



Mémorandum des infirmiers Spécialisés en Pédiatrie et en Néonatalogie (ISPN)

Suite à l'annulation par le Conseil d'État le 8 décembre 2016 de l'Arrêté Royal (AR) du 2 avril 2014 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé, la prise en charge d'enfants en milieu hospitalier est de nouveau soumise à l'AR du 13 juillet 2006 – Arrêté royal fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » pour être agréée (M.B. du 16/08/2006).

De ce fait, des inquiétudes sont soulevées quant à la qualité de cette prise en charge.

Cet AR 2014 prévoyait des normes d'encadrement dans les services d'urgences pédiatriques, de soins intensifs pédiatriques, de pédiatrie, de pédopsychiatrie, d'oncologie pédiatrique ... tant au niveau de la prise en charge en ambulatoire, qu'en hospitalisation, qu'en prise en charge spécialisée ...

L'arrêté royal indiquait également que le service M faisait partie d'un hôpital disposant d'un programme de soins agréé pour enfants et d'une fonction agréée de soins néonataux locaux avec différents niveaux de gestion.

Face à cette décision du Conseil d'état, nous aimerions attirer votre attention sur le fait qu'il existe actuellement un vide juridique par rapport à la prise en charge spécialisée de l'enfant.

En tant qu'associations professionnelles représentant les ISPN, nous souhaitons représenter et défendre notre profession.

Nous voulons également garantir une prise en charge optimale et qualitative de l'enfant en fonction de ses besoins spécifiques, son état de santé et son développement psychomoteur au travers des points suivants :

1. Formation de base de l'ISPN :

Maintien de 30 ECTS de théorie et 30 ECTS de pratique ainsi que des domaines spécifiques de formations spécialisée après l'obtention du diplôme de bachelier en soins généraux¹.

Maintenir une seule filière de formation (l'infirmier bachelier en soins généraux permettant l'accès à la spécialisation en pédiatrie et néonatalogie).

2. Attractivité et encadrement qualitatif et quantitatif :

Pour rappel, dans le Chapitre IV, Section 5 §2² et §3³ du Programme de soins pour enfants de 2006, il faut minimum 75 % d'infirmiers pédiatriques (Titrés) et une permanence 24h/24.

Quel employeur acceptera d'engager du personnel non qualifié au risque de se retrouver sans permanence en cas d'absence, de maladie, ... ?

Quelle équipe acceptera sans remous de devoir prester les horaires les moins prisés afin d'assurer la permanence légale ?

Quelle attractivité d'une formation de 5 ans afin d'éviter une pénurie d'ISPN ?

- **Augmenter qualitativement⁴ les normes d'encadrement en ayant au minimum 80 % d'infirmiers porteurs du TPP en ISPN.**
N.B. : 100% d'infirmiers porteurs du TPP en ISPN nous semble optimal.
- **Augmenter quantitativement les normes de personnel afin d'assurer une permanence en infirmiers porteurs du TPP en ISPN 24h/24** dans toutes les unités et services hospitaliers prenant en charge des enfants de 0 à 15 ans (indices E, K, NIC, N*, ...).

¹ AM 16 février 2012 – Arrêté ministériel fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter le TPP d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie (M.B. 13/03/2012). Selon l'arrêté ministériel de 2012, une année de spécialisation en pédiatrie et néonatalogie doit comprendre 60 ECTS ou min 900 heures (une partie théorique de 30 ECTS ou 450 heures et une partie clinique de 30 ECTS ou 450 heures). Cette formation doit comprendre des notions tant en pédiatrie générale et spécialisée (y compris soins intensifs et urgences), en néonatalogie, en soins de santé primaire ou pédopsychiatrie.

² 75% au moins du personnel infirmier et soignant travaillant dans le programme de soins, doivent être composés d'infirmiers gradués spécialisés en pédiatrie, de bacheliers en soins infirmiers spécialisés en pédiatrie ou d'infirmiers disposant d'une expérience effective de 5 ans dans un service des maladies infantiles agréé (index E), à la date de publication au moniteur Belge.

³ Il faut au moins un infirmier faisant partie des 75% d'infirmiers qualifiés mentionnés dans le paragraphe précédent, soit présent 24 heures sur 24 dans la section infirmière.

⁴ RN4CAST – Etude Multicentrique Europe – USA - Afrique (Sermeus W. Aiken L. 2010-2013 – KUL Belgique)

- **Maintenir de la valorisation financière de l'ISPN (prime) dans les nouveaux systèmes de rémunération des infirmiers (IFIC⁵).**
- **Reconnaissance de la profession d'ISPN comme métier pénible ; l'ISPN** comme chaque praticien de l'art infirmier est soumise à :
 - **Une charge mentale et émotionnelle liée à l'exercice de sa profession (stress).** Cette charge émotionnelle est décuplée car, particulièrement touchée par la détresse et la douleur de l'enfant malade, l'ISPN est également confrontée à l'inquiétude et aux questionnements de ses représentants légaux,
 - Un travail physique lourd,
 - Une organisation de travail pesante (en équipe, travail de nuit),
 - Des risques accrus pour sa sécurité physique et psychologique.
- **Extraire l'infirmier chef des normes d'encadrement.**
- **Avoir un infirmier en chef porteur du TPP d'ISPN.**
- **Valoriser financièrement les fonctions d'infirmier en chef et infirmier chef adjoint porteurs du TPP d'ISPN.**

3. Secteur hospitalier et indices de lits :

o **Indice de lit E :**

Depuis de nombreuses années, le taux d'occupation moyen annuel des services E en Belgique tourne autour de 50 %.

Ce taux moyen d'occupation est la réalité le reflet des importantes variations saisonnières, souvent imprévisibles. Les pics d'activité mensuels varient en effet d'année en année.

Tous les hivers des services de Pédiatrie sont saturés et doivent transférer des enfants malades vers d'autres hôpitaux parfois éloignés. Il est donc indispensable de tenir compte de l'occupation hivernale pour juger si le nombre de lits E est pertinent.

- **Maintien d'un nombre suffisant de lits E.**
- **Maintenir et créer des structures pédiatriques dans tous les hôpitaux spécialisés (trajet de soins) et de référence est la**

⁵ L'IFIC soutient les partenaires sociaux dans le développement, la mise en œuvre et le suivi de classifications de fonctions dans les secteurs du non-marchand. <https://www.if-ic.org/fr>

seule garantie de fournir aux enfants de ce pays des soins de qualité.

o **Indice de lit K :**

En pratique, on constate un manque de lit d'accueil d'urgence pédopsychiatrique, voire d'hospitalisation spécifique avec un encadrement pluridisciplinaire adapté.

o **Création d'un indice de lits de soins intensifs pédiatriques :** avec des normes d'encadrement de minimum 80% d'infirmiers porteurs du TPP d'ISPN, et un infirmier en chef porteur du TPP d'ISPN.

o **Reconnaissance de l'hospitalisation de jour pédiatrique (chirurgicale et médicale) :** avec des normes d'encadrement de minimum 80% d'infirmiers porteurs du TPP d'ISPN, et un infirmier en chef porteur du TPP d'ISPN.

o **Reconnaissance des lits d'accueil d'enfants victimes de négligence ou de maltraitance** (suspicion ou faits avérés, en prise en charge médico-psycho sociale).

o **Reconnaissance spécifique de l'oncologie pédiatrique :** avec des normes d'encadrement de minimum 80% d'infirmiers porteurs du TPP d'ISPN, et un infirmier en chef porteur du TPP d'ISPN.

o **Reconnaissance spécifique des soins palliatifs pédiatriques :** avec au minimum une permanence d'un infirmier porteur du TPP d'ISPN 24h/24.

o **Reconnaissance spécifique des urgences pédiatriques :** avec des normes d'encadrement de minimum 80% d'infirmiers porteurs du TPP d'ISPN, et un infirmier en chef porteur du TPP d'ISPN.

o **Indice de lit NIC :** avec des normes d'encadrement de minimum 80% d'infirmiers porteurs du TPP d'ISPN, et un infirmier en chef porteur du TPP d'ISPN.

o **Reconnaissance spécifique et création d'un indice de lit N* :** avec des normes d'encadrement de minimum 80% d'infirmiers porteurs du TPP d'ISPN, un infirmier en chef porteur du TPP d'ISPN et avec au minimum une permanence d'un infirmier porteur du TPP d'ISPN 24h/24.

- o Dans les réflexions d'avenir et la création des réseaux de soins, ne pas séparer les services de maternité (y compris NIC-N*), de la pédiatrie et d'un service d'urgences pédiatriques pour une qualité optimale de prise en charge médicale et pluridisciplinaire.

4. Secteur extrahospitalier :

Reconnaissance de l'ISPN comme personnel prioritaire dans l'accompagnement et la prise en charge de l'enfant en :

- o Centre d'accueil de jour et d'hébergement pour enfants porteurs de déficiences,
- o Equipe de liaison,
- o Hospitalisation à domicile,
- o Maisons de soins pour enfants,
- o Milieu d'accueil de la petite enfance y compris PSE et ONE, en tous lieu où un enfant est pris en charge.

5. Formation continue de l'ISPN :

- Avoir suivi au minimum une formation de 7h36/an pour un total de minimum 60 heures/4 ans.
- Avoir suivi des formations abordant les 3 thèmes de l'A.M. du 16 février 2012, à savoir : les sciences infirmières, les sciences biomédicales et les sciences sociales et humaines.
- Avoir dans le contenu des formations continues suivies 90% de formations exclusivement dédiées à l'enfance en ce allant du prématuré à l'adolescent.
- Avoir suivi des formations pour minimum 50% en dehors de son milieu professionnel, c'est-à-dire organisées par une association ou un établissement n'étant pas l'employeur de l'infirmier concerné.
- Présenter une attestation de formation continue originale/couleur et pourvue :
 - o D'un titre précis,
 - o D'un contenu détaillé,
 - o Des coordonnées des orateurs,
 - o D'un nombre d'heures réelles de formation effectuées,
 - o De la date et de l'adresse de la formation,
 - o D'une signature et/ou d'un cachet de l'organisateur permettant au besoin de le contacter pour vérifier l'authenticité de l'attestation,

- o Du ou des titres professionnels particuliers concernés par la formation.
6. **Soutenir de manière cohérente et structurée la recherche infirmière concernant la prise en charge de l'enfant de 0 à 15 ans, de l'enfant de 15 à 18 ans atteint d'une pathologie chronique et la diffusion de l'Evidence Base Practice liée aux enfants.**
7. **Participation à la politique de santé** par une représentation adéquate et suffisante dans tous les organes d'avis à propos de la santé tant au niveau fédéral, de la communauté qu'au niveau régional.

Micheline Desiron
Présidente du GIPPL⁶

Caroline Dolieslager
Représentante du Kinder Verpleegkundigen⁷

Samuel Meert
Président de l'AISPN⁸
Coordinateur de la Commission de pédiatrie et néonatalogie

⁶ Groupement des Infirmiers Pédiatriques de la Province de Liège

⁷ Werkgroep NVKVV.

⁸ Association des Infirmiers Spécialisés en pédiatrie et Néonatalogie