



Objet : L'AISP s'oppose à la catégorisation des *infirmier·ère·s spécialisé·e·s en pédiatrie et néonatalogie* en fonction de leur domaine de travail

A toutes les personnes concernées,
Bonjour,

Nous avons pris connaissance de la volonté du Gouvernement de catégoriser arbitrairement les *infirmier·ère·s spécialisé·e·s en pédiatrie et néonatalogie* en fonction de leur domaine de travail. Nous aimerions attirer votre attention sur le fait que cette classification nuit gravement à la santé des enfants et nous allons vous expliquer, dans le présent courrier les raisons de cette erreur à ne pas commettre.

Nous vous demandons solennellement de renoncer à cette idée, pour le bien des enfants mais également pour le bien des professionnels de la santé déjà mis à rude épreuve les dernières années.

L'*Infirmier·ère ayant un Titre Professionnel Particulier d'infirmier·ère Spécialisé·e en Pédiatrie et Néonatalogie* (ci-après "ISP") à formation équivalente se retrouve au sein de la catégorie de barème IF-IC 14 ou 15 - L'Association des Infirmier·ère.s Spécialisé.e.s en Pédiatrie et Néonatalogie (ci-après "AISP"), représentant les +/- 5000 ISP francophones ayant un visa enregistré, rapporte une fois de plus ses inquiétudes et revendications - Face à cette situation, regardons quels en sont les impacts sur la qualité des soins, sur l'avenir de la spécialisation et sur la reconnaissance salariale de ces ISP.



L'ISPN et la classification de fonction IF-IC

La pédiatrie est une spécialisation infirmière du soin et de l'accompagnement de l'enfant de la naissance à l'adolescence, au sein de sa famille et de son environnement de vie. Les *infirmier·ère·s spécialisé·e·s en pédiatrie et néonatalogie* sont des acteur·rice·s de santé essentiels dans l'accompagnement de situations de vie et de soins des enfants et de leur famille. Les ISPN sont présents dans différents secteurs d'activité intra et extrahospitalier. Premièrement dans le domaine de la prévention et promotion à la santé. Deuxièmement dans les domaines aigus, hospitaliers. Troisièmement dans le domaine du suivi de pathologie chronique complexe, de réadaptation et des soins palliatifs. Cela s'inscrit toujours dans une prise en charge individualisée en dispensant des soins de haute technicité nécessitant une expertise fine et un jugement clinique précis.

Au sein de la classification IF-IC, la place de l'ISPN, en référence au Titre Professionnel Particulier (ci-après "TPP") (Arrêté ministériel, 16/02/2012) se retrouve à deux niveaux différents, le 14 et le 15. Dans le niveau 14 : "Infirmier·ère·s pédiatrie (6186)" et dans le niveau 15 : "Infirmier·ère·s en soins néonataux intensifs (6169)". *La formation donnant accès au diplôme d'ISPN étant identique, comment peut-on catégoriser des travailleurs à formation équivalente au sein de deux niveaux de classification différents ?*

L'AISPAN regrette que la classification IF-IC valorise les soins infirmiers sur base des soins dits techniques et non pas sur les spécificités du soin infirmier et de la démarche clinique. Cela réduit la profession à une logique de tâche. Walter Hesbeen (2014) écrit à ce sujet : *" Lorsque le prendre soin a pour horizon la santé de la personne, que le professionnel se rend compte qu'il n'y a pas de petites ou de grandes situations de soin, mais une situation de vie singulière à nulle autre pareille, alors le soignant prend soin. (...) le soignant est chaque fois, face à une personne qui souffre ou qui présente des inquiétudes, dont la santé est altérée ou fragilisée et qui nécessite de l'aide. La hiérarchisation entre les affections ainsi que le niveau d'intérêt porté aux personnes qui en résulte, ne sont pas respectueux de celles-ci".* La classification IF-IC renforce une vision corp-objet en imaginant les soignants comme des personnes réalisant uniquement des soins techniques en hiérarchisant certaines affections et en banalisant d'autres. Ceci est un facteur favorisant la non-qualité des soins. **L'AISPAN regrette aussi ne pas avoir été consultée lors de la mise en place de la classification de fonction.**

En pratique, la classification IF-IC prévoit que :

- Tous les Infirmier·ère·s qui travaillent aux soins intensifs néonataux (NIC), qu'il·elle·s soient breveté·e·s ou bachelier·ère·s, ISPN ou non, auront le barème 15.
- Tous les Infirmier·ère·s qui travaillent en pédiatrie, qu'il·elle·s soient breveté·s ou bachelier·ère·s, ISPN ou non, auront le barème 14.



Comme vous l'aurez compris, selon le système de classification de fonction IF-IC, quel que soit le diplôme et/ou le titre obtenu, **les infirmier.ère.s travaillant dans un même service auront la même échelle barémique sans condition d'obtention d'un diplôme et d'un TPP.**

A titre d'exemple chiffré, ci-dessous vous pouvez retrouver les différences salariales, en montant brut mensuel, selon les barèmes cibles IF-IC, à l'indice pivot 116,04, à la date du 1/05/2022 (IF-IC, 01/05/2022).

- **Pour une ancienneté de 0 années** : dans la catégorie 14 = 2942,48 EUR et dans la catégorie 15 = 3151,75 EUR.
- **Pour une ancienneté de 10 années** : en catégorie 14 = 3802,49 EUR et en catégorie 15 = 4072,92 EUR.
- **Pour une ancienneté de 20 années** : en catégorie 14 = 4364,53 EUR et en catégorie 15 = 4567,82 EUR.
- et ainsi de suite soit une différence de 209,27 EUR en début de carrière et de 330,59 en fin de carrière.

Soulignons aussi que, la classification IF-IC catégorise en 14 ou 15, les ISPN ayant une formation de 5 années (5 x 60 ECTS). Or, d'autres professionnels de la santé entrent dans les fonctions IF-IC en catégorie 16 après 5 années d'études reconnues comme "master" (5 x 60 ECTS, par exemple psychologue clinique code IF-IC 5070).

L'AISPAN estime que les ISPN devraient obtenir une reconnaissance de niveau "master". D'autre part, hors IF-IC, une prime annuelle de +/- 3993,43 EUR bruts est attribuée aux ISPN travaillant en Programme de Soins pour enfants. A ce jour, les travailleurs entrant dans l'IF-IC et ayant une spécialisation agréée pourront prétendre à un complément de salaire sous la forme d'un montant forfaitaire proposé de 2.500 EUR brut annuel. Ce nouveau régime de prime représente une perte de 1493,43 EUR brut annuellement.

La formation d'ISPN et la nécessité d'une expertise plurielle et polyvalente

La spécialisation de soins infirmiers en pédiatrie et néonatalogie concerne un enseignement de type court, de plein exercice, de 60 ECTS, accessible après l'obtention d'un diplôme d'infirmier-ère responsable en soins généraux de 240 ECTS (ou de leur équivalence).

Cette formation s'organise autour des domaines d'enseignement clinique suivants : la pédiatrie générale et spécialisée, la néonatalogie, les soins intensifs pédiatriques, les urgences pédiatriques, les soins de santé primaire. Un arrêté ministériel impose aux ISPN une formation continue (60 heures à répartir dans une période de 4 ans) et une activité professionnelle de 1400h au chevet d'enfants pour maintenir le droit de porter leur TPP.



En lien avec cette formation, nous avons listé ci-dessous les domaines de travail de l'infirmier.ère.s ayant une formation spécifique et porteur d'IPP d'ISPAN :

- **En intra-hospitalier** : dans le programme de soins pour enfant; en liaison hospitalière; dans un secteur pédiatrique spécifique : une polyclinique pédiatrique, un service d'urgences pédiatriques, les soins intensifs pédiatriques, une unité de pédiatrie générale médicale - chirurgicale - psychosociale, un hôpital de jour médical et/ou chirurgical pédiatrique, une unité de néonatalogie N*, une unité de néonatalogie intensive NIC, une unité de pédopsychiatrie, une unité d'oncologique pédiatrique, de soins palliatifs pédiatriques,...
- **En extra-hospitalier** : policlinique, hospitalisation à domicile, maisons de soins pour enfants, milieu d'accueil de la petite enfance, consultation de médecine préventive et de vaccination.

La variété de ces lieux d'exercice implique une expertise de pointe, de haute qualité et polyvalente de la part de l'ISPAN lors de la prise en charge de l'enfant et de son entourage. Au quotidien, l'ISPAN s'adapte à la réalité et aux spécificités de l'enfant. Garantir une prise en soin individualisée de l'enfant en tenant compte de son âge, de ses besoins, de son stade de développement, de ses capacités de communication et de compréhension, ... est un prérequis essentiel à un soin infirmier de qualité. **A titre d'exemple, un-e ISPAN travaillant en pédiatrie réalisant le même soin chez un enfant de 12 jours, 12 mois et de 12 ans devra adapter sa méthode, sa communication, sa préparation du soin, son matériel, son suivi, sa méthode de prévention de la douleur liée aux soins,...** Finalement, le matériel et les médicaments n'étant pas toujours adaptés à l'enfant - l'ISPAN effectue des manipulations supplémentaires (dilution spécifique des médicaments, adaptation du matériel de soin,...) qui nécessite une expertise et une créativité de tous les instants.

L'enfant n'est pas un "adulte en miniature" !

Cette spécialisation a pour objectif d'offrir à l'enfant les meilleurs soins possibles adaptés à ses besoins, son développement et son âge. Selon l'UNESCO, « *Le droit aux meilleurs soins possibles est un droit fondamental, particulièrement pour les enfants* ». La convention internationale des droits de l'enfant dont fait partie la Charte EACH (European Association of Children in Hospital, 1988), ratifiée par la Belgique en 1998, stipule que « *Les enfants malades sont toujours alimentés, soignés et traités par des prestataires de soins qui ont été formés spécifiquement pour cette prise en charge des enfants. Ces soignant·e·s ont les connaissances et l'expérience nécessaires pour répondre également aux besoins émotionnels, psychologiques et spirituels de l'enfant et de la famille* » (art. 3 et art. 19).

L'article 3.3 de cette même convention précise que « *Les Etats parties veillent à ce que le fonctionnement des institutions, services et établissements qui ont la charge des enfants et assurent leur protection soit conforme aux normes fixées par les autorités compétentes, particulièrement dans le domaine de la sécurité et de la santé et en ce qui concerne le nombre et la compétence de leur personnel ainsi que l'existence d'un contrôle approprié.* »



Que constatons nous ? Catégoriser les *infirmier·ère·s spécialisé·e·s en pédiatrie et néonatalogie* arbitrairement en fonction de leur domaine de travail nuit gravement à la santé des enfants !

L'AISPN et ses partenaires ont mentionné à plusieurs reprises depuis la mise en route du projet IF-IC que la classification mise en place ne correspond pas à la réalité des situations du terrain et va nuire à court terme à la qualité du soin en pédiatrie dans l'ensemble des secteurs d'activité. Plusieurs interpellations ont été menées sans atteindre à ce jour l'uniformisation des barèmes des ISPN à la fonction 15 dans la classification IF-IC. L'AISPN représente les ISPN travaillant dans tous les secteurs et estime que le modèle IF-IC actuel est discriminant et non fondé. En effet, il n'y a aucune raison scientifique justifiant cette distinction dans les fonctions d'ISPN.

En l'état, la classification IF-IC entraîne une perte d'attractivité importante et signe la mise à mort des infirmier·ère·s spécialisé·e·s. Nous pouvons prédire que peu d'étudiant·e·s se lanceront dans une formation en spécialisation pour le même salaire qu'un infirmier·ère non spécialisé·e.

Nous trouvons bon de rappeler également que des études internationales ont démontré le lien entre la formation des infirmier·ère·s et la qualité des soins voire la mortalité des patient·e·s (Sermeus et al. 2018 ; Aiken et al. 2002 ; Aiken et al. 2014 ; Blege, 2013 ; RN4CAST, 2013 ; KCE, 2019).

Finalement, cette pénurie probable des infirmier·ère·s spécialisé·e·s entraînera des difficultés voire une impossibilité de respecter les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé par l'INAMI (Arrêté Royal, 13/07/2006).

Nous pouvons imaginer que les ISPN souhaitant être dans un barème supérieur pourrait privilégier le travail en unité de soins intensifs. Cela représente un risque de pénurie plus important pour les autres secteurs dans lesquelles la place de l'ISPN doit être soutenue, renforcée et valorisée :

- 75 % au moins du personnel infirmier·ère et soignant·e travaillant dans le programme de soins, doivent être composés *d'infirmier·ère·s gradué·e·s spécialisé·e·s en pédiatrie, de bachelier·ère·s en soins infirmier·ère·s spécialisé·e·s en pédiatrie et néonatalogie.*
- Il faut qu'au moins un·e infirmier·ère faisant partie des 75 % d'infirmier·ère·s qualifié·e·s mentionné·es dans le paragraphe précédent, soit présent 24 heures sur 24. Cela renvoie à la nécessité d'une permanence d'ISPN dans les services accueillants des enfants.



Nous demandons donc sans plus attendre :

Au regard des réalités actuelles du paysage de santé belge, en vue d'éviter une pénurie d'infirmier.ère.s spécialisé-e-s en pédiatrie et néonatalogie et pour garantir aux enfants une qualité de soin maximale, l'AISPAN a formulé le souhait :

- de la valorisation de TOUS les infirmier.ère.s spécialisé-e-s en pédiatrie et néonatalogie dans un même barème unique. Ce barème devrait être au minimum basé sur la catégorie 15 et à terme être revu au niveau 16 si l'on considère le nombre d'années d'études des ISPN.
- d'une valorisation du rôle d'Infirmier en Chef d'un Programme de soins pour Enfants (ISPN) et qui est également infirmier en chef d'un service de maladies infantiles (index E) comme défini par arrêté royal (Arrêté Royal, 13/07/2006), Cette fonction à double casquette augmente les tâches et responsabilités de l'infirmier chef.
- de la création au sein de la nomenclature IF-IC de la fonction manquante d'ISPN dans un barème 15 ou 16 au vu des progrès de la médecine de l'enfant (soins palliatifs, oncologie pédiatrique, traitement et prise en charge des pathologies, ...) , de l'augmentation de la technicité (méthode de ventilation non invasive, test de dépistage, nouveaux cathéters centraux, ...) et de la mise en avant des aspects préventifs et extra-hospitaliers (équipe de liaison, éducation à la santé, soins et hospitalisation à domicile, ...) dans la prise en charge des enfants et de leur famille au sein des services hospitaliers et/ou extra-hospitaliers. L'AISPAN propose un descriptif de cette fonction détaillé ci-joint en annexe.

Nous vous saurons gré Mesdames et Messieurs, en vos titres et qualités respectifs de bien vouloir stopper ce projet de catégorisation arbitraire au plus vite. Nous nous tenons à votre entière disposition pour toute question ou précision que vous jugeriez utile.

Pour l'AISPAN,

Samuel MEERT	ISPN - IC NIC - CHU St. Pierre Bruxelles - Président AISPAN - Mandats CFAI-UGIB-CPN Acn-FNIB-GIFSIN
Nathalie RENKIN	ISPN - Cadre de Santé IC adjointe pédiatrie - CHU Liège - Présidente GIPPL
Jordaan POLLET	ISPN - Référent santé 'ONE - Master Sciences de la Santé Publique - Finalité Pratique Avancée en Sciences Infirmières – UCL - Mandat AISPAN-CPN Acn
Marie-Françoise MISEROTTI	ISPN - IC Programme de soins pour Enfants - CHBA Seraing - Master Sciences Sanitaires et Hospitalière-Finalité Nursing- Mandat GIPPL-AISPAN-CPN Acn-CFAI-ComAg TPP ISPN
Patricia MENTI	ISPN - Maître assistant ISPN- HELB Ilya Prigogine- Master en Sciences de la Santé publique – ULB - Mandats AISPAN-Acn-CPN Acn-FNIB-CTAI- ComAg TPP ISPN-UGIB-CMP Bruxelles/Brabant- CPPS AVIQ
Solange MARSIN	ISPN - Maître assistant ISPN- HEPL - Coordinatrice section de pédiatrie hôpital - CHR Citadelle Liège - Master en Sciences de la Santé Publique ULG – trésorière AISPAN



Micheline DESIRON	<i>ISPN - Mandats GIPPL-AISPAN-Acn-CPN Acn-ComAg TPP ISPN</i>
Shirley LARGEFEUILLE	<i>ISPN polyvalente CHU Liège- Master Sciences Santé Publique - Finalité Pratique Avancée en Sciences Infirmières - Secrétaire GIPPL</i>
Ludivine REMY	<i>ISPN- CHR Huy - Mandat GIPPL</i>
Françoise ANTOINE	<i>ISPN - infirmière prévention et contrôle des infections CHU St-Pierre - Licence en sciences hospitalière ULB – certificat en hygiène hospitalière</i>
Christiane RASPE	<i>ISPN - Retraitée IC NIC CHU St-Pierre Bruxelles - Mandat AISPAN</i>
Natasha ARROYO	<i>ISPN - Master Sciences de la Santé Publique - Finalité Pratique Avancée en Sciences Infirmières - UCL</i>
Marie FRIEDEL	<i>ISPN - Doctorat en Santé Publique - Maître de formation pratique - Haute école Léonard de Vinci</i>
Alexandra SCHREDER	<i>ISPN - IC adjointe oncologie pédiatrique - HUDERF</i>
Marine JACQUEMIN	<i>ISPN - IC pédiatrie - CHR Mons Hainaut Master en Sciences de la Santé Publique - Finalité Gestion des établissements et services de soins (ULB)</i>
Gwenaëlle BERCKMANS	<i>ISPN - IC pédiatrie - CHU St. Pierre Bruxelles</i>
Isabelle ASDIL	<i>ISPN - IC pédiatrie et urgence pédiatrique - Hôpitaux Iris Sud Bruxelles</i>

Contact :

Jordaan Pollet & Marie-Françoise Miserotti

bonjour.aispn@gmail.com

0472/40.35.61

10 couture du moulin 1480 Tubize.

Bibliographie :

Aiken L. , Clarke S., Sloane D., Sochalski J , Silber J. (2002) *Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job satisfaction*. JAMA, 288:1987-1993.

Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & McHugh, M. D. (2014). *Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study*. The Lancet, 383(9931), 1824-1830.

Arrêté ministériel (16/02/2012) fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art Infirmier.ère.s à porter le titre professionnel particulier d'Infirmier.ère.s spécialisé en pédiatrie et néonatalogie.

Arrêté royal (13/07/2006) 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, p.40903).

Blegen, M. A., Goode, C. J., Park, S. H., Vaughn, T., & Spetz, J. (2013). *Baccalaureate education in nursing and patient outcomes*. Journal of Nursing Administration, 43(2), 89-94.



Centre fédéral d'expertise des soins de santé (2019 - KCE) rapport 325B - DOTATION Infirmier.ère.s POUR DES SOINS (PLUS) SÛRS DANS LES HÔPITAUX AIGUS.

European Association of Children in Hospital, 1988) <https://each-for-sick-children.org/wp-content/uploads/2021/08/EACH-Charter-French-charte-enfant.pdf>

Hesbeen W. (2014), *la qualité du soin infirmier, penser et agir dans une perspective soignante*, 2eme édition, Elsevier-masson.

IF-IC (01/05/2022) barème <https://www.if-ic.org/src/Frontend/Files/userfiles/files/Bar%C3%A8mes%20cibles%20-%20Doelbarema's%20-%20index%2001-05-2022.pdf>

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

Sermeus W., Eeckloo K., Van der Auwera C., Van Hecke A. (2018) « *Future of Nursing: improving health, driving change* »: *Lessen uit de internationale literatuur en studiedagen 2017*», FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu, 26b.

Liste des abréviations (par ordre alphabétique)

Acn : Association belge des praticiens de l'art infirmier

AISPAN : Association des infirmiers spécialisés en pédiatrie et néonatalogie

CFAI : Conseil fédéral de l'art infirmier

CMP : Commission provinciale médicale

ComAg TPP ISPN : Commission d'agrément du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie

CPN Acn : Commission pédiatrie et néonatalogie de l'Acn

CPPS AVIQ : Commission promotion et prévention de la santé de l'Agence pour une vie de qualité

CTAI : Commission technique de l'art infirmier

FNIB : Fédération nationale des infirmières de Belgique

GIFSIN : Groupement des infirmières francophones en soins intensifs néonataux

GIPPL : Groupement des infirmiers pédiatriques de la province de Liège

HELB Ilya prigogine : Haute école libre de Bruxelles

IC : infirmière en chef

IF-IC : Institut de classification de fonctions

ISPN : Infirmier-ère Spécialisé-e en Pédiatrie et Néonatalogie

NIC : Néonatal Intensive Care

TPP : Titre Professionnel Particulier

UGIB : Union générale des infirmiers de Belgique

Annexe 1 : Communiqué de presse

Annexe 2 : AR 2006

Annexe 3 : Proposition AISPAN de nouvelle fonction IFIC - Infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie



L'Association des *Infirmier·ère·s Spécialisé·e·s en Pédiatrie et Néonatalogie* (AISPAN) a interpellé le Vice-Premier Ministre et Ministre de la Santé Franck Vandenbroucke et autres partenaires concernant le projet de catégorisation des *infirmier·ère·s spécialisé·e·s en pédiatrie et néonatalogie* (ISPAN) en fonction de leur domaine de travail.

Dans un courrier adressé ce 10 juillet à différents Ministres et partenaires, une vingtaine de signataires ont expliqué pourquoi il est dangereux de poursuivre dans la voie de la catégorisation et ce, en premier lieu pour le bien-être des enfants hospitalisés.

La classification de fonction IF-IC risque de donner lieu à une pénurie d'infirmier.ères spécialisé.es puisque les étudiants auront certainement tendance à délaisser la formation spécialisée puisqu'aucun avantage de salaire n'y sera plus lié. Cette pénurie entrainera donc une difficulté voire une impossibilité de respecter les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé par l'INAMI.

Nous demandons donc sans plus attendre :

Au regard des réalités actuelles du paysage de santé belge, en vue d'éviter une pénurie d'*infirmier.ère.s spécialisé·e·s en pédiatrie et néonatalogie* et pour garantir aux enfants une qualité de soin maximale, l'AISPAN a formulé le souhait :

- de la valorisation de TOUS les infirmier.ère.s spécialisé·e·s *en pédiatrie et néonatalogie* dans un même barème unique. Ce barème devrait être au minimum basé sur la catégorie 15 et à terme être revu au niveau 16 si l'on considère le nombre d'années d'études des ISPAN.
- d'une valorisation du rôle d'Infirmier en Chef d'un Programme de soins pour Enfants (ISPAN) et qui est également infirmier en chef d'un service de maladies infantiles (index E) comme défini par arrêté royal (Arrêté Royal, 13/07/2006), Cette fonction à double casquette augmente les tâches et responsabilités de l'infirmier chef.

L'association des infirmier·ère·s spécialisé·e·s en pédiatrie et néonatalogie ASBL BE0433.706.103

Contact : Jordaan Pollet & Marie-Françoise Miserotti bonjour.aispn@gmail.com -
0472/40.35.61 – 10 couture du moulin 1480 Tubize.

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

Cet arrêté est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2007, à l'exception des articles [5](#), [11.5°](#), [16](#) et [25. §1^{er}](#), qui entreront en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (voyez l'article [39](#) ci-dessous).

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 9 *quater*, inséré par l'arrêté royal du 25 avril 1997 et renuméroté par la loi du 25 janvier 1999, l'article 15, modifié par la loi du 29 avril 1996, l'article 17 *quater*, inséré par la loi du 29 décembre 1990 et modifié par la loi du 29 avril 1996, l'article 68 et l'article 69, alinéa 1^{er}, 1^o;

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux des 16 septembre 1966, 12 janvier 1970, 16 février 1971, 15 février 1974, 24 avril 1974, 23 mars 1977, 12 avril 1984, 25 juin 1985, 7 juillet 1986, 14 août 1987, 15 août 1987, 7 novembre 1988, 4 mars 1991, 17 octobre 1991, 12 octobre 1993, 21 février 1994, 20 avril 1994, 12 août 1994, 16 décembre 1994, 13 novembre 1995, 20 août 1996, 15 juillet 1997, 10 août 1998, 15 février 1999, 25 mars 1999, 29 avril 1999, 20 mars 2000, 19 février 2002, 16 avril 2002, 17 février 2005 et 10 novembre 2005;

Vu l'arrêté royal du 15 décembre 1978 portant fixation des normes particulières relatives aux (lire « fixant des normes spéciales pour les »)hôpitaux universitaires et aux services hospitaliers, modifié par l'arrêté royal du 25 février 2005 (lire « 17 février 2005 »);

Vu l'arrêté royal du 25 novembre 1997 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour »;

Vu l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » pour être agréée;

Vu l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 9 *ter* de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987 et indiquant les articles de la loi sur les hôpitaux applicables à ceux-ci, modifié par les arrêtés royaux des 16 juin 1999, 21 mars 2003 et 13 juillet 2006;

Vu les avis du Conseil national des Etablissements hospitaliers, section Programmation et Agrément, du 11 mars 2003 et 9 juin 2005;

Vu les avis de l'Inspection des Finances, donnés les 16 décembre 2005 et 14 juin 2006;

Vu l'avis n° 40.151/3 du Conseil d'Etat, donné le 25 avril 2006, en application de l'article 84, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons:

Chapitre premier
Dispositions générales

Art. 1^{er}.

Pour l'application du présent arrêté royal, il faut entendre par:

a) enfants: les mineurs qui n'ont pas atteint l'âge de 15 ans;

- b) naissances: tous les enfants nés vivants au cours d'une année déterminée dans l'établissement concerné;
- c) hospitalisation provisoire: une surveillance de plus de 4 heures dans des locaux adaptés comme définis dans la loi des hôpitaux mais qui ne permet pas la facturation d'un miniforfait, ni d'un maxiforfait, ni d'un forfait A, B, C ou D, 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;
- d) hospitalisation chirurgicale de jour: la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » au sens de l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » pour être agréée.

Art. 2.

Le programme de soins pour enfants doit offrir sur un site unique tant la possibilité de traitement en hospitalisation classique que celle en hospitalisation de jour et en hospitalisation provisoire. Des consultations ambulatoires de pédiatrie doivent aussi être organisées sur le site qui dispose d'un programme de soins pour enfants.

Art. 3.

§1^{er}. Le programme de soins pour enfants a comme groupe cible:

1° tous les enfants qui ont passé au moins une nuit à l'hôpital, hormis:

- a) les enfants séjournant dans un service K agréé;
- b) les enfants séjournant dans un service M agréé en raison d'une grossesse ou d'un accouchement;
- c) les nouveau-nés séjournant dans un service de néonatalogie intensive (index NIC);
- d) les nouveau-nés séjournant dans une fonction de soins néonataux locaux (fonction N*);

2° tous les enfants qui subissent une intervention permettant la facturation d'un miniforfait, d'un maxiforfait, d'un forfait A, B, C ou D, ou 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 (*et tous les enfants qui subissent une intervention, comme visé au point 6 (liste A) de l'annexe 3 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, modifié par l'arrêté royal du 22 février 2005 – AR du 28 mars 2007, art.1^{er} ;*

3° tous les enfants qui font l'objet d'une hospitalisation provisoire.

§2. Le programme de soins comporte un service de pédiatrie (index E) qui doit être présent sur le site visé.

Art. 4.

Pour être agréé, le programme de soins pour enfants doit satisfaire aux normes fixées dans le présent arrêté.

Art. 5.

§1^{er}. Afin de pouvoir offrir un programme de soins pour enfants, l'hôpital doit répondre aux conditions suivantes:

1° dans le cas où une maternité (index M) est exploitée sur le même site, le nombre de patients appartenant au groupe cible, admis dans le programme de soins pour enfants majoré du nombre de naissances doit être d'au moins 2000 par an;

2° dans le cas où aucune maternité (index M) n'est exploitée sur le même site, le nombre de patients appartenant au groupe cible, admis dans le programme de soins pour enfants doit s'élever à au moins 1500 par an.

§2. Il peut être dérogé au §1^{er} lorsque le programme de soins est exploité dans une commune d'au moins 20 000 habitants où le programme de soins similaire le plus proche se trouve à une distance d'au moins 15 kilomètres.

§3. Il peut être dérogé au §1^{er} lorsque le programme de soins est exploité dans une région où le programme de soins similaire le plus proche se trouve à une distance d'au moins 25 kilomètres.

§4. Il peut être dérogé au §1^{er} lorsque le programme de soins similaire le plus proche qui appartient à la même Communauté, se trouve à une distance d'au moins 50 kilomètres.

§5. Dans les cas visés aux §§2, 3 et 4, l'hôpital doit conclure une convention de collaboration avec l'hôpital le plus proche qui dispose d'un programme de soins pour enfant comme visé à l'article 5, §1^{er}. Cette convention doit porter au minimum sur une collaboration réelle dans la prise en charge des sous spécialités de la pédiatrie qui exigent du médecin spécialiste en pédiatrie une expérience particulière.

Elle contient au minimum, les procédures conjointes relatives à:

1° toutes les mesures d'organisation qui peuvent garantir la qualité et la continuité des soins médicaux, y compris dans une unité de soins intensifs;

2° la disponibilité d'une équipe de transport adaptée afin que les patients soient transférés à temps lorsqu'un transfert s'impose;

3° l'organisation d'activités de formation continue relatives au diagnostic et au traitement des pathologies reprises dans les sous spécialités de pédiatrie.

§6. Lorsque deux ou plusieurs hôpitaux exploitent chacun un programme de soins pour enfants sur des sites qui se trouvent distants de 5 km ou moins, ils peuvent organiser, conjointement et sur un seul site, le service de garde tel que visé à l'article 10, §1^{er}, 5°, de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles la fonction « soins d'urgence spécialisés » doit répondre pour être agréée, et ceci dans le cadre d'une convention de collaboration.

Art. 6.

Un hôpital peut exploiter un programme de soins sur plusieurs sites, pour autant que chaque site satisfasse à chaque disposition du présent arrêté.

Chapitre II Normes d'organisation

Art. 7.

Le programme de soins pour enfants fait partie, sur les plans organisationnel et architectural, d'un hôpital général.

Art. 8.

§1^{er}. Les enfants admis dans le programme de soins ne peuvent jamais être traités ou soignés simultanément au même endroit que des patients adultes.

§2. Les mineurs entre 15 et 18 ans souffrant d'une affection chronique doivent, en concertation avec le médecin-chef de service, avoir le choix d'être soignés dans une unité de soins pour adultes ou dans une unité de soins pour enfants.

Art. 9.

§1^{er}. L'organisation du quartier opératoire est telle que:

1° les patients conscients ne sont confrontés, ni de façon auditive ni de façon visuelle, à ce qui se passe dans les autres salles d'opération;

2° un des parents peut se trouver près de l'enfant lorsque celui-ci est conscient sauf contre-indication apportée par le médecin-chef de service, ou apportée par le médecin spécialiste en anesthésiologie-réanimation ou le médecin spécialiste en chirurgie qui est chargé du traitement de l'enfant;

3° un espace séparé pour les enfants est prévu dans la salle de réveil.

§2. L'organisation de l'espace pour les examens et le traitement est telle que:

1° les patients conscients ne sont confrontés, ni sur le plan auditif, ni sur le plan visuel, à ce qui se passe dans d'autres espaces d'examen et de traitement, à l'exception des chambres de l'unité de soins des maladies infantiles (index E);

2° un des parents peut rester près de l'enfant pendant l'examen ou le traitement.

Art. 10.

Il convient de conclure des accords écrits en ce qui concerne l'organisation, lesquels garantissent que le déroulement du programme de chirurgie de jour pour enfants admis en hospitalisation de jour d'un programme de soins pour enfants n'est en aucun cas subordonné au programme opératoire pour enfants admis en hospitalisation classique du programme de soins ni au programme opératoire pour adultes.

Chapitre III Infrastructure et équipement

Section première Normes architecturales

Art. 11.

Le programme de soins pour enfants dispose, au sein de l'hôpital dont il fait partie, d'une unité de soins, parfaitement adaptée aux besoins des enfants malades et qui comporte au moins les locaux suivants:

1° un nombre suffisant de chambres de patient avec au moins 15 lits pour soigner à tout moment tous les patients de ce programme de soins;

2° un nombre suffisant de chambres individuelles pour pouvoir hospitaliser à tout moment les patients pour lequel l'isolement est indiqué;

3° un local pour les praticiens infirmiers où ils peuvent organiser leurs activités spécifiques;

4° un local d'examen diagnostique et thérapeutique pour autant qu'il n'y en ait pas déjà un ailleurs dans l'hôpital;

5° un espace ludique et éducatif,

6° une cuisine;

7° une salle de séjour dans laquelle les parents peuvent se retirer pour autant qu'il n'y en ait pas déjà une ailleurs dans l'hôpital;

8° des sanitaires distincts pour les patients, le personnel et les visiteurs et une salle de douche pour les enfants hospitalisés et leur accompagnateur qui reste loger à la section.

Art. 12.

Les différents types de locaux pour enfants et parents doivent être accessibles aux utilisateurs d'un fauteuil roulant.

Art. 13.

Pour les enfants admis en hospitalisation classique, le séjour en chambre de patient est organisé de façon à ce que les enfants soient le plus possible groupés selon leur âge.

Art. 14.

Un nombre suffisant de locaux doivent être pourvus d'un petit bain pour bébé et d'un coussin à langer en vue des soins d'hygiène pour nourrissons.

Les parents doivent avoir la possibilité d'aider à soigner leur enfant dans la chambre où il est soigné.

Art. 15.

Dans chaque chambre, un parent doit pouvoir séjourner auprès de chaque enfant, aussi bien le jour que la nuit.

Art. 16.

L'espace de jeu est utilisé au moins durant les heures normales de travail. Il doit être équipé de mobilier, de jouets et d'autres équipements adaptés au groupe cible concerné. Cet espace doit avoir une superficie d'au moins 25 m².

Art. 17.

Le mobilier, le sol et les jouets doivent être désinfectables ou lavables et ils doivent être nettoyés selon une procédure fixée.

Section

Section 2 . - Normes relatives à l'équipement

Art. 18.

La taille, le nombre et le type d'aménagement, des équipements et du matériel sont adaptés au nombre et aux besoins spécifiques de tous les enfants.

Art. 19.

Les équipements suivants sont au moins présents:

- pompes à perfusion avec la possibilité de régler un volume maximum à perfuser;
- poussettes-seringues;
- monitoring cardio-respiratoire;
- saturomètre (avec capteur adapté);
- tensiomètre (avec manchette adaptée);
- matériel d'aspiration;
- appareil d'aérosol;
- matériel de réanimation pour enfants de tous les âges, y compris des directives en matière de réanimation;
- le matériel nécessaire pour l'administration et l'humification d'oxygène, adapté à l'âge et aux besoins de l'enfant.

Section 3

Autres prescriptions en matière d'hygiène et de sécurité

Art. 20.

Le séjour au sein du service doit être sûr pour chaque personne et en particulier pour les enfants.

Les mesures nécessaires sont prises pour que les patients ne puissent quitter l'unité sans que ceci soit justifié.

Dans tous les espaces accessibles aux enfants, les parents doivent pouvoir être présents auprès de leurs enfants et il y a lieu d'accorder une attention particulière à la prévention des accidents ou à la contagion.

Chapitre IV

La direction, le cadre médical et non médical exigé et l'expertise

Section première

La direction

Art. 21.

La responsabilité du programme de soins pour enfants incombe au chef de service médical et à l'infirmier en chef du programme de soins.

Section 2

La direction médicale

Art. 22.

§1^{er}. Le médecin-chef de service est un médecin spécialiste en pédiatrie attaché à temps plein à l'hôpital.

Il est responsable de l'organisation des aspects médicaux du programme de soins pour enfants.

§2. Plus particulièrement, il est responsable:

1° du bon fonctionnement et du niveau scientifique médical du programme de soins pour enfants. Ainsi, il veille à ce que:

- a) les enfants ne soient pas hospitalisés si le traitement qu'ils nécessitent peut être dispensé à domicile;
- b) un traitement optimal soit garanti aux enfants hospitalisés dans le cadre d'une durée de séjour la plus courte possible;

2° de l'élaboration et du suivi des procédures concernant:

- a) l'isolement des personnes qui représentent un danger particulier de contamination;
- b) la formation permanente des médecins liés au programme de soins pour enfants;
- c) toutes les autres dispositions d'organisation qui peuvent assurer la qualité et la continuité des soins médicaux également après le séjour à l'hôpital;

3° de la prise d'initiatives, en concertation avec la direction de l'hôpital, en vue de l'élaboration de propositions, de modalités complémentaires ou de modifications relatives aux conditions de transfert d'enfants vers un hôpital disposant d'une fonction agréée « soins intensifs » et leur renvoi au départ de cette fonction agréée.

Ces conditions sont également reprises dans l'accord de collaboration formel et écrit qui doit exister conjointement avec au moins une fonction soins intensifs agréée.

Section 3

La direction infirmière

Art. 23.

§1^{er}. L'infirmier en chef du programme de soins pour enfants est un infirmier gradué spécialisé en pédiatrie ou un bachelier en soins infirmiers spécialisé en pédiatrie qui est également infirmier en chef du service des maladies infantiles (index E).

§2. Par dérogation au §1^{er}, les praticiens infirmiers qui, à la date de publication du présent arrêté, travaillent effectivement comme infirmier en chef dans un service des maladies infantiles agréé (index E) depuis au moins cinq ans, entrent également en considération.

Art. 24.

§1^{er}. L'infirmier en chef est responsable des aspects infirmiers du programme de soins. Plus particulièrement, il est responsable:

1° du bon fonctionnement et du niveau scientifique des activités infirmières qui ont un rapport avec le programme de soins pour enfants. Par le biais d'informations, de coordinations et d'interventions spécifiques dans les domaines qui exercent directement une influence sur le bon fonctionnement du service, il veille, en concertation avec la direction médicale, à ce que le traitement et les soins optimaux soient garantis aux enfants hospitalisés dans les limites de la durée d'hospitalisation la plus courte possible;

2° de l'élaboration et du suivi de protocoles au sujet des:

- a) règles se rapportant aux heures de visite, étant bien entendu que, sauf contre-indication médicale, les heures de visite pour les parents de l'enfant ne peuvent être limitées;
- b) dispositions qui sont prises, en concertation avec le médecin traitant, pour réduire la douleur, les désagréments corporels et les tensions émotionnelles;
- 3° de l'organisation de l'enregistrement infirmier et du dossier infirmier individuel de chaque patient de ce programme de soins;
- 4° de l'organisation d'une présence permanente d'un infirmier pédiatrique dans le programme de soins pour enfants;
- 5° de l'organisation d'une concertation régulière et structurée entre les différents membres du personnel non médical travaillant dans le programme de soins pour enfants, compte tenu de la répartition des tâches.

Section 4

L'encadrement médical, l'expertise et la permanence

Art. 25.

§1^{er}. Le programme de soins pour enfants dispose d'une équipe médicale se composant au minimum de trois équivalents temps pleins de médecins spécialistes en pédiatrie, attachés à l'hôpital mais qui idéalement se répartissent sur cinq médecins spécialistes en pédiatrie.

§2. A partir de 2010, le programme de soins devra disposer de quatre équivalents temps plein de médecins spécialistes en pédiatrie.

Art. 26.

Un système de garde doit être opérant de sorte qu'il y ait, en fonction du niveau d'activité, une accessibilité à tout moment d'au moins un médecin spécialiste en pédiatrie. Dans un laps de temps le plus court possible après un appel, celui-ci doit être présent dans l'institution.

Art. 27.

Le nombre de médecins participant à la permanence médicale visée à l'article [26](#) doit être adapté à l'intensité de l'activité du programme de soins pour enfants.

Entrent en ligne de compte pour cette permanence adaptée, les médecins spécialistes en pédiatrie ainsi que les candidats médecins spécialistes en pédiatrie moyennant une supervision adaptée à leur niveau de formation et suivant des règles établies préalablement.

Section 5

L'encadrement en personnel non médical et l'expertise

Art. 28.

§1^{er}. Des infirmiers doivent être en nombre suffisant, leur nombre et leur qualification devant être adaptés en fonction de la nature et de l'ampleur des problèmes des patients.

§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 du présent arrêté au Moniteur belge.

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

Art. 29.

Chaque hôpital avec un programme de soins pour enfants doit toujours pouvoir faire appel à au moins un expert en matière d'alimentation.

Art. 30.

§1^{er}. En vue de l'organisation d'activités ludiques et de loisirs, le programme de soins pour enfants doit disposer de personnel d'aide à concurrence d'un demi équivalent temps plein si le nombre de lits (index E) dans l'unité de soins est inférieur à 30, ou à concurrence d'un équivalent temps plein, par tranche de 30 lits (index E) complète.

§2. Les membres du personnel d'aide doivent être titulaires d'un brevet ou d'un diplôme de l'enseignement secondaire.

§3. Les tâches de base des accompagnateurs des activités ludiques sont décrites comme suit:

- offrir une ambiance adaptée aux enfants;
- accueil et accompagnement des enfants lors de leur hospitalisation;
- jouer avec les enfants, aussi bien dans la salle de jeux que dans la chambre d'hospitalisation;
- travailler au développement créatif et social de l'enfant;
- observer le comportement de l'enfant et en faire un rapport;
- accompagnement pour les devoirs;
- apprentissage d'aptitudes fonctionnelles.

Art. 31.

Le soutien psycho-social est assuré par du personnel auxiliaire porteur d'au moins un diplôme de l'enseignement supérieur de type court (A1) ou un diplôme de bachelier à concurrence d'un demi équivalent temps plein si le nombre de lits (index E) dans l'unité de soins est inférieur à 30, ou à concurrence d'un équivalent temps plein, par tranche de 30 lits (index E) complète.

Chapitre V**Normes de qualité et normes afférentes au suivi de la qualité****Section première
Normes de qualité****Art. 32.**

§1^{er}. Tout hôpital disposant d'un programme de soins pour enfants doit utiliser un manuel pluridisciplinaire.

Il met notamment l'accent sur les directives et les procédures de prévention et de prise en charge de la douleur, en ce compris l'objectivation de la douleur à l'aide d'échelles de mesure spécialement développées à cet effet.

§2. Une copie du manuel pédiatrique pluridisciplinaire est transmise au collège de pédiatrie en même temps que le rapport rédigé en exécution de l'article 2 de l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux.

**Section 2
Suivi de la qualité****Art. 33.**

Le programme de soins pour enfants doit en outre collaborer à l'évaluation interne et externe de l'activité médicale, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 15 février 1999 relatif à l'évaluation qualitative de l'activité médicale dans les hôpitaux. A cet effet, il est créé un Collège de pédiatrie auquel, outre les missions indiquées à l'article 8 de l'arrêté précité du 15 février 1999, sont également dévolues les missions suivantes:

- 1° soutenir les hôpitaux, entre autres, en élaborant un modèle de la structure d'un manuel pluridisciplinaire pédiatrique et en établissant une liste d'ouvrages de référence;
- 2° faire une comparaison nationale des manuels appliqués et organiser des conférences de consensus;
- 3° émettre des recommandations en ce qui concerne les sous-spécialités de pédiatrie et le niveau minimal d'activités de celles-ci;
- 4° proposer un enregistrement uniforme du degré d'application des directives décrites dans le manuel pédiatrique pluridisciplinaire;
- 5° rédiger un rapport annuel d'activités comportant un certain nombre de points prioritaires et organiser un feed-back à l'intention des programmes de soins concernés.

Chapitre VI

Dispositions abrogatoires et modificatives

Art. 34.

Dans l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux des 16 septembre 1966, 12 janvier 1970, 16 février 1971, 15 février 1974, 24 avril 1974, 23 mars 1977, 12 avril 1984, 25 juin 1985, 7 juillet 1986, 14 août 1987, 15 août 1987, 7 novembre 1988, 4 mars 1991, 17 octobre 1991, 12 octobre 1993, 21 février 1994, 20 avril 1994, 12 août 1994, 16 décembre 1994, 13 novembre 1995, 20 août 1996, 15 juillet 1997, 10 août 1998, 15 février 1999, 25 mars 1999, 29 avril 1999, 20 mars 2000, 19 février 2002, 16 avril 2002, 17 février 2005 et 10 novembre 2005, sont apportées les modifications suivantes:

1° A l'article 3 *bis* sont apportées les modifications suivantes:

a) au §1^{er} les mots « un service des maladies infantiles (index E) » sont remplacés par les mots « un programme de soins pour enfants qui comporte un service des maladies infantiles (index E) »;

b) aux §§2 et 3 les mots « un service des maladies infantiles agréé (index E) » et les mots « un tel service » sont remplacés respectivement par les mots « un programme de soins pour enfants qui comporte un service des maladies infantiles (index E) » et les mots « un tel programme de soins »;

c) au §5 les mots « un service agréé des maladies infantiles (index E) » sont remplacés par les mots « un programme de soins pour enfants qui comporte un service des maladies infantiles (index E) »;

2° A l'annexe I « Normes générales applicables à tous les établissements », à la rubrique III « Normes d'organisation », les mots « disposant d'un service agréé des maladies infantiles (index E) » sont remplacés par les mots « disposant d'un programme de soins agréé pour enfants, dont fait partie un service agréé des maladies infantiles (index E) »;

3° A l'annexe « II. Aménagement et fonctionnement de chaque type de service », à la rubrique « Normes spéciales s'adressant aux services des maladies infantiles: Index E », les trois sous-rubriques « I. Normes architecturales », « II. Normes fonctionnelles » et « III. Normes d'organisation » sont remplacées par les mots « Un service des maladies infantiles (index E) ne peut être exploité que comme possibilité de traitement au sein d'un programme de soins agréé pour enfants, visé dans l'arrêté royal du 13 juillet 2006 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. »

Art. 35.

Dans l'arrêté royal du 15 décembre 1978 fixant des normes spéciales pour les hôpitaux et services universitaires, sont apportées les modifications suivantes:

1° L'article 1^{er}, premier alinéa, est remplacé comme suit: « Les hôpitaux et services universitaires index C, D et M doivent répondre aux normes spéciales respectivement fixées aux annexes 1^{ère}, 2 et 3 du présent arrêté. »;

2° A l'annexe 3, I, A, 7°, les mots « E ou » sont remplacés par les mots « programme de soins pour enfants »;

3° L'annexe 4 « Normes spéciales s'adressant aux services universitaires des maladies infantiles - index E » est supprimée.

Art. 36.

Dans l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » pour être agréée, il est inséré un chapitre IV *bis* comprenant les articles 15 *bis* à 15 *decies* et rédigé comme suit:

« CHAPITRE IV *bis* . - Normes visant à assurer une prise en charge adaptée des enfants

Art. 15 *bis* . Si l'hôpital général dont la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » fait partie conformément à l'article 1^{er}, §3, ou avec lequel la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » a un lien fonctionnel au sens de l'article 1^{er}, §4, ne dispose pas d'un programme de soins pour enfants agréé au sens de l'arrêté royal du 13 juillet 2006 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, la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » doit, pour être agréée, répondre en plus aux normes d'agrément fixées dans le présent chapitre.

Art. 15 *ter* . §1^{er}. L'organisation du quartier opératoire est telle que:

1° les patients conscients ne sont confrontés, ni de façon auditive ni de façon visuelle, à ce qui se passe dans les autres salles d'opération;

2° un des parents peut se trouver près de l'enfant lorsque celui-ci est conscient sauf contre-indication apportée par le médecin-chef de service, ou apportée par le médecin-spécialiste en anesthésiologie-réanimation ou le médecin spécialiste en chirurgie qui est chargé du traitement de l'enfant;

3° un espace séparé pour les enfants est prévu dans la salle de réveil.

§2. L'organisation de l'espace pour les examens et le traitement est telle que:

1° les patients conscients ne sont confrontés, ni sur le plan auditif, ni sur le plan visuel, à ce qui se passe dans d'autres espaces d'examen et de traitement, à l'exception des chambres de l'unité de soins des maladies infantiles (index E);

2° un des parents peut rester près de l'enfant pendant l'examen ou le traitement.

Art. 15 *quater* . La fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » doit disposer d'une salle d'attente adaptée aux enfants et séparée de la salle d'attente des adultes.

Art. 15 *quinquies* . La fonction doit disposer d'un environnement adapté, séparé des patients adultes, ainsi que de matériel adapté à la prise en charge des enfants.

Art. 15 *sexies* . Le séjour au sein du service doit être sûr pour chaque personne et en particulier pour les enfants.

Les mesures nécessaires doivent être prises pour que les patients ne puissent quitter la fonction sans que ceci soit justifié.

Art. 15 *septies* . Le médecin responsable de la fonction doit se concerter avec un pédiatre de l'hôpital pour fixer la procédure écrite et les critères de sélection visés aux articles 7 et 8.

En outre, ils veillent à l'élaboration et au suivi de procédures concernant les dispositions d'organisation qui peuvent assurer la qualité et la continuité des soins médicaux également après le séjour à l'hôpital.

Dans ce cadre, des directives et procédures de prévention et de prise en charge de la douleur seront rédigées.

Art. 15 *octies* . La fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » doit disposer d'un infirmier gradué spécialisé en pédiatrie, un bachelier en soins infirmiers spécialisé en pédiatrie ou des personnes qui peuvent prouver, à la date de publication de l'arrêté royal du 13 juillet 2006 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 au *Moniteur belge* , qu'ils travaillent ou ont travaillé pendant au minimum 5 ans dans un service agréé de maladies infantiles (index E).

Art. 15 *nonies* . Lorsque des enfants sont pris en charge, la fonction ne peut fonctionner que s'il y a un spécialiste en pédiatrie effectivement présent sur le site hospitalier.

Art. 15 *decies* . La fonction « hospitalisation chirurgicale de jour » doit conclure un accord de collaboration formel avec l'hôpital le plus proche qui dispose d'un programme de soins pour enfants. »

Art. 37.

Dans le même arrêté, il est inséré un article 18 *bis* , rédigé comme suit:

« Les articles 15 *bis* à 15 *decies* (soit, les articles 15 *bis* , 15 *ter* , 15 *quater* , 15 *quinquies* , 15 *sexies* , 15 *septies* , 15 *octies* , 15 *nonies* et 15 *decies*) entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2007, à l'exception de l'article 15 *quater* qui n'entre en vigueur que le 1^{er} janvier 2008. »

Chapitre VII Disposition transitoire

Art. 38.

Pour être agréé pour la première fois comme programme de soins pour enfants, il est tenu compte, en vue de l'application de l'article 5 du présent arrêté, des admissions d'enfants appartenant au groupe cible décrit à l'article [3. §1^{er}, 1^o](#) et [2^o](#) , au cours de la dernière année (2006) ou au cours des trois dernières années (2004, 2005 et 2006), auquel cas la moyenne annuelle de ces trois années est d'application.

Dans le cas où un même hôpital est exploité sur plusieurs sites, le nombre d'admissions et de naissances pour 2004 des sites distincts sont fixés sur base du nombre d'admissions et de naissances de l'ensemble de l'hôpital, conformément à une clé de répartition sur base de la moyenne des prorata du nombre d'admissions et de naissances de chaque site par rapport au nombre d'admissions et de naissances de l'ensemble de l'hôpital en 2005 et 2006.

Chapitre VIII Dispositions finales

Art. 39.

Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007, à l'exception des articles [5](#) , [11, 5^o](#) , et [16](#) et [25, §1^{er}](#) , qui n'entrent en vigueur que le 1^{er} janvier 2008; en ce qui concerne les articles [11, 5^o](#) , et [16](#) , date qui peut être reportée par l'autorité de la communauté concernée qui a l'agrément dans ses attributions pour les programmes de soins, en fonction d'un plan de travaux d'aménagement à soumettre par l'établissement.

Art. 40.

Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 13 juillet 2006.

ALBERT

Par le Roi:

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

R. DEMOTTE

Infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie

(H/F/X)



15

16

Objectif général:	Dispenser des soins globaux et spécifiques (infirmiers et psychosociaux) à un nouveau-né, un nourrisson, un enfant, un adolescent ou un jeune adulte en situation chronique ou aiguë ; accompagner les parents dans les soins afin de maintenir, d'améliorer ou de rétablir la santé et le bien-être du nouveau-né, du nourrisson, de l'enfant, de l'adolescent ou du jeune adulte ; promouvoir l'autonomie et la relation entre le nouveau-né, le nourrisson, l'enfant, l'adolescent ou le jeune adulte et les parents ; soutenir, informer et accompagner les étudiants et les infirmiers non spécialisés dans ce domaine de référence ; tout en respectant les consignes de sécurité et de qualité de l'institution.
--------------------------	---

N.B. : Dans le document les termes :

- **"enfant"** comprend le prématuré, le nouveau-né, le nourrisson, l'enfant, l'adolescent et le jeune adulte.
- **"médecin"**, par lequel on entend médecin spécialiste en néonatalogie (néonatalogue), pédiatrie (pédiatre), chirurgien, anesthésiste ...
- **"parent"** inclut la-es personne-s responsable-s légalement de l'enfant en fonction de l'organisation de la cellule familiale incluant la fratrie et les différentes formes de parentalité.

Les listes sont non exhaustives et détaillées par ordre alphabétique.

ACTIVITES

- Exécuter des tâches infirmières/soignantes, administrer des traitements et assister le médecin lors d'actes spécifiques techniques conformément aux procédures

TACHES

- Accompagne le médecin lors du tour de salle et contacte les personnes concernées en cas de questions;
- Assiste le médecin pour la réalisation de certains actes techniques spécifiques (ex. ponction lombaire, ponction de moëlle, mise en place de voie centrale, ...) avec application autonome de prévention de la douleur et d'accompagnement de "l'enfant" par des techniques spécifiques pédiatriques non médicamenteuses en adéquation avec l'âge et le développement de l'enfant;
- Assure les soins corporels du nouveau-né au jeune adulte à l'autonomie perturbée et dont les parents sont absents ou ont besoin d'assistance et ce en utilisant à cet effet les produits et techniques adaptés;
- Assure, en l'absence de l'infirmier en chef, le bon fonctionnement de l'unité (ex. traitement commandé en fonction des nouvelles prescriptions médicales, préparation des papiers de sortie, résolution de dysfonctionnements divers, gestion des difficultés de l'équipe ...);
- Délègue dans les limites légales, les actes techniques infirmiers aux aides-soignants et en assure le suivi;
- Détecte des changements éventuels chez "l'enfant" et anticipe les situations de crise;
- Effectue la toilette de présentation de "l'enfant" lors du décès selon les procédures internes et les usages culturels, religieux et spirituels;
- Effectue les prélèvements sanguins nécessaires selon les techniques adaptés à l'enfant et prévention de la douleur, les envoie au laboratoire et, après réception des résultats par le médecin, attend son accord pour démarrer le traitement prescrit;
- Encadre "l'enfant" et les parents en veillant au contrôle de la douleur, des symptômes et au confort général, et ce, à l'aide d'échelles d'évaluation adaptées à l'âge de "l'enfant". Préviend la douleur chronique, aiguë ou liée à un acte invasif de "l'enfant" par l'utilisation de M.E.O.P.A.^[1], de pompe à Morphine "PCA", suit une procédure rigoureuse afin de garantir la sécurité de "l'enfant", et assure sa surveillance de manière stricte au moyen des diverses technologies mis à sa disposition (monitoring, ...);
- Encadre les "enfants" et les parents, lors des transferts depuis ou vers d'autres services ou institutions, ou pendant les examens médicotéchniques (ex. IRM, scanner, ...), veille au contrôle de la douleur et des symptômes et au confort général du patient et ce, à l'aide d'échelles d'évaluation de la douleur adaptées à l'âge de "l'enfant";
- Évalue et surveille de façon permanente le comportement, les paramètres vitaux et physiques de "l'enfant" et met en place les ajustements nécessaires selon les prestations techniques de soins infirmiers ou selon les prescriptions du médecin, les appareils médicaux (monitorings) sur base de l'évolution de ces paramètres;
- Exécute des actes techniques infirmiers selon ou sans prescription médicale, ainsi que des actes médicaux confiés par un médecin en les adaptant à l'âge et au développement de l'enfant et de son entourage;
- Gère l'accompagnement familial lors de soins et plus spécifiquement lors des soins palliatifs;
- Manipule et administre du sang, des dérivés sanguins, des cytostatiques;
- Manipule des appareils de ventilation non invasive de haute technicité (lunette à haut débit, ventilation en pression positive continue,...),
- Observe, identifie et contrôle l'état de santé des "enfants"; détecte d'éventuels changements, anticipe les situations de crise et, en cas d'urgence, prend de sa propre initiative les mesures nécessaires dans l'attente du médecin (ex. pathologie respiratoire en observant des signes de détresse comme un tirage, dyspnée, cyanose, ...);
- Pose des actes techniques spécifiques dans les interventions particulières (ex. ballonner, massage cardiaque) réservés aux porteurs d'un titre professionnel particulier et effectue les actes médicaux confiés par le médecin^[2];
- Prépare, contrôle la médication, la dose et la voie d'administration du traitement de manière autonome selon la prescription médicale ; vérifie le traitement, en tenant compte de l'âge, des appareillages spécifiques et du poids de "l'enfant", prépare "l'enfant", administre le traitement et assure le suivi de ses effets;

- Prépare "l'enfant" avant les interventions chirurgicales (ex. jeûn, préparation psychique, hygiène corporelle, ...);
 - Prévoit des aliments adaptés aux enfants hospitalisés en fonction de leur âge, de leur pathologie et de leur développement psychomoteur ; et aide les patients à manger et à boire et/ou administre les aliments en l'absence des parents;
 - Réalise des soins de plaies de simples à complexes et réfectionne des pansements de plaies et/ou d'appareillages en adéquation avec le matériel spécifique et l'âge de l'enfant ;
 - Utilise des moyens non-médicamenteux de distraction et de gestion de la douleur afin de minimiser la douleur des soins invasifs ou liés à la pathologie (objets ludiques, musique, aromathérapie, ...);
 - Veille à l'autonomie, à la sécurité, et au confort général de "l'enfant" en adaptant autant que possible les facteurs d'environnement et sa manière d'agir personnelle (lumière, bruit, ...).
- Participer à la continuité et à la qualité des soins
- Assure la continuité et la coordination de la prise en charge globale de « l'enfant » grâce à une collaboration pluridisciplinaire (kinésithérapeute, assistant social, psychologue, diététicien, animateur, ...);
 - Assure la liaison avec une autre institution de soins en cas de transfert hospitalier ou extrahospitalier;
 - Contacte et communique avec des organisations externes afin d'assurer le suivi de « l'enfant » et/ou de sa famille au domicile (service de soins à domicile, maison médicale, ONE, crèche, SAJ/SPJ, école,...);
 - Échange quotidiennement avec le médecin responsable de « l'enfant », et participe au processus de réflexion et de décision pour respecter la qualité de vie de « l'enfant » et l'éthique;
 - Effectue des transmissions ciblées adaptées au développement de l'enfant;
 - Établit un plan de soin individuel à chaque « enfant » sur base d'une anamnèse infirmière détaillée et spécifique à chaque tranche d'âge;
 - Organise et participe à la remise de service infirmier entre les différentes équipes où l'information nécessaire sur les patients est transmise afin d'assurer la qualité et la continuité des soins;
 - Organise et planifie les soins (nursing global) en tenant compte des priorités des besoins fondamentaux de "l'enfant"^[3], adapte la réalisation d'actes techniques infirmiers et la préparation et l'administration de médication à la phase de développement et l'état physique de "l'enfant" ; adapte, si possible, le moment, l'ordre et la réalisation de tâches à la disponibilité des parents et de "l'enfant" (repas, siestes, passage des kinés, psychologues, enseignants,...);
 - Organise et participe aux différents groupes de travail multidisciplinaires dans lesquels des problématiques spécifiques sont discutées;
 - Partage avec les collègues, l'expérience en matière de soins et les connaissances des pathologies générales ainsi que celles spécifiques à chaque tranche d'âge de « l'enfant »;
 - Participe à des réunions multidisciplinaires et applique les décisions prises;
 - Réalise des procédures et des instructions de travail afin de mesurer et de promouvoir la qualité et la continuité des soins;
 - Respecte et fait respecter la Convention Internationale des Droits de l'Enfant^[4] et la Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé^[5],
 - Vérifie le fonctionnement correct des équipements techniques spécifiques au sein de l'unité (tire-lait, tensiomètre électrique, saturomètre, monitorings, lampes de photothérapie, ...).
- Informer, soutenir sur le plan psychosocial et accompagner sur le plan pédagogique les patients et leurs parents
- Accompagne « l'enfant » et ses parents (sans oublier la fratrie, les beaux-parents, les grands-parents...) face aux modifications de rythme de vie et à la manifestations / expressions d'émotions difficiles (annonce d'un diagnostic, placement judiciaire consenti ou non, prolongation d'hospitalisation, ...);
 - Accompagne la maman allaitante d'un nourrisson hospitalisé (Hôpital Ami des bébés^[6]);
 - Assure le lien pour la familiarisation/adaptation avec un nouvel environnement de vie lorsqu'un "enfant" part de l'unité vers une nouvelle institution de placement ou une famille d'accueil;
 - Communique, par un transfert de compétences, un savoir, un savoir-être et un savoir-faire par le biais de l'éducation pour la santé afin de les armer en vue du retour à domicile;
 - Dépiste tout dysfonctionnement familial et en réfère à l'équipe pluridisciplinaire;
 - Donne des explications au sujet des soins à "l'enfant" en fonction de sa compréhension et les effectue avec les parents (ex. soins de bouche, soins post- opératoires, ...);
 - Donne des explications à "l'enfant" et à ses parents concernant l'état de santé, et tient les parents régulièrement informés si nécessaire (ex. : par téléphone);
 - Donne des explications spécifiques au sujet des soins au nouveau-né et les effectue avec les parents (ex. explication à la maman sur l'utilisation d'un tire-lait et l'administration au nouveau-né sans biberon^[7], massage du nouveau-né, ...);
 - Écoute les préoccupations, émotions de "l'enfant" et de ses parents, et les rassure concernant la souffrance physique, psychique, relationnelle et spirituelle, annonce d'un nouveau diagnostic difficile, la fin de vie et la mort, répond à leurs questions et les renvoie éventuellement vers d'autres experts de l'institution;
 - Écoute leurs difficultés et les convainc de l'importance des soins;
 - Encadre et soutient les patients et leurs parents dans les moments difficiles ou d'émotion (comme lors de la réalisation d'actes spécifiques techniques, douleur forte, soins palliatif, décès);
 - Encadre le patient et sa famille afin d'assurer autant que possible la continuité de sa vie sociale et quotidienne (ex. respect des rythmes journaliers, maintien des activités sociales, ...) et intervient lorsque c'est nécessaire (ex. réticences à se lever, à manger);
 - Forme les parents à certains savoirs/techniques spécifiques dans leur rôle d'aidant proche, et évalue les connaissances acquises le cas échéant par l'utilisation de programmes d'autonomie structurés (ex. administration de médicament par aérosol-doseur avec ou sans chambre d'inhalation, préparation de biberon, administration intraréctale de Valium®, administration d'alimentation entérale via une sonde naso-gastrique ...);

- Informe "l'enfant" et ses parents sur le déroulement des traitements ou des examens médico-techniques afin d'obtenir leur coopération ou d'effectuer les examens ou traitements de manière optimale et les prépare lors de la réalisation de ceux-ci;
 - Participe à l'éducation de "l'enfant" sans aller à l'encontre du mode éducatif familial (mais en les incluant), en respectant les convictions religieuses ou philosophiques des parents;
 - Participe aux programmes d'éducation pour la santé en éduquant "l'enfant" aux soins et aux différents actes de la vie quotidienne en fonction de son âge;
 - Pourvoit au bien-être physique, social, familial et psychologique de "l'enfant";
 - Prend en charge et accompagne l'enfant en détresse psychologique et maintien du lien avec la famille par des appels téléphoniques par exemple;
 - Prend, en situation de crise psychique et dans l'attente du médecin, des initiatives pour la stabilisation du patient dans le respect des procédures et des protocoles en vigueur;
 - Promeut la relation entre les parents et leur enfant du nouveau-né au jeune adulte, et encourage, maintient le contact physique entre eux (ex. nouveau-né pour favoriser le lien d'attachement, chez l'adolescent où la relation est souvent rompue avec le parent dans les situations de détresse psychiques, ...);
 - Reste à disposition pour la famille/les proches en état avancé de stress;
 - Tient compte des signes non-verbaux de l'enfant et adapte, si possible, les facteurs d'environnement dans l'environnement de l'enfant.
- Effectuer des tâches administratives liées aux patients
- Constitue un dossier pour « l'enfant » ou complète le dossier existant : enregistre les données des patients, les examens effectués, les actes infirmiers et la médication administrée;
 - Indique les paramètres en ce compris l'évaluation de la douleur et les observations dans le dossier de « l'enfant »;
 - Remplit divers formulaires et documents (ex. ceux en rapport avec l'admission et la sortie, les examens médicaux) nécessaire à l'enfant et à la réalisation de soins de qualité;
 - Remplit les « check listes » de vérifications des transfusions ou médicaments (en ce compris les cytostatiques) ainsi que leurs traçabilités;
 - Enregistre les données des patients et les soins infirmiers dispensés (notamment Di-RHM);
 - Fait rapport, aussi bien oralement que par écrit, au sujet de l'état de santé de « l'enfant » et participa aux réunions multidisciplinaires en lien avec l'enfant et sa santé;
 - Signale tout événement indésirable lié à la prise en charge de "l'enfant";
 - Tient à jour le dossier infirmier de « l'enfant ».
- Autres activités
- Accompagne, guide, supervise les infirmiers responsables en soins généraux et brevetées, les aides-soignants et les puéricultrices^[9] afin d'assurer et de promouvoir des soins de haute qualité adaptés aux enfants et aux familles;
 - Assure la continuité des soins et la polyvalence dans l'organisation des tâches;
 - Collabore aux projets institutionnels et s'investit dans les groupes de travail pédiatriques intra et extrahospitalier permettant une prise en soin de qualité;
 - Elimine le matériel médical (déchets médicaux à haut risque) selon les protocoles de l'institution et le place dans l'endroit prévu;
 - Est un acteur majeur et un expert qualifié, tant pour la prévention et l'évaluation des facteurs de risques que pour les soins de haute technicité dans des situations de grande vulnérabilité ou lors du suivi global et coordonné des "enfants". Pour rappel, des études internationales ont démontré le lien entre la formation des infirmiers et la qualité des soins voire la mortalité des patients.^{[9] [10] [11] [12]}
 - Est polyvalente dans tous les secteurs dédiés à "l'enfant" au sein de l'institution hospitalière (NIC, N*, urgences, hôpital de jour), mais aussi pour aider en cas de prise en charge d'un enfant en polyclinique, au laboratoire ou en médico-technique (ex. médecine nucléaire, ...);
 - Est une référence en matière de prise en charge de la douleur de "l'enfant" (prévention, évaluation et gestion), d'information préopératoire antérieure à l'hospitalisation, d'information et de préparation aux soins, de prise en charge du bien-être corporel (aromathérapie, massage, ...) en adéquation avec l'âge et le développement de l'enfant;
 - Partage l'expérience d'infirmier spécialisé en pédiatrie avec les infirmiers non-spécialisés et les étudiants;
 - Participe à l'amélioration de la qualité des soins et à l'humanisation de la prise en charge de "l'enfant";
 - Participe au rayonnement et à l'amélioration de son service intra et extra-muros;
 - Participe quotidiennement à la formation spécifique (du nouveau-né au jeune adulte) des étudiants (supervision par un maître de formation pratique seulement 1 à 2 jours sur 2 à 3 semaines de stage);
 - Respecte et fait respecter la Convention Internationale des Droits de l'Enfant^[13] et la Charte Européenne des Droits de l'Enfant Hospitalisé^[14] et la législation spécifique;
 - Respecte la philosophie institutionnelle détaillée dans le « Manuel Pluridisciplinaire Pédiatrique »;
 - Veille au fonctionnement correct et à l'actualisation/ au remplacement des équipements techniques au sein de son service.

CRITERES

- Connaissance et savoir-être
 - A réalisé une formation spécifique en pédiatrie et néonatalogie et a obtenu un diplôme d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie;
 - A obtenu la reconnaissance de son titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie et le maintien de celui-ci par une formation continue conforme à la législation en cours;
 - A une connaissance approfondie théorique des spécificités sociales, familiales et légales et des pathologies médicales, chirurgicales et psychiques du nouveau-né, du nourrisson, de l'enfant, de l'adolescent et du jeune adulte;
 - A une connaissance approfondie théorique et pratique des techniques infirmières et de prévention, requises pour la prise en charge du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent ou de jeune adulte ; et des procédures spécifiques en matière d'isolement et d'asepsie. Tout ceci basé sur l'Evidence Based Nursing et la recherche en soins infirmiers;
 - Formation conforme aux exigences légales d'application pour l'exercice de la fonction;
 - Possède une connaissance théorique et pratique des pathologies pédiatriques, des traitements spécifiques, des procédures d'administrations et des effets secondaires;
 - Possède une connaissance pratique des techniques infirmières ou de prévention requises pour la prise en charge des "enfants" et des procédures spécifiques en matière d'isolement et d'asepsie;
 - Possède une connaissance pratique du matériel de haute technicité médical;
 - Sait travailler avec les outils informatiques spécifiques;
 - Suit une formation continue répondant aux exigences légales d'application pour le maintien de son titre particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie.

- Gestion d'équipe
 - Gestion d'équipe non-hiérarchique : participe à l'exécution du traitement médical en procurant et en déléguant, dans le cadre légal, des soins infirmiers ainsi qu'en établissant et en exécutant le plan de soins; participe à la coordination et coopération de l'équipe pluridisciplinaire;
 - Gestion d'équipe hiérarchique : possède des aptitudes théoriques, pratiques et sociales nécessaires pour encadrer les étudiants;
 - Possède des aptitudes en planification et en organisation des soins.

- Communication
 - Assure des contacts avec des organisations externes afin d'organiser le suivi des parents et de "l'enfant" à domicile;
 - Assure, en l'absence de l'Infirmier en Chef, les contacts avec les médecins et discute avec eux des problèmes éventuels de "l'enfant";
 - Conseille les collègues non spécialisés lors de problèmes rencontrés pendant l'exécution de leurs tâches et qui ont un rapport avec son domaine spécialisé de pédiatrie et néonatalogie;
 - Discute avec « l'enfant » et ses parents en adaptant son langage et son approche à ceux-ci et à leur développement, les soutient au point de vue psychosocial et leur procure ainsi qu'à leurs parents des informations concernant leur état de santé;
 - Donne des explications à « l'enfant » et à ses parents au sujet des traitements et interventions planifiés et adapte le cas échéant la formulation à l'âge des patients;
 - Explique les procédures et protocoles à ses collègues non spécialisés et les sensibilise à les appliquer;
 - Possède des aptitudes pour écouter et rapporter;
 - Rapporte au médecin l'état de santé de "l'enfant" et le degré d'urgence;
 - Soutient "l'enfant" au point de vue psychosocial, social, familial et lui procure ainsi qu'à ses parents des informations concernant leur état de santé;
 - Soutient les parents lors de dilemmes éthiques;
 - Soutient, informe, éduque et conseille les parents au sujet des soins.

- Résolution de problèmes
 - Adapte la réalisation d'actes techniques infirmiers et la préparation de médication à la phase de développement et l'état physique du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent ou de jeune adulte;
 - Adapte, en l'absence de l'infirmier en chef, le planning du travail de l'unité aux besoins du moment;
 - Adapte, en l'absence de l'Infirmier en Chef, les contacts avec les médecins et discute avec eux des problèmes éventuels du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent ou de jeune adulte ; et de leurs familles;
 - Adapte, si possible, le moment, l'ordre et la réalisation de tâches à la disponibilité et au rythme des parents et de « l'enfant »;
 - Contacte le responsable hiérarchique en cas d'anomalies ou de problèmes pratiques;
 - Développe des procédures et des protocoles en vue de promouvoir la qualité des soins en pédiatrie en adéquation avec la recherche infirmière et l'Evidence Based Nursing.;
 - Prépare et dispense des soins adaptés à « l'enfant » afin de garantir le déroulement optimal du traitement/de l'examen et fait appel à leurs parents, le cas échéant ;
 - Evalue la gravité de la situation en s'informant auprès des différents intervenants et en informe le médecin sur base des constatations;
 - Fait appel à des spécialistes ou au responsable hiérarchique en cas de problèmes spécifiques ou complexes liées du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent ou de jeune adulte;
 - Interprète et analyse les paramètres spécifiques à « l'enfant » et prend les mesures nécessaires pour stabiliser les situations de crise dans l'attente du médecin;
 - Observe « l'enfant », identifie les effets secondaires et prend les mesures nécessaires dans l'attente du médecin;
 - Se concerta avec le médecin au sujet de problèmes rencontrés pendant l'exécution d'examen ou de traitements;
 - Tient compte les signes non-verbaux de « l'enfant » et adapte, si possible, les facteurs d'environnement dans l'environnement.

- Responsabilité
 - Administre la thérapie et les soins de manière autonome selon la prescription et les procédures;
 - Assiste le médecin lors de l'exécution d'actes spécifiques techniques;
 - Assiste le médecin lors de l'exécution des actes médicaux et exerce certains actes médicaux confiés de façon autonome;
 - Assure la surveillance continue des traitements et des paramètres de « l'enfant » et intervient en cas d'urgence dans l'attente du médecin;
 - Concerte avec les collègues, le responsable hiérarchique, le médecin et d'autres prestataires de soins au sujet de l'état de santé des patients et des traitements à effectuer;
 - Discute de l'état de santé de "l'enfant" et du traitement à effectuer avec le médecin;
 - Est discret avec les informations confidentielles et respecte le secret professionnel;
 - Est un acteur majeur et un expert qualifié, tant pour la prévention et l'évaluation des facteurs de risques que pour les soins de haute technicité dans des situations de grande vulnérabilité ou lors du suivi global et coordonné des enfants et des adolescents;
 - Évalue l'état de santé du patient, maintient la stabilité de celui-ci et informe le médecin rapidement et correctement;
 - Forme les parents des nouveau-nés à certains savoirs/techniques spécifiques et vérifie le cas échéant leur maîtrise de ces savoirs/techniques;
 - Gère l'unité et les problématiques liées à celle-ci en l'absence de l'infirmier en chef;
 - Intervient en cas d'urgence dans le respect des procédures et des protocoles en vigueur ou dans l'attente du médecin ;
 - Participe à l'exécution du traitement médical en procurant et en déléguant, dans le cadre légal, des soins infirmiers ainsi qu'en établissant et en exécutant le plan de soins. (ex : prise de sang fait sous MEOPA avec la participation d'une éducatrice pour la distraction et une puéricultrice pour maintenir l'enfant, ...);
 - Prend, en situations de crise et dans l'attente du médecin, des initiatives pour la stabilisation de « l'enfant » et de sa santé;
 - Respecte la philosophie institutionnelle détaillée dans le « Manuel Pluridisciplinaire Pédiatrique » et la législation;
 - Se concerta avec les collègues, le responsable hiérarchique, le médecin et d'autres prestataires de soins au sujet de l'état de santé du nouveau-né, de l'enfant, de l'adolescent ou de jeune adulte ; et des traitements à effectuer;
 - Surveille les paramètres et évalue l'état de santé de "l'enfant" et en informe le médecin.

- Facteurs d'environnement
 - Charge émotionnelle importante et quotidienne avec enfant/parents en souffrance;
 - Contact direct quotidien avec la saleté, les mauvaises odeurs, la poussière ou les liquides biologiques de "l'enfant";
 - Contact limité avec des gazs, fumées ou substances irritantes;
 - Contact personnel quotidien avec la maladie, la souffrance ou la mort;
 - Contact régulier avec des maladies contagieuses;
 - Contact régulier avec des personnes verbalement ou physiquement agressives (ex. parents anxieux, parents toxicomanes, enfant en crise clastique, ...);
 - De lourdes charges doivent être quotidiennement déplacées;
 - Le travail sur écran (< 80 %) est une exigence de la fonction;
 - Les activités exigent de faire appel quotidiennement à la force ou de travailler dans une position inconfortable et/ou en position debout prolongée;
 - Manipulation de produits cytostatiques et de substances dangereuses, nocives et de produits inflammables;
 - Présence limitée de bruit (< 60dB);
 - Risque de radiation (ex; radiographie au chevet de "l'enfant").

- Période de familiarisation
 - A déterminer.

[1] Mélange Equimolaire d'Oxygène et de Protoxyde d'Azote.

[2] 27 SEPTEMBRE 2015. — Arrêté royal portant modification de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

[3] Depuis 1947, les besoins fondamentaux (14) représentent un modèle conceptuel en sciences humaines et notamment en soins infirmiers, selon Virginia Henderson.

[4] 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.

[5] CIDE ou Convention relative aux Droits de l'Enfant, est un traité international adopté par l'Assemblée Générale des Nations Unies, le 20 novembre 1989.

[6] Label pour le Département Mère-Enfant. L'OMS et l'UNICEF ont lancé en 1991 « l'Initiative Hôpital Ami des Bébé » afin d'assurer à chaque bébé et à sa mère le meilleur capital de santé et de bien-être possible.

[7] Administration de lait maternel tiré en cas de souci chez la maman et/ou le nourrisson par seringue, cuillère et ou dispositif d'aide à la lactation (DAL).

[8] Conformément à l'A.R. du 12/01/2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par les aides-soignantes et les conditions dans lesquelles ces actes peuvent être posés.

[9] Aiken L. , Clarke S., Sloane D., Sochalski J , Silber J. (2002) Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job satisfaction. JAMA, 288:1987-1993.

[10] Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & McHugh, M. D. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. The Lancet, 383(9931), 1824-1830.

[11] Blegen, M. A., Goode, C. J., Park, S. H., Vaughn, T., & Spetz, J. (2013). Baccalaureate education in nursing and patient outcomes. Journal of Nursing Administration, 43(2), 89-94.

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

[13] CIDE ou Convention relative aux Droits de l'Enfant, est un traité international adopté par l'Assemblée Générale des Nations Unies, le 20 novembre 1989.

[14] Cette « Charte » a été préparée par plusieurs associations européennes à Leiden en 1988. Elle résume et réaffirme les droits des enfants hospitalisés (Développé avec WiseDyn par Olsys, 134 rue Font-Caude, 34080 MONTPELLIER - apache.asso@apache-france.org).