



Mémorandum 2024 des Infirmier.ère.s Spécialisé.e.s en Pédiatrie et en Néonatalogie (ISPN)

Les Infirmiers Spécialisés en Pédiatrie et Néonatalogie souhaitent, par le présent mémorandum de leurs associations professionnelles, **attirer l'attention de tous les partis politiques et des futurs élus sur la spécificité de la prise en charge de L'ENFANT** et de sa famille.

LA SANTE DE L'ENFANT est NOTRE et VOTRE RESPONSABILITE

L'enfant n'est pas un adulte en miniature¹, mais une personne à part entière avec des compétences propres.

Quel que soit son âge, l'enfant a besoin :

1. **d'un infirmier spécialisé (ISPN) épanoui,**
2. **de soins de qualité et spécifiques,**
3. **d'un environnement adapté.**

Ces trois points favorisent un niveau de développement et de santé optimal de l'enfant et de sa famille.

Pour avoir des **ISPN épanouis** auprès des enfants et des familles mais aussi améliorer les conditions de travail de ceux-ci, nous insistons sur l'importance :

- d'une reconnaissance de la spécialisation en pédiatrie et néonatalogie au niveau des normes d'encadrement hospitalier.
- d'une revalorisation barémique.
- d'une reconnaissance de la pénibilité du travail.

¹ Claparède, La psychologie de l'intelligence, Scientas, 1937

Afin de prodiguer **des soins de qualités adaptés** aux enfants, il est indispensable d'avoir :

- majoritairement des ISPN au sein de tous les services de santé intra et extrahospitaliers accueillant des enfants et leur famille.
- une formation de qualité de niveau 6 minimum (enseignement supérieur) et de 60 ECTS après une formation de base d'infirmier bachelier en soins généraux (IRSG).
- une approche globale qui permet de prendre en considération tous les aspects de la santé des enfants tant au niveau préventif, curatif, palliatif, social, éducatif, psychologique, familial, ... quelques soit les étapes et les contextes de vie ou de santé de l'enfant et de sa famille.

En vue d'apporter un **environnement adapté** à l'enfant, il est primordial :

- de définir et de favoriser des services spécialisés dans tous les domaines de la médecine qu'elle soit préventive, curative ou palliative en intra- comme en extrahospitalier.
- d'améliorer les normes hospitalières pour tous les services accueillant des enfants.

Nous attirons votre attention sur le fait qu'il existe actuellement une inquiétude et une menace par rapport à la prise en charge spécialisée et particulière de l'enfant.

Ces préoccupations font écho aux propos :

- **du mémorandum d'UNICEF Belgique² :** *"Face à la maladie, il est nécessaire de fournir des soins adaptés aux enfants. La tendance à définir les professions dans le domaine des soins de santé de manière pragmatique, sans s'adapter aux besoins spécifiques et au développement des enfants, est extrêmement préoccupante. Nos organisations soulignent la nécessité de fournir des **soins de santé adaptés, accessibles et de qualité aux enfants et adolescents**. De nombreux pédiatres demandent par exemple une reconnaissance des sous-spécialisations médicales pédiatriques, ce qui n'est que très partiellement le cas aujourd'hui. Il faudrait que chaque enfant puisse, sans exception, accéder à des services de santé spécifiques à son âge, et être ainsi pris en charge par des professionnels formés aux besoins propres de chacun, y compris aux urgences."*

² UNICEF Belgique (2024) - Prendre le parti des enfants en Belgique et dans le monde. Mémorandum des acteurs des droits de l'enfant pour les élections de juin 2024, CODE, KIRECO, Extrait du Point n°6 - pages 21 à 23.

- **du Plan Care for the Children and Young Persons³**

« Assurez une **garantie de soins de qualité** pour l'enfant grâce à une formation adéquate (interprofessionnelle) sur les enfants en bonne santé, vulnérables et malades, ainsi que grâce à des compétences spécifiques obligatoires pour les enfants et à l'apprentissage tout au long de la vie. Consultez les enfants et les experts sur les compétences spécifiques requises. Rendez ces compétences transparentes et clairement visibles pour les enfants, les parents et les professionnels de la santé. »

« Constituez dès que possible un groupe d'experts structurel et interfédéral et donnez-leur mandat pour élaborer un nouveau programme de soins pédiatriques et élaborer une proposition de soins plus préventifs et intégrés avec les médecins ONE-K&G-Kaleido, les médecins des CLB et des PSE, les médecins généralistes, psychiatres Infanto-Juveniles, les pédiatres, **l'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie**, paramédical(e), ... ».

En tant qu'associations professionnelles représentant les ISPN, nous défendons notre profession et ses spécificités.

Par ce biais, nous voulons garantir une prise en charge optimale et qualitative de l'enfant adaptée à ses besoins spécifiques, son état de santé et son développement psychomoteur et social au travers des points détaillés suivants :

1. Formation de base de l'ISPN :

- **Maintenir 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 généraux⁴.**
- **Maintenir une seule filière de formation (IRSG) permettant l'accès à la spécialisation en pédiatrie et en néonatalogie.**
- **Maintenir une formation reprenant les aspects pédiatriques et néonatalogiques** afin de maintenir l'attractivité de la formation et la polyvalence vis-à-vis de l'âge et des besoins des enfants pouvant être pris en soin par les ISPN.

³ Plan Care for the Children and Young Persons - Belgian Academy of Paediatrics – Mars 2024 – Extrait des recommandations 6 et 9 page 3.

⁴ 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. Attractivité et encadrement qualitatif et quantitatif :

Pour rappel, dans le Chapitre IV, Section 5 §2⁵ et §3⁶ du Programme de soins pour enfants de 2006, il faut minimum 75 % d'*infirmiers pédiatriques* (Titrés) et une permanence 24h/24.

- **Augmenter qualitativement⁷ les normes d'encadrement en ayant au minimum 80 % d'infirmiers porteurs du TPP d'ISPN.** Les 20 % suivants doivent être en priorité des IRSG ou du personnel formé aux besoins spécifiques de l'enfant.

N.B. : 100% d'infirmiers porteurs du TPP d'ISPN nous semble optimal

- **Garantir la qualité des soins et la sécurité de l'enfant en favorisant le nursing global** (éviter la multiplication d'autres types de praticiens de soins infirmiers au chevet de l'enfant et de ses parents).
- **Augmenter quantitativement les normes de personnel afin d'assurer une permanence en infirmiers porteurs du TPP d'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*, ...).
- **Valoriser financièrement l'ISPN dans les systèmes de rémunération des infirmiers dans tous les secteurs.**
- **Placer TOUS les ISPN au même niveau de classification IFIC**, selon la proposition déposée en 2022.
- **Reconnaitre la profession d'ISPN comme métier pénible** ; l'ISPN comme chaque praticien de l'art infirmier est soumis 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),

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ RN4CAST – Etude Multicentrique Europe – USA - Afrique (Sermeus W. Aiken L. 2010-2013 – KUL Belgique).

- 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.**
- **Secteur hospitalier et indices de lits :**
 - **Indice de lit E :**
 - **Maintenir un nombre suffisant de lits E.**
 - **Maintenir et créer des structures pédiatriques dans tous les hôpitaux (trajet de soins) et de référence** est la seule garantie de fournir aux enfants de ce pays des soins de qualité.
 - **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.
 - **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.
 - **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.
 - **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.
 - **Création d'un indice de lits pour adolescents :** 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.
 - **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.

- **Reconnaissance des lits d'accueil d'enfants victimes de négligence ou de maltraitance** (suspicion ou faits avérés, en prise en charge médico-psycho sociale).
 - **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 tant dans les centres de références que dans les centres périphériques.
 - **Reconnaissance spécifique des soins palliatifs pédiatriques** : avec au minimum une permanence d'un infirmier porteur du TPP d'ISPN 24h/24.
 - **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.
 - **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.**
- **Secteur extrahospitalier :**
- Reconnaissance de l'ISPN comme infirmier prioritaire dans l'accompagnement et la prise en charge de l'enfant en :**
- centre d'accueil de jour et d'hébergement pour enfants porteurs de déficiences,
 - équipe de liaison,
 - hospitalisation à domicile,
 - maisons de soins pour enfants,
 - milieu d'accueil de la petite enfance y compris Services de Promotion de Santé de l'Ecole (PSE) et Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE), en tous lieu où un enfant est pris en charge.
 - ...
- **Maintien de l'obligation de formation continue de l'ISPN :**
- 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.

- Etablir des règles concernant les formations en ligne (e-learning).
 - Créer et mettre à disposition un canevas fédéral de portfolio infirmier numérique.
 - Présenter une attestation de formation continue originale/couleur et pourvue :
 - o du titre précis,
 - o du contenu détaillé,
 - o du nom des orateurs,
 - o du nombre d'heures réelles de formation effectuées,
 - o de la date et du lieu de la formation,
 - o des coordonnées, de la signature et/ou du cachet de l'organisateur attestant de l'authenticité du document,
 - o du ou des titres professionnels particuliers concernés par la formation.
- 3. Soutien de manière cohérente et structurée de la recherche infirmière concernant la prise en charge de l'enfant et la diffusion de l'Evidence Base Practice liée aux enfants.**
- 4. Participation des ISPN à la politique de santé** par une représentation adéquate et suffisante dans tous les organes d'avis à propos de la santé au niveau fédéral, régional et des communautés.

Nathalie Renkin
Présidente du GIPPL⁸

Caroline Dolieslager
Présidente Vlaamse Vereniging voor KinderVerpleegkundigen⁹

Samuel Meert
Président de l' AISPN¹⁰
Coordinateur de la Commission de Pédiatrie et Néonatalogie

⁸ Groupement des Infirmiers Pédiatriques de la Province de Liège (GIPPL)

⁹ Vlaamse Vereniging voor Kinderverpleegkundigen vzw (VVKV).

¹⁰ Association des Infirmiers Spécialisés en Pédiatrie et Néonatalogie (AISPN asbl)