforfait, d'un forfait I à VII inclus ou d'un forfait pour l'utilisation de la salle de plâtre, conformément à l'article 4 de l'accord visé à l'article 42 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ainsi que tous les enfants qui subissent une intervention figurant au point 6 (liste A) de l'annexe 3 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 fixant, pour l'exercice débutant le 1er juillet 2002, les conditions et les règles spécifiques qui régissent la fixation du budget des moyens financiers des hôpitaux et services hospitaliers, modifié par l'arrêté royal du 22 février 2005.
- tous les enfants pris en charge à la fonction "observation" ou "hospitalisation provisoire".

Les programmes de soins pour enfants B et C ont pour groupe cible :

- tous les enfants séjournant au moins une nuit en hôpital, à l'exception :
 - de tous les enfants séjournant dans un service K agréé ;
 - de tous les enfants séjournant dans un service M agréé pour motif de grossesse ou d'accouchement ;
 - des nouveau-nés qui séjournent dans un service de néonatalogie intensive (indice NIC)

- des nouveau-nés, qui séjournent dans la fonction de soins néonataux (fonction N*)
- tous les enfants qui accomplissent un traitement, donnant lieu à la facturation d'un miniforfait, d'un maxiforfait, d'un forfait I à VII inclus ou d'un forfait en cas d'utilisation de la salle de plâtre, conformément à l'article 4 de l'accord visé à l'article 42 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ainsi que tous les enfants qui subissent une intervention figurant au point 6 (liste A) de l'annexe 3 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 fixant, pour l'exercice débutant le 1er juillet 2002, les conditions et les règles spécifiques qui régissent la fixation du budget des moyens financiers des hôpitaux et services hospitaliers, modifié par l'arrêté royal du 22 février 2005.
 - tous les enfants admis en fonction "observation" ou "hospitalisation provisoire".

§ 2. Le programme de soins pour enfants A dispose de lits pour l'observation ou l'hospitalisation provisoire. Les programmes de soins B et C comprennent un service de pédiatrie (indice E) qui doit être présent sur le site visé.

Article 4 : Normes pour la fonction "observation" ou "hospitalisation provisoire"

L'hospitalisation provisoire peut avoir lieu soit dans un lit E, soit dans l'un des lits destinés à l'observation, visés à l'article 3 de l'AR du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée, soit dans un lit de l'hospitalisation pédiatrique de jour.

Dans tous les cas, tout doit être mis en œuvre pour empêcher le contact visuel et auditif avec des patients adultes sans que cela entrave la surveillance de l'enfant.

Le nombre de lits d'observation est adapté aux besoins du programme de soins pour les enfants et est lié au nombre d'enfants devant potentiellement pouvoir être pris en charge, avec un minimum d'un lit d'hospitalisation provisoire.

Les locaux destinés à l'hospitalisation provisoire doivent être accessibles aux patients en chaise roulante et doivent pouvoir héberger, en toute sécurité, des enfants de tous âges.

Les parents doivent pouvoir séjourner en permanence aux côtés de leur enfant, sauf lorsque le pédiatre responsable de la surveillance de l'hospitalisation provisoire rend un avis négatif.

Le mobilier et le revêtement de sol doivent pouvoir être désinfectés et lavés, et ils doivent pouvoir être nettoyés selon une procédure fixée.

L'équipement suivant doit au moins être présent :

- pompes à perfusion avec possibilité de régler le volume maximum de perfusion ;
- poussettes- seringues ;
- moniteur cardio-respiratoire ;
- oxymètre avec sonde adaptée ;
- tensiomètre avec manchettes adaptées ;
- matériel d'aspiration ;
- appareil aérosol ;
- chariot de réanimation avec matériel pour enfants de tous âges et les directives requises en matière de réanimation ;
- matériel pour l'administration d'oxygène et une humidification de l'air adaptée à l'âge et aux besoins de l'enfant.

L'hospitalisation provisoire relève en permanence de la responsabilité d'un pédiatre joignable à tout moment au sein de l'établissement.

Lorsque l'hospitalisation provisoire fait partie d'un programme de soins A pour enfants , elle relève alors de la responsabilité du pédiatre qui assure la permanence au sein de l'établissement qui est agréé pour ce programme de soins, en concertation avec le pédiatre chef du service du programme de soins B ou C pour enfants avec lequel le programme de soins A pour enfants a conclu un accord de collaboration. Lorsque l'hospitalisation provisoire fait partie d'un programme de soins B ou C pour enfants, il relève de la responsabilité du pédiatre chef de service du programme de soins pour enfants B ou C et qui organise la permanence de la supervision.

Chaque séjour en hospitalisation provisoire s'accompagne de l'ouverture d'un dossier médical, ainsi que d'une lettre de sortie adressée au médecin traitant de l'enfant.

Le pédiatre responsable de l'hospitalisation provisoire organise, le cas échéant, le transfert éventuel des enfants vers l'hospitalisation classique, éventuellement sur le même site et, pour le programme de soins A pour enfants, selon les dispositions de transfert établies dans la convention avec le programme de soins pour les enfants B ou C.

En matière d'encadrement infirmier, l'hospitalisation provisoire requiert, pendant les heures d'ouverture de cette fonction, la présence d'au moins un bachelier en soins infirmiers porteur du Titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie ou disposant d'une formation complémentaire en soins pédiatriques ou d'un infirmier disposant d'au moins cinq ans d'expérience effective dans un service de pédiatrie agréé (indice E) à la date du 16 août 2006, c'est-à-dire au moment de la publication au Moniteur belge de l'AR du 13 juillet 2006 déterminant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé, ci-après dénommé "infirmier assimilé".

Si l'hospitalisation provisoire s'effectue dans un local faisant partie de la fonction de soins urgents spécialisés, les normes d'encadrement infirmier relatives à la fonction de soins urgents spécialisés sont d'application.

En concertation avec le pédiatre en charge de l'hospitalisation provisoire, l'infirmier veille à ce que l'enfant reçoive un traitement et des soins optimaux, en vue de garantir un séjour aussi bref que possible, conformément à l'exercice de l'Art infirmier décrit à l'art.21quinquies de l'AR n°78. L'infirmier portera une attention particulière aux désagréments corporels, aux contraintes émotionnelles ainsi qu'à la douleur et, en concertation étroite avec le pédiatre responsable, il garantit des soins optimaux. Un dossier infirmier individuel est tenu à jour pour chaque enfant.

L'infirmier collabore étroitement avec les autres infirmiers du service où se trouve l'hospitalisation provisoire.

Article 5

§ 1. Pour les programmes de soins pour enfants B et C, les normes de volumes restent maintenues (= nombre d'hospitalisations-contacts 2.000 par an, resp. 1500 par an pour les services sans maternité).

Pour le programme de soins pour enfants A, des normes de volumes inférieures doivent être élaborées (fonction d'observation ou d'hospitalisation provisoire et fonction d'hôpital chirurgical de jour).

§ 2., § 3. et § 4. : restent inchangés.

§ 5. Maintien + ajout du texte suivant :

"Forme de coopération entre les programmes de soins A, B ou C pour enfants :

"Un programme de soins A pour enfants doit conclure une convention de collaboration avec un programme de soins B ou C pour enfants, dans laquelle sont précisées les modes d'organisation de la surveillance en hôpital chirurgical de jour, l'organisation des consultations, la surveillance de l'hospitalisation provisoire ou observation du programme de soins A ainsi que les règles relatives au transfert d'enfants du programme de soins A vers le programme de soins B ou C (concernant les enfants pour lesquels l'hospitalisation provisoire ou l'observation a débouché sur la nécessité d'une admission, ainsi que les enfants devant être admis à la suite d'une admission en hôpital de jour).

Si les programmes de soins B ou C pour enfants ont conclu une convention de collaboration avec un programme de soins A pour enfants, celle-ci prévoit que les pédiatres du programme de soins A font partie de l'équipe de pédiatres du programme de soins B ou C."

§ 6 : Critère de distance : est maintenu.

Article 6

Un hôpital peut mettre en œuvre un programme de soins pour enfants A, B ou C sur différents sites, pour autant qu'il soit satisfait aux normes sur chaque site et qu'auparavant, un service E agréé ait existé dans l'hôpital.

Article 7 : est maintenu.

CHAPITRE II. – NORMES D'ORGANISATION

Article 8. - § 1

Le groupe cible constitué des enfants en hospitalisation provisoire ou en observation, en hospitalisation de jour ainsi que des enfants en salle de réveil après une intervention chirurgicale, doit pouvoir disposer d'un espace spécifique séparé des patients adultes pour y recevoir des soins.

Une exception est faite pour les enfants séjournant au service des soins intensifs où, dans la mesure du possible, on veillera à regrouper les enfants hospitalisés au sein de ce service.

Article 9. - § 1er, 2°

Non seulement dans le quartier opératoire, mais aussi **pour toutes les procédures diagnostiques et thérapeutiques dans l'hôpital**, un des parents doit pouvoir être présent près de l'enfant, sauf lorsque le médecin-chef de service, l'anesthésiste, le chirurgien ou le pédiatre traitant ne l'estiment pas indiqué.

Article 10 : est maintenu.

CHAPITRE III. - NORMES ARCHITECTONIQUES

Articles 11 à 20 : maintenus pour les programmes de soins B et C et adaptés pour le programme de soins A.

Résumé du contenu du programme de soins A pour enfants

- Le programme de soins A pour enfants vise à offrir des soins dédiés aux enfants âgés de 0 à 14 ans et peut accueillir de jour des enfants devant recevoir les premiers soins, pour autant que l'hôpital dispose d'une fonction d'urgence spécialisée et agréée.

Le programme de soins A pour enfants doit être exploité en collaboration avec un programme de soins B ou C pour enfants, où les pédiatres constituent une seule équipe et sont liés, en ce qui concerne leur activité principale, au programme de soins B ou C pour enfants.

- Les normes pour le programme de soins pour enfants A sont celles de ses fonctions respectives, à savoir l'observation ou l'hospitalisation provisoire et l'hôpital pédiatrique chirurgical de jour.

L'étendue, le nombre et la nature des équipements doivent correspondre aux différents âges. Un chariot de réanimation distinct pour enfants doit se trouver sur place.

Le programme de soins A pour enfants doit disposer de chambres pour patients adaptées aux enfants et susceptibles d'assurer leur sécurité, en fonction de la nature et du nombre de prestations.

Ces chambres doivent être accessibles aux personnes en chaise roulante et doivent de préférence être réservées à des enfants, bien qu'elles ne doivent pas l'être exclusivement.

- Un règlement des procédures à observer dans le cadre du programme de soins A pour enfants doit être rédigé et porte sur:
 1. la communication des informations utiles aux patients ainsi qu'à leurs parents ou accompagnateurs ;
 2. tous les éléments nécessaires à mettre en place en vue de préparer de manière optimale l'admission en hospitalisation provisoire ou à l'hôpital pédiatrique chirurgical de jour. Des procédures distinctes doivent aussi être disponibles concernant la politique en matière de gestion de la douleur, de gestion des perfusions, de la prise en charge de la fièvre, de gestion des antibiotiques, et de gestion du deuxième contrôle sur la confection des administrations de type IV. Des accords écrits doivent exister en matière de transfert avec le programme de soins pour enfants B ou C avec lequel a lieu la collaboration, lorsque d'autres soins s'imposent en dehors des heures ouvrables normales du programme de soins pour enfants A.
 3. les règles en matière de soins et de sécurité optimums pour les patients durant leur séjour.
 4. les modalités de sortie de la fonction et la manière dont la continuité des soins est garantie selon les règles fixées en concertation avec les

programmes de soins B ou C pour enfants qui collaborent avec le programme A.

- En concertation avec le programme de soins B ou C pour enfants qui collabore, le programme de soins A pour enfants dispose de critères de sélection établis par écrit en ce qui concerne tant les patients que les actes diagnostiques et thérapeutiques qui peuvent être accomplis dans les différentes fonctions du programme de soins A pour enfants.
- Le programme de soins A pour enfants se trouve sous la direction d'un médecin spécialiste en pédiatrie qui, pour ce qui est de son activité principale, est lié à l'hôpital possédant un programme de soins B ou C pour enfants, avec lequel a lieu la collaboration.
- Dans le programme de soins A pour enfants, un médecin spécialiste en pédiatrie est présent en permanence durant les heures ouvrables normales, fonction "hospitalisation provisoire".

Le médecin spécialiste en pédiatrie de permanence maîtrise les techniques de réanimation pour les nourrissons et les enfants et les exerce annuellement.

Le programme de soins A pour enfants dispose en permanence, pendant les heures ouvrables normales, de la présence d'au moins un bachelier en soins infirmiers porteur du Titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie ou disposant d'une formation complémentaire en soins pédiatriques ou d'un infirmier assimilé.

Cet infirmier maîtrise les techniques de réanimation pour les nourrissons et les enfants et en assure un exercice effectif annuel (formation permanente).

CHAPITRE IV. - LA DIRECTION, LE CADRE MÉDICAL ET NON MÉDICAL ET L'EXPERTISE EXIGÉS

Articles 21 et 22: maintenus pour les programmes de soins B et C.

Article 23

§1. L'infirmier en chef des programmes de soins B et C pour enfants est porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie et est également infirmier en chef de la fonction "hospitalisation classique".

§2. Maintenu pour les programmes de soins B et C pour enfants.

Article 24

§1. 1°, 2°, 3° et 5°: maintenus pour les programmes de soins B et C pour enfants.

§1. 4°: organisation de la présence permanente d'un bachelier en soins infirmier porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie ou disposant d'une formation complémentaires en soins pédiatriques ou d'un infirmier assimilé.

Article 25

§ 1. Le programme de soins A pour enfants dispose d'une équipe médicale constituée au minimum de deux ETP médecins spécialistes en pédiatrie liés à l'hôpital possédant le programme de soins B pour enfants, avec lequel existe une convention de collaboration formalisée.

Le programme de soins B pour enfants dispose d'une équipe médicale constituée au minimum de quatre ETP médecins spécialistes en pédiatrie attachés à l'hôpital.

Si l'hôpital possédant un programme de soins B pour enfants a conclu une convention de collaboration avec un hôpital disposant d'un programme de soins A pour enfants, les deux établissements doivent disposer ensemble d'une équipe médicale constituée d'au moins cinq ETP médecins spécialistes en pédiatrie faisant partie des médecins membres du staff médical de l'hôpital possédant le programme de soins B pour enfants.

§ 2. Au cours d'une phase transitoire, l'hôpital possédant un programme de soins B pour enfants peut disposer d'une équipe médicale de seulement trois ETP médecins spécialistes en pédiatrie.

Cette phase transitoire prend fin dès que les autorités compétentes dans chaque Région peuvent démontrer que le flux entrant des pédiatres hospitaliers dépasse le flux sortant dans les hôpitaux.

- Pendant les heures ouvrables normales, un médecin spécialiste en pédiatrie doit se trouver sur place, et cela tant pour le programme de soins A que B ou C.
- En dehors des heures ouvrables, il est essentiel qu'un pédiatre expérimenté puisse être présent à l'hôpital possédant un programme de soins A pour enfants aussi rapidement que possible et, en tout cas, dans les 20 minutes si son assistance est requise.
- Un critère garantissant cette assistance pédiatrique dans les 20 minutes est souhaitable et doit être rencontré. Il reviendra donc à la direction de créer les conditions permettant aux pédiatres de l'assumer, par exemple en mettant en place une équipe suffisamment étoffée ou une collaboration/association poussée.

Articles 26 et 27 : maintenus pour les programmes de soins pour enfants B et C.

Article 28: maintenu pour les programmes de soins B et C pour enfants, moyennant l'adaptation du §2. Au moins 75% du personnel infirmier et soignant actif dans le cadre du programme de soins doit être constitué de bacheliers en soins infirmiers, porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie ou de bacheliers disposants d'une formation complémentaire en soins pédiatriques ou d'infirmiers assimilés.

L'accent est mis sur la présence d'un personnel infirmier et paramédical en suffisance (cf. infra). Cela ne veut rien dire : qui apprécie que cela est suffisant ?

Articles 29 à 31 inclus : maintenus pour les programmes de soins pour enfants B et C.

Article 32 : ajout du texte suivant

« Le manuel multidisciplinaire dans les établissements possédant un programme de soins A pour enfants est identique à celui de l' établissement possédant un programme de soins B ou C lorsque ces établissements ont conclu entre eux une convention de collaboration pour le programme de soins pour enfants A ».

Article 33 : maintenu.

Article 36

La fonction d'hospitalisation chirurgicale pédiatrique de jour doit disposer d'au moins un bachelier en soins infirmiers porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie ou doté d'une formation en soins pédiatriques ou d'un infirmier assimilé **et qui exerce au moins tous les deux ans, sur les plans théorique et pratique, ses aptitudes en réanimation pour enfants.**

À maintenir également pour le programme de soins pour enfants A :

Article 15onies du Chapitre IVbis "hospitalisation chirurgicale de jour" : la fonction ne peut être exercée que si un médecin spécialiste en pédiatrie est effectivement présent sur le site.

B. POINTS D'ATTENTION ET AXES STRATÉGIQUES PRIORITAIRES COMMUNS

Des différents avis d'experts et notes d'études, on retiendra les points d'attention et axes stratégiques prioritaires communs suivants :

1. Concentration des soins

La diminution du nombre et la baisse de la durée des hospitalisations classiques en pédiatrie suscite des interrogations à propos d'une masse critique suffisante d'admissions pour un service E. Parallèlement, un nombre suffisant de pathologies en pédiatrie est également requis pour pouvoir justifier les investissements dans du personnel infirmier et paramédical hautement spécialisé et dans l'infrastructure souhaitée.

Par ailleurs, il ressort d'une récente étude du SPF Santé publique qu'un hôpital sur quatre ne réussit pas à attirer quatre ETP de pédiatres en raison de la pénurie relative de pédiatres, alors que l'évolution culturelle et sociétale, et la féminisation de la profession de pédiatre devraient inciter le politique à tenir compte d'une employabilité moins élevée par une **planification adaptée des ressources humaines.**

L'application de la norme d'encadrement de l'AR du 13.7.2006 - article 25, § 2 - avec 4 ETP médecins spécialistes en pédiatrie a déjà été reportée à deux reprises, alors que les obligations de permanence, même avec quatre ETP pédiatres, sont vécues comme lourdes à assumer.

Une initiative analogue à celle de l'encouragement des généralistes à participer au régime de la garde généraliste (conformément à l'AM du 01.03.2010) a déjà été prise à l'intention des pédiatres via l'honoraire de disponibilité ;l'actuelle indemnité de disponibilité en fonction de la participation à la garde devrait de préférence être encore augmentée pour les pédiatres.

Enfin, les différents avis et notes se prononcent aussi unanimement pour l'importance d'un haut degré qualitatif des soins qui ne peut être atteint indirectement que par un niveau de qualité suffisamment élevé des conditions de travail des pédiatres.

Tout ceci souligne la nécessité de parvenir à la **différenciation fonctionnelle** et à la **concentration** souhaitées des soins (surtout tertiaires et quaternaires) plus spécialisés en pédiatrie*. Les nouveaux programmes de soins A, B ou C ne peuvent donc être agréés que dans un hôpital où existait déjà auparavant un service E agréé.

Il convient en tout cas, dans un même hôpital possédant un programme de soins en pédiatrie sur plusieurs sites, de tendre vers une concentration sur un seul campus de toute l'activité pédiatrique à moins qu'il soit satisfait sur chaque campus à toutes les normes d'agrément du programme de soins.

En cas de démantèlement de services E précédemment agréés, les moyens dégagés doivent être réalloués aux programmes de soins A, B et C selon une formule à préciser en tenant compte des besoins de chaque type de programme de soins à financer.

** Par soins secondaires, il faut entendre la pédiatrie générale comme complément aux soins du premier échelon, par soins tertiaires, les soins pédiatriques qui relèvent plus de la sur-spécialisation et par soins quaternaires, les soins pédiatriques relativement moins fréquents qui utilisent les unités de soins pédiatriques intensifs ou des programmes de patients complexes avec la présence permanente d'une expertise de la sur-spécialisation souvent pluridisciplinaire.*

2. Meilleur encadrement paramédical

Les caractéristiques propres à la population des patients pédiatriques exigent un encadrement infirmier et paramédical spécialisé pour lequel davantage de moyens doivent être dégagés. Outre les bacheliers en soins infirmiers disposant d'une formation en soins pédiatriques, dont l'offre est actuellement insuffisante, on songe ici à des pédopsychologues, orthopédagogues, diététiciens, kinésithérapeutes, infirmiers sociaux et à un infirmier de référence dans la lutte contre la douleur.

Enfin, il faut également être attentif à mieux soutenir l'environnement de travail administratif et l'informatisation croissante.

3. Des durées d'admission de plus en plus courtes

Malgré un accroissement de la natalité au cours des dix dernières années, le nombre d'admissions classiques en pédiatrie n'a cessé de décroître, avec en même temps une augmentation du nombre d'admissions en hôpital de jour.

Des normes appropriées ont été élaborées pour l'agrément de l'hôpital de jour chirurgico-pédiatrique, mais des normes d'agrément sont également nécessaires pour l'hôpital de jour médico-pédiatrique dont les procédures diagnostiques et thérapeutiques programmées dans une hospitalisation de quelques heures sont de plus en plus nombreuses. De même, l'on constate qu'un nombre croissant d'admissions et d'inscriptions passent par les urgences et l'étude BePASSTA nous apprend qu'un bon tiers de ces urgences nécessite une courte période d'observation (hospitalisation provisoire) de quelques heures avant de pouvoir décider d'une admission (15 %) ou d'une sortie de l'hôpital (85 %).

L'hospitalisation classique est donc de plus en plus remplacée par l'hospitalisation de jour, l'observation de courte durée, voire les soins transmuraux, ces derniers pouvant être réglés de préférence par des conventions transparentes entre les établissements et l'INAMI.

4. Maintenir les connaissances et les compétences particulières

Le médecin spécialiste en pédiatrie reste l'agrément de base et le développement de sur-spécialisations en pédiatrie (en F = "sur-"spécialisation) se fera de préférence par l'octroi de compétences particulières en gastroentérologie, en pneumologie, en neurologie, en endocrino-diabétologie, en hémato-oncologie, etc. afin de pouvoir satisfaire aux obligations de permanence indispensables et de permettre à tous les pédiatres, tant généraux qu'à ceux ayant une compétence particulière, de participer aux gardes et remplacements.

Pour l'entretien des connaissances utiles en pédiatrie hospitalière, une occupation minimale à l'hôpital est exigée. C'est pour cette raison que l'article 25, § 1er, de l'AR du 13.7.2006 pourrait contenir une disposition qui prévoit que "**le staff médical se compose d'au moins 4 ETP pédiatres qui sont au moins occupés à mi-temps dans l'hôpital afin d'entretenir leur expertise**". (Par ETP, il faut entendre 8/10 et par mi-temps 4/10 d'un point de vue opérationnel, plus la participation aux gardes; les consultants externes dont l'activité est < ½ ETP ne comptent dès lors pas pour le calcul de l'effectif).

Une distinction structurelle sera même nécessaire à terme, par le biais de prestations distinctes dans la nomenclature des prestations médicales, qui peuvent seulement être effectuées en milieu hospitalier et sont donc réservées aux pédiatres hospitaliers, comme cela est actuellement déjà réalisé via l'indemnité de permanence spécifique au pédiatre hospitalier.

5. Maternité, fonction N* et programmes de soins en pédiatrie

Stricto sensu, la fonction N* ne fait pas partie des programmes de soins pour enfants.

Pour des raisons de qualité et de sécurité, toute maternité agréée doit en fait disposer d'une fonction N*.

Par ailleurs, une dotation suffisante en personnel pédiatrique et infirmier, une permanence et une expertise suffisantes ne peuvent être garanties de manière raisonnable pour un volume suffisant de naissances par an.

S'il fallait relever considérablement la norme pour le nombre de naissances par an dans une fonction N*, une révision plus générale des soins périnataux serait nécessaire, ce qui ne fait pas l'objet du présent avis, étant donné que la fonction N* est liée, pour son organisation et son exploitation, à la maternité (indice M).

En règle générale, un hôpital possédant un service M agréé doit également disposer d'un programme de soins agréé pour les enfants A, B ou C. Si au cours d'une phase transitoire, un hôpital possédant un service M agréé ne dispose pas encore d'un programme de soins agréé pour les enfants A, B ou C, il doit exister une convention de collaboration écrite avec un hôpital situé à proximité qui disposant d'un programme de soins agréé pour les enfants B ou C, et il convient de prévoir qu'un pédiatre puisse arriver dans les 20 minutes à l'hôpital qui ne dispose pas d'un programme de soins pour les enfants.

L'objectif visé est qu'un pédiatre puisse être sur place lors des accouchements pour lesquels sa présence est indiquée. Pour ce motif, un pédiatre doit être présent dans l'établissement possédant un service M agréé, parce que les soins pédiatriques d'un nouveau-né peuvent déjà s'avérer urgents au cours des premiers instants de la vie.

6. Travail en réseau et partage de la fonction

L'accessibilité des soins doit être garantie par une bonne répartition de l'offre de soins. Cette offre de soins consiste en des soins primaires de qualité et visiblement structurés pour les enfants et par une offre de soins intra-muraux dont la nature, l'organisation et la complexité peuvent cependant varier d'un établissement à l'autre.

L'on obtiendra de la sorte des programmes de soins différents qui collaboreront entre eux par le biais d'accords de collaboration formalisés et feront en sorte que, par des règles de transfert et de transport, des soins tant simples que très complexes puissent être offerts à tout moment.

Cette collaboration/ce travail en réseau est à la fois horizontal (entre les hôpitaux avec une offre de soins en partie similaire par exemple en matière d'hospitalisations, de réglementation des gardes et permanences) et verticale (entre un hôpital avec des soins secondaires et un autre avec des soins tertiaires).

7. **Honoraires et financement**

Il ne fait aucun doute que malgré la réévaluation de la nomenclature via les honoraires de consultations et de surveillance par le pédiatre ces dernières années, des honoraires appropriés devront être trouvés pour des missions particulières et nouvelles du pédiatre. Ainsi, il serait possible de prévoir pour la fonction d'observation (hospitalisation provisoire) des honoraires de surveillance spécifiques et pour le rôle du pédiatre dans l'hôpital de jour médico-pédiatrique des honoraires de coordination particuliers.

Il est plaidé pour que cela soit réalisé par l'entremise du Conseil technique médical de l'INAMI, après avoir prévu les moyens budgétaires nécessaires.

Une rétribution pour **tout** le travail (médical, administratif, communication, coaching) du pédiatre à l'hôpital aura également des effets favorables sur l'offre de pédiatres intéressés par la pédiatrie hospitalière.

Enfin, il faudra également prévoir les moyens nécessaires dans le BMF ou via le forfait journalier hospitalier pour pouvoir financer l'extension souhaitée de l'encadrement infirmier et paramédical (cf. 2).

8. **Pédiatrie sociale**

La précarité croissante de familles avec jeunes enfants et de familles monoparentales, et le nombre élevé de familles allochtones et d'immigrants ne parlant pas la langue et n'étant pas toujours familiarisés avec les principes modernes en matière de nutrition, de vaccination ou d'aide médicale font naître le besoin évident d'accorder une attention accrue aux aspects sociaux des soins pédiatriques.

En outre, les experts estiment qu'il s'agit d'une tâche à partager avec le service social de chaque hôpital et qu'il n'est pas indiqué de concentrer cette problématique sociale (dont font partie la négligence et la maltraitance d'enfants) dans une sous-section de pédiatrie sociale du service agréé de maladies infantiles, ce qui ne ferait que stigmatiser ces enfants.

Cependant, au cours de la formation de pédiatre ainsi que dans la pratique, une attention suffisante doit être prêtée à la pédiatrie sociale avec des procédures spécifiques de prise en charge et de traitement, afin que des pédiatres possédant davantage de connaissances et d'expertise dans cette problématique soient disponibles,

ce qui doit souvent faire l'objet d'une approche en coordination avec les instances judiciaires, sans que cela doive déboucher sur une sur-spécialisation propre en pédiatrie sociale.

Pour les cas explicites de négligence et de maltraitance d'enfants, un enregistrement obligatoire doit être prévu sur la base de l'enregistrement RCM avec un financement DRG spécifique.

Pour la pédiatrie, la nomenclature des prestations médicales pourrait prévoir des honoraires couvrant une consultation pluridisciplinaire entre le pédiatre, l'infirmier social et le médecin de confiance.

Par ailleurs, une rétribution doit être prévue pour l'organisation de la concertation pluridisciplinaire et le suivi dans le grand service de pédiatrie, ce qui permettra d'investir des moyens supplémentaires dans le service social ou dans un infirmier (social) supplémentaire dans le service (à compléter par l'hôpital).

9. **Qualité**

Les soins dispensés aux enfants à l'hôpital doivent être basés sur la charte de l'enfant malade, qui précise que toutes les activités de l'hôpital destinées aux enfants qui s'accompagnent d'une activité de garde (maternité, fonction N*, urgences, hospitalisation) sont de préférence situées sur un seul campus.

Le chapitre V de l'AR du 13.7.2006 prévoit déjà les normes de qualité nécessaires sous forme d'un manuel pédiatrique pluridisciplinaire, la collaboration à l'audit ainsi que les différentes initiatives à prendre par le Collège de pédiatrie.

Outre des directives pour lutter contre la douleur, le manuel de qualité devrait également contenir des directives en matière de gestion des perfusions, de politique antibiotique et médicamenteuse générale.

On peut se demander si, outre le rôle du Collège de pédiatrie, l'affiliation volontaire à l'organisation européenne de contrôle de qualité ou un étalonnage des performances en pédiatrie ou encore l'obtention d'une accréditation - au niveau de tout l'hôpital ou non - ne devraient pas être encouragées (EAP European Academy of Paediatrics UEMS section).

Actuellement, le Collège manque de moyens et de personnel pour organiser, outre la lecture des rapports annuels et le feed-back, une forme réelle de visite des services

de pédiatrie et il paraît indiqué d'élargir d'abord les possibilités de fonctionnement du Collège de pédiatrie.

10. Besoin d'élargir les soins spécialisés à domicile pour les enfants malades chroniques.

En complément aux possibilités déjà disponibles via le plan cancer dans les (7) hôpitaux disposant d'un service oncologique pédiatrique, cela peut s'avérer tout aussi utile pour un accompagnement plus intensif, notamment des ex-prématurés ayant des séquelles respiratoires ou gastro-intestinales graves, des jeunes patients épileptiques réfractaires, des problématiques du métabolisme, des affections neurologiques dégénératives... Parmi les traitements spécifiques entrant en ligne de compte, citons l'oxygénothérapie à domicile, la respiration artificielle à domicile, le home TPN, la dialyse péritonéale....

Ces soins peuvent se donner tant à domicile que dans tout autre environnement se substituant à la maison, par exemple à l'école, dans des structures pour personnes handicapées, dans des camps de jeunes spéciaux ou dans les "Maisons de répit". À cet effet, l'expertise des services pédiatriques doit donc également pouvoir être apportée à domicile, tout comme le prévoient les nouvelles possibilités pour les hôpitaux psychiatriques (via l'art. 107 de la loi sur les hôpitaux). Il a été démontré que les soins hospitaliers spécialisés à domicile pour enfants favorisent le résultat. Il s'agit là également d'une réponse aux périodes d'admission parfois trop courtes, étant donné que ces périodes sont basées sur la pathologie (charge) et non sur le contexte (possibilités financières).

1 Sherring MA. Extended paediatrics: acute care in children's homes. J. Qual Clin Pract. 2000 Jun-Sep;20(2-3):113-6.

C. UN MODÈLE COHÉRENT DE PROGRAMMES DE SOINS, DE FONCTIONS ET DE PROGRAMMES DE SOINS AUX PATIENTS POUR ENFANTS

Trois programmes de soins pour enfants sont proposés avec une forme d'échelonnement explicite.

Chaque programme de soins comprend un certain nombre de fonctions qui doivent satisfaire à certaines normes pour être agréées.

Pour sa part, chaque fonction peut associer la prise en charge et le traitement de pathologies similaires dans un ou plusieurs trajets cliniques ou protocoles ou programmes de soins aux patients, mais ces derniers ne sont pas traités in extenso dans la présente proposition, car ils ne font pas spécifiquement l'objet des normes d'agrément.

Chaque programme de soins pour enfants A, B ou C organise sur le site des consultations ambulatoires en pédiatrie générale. Il ne s'agit donc pas d'une fonction devant être agréée de manière distincte.

Les programmes de soins pour enfants A et B peuvent également organiser des consultations en sur-spécialisations de la pédiatrie.

Pour le programme de soins pour enfants C, l'offre complète en sur-spécialisations de la pédiatrie constitue toutefois bien une fonction devant être agréée de manière distincte.

I. Programme de soins pour enfants A

Le programme de soins A comprend trois fonctions distinctes dont les 1) et 3) doivent être agréées ensemble et la 2) séparément :

- 1) fonction "première prise en charge des urgences pédiatriques".
- 2) fonction "hôpital de jour chirurgico-pédiatrique".
- 3) fonction "observation ou hospitalisation provisoire"

Conditions d'agrément des fonctions du programme de soins A :

- 1) fonction "première prise en charge des urgences pédiatriques" : cette fonction est exercée au sein d'une fonction agréée de soins urgents spécialisés ou d'une fonction de première prise en charge des urgences. Elle requiert la présence d'au moins un bachelier en soins infirmiers porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie ou disposant d'une formation complémentaire en soins pédiatriques ou d'un infirmier assimilé.

Un pédiatre est présent en permanence pendant les heures ouvrables normales au sein de l'institution car, à côté de la fonction de première prise en charge des urgences pédiatriques, il faut également assurer la fonction d'hospitalisation provisoire ou observation et la fonction d'hôpital de jour chirurgical pédiatrique au sein du programme de soins A pour enfants.

La fonction de première prise en charge des urgences s'occupe des pathologies pédiatriques urgentes, simples et non spécifiques, et est surtout une sorte de premiers secours en cas d'accidents pour les enfants (ex. traumatologie).

Si l'hôpital dispose d'une fonction de soins urgents spécialisés, les normes d'encadrement infirmier pour la fonction de soins urgents spécialisés sont alors d'application. Toutes les pathologies qui requièrent des soins pédiatriques particuliers ou une admission, sont transférées vers un établissement proche possédant un programme de soins agréé B pour enfants, avec lequel existe une convention de collaboration formelle. La réglementation existante pour le transport en ambulance ou par le SMUR s'y rattache.

- 2) fonction "hôpital de jour chirurgico-pédiatrique"

Les normes d'agrément sont prévues dans l'AR du 13.7.2006 et peuvent être maintenues (article 36). Durant les heures d'ouverture de l'hôpital de jour chirurgical pédiatrique, un pédiatre doit être présent au sein de l'institution.

- 3) fonction d'hospitalisation provisoire ou observation

Cette fonction est agréée lorsque la fonction d'urgences spécialisées répond elle aussi aux normes d'agrément, étant donné que l'observation est principalement

consécutives à un passage par le service d'urgence et destinées à des contacts urgents et non planifiés.

L'observation requiert (pour pouvoir être rémunérée) l'occupation d'un lit pendant au moins deux heures, l'établissement d'un dossier médical, une surveillance infirmière avec suivi des paramètres vitaux, l'exécution de prestations diagnostiques et/ou thérapeutiques, le contrôle et l'établissement d'une évaluation avant sortie de l'hôpital par le médecin spécialiste en pédiatrie.

La fonction d'hospitalisation provisoire peut être proposée uniquement pendant la journée dans le cadre d'un programme de soins A pour les enfants.

Après 18 h, un pédiatre reste rappelable pour la fonction des urgences spécialisées de l'hôpital de façon à décider d'un transfert éventuel d'un enfant vers le programme de soins B ou C, proche de l'hôpital, avec lequel une convention de collaboration a été conclue.

° L'établissement possédant un programme de soins agréé A a conclu une convention de collaboration formalisée avec un établissement proche qui dispose d'un programme de soins agréé B ou C pour enfants.

° Les médecins spécialistes en pédiatrie du programme de soins A font partie du cadre médical des médecins spécialistes en pédiatrie de cet hôpital proche possédant un programme de soins agréé B ou C. Il y a une seule équipe médico-pédiatrique avec un chef de service commun.

° Pour les hospitalisations indispensables d'enfants provenant de l'établissement qui dispose d'un programme de soins agréé A dans l'établissement collaborant qui dispose du programme de soins agréé B ou C, un protocole de transfert et de transport complet a été élaboré tant pendant les heures ouvrables (où le pédiatre du programme A est présent) qu'en dehors.

° Si l'hôpital dispose d'une maternité reconnue (indice M) il doit conclure une convention de collaboration formelle avec un programme de soins B ou C pour garantir la présence d'un médecin spécialiste en pédiatrie lors des accouchements qui le nécessitent.

II. Programme de soins pour enfants B

Le programme de soins pour enfants B comporte toujours, outre les trois fonctions citées du programme de soins pour enfants A, la fonction "hospitalisation classique" et peut aussi exploiter la fonction d'hôpital de jour médical pédiatrique.

- 1) fonction "soins d'urgence pédiatriques (spécialisés)"
- 2) fonction "hôpital de jour chirurgico-pédiatrique".
- 3) fonction "hospitalisation classique"
- 4) fonction "observation ou hospitalisation provisoire"
- 5) fonction "hôpital de jour médico-pédiatrique"

Conditions d'agrément des fonctions du programme de soins B:

- 1) fonction "soins d'urgence pédiatriques (spécialisés)"

Il est clair que cette fonction dans les programmes de soins B et C doit pouvoir prendre en charge toutes les urgences pédiatriques et, dès lors, (comme dans le programme de soins A) disposer d'un médecin spécialiste en pédiatrie qui est présent pendant les heures ouvrables normales dans l'établissement possédant un programme de soins agréé B et appelable sur place en < 20' en dehors de ces heures.

- 2) fonction "hôpital de jour chirurgico-pédiatrique : cf. plus haut.

- 3) fonction "hospitalisation classique":

Cette fonction est considérée comme essentielle pour l'agrément et l'exploitation des fonctions 1), 2), 4) et 5) du programme de soins B. Les normes organisationnelles, architectoniques et d'équipement actuelles sont maintenues selon les termes de l'AR du 13.7.2006.

Le nombre minimum d'admissions est maintenu (article 5, § 1er, 1°, de l'AR du 13.7.2006).

Pour un établissement possédant un programme de soins pour enfants B mais sans maternité (index M), le nombre de contacts-hospitalisation annuels est maintenu à minimum 1.500.

Il peut être dérogé à cette norme de volume si le programme de soins B est exploité dans une Communauté/Région où le programme de soins similaire le plus proche se trouve à une distance d'au moins 25 kilomètres.

4) fonction observation (hospitalisation provisoire) : voir plus haut.

5) fonction "hôpital de jour médico-pédiatrique"

Dans cette fonction, est prévu le traitement de jour de pathologies pédiatriques complexes (traitements de courte durée, examens fonctionnels, imagerie médicale sous sédation, oncologie sauf dans le cadre du programme de soins C,...) qui exigent une supervision personnelle par le médecin spécialisé en pédiatrie dans l'unité pendant les heures d'ouverture de l'hôpital de jour médico-pédiatrique.

Ici aussi, un encadrement infirmier comprenant des bacheliers en soins infirmiers porteurs du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie ou dotés d'une formation complémentaire en soins pédiatriques ou d'infirmiers assimilés est nécessaire.. Le médecin spécialiste en pédiatrie est responsable de cette fonction qui fait partie de l'hôpital sur les plans organisationnel et architectural.

La fonction d'hôpital de jour médical pédiatrique nécessite ses propres normes d'agrément.

Proposition récapitulative pour la fonction d'hôpital de jour médico-pédiatrique

Une adaptation de l'AR du 10 février 2008 fixant les normes auxquelles la fonction "hospitalisation non chirurgicale de jour " doit répondre pour être agréée est proposée.

Une distinction doit également être établie avec l'hôpital de jour oncologique d'un hôpital possédant un programme de soins C pour enfants qui doit également disposer d'un programme de soins agréé en onco-hématologie pédiatrique.

- - La fonction d'hôpital de jour médico-pédiatrique concerne l'ensemble des actes diagnostiques et thérapeutiques – planifiés et non chirurgicaux – auprès d'enfants par les différentes disciplines médicales et pour lesquels le patient quitte l'hôpital le jour même de son admission. Les actes en question nécessitent une intervention effective du personnel médical, infirmier et/ou paramédical de l'hôpital vu l'état médical du patient, qui nécessite une surveillance médico-infirmière prolongée, et/ou vu la complexité médico-technique de la procédure et la nécessité d'assurer la sécurité du patient.
- La fonction « hôpital de jour médico-pédiatrique » fait partie, sur les plans organisationnel et fonctionnel, de l'hôpital qui dispose d'un programme de soins agréé pour enfants B ou C, se situe sur le même site que ledit programme de soins pour enfants B ou C et est exploitée par le même pouvoir organisateur que celui de l'hôpital sur le site duquel elle se trouve.
- La fonction « hôpital de jour médico-pédiatrique » constitue une entité reconnaissable et distincte et peut être hébergée dans un service E ou dans la même entité que l'hospitalisation pédiatrique chirurgicale de jour, si cette dernière dispose d'une entité architectonique distincte ou est située dans une entité spécifiquement adaptée à cette fonction sur le plan architectonique.
La taille, le nombre et le type des équipements doivent être fonction du type et du nombre d'admissions, ainsi que des différents âges.
- Les locaux de l'hôpital de jour médico-pédiatrique doivent être accessibles aux patients en chaise roulante et doivent pouvoir accueillir en toute sécurité des enfants de tous âges. Les chambres doivent permettre aux parents/accompagnateurs de pouvoir rester auprès de leur enfant pour toute la durée de l'hospitalisation de jour.
- À l'instar de la fonction « hôpital de jour non chirurgical » pour adultes, des règles de procédure doivent être élaborées relativement à :

1. la communication, aux patients et à leurs parents/accompagnateurs, des informations indispensables à la bonne exécution des prestations et traitements, y compris les préparatifs à réaliser et les précautions à prendre pour l'admission;
 2. les critères de sélection des patients qui entrent en ligne de compte pour être admis dans la fonction « hôpital de jour médico-pédiatrique »; ces critères doivent veiller à ce que la fonction n'admette que les patients qui, chez eux, peuvent bénéficier d'une prise en charge adéquate pendant les 24h. suivant leur sortie ;
 3. les règles de suivi du patient après sa sortie doivent avoir été élaborées ;.
 4. un dossier médical est créé et complété par le médecin spécialiste en pédiatrie et une lettre de sortie doit être immédiatement disponible pour le médecin ou pédiatre traitant, lequel doit être informé de la sortie pour lui permettre d'assurer la continuité des soins.
- L'activité médicale et infirmière est soumise à un contrôle de la qualité et un rapport annuel doit être établi sur la base d'un enregistrement interne.
 - La fonction est dirigée par un médecin spécialiste en pédiatrie qui, en ce qui concerne son activité hospitalière, est attaché exclusivement et à temps plein à l'hôpital doté du programme de soins pour enfants B ou C. Une permanence est assurée au sein de la fonction par un ou plusieurs médecins spécialistes en pédiatrie qui disposent des compétences nécessaires pour identifier, prendre en charge et stabiliser les urgences et/ou complications éventuelles, et ce jusqu'au moment où le dernier patient a quitté la fonction. La décision de sortie de la fonction est prise par le médecin spécialiste en pédiatrie responsable de la permanence.
 - Pendant les heures ouvrables normales, l'hôpital de jour médico-pédiatrique dispose en permanence d'au moins un bachelier en soins infirmiers porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie ou disposant d'une formation complémentaire en soins pédiatriques ou d'un

infirmier assimilé. L'infirmier(ère), en accord avec le médecin spécialiste en pédiatrie responsable de la fonction « hôpital de jour médico-pédiatrique », veille à garantir aux enfants admis un traitement et des soins optimaux, conformément à l'exercice de l'Art infirmier décrit à l'art.21quinquies de l'AR n°78. L'infirmier(ère) apporte une attention particulière aux désagréments physiques, aux tensions émotionnelles et à la douleur, et garantit pour ce faire la meilleure prise en charge, en collaboration avec le médecin responsable spécialiste en pédiatrie. L'infirmier(ère) gère le dossier infirmier de chaque enfant.

La forme organisationnelle de la fonction « hôpital de jour médico-pédiatrique » par rapport aux autres services, fonctions ou programmes de soins de l'hôpital doit être fixée par écrit.

° Les établissements possédant un programme de soins B se distinguent entre eux par le type et la taille des fonctions de ce programme de soins pour lequel ils ont obtenu un agrément. Ainsi, l'agrément de la fonction « hôpital de jour médico-pédiatrique » dépend de l'importance de la demande de soins.

° L'établissement possédant un programme de soins agréé B dispose d'une convention de collaboration formalisée avec un ou plusieurs établissements ayant un programme de soins agréé C pour l'adressage et le transport de patients nécessitant des soins complexes ou intensifs particuliers.

III. Programme de soins pour enfants C

À l'exception de la fonction "soins pédiatriques intensifs" (PICU), l'agrément comme programme de soins C pour enfants exige l'agrément et l'exploitation distincts de toutes les fonctions mentionnées du programme de soins B aux conditions visées :

- 1) fonction "soins d'urgence pédiatriques (spécialisés)"
- 2) fonction "hôpital de jour chirurgico-pédiatrique"
- 3) fonction "hospitalisation classique"
- 4) fonction "observation ou hospitalisation provisoire"

- 5) fonction "hôpital de jour médico-pédiatrique"
- 6) fonction "sur-spécialisation"
- 7) fonction "soins pédiatriques intensifs" (PICU)

Conditions d'agrément des fonctions du programme de soins C:

- 1) fonction "soins d'urgence (spécialisés)" : voir plus haut
- 2) fonction "hôpital de jour chirurgico-pédiatrique" : cf. plus haut.
- 3) fonction "hospitalisation classique" : voir plus haut
- 4) fonction "observation ou hospitalisation provisoire" : voir plus haut
- 5) fonction "hôpital de jour médico-pédiatrique" : cf. plus haut.

- 6) fonction "sur-spécialisation":

Cette "sur-spécialisation" du programme de soins C est une fonction distincte à part entière et requiert une offre de soins à temps plein avec permanence 24 h sur 24 et 7 jours sur 7, assurée par des médecins spécialistes en pédiatrie ayant une qualification particulière en gastro-entérologie, pneumologie, cardiologie, neurologie, endocrinologie et hémato-oncologie et en néphrologie.

Tous les pédiatres disposant d'une qualification particulière dans une sur-spécialité pédiatrique sont des médecins spécialistes en pédiatrie générale et prennent part à la garde générale.

- 7) fonction "soins pédiatriques intensifs" (PICU)

La fonction s'adresse aux enfants présentant une pathologie grave dans des circonstances critiques et qui nécessitent un monitoring invasif et/ou un traitement intensif avec respiration artificielle.

Ces pathologies ne constituant que 1 à 2 % de l'ensemble des admissions, une forte concentration est nécessaire pour pouvoir justifier une unité de soins pédiatriques intensifs distincte, dotée d'une propre équipe de médecins spécialistes en pédiatrie ayant une qualification particulière en soins intensifs et d'infirmiers possédant une expérience en soins intensifs.

C'est pour cette raison que l'agrément et l'exploitation de cette fonction ne sont pas une composante obligatoire d'un programme de soins agréé C.

Des normes d'agrément spécifiques pour le PICU doivent encore être définies.

° L'établissement possédant un programme de soins agréé pour enfants C dispose d'une convention de collaboration formalisée avec un ou plusieurs établissements dont chacun dispose d'un programme de soins agréé pour enfants A ou B, pour l'adressage et le transport des patients qui nécessitent des soins complexes ou intensifs particuliers.

° L'établissement possédant un programme de soins C pour enfants doit disposer d'une expertise pédopsychiatrique assurée par un service K pour le travail de liaison.

° Le service de néonatalogie intensive (NIC) n'est pas cité ici, étant donné qu'il s'agit d'un service distinct soumis à des normes d'agrément spécifiques.

° Chaque programme de soins pour enfants A, B et C dispose, pour être agréé, d'un protocole défini en matière de lutte contre la douleur dont l'application s'étend aux différentes fonctions. Pour être agréé, le programme de soins pour enfants A, B et C doit également disposer d'un manuel de qualité avec protocoles définis en matière de politique médicamenteuse, antibiotique et de gestion des perfusions.

° Les programmes de soins pour enfants B et C tiennent compte de la dimension psychosociale de la demande de soins pédiatriques par des procédures spécifiques de prise en charge, de concertation pluridisciplinaire et de traitement. De même, les cas de négligence et de maltraitance d'enfants doivent obligatoirement être enregistrés et notifiés au centre de confiance pour enfants maltraités.

En ce qui concerne le programme de soins C, les mesures nécessaires sont prises afin de garantir l'expertise pédiatrique lors du suivi ultérieur des adolescents (15-21 ans) présentant une pathologie spécifique (comme la maladie de Duchenne, les maladies congénitales graves, etc.).
