

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE L'ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 1 avril 1991

Administration des établissements
de soins

CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS
HOSPITALIERS.

Section "Programmation et Agrément"

N/réf. : C.N.E.H./D/36-5

AVIS CONCERNANT LA PEDIATRIE.

INTRODUCTION

Suite à la demande du Ministre des Affaires sociales, formulée dans sa lettre du 28 mars 1990, le Conseil national des établissements hospitaliers a émis le 14 mars 1991 l'avis ci-dessous concernant l'organisation et le fonctionnement du service de pédiatrie dans le cadre d'un hôpital général.

En vue de la formulation de l'avis, le Conseil s'est prononcé préalablement le 18 octobre 1990 sur les principes devant présider à une politique coordonnée et structurelle en matière d'hospitalisation d'enfants.

Pour une meilleure compréhension des propositions contenues dans le présent avis, le Conseil estime que les "Considérations du Conseil national des établissements hospitaliers au sujet de l'hospitalisation d'enfants" doivent être considérés comme un addendum.

I. DISPOSITIONS GENERALES.

Art. 1. Les dispositions qui suivent ne concernent que l'hospitalisation des enfants âgés de 0 à 15 ans. Les services doivent répondre aux normes dans un délai de 5 ans.

Art. 2. A l'exception des enfants dont la pathologie impose des contraintes thérapeutiques spécifiques lourdes (par exemple les soins intensifs, l'unité stérile, l'unité des brûlés.....), tout enfant malade doit être hospitalisé dans une chambre adaptée pour permettre une surveillance adéquate, l'accueil et le séjour éventuels des parents et où un traitement et des soins appropriés à son âge peuvent lui être dispensés par une équipe multidisciplinaire.

Art. 3. Les lits repris sous l'indice "E" sont exclusivement réservés à l'hospitalisation des enfants malades, que leur problème relève de la pathologie interne ou chirurgicale. Pour les hôpitaux disposant d'un service E et en dehors de contraintes thérapeutiques spécifiques, tous les enfants hospitalisés doivent séjourner dans des lits "E".

Art. 4. Au moins un spécialiste en Pédiatrie doit être attaché à tout hôpital ou groupement d'hôpitaux qui hospitalise des enfants. Un pédiatre doit être callable 24 Hrs sur 24, notamment au bénéfice des enfants devant être hospitalisés d'urgence.

Art. 5. § 1er Les lits "E" sont rassemblés en une unité distincte de 15 lits au moins, adaptée à l'accueil, aux soins

et à la surveillance des enfants malades, ainsi qu'au séjour des parents qui le souhaitent.

§ 2. Au sein de chaque unité, les enfants doivent être regroupés autant que possible selon l'âge.

Art. 6. Les services "E" doivent répondre aux critères quantitatifs d'activité suivants :

- a) Sans préjudice des dispositions de l'A.R. du 30 janvier 1989, l'occupation moyenne doit atteindre un minimum de 70 %, compte non tenu des week-ends et des jours fériés.
- b) L'enregistrement médical doit y être assuré.

II. NORMES SPECIALES

1. Normes architecturales

Art. 7. Le service de Pédiatrie doit constituer une entité architecturale distincte. Une surveillance directe doit être possible dans un nombre suffisant de chambres (cloisons et portes). Toutes mesures de sécurité doivent être prises à cet égard. Les chambres doivent être équipées de prises d'oxygène et d'aspiration.

Art. 8. Un nombre suffisant de chambres à un lit doit être pourvu des commodités nécessaires au séjour de l'un des parents. Un local d'accueil doit être prévu à l'usage des parents invités à quitter temporairement la chambre d'hospitalisation.

Art. 9. Au moins une chambre à un lit doit être prévue pour l'isolement des patients contagieux. Ces chambres doivent être dotés d'un sas.

Art.10. Chaque unité de soins doit disposer de :

1. Un local pour le personnel soignant : ce local doit remplir, entre autres, les fonctions suivantes :

1.1. Fonction limitée de dépôt :

Les médicaments doivent être conservés dans une armoire à médicaments sous surveillance constante.

Les dossiers des patients séjournant dans l'unité doivent être conservés de façon à garantir le secret professionnel.

1.2. Fonction de secrétariat et permanence des soins:

- Un système d'appel doit être prévu pour autant qu'il n'y ait pas de système central.

Il faut disposer de l'équipement requis pour assurer le fonctionnement efficace du secrétariat du service de pédiatrie.

2. Une salle d'examen et de traitement :

Ce local peut, le cas échéant, être utilisé par le médecin pour l'examen des patients séjournant dans la salle et l'application à ces derniers de certains traitements et interventions, ainsi que par les infirmières pour certaines techniques de soins.

3. Un local pour les médecins.

4. Un local de service pour le linge et le matériel propres.

Ce local est, entre autres, utilisé pour l'entreposage de matériel de soins et de linge propre, ainsi que pour la préparation des chariots de soins et de techniques de soins.

5. Un local de service pour le linge et le matériel sales.

Ce local est, entre autres, utilisé pour l'entreposage temporaire du linge et du matériel sale, ainsi que des échantillons d'urine et des déchets. Ce local doit comprendre un vide-pannes.

6. Resserre :

Dans la salle, on devra disposer, soit dans un local distinct, soit réparti sur plusieurs espaces ayant éventuellement une autre destination, de suffisamment d'espace pouvant servir de débarras. Une resserre distincte sera prévue pour le matériel d'entretien.

7. Une cuisine de distribution

Si la distribution de nourriture est centralisée, ce local peut être remplacé par un espace offrant suffisamment de possibilités pour des collations entre les repas, pour ranger la vaisselle et éventuellement la laver, ainsi que pour placer une armoire frigorifique.

8. Un local de séjour

Un local est destiné aux patients non alités d'une ou plusieurs salles de soins et peut servir, entre autres, de lieu de détente et d'espace de jeux.

9. Au besoin, un local de classe : à l'usage des enfants en âge de scolarité sera prévu; il peut être commun à plusieurs unités.

Une salle d'eaux

Il y aura une salle d'eaux avec bain et douche par unité de soins.

1. Un vestiaire :

Le vestiaire principal ne peut être situé dans la salle de soins. Il sera cependant prévu pour le personnel un certain espace pour y déposer les objets personnels (sac à main, etc...).

Sanitaires distincts pour patients, personnel et visiteurs.

2. Normes fonctionnelles

Art. 11. Le service doit pouvoir faire appel dans l'établissement aux services médicaux et médico-techniques propres à assurer une approche multidisciplinaire, ainsi qu'aux services et fonctions auxiliaires suivants :

1. L'alimentation et la cuisine diététique
2. Le service social
3. La pharmacie
4. La banque de sang
5. La biberonnerie

3. Normes d'organisation

Sans préjudice des normes générales d'organisation, valables pour tout hôpital aigu.

Art.

1. Staff médical
-

- 1.1. La direction du service est assurée par un médecin attaché à temps plein à l'hôpital et au groupement d'hôpitaux et reconnu spécialiste en Pédiatrie; il consacre au minimum 8/10 de son temps à sa fonction d'hospitalisation et de consultation dans l'hôpital.
- 1.2. Au-dessus de 15 lits et par tranche supplémentaire de 15 lits, au moins un second médecin spécialisé en pédiatrie, équivalent temps plein, doit être adjoint au Chef de service.

Art. 13. Une évaluation permanente multidisciplinaire, organisée entre les différents intervenants, est nécessaire afin d'assurer un niveau optimal de la qualité, de l'adéquation, de la sécurité et de l'hygiène des soins pédiatriques.

Art. 14. Personnel soignant et infirmier.

Par lit reconnu, il faut prévoir un minimum de 0,7 membre du personnel infirmier et soignant, dont au moins les 3/4 doivent être des infirmières graduées ou brevetées dont la majorité doit être des infirmières pédiatriques. L'infirmière chef d'unité n'est pas compris dans ce nombre.

III. CAS PARTICULIER DES ENFANTS HOSPITALISES DANS UN SERVICE DE CHIRURGIE DANS UN HOPITAL DEPOURVU DE SERVICE "E".

Art. 15. Dans les seuls cas de chirurgie infantile et exclusivement pour ce type de cas, des enfants peuvent être hospitalisés dans des lits "C" dans des hôpitaux ne disposant pas de service "E", à la condition que soient respectées les dispositions minimum suivantes :

- 1 Un médecin spécialiste en pédiatrie est attaché à l'hôpital ou au groupement d'hôpitaux et il peut être fait appel en permanence à l'avis d'un médecin spécialiste en pédiatrie. Il est souhaitable que ce pédiatre exerce dans le cadre d'une liaison fonctionnelle avec un service "E" agréé.
- 2) Les chambres destinées à l'hospitalisation des enfants sont équipées de lits et autres matériels, ainsi que des commodités adaptées à l'âge des patients, et, au besoin, au séjour des parents ; une surveillance par survision doit être possible....

- 4) Si, en l'absence d'enfants hospitalisés, les chambres adaptées au séjour des enfants peuvent accueillir des patients adultes, en aucun cas un enfant et un adulte ne peuvent y séjourner simultanément.

Art. 16. Par lit et par tranche de 35 enfants admis par an, l'encadrement infirmier doit être porté à 0,7 E.T.P.

Art. 17. Lorsque le service de Chirurgie admet par an un nombre d'enfants correspondant à l'occupation normative de 15 lits, et ce, pendant 3 ans, 15 lits "C" doivent être reconvertis en une unité "E" de 15 lits répondant aux normes applicables à ce type d'unité. Les lits C ainsi reconvertis restent toutefois du point de vue de la programmation à imputer sur le chiffre-programme de lits C.

ADDENDUM**CONSIDERATIONS DU CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS AU SUJET DE L'HOSPITALISATION D'ENFANTS.**I. INTRODUCTION.

Le 28 mars 1990, Monsieur Ph. Busquin, Ministre des Affaires sociales, a sollicité l'avis du Conseil au sujet de l'organisation et du fonctionnement des services de pédiatrie:

opportunité de l'actualisation des normes des services E, dont le titre même de "service des maladies infantiles "ne paraît plus approprié"

utilité d'une définition de la fonction pédiatrique dans les hôpitaux dépourvus de services "E" et dont certains possèdent un service de chirurgie et/ou une maternité avec section "n".

Le Bureau a transmis cette question pour suite à donner à la section "Programmation et Agrément".

Lors de la séance plénière du 14 juin 1990 de cette dernière section, un groupe de travail "Membres du Conseil-Experts" a été constitué afin d'étudier la problématique en question et de déposer un rapport à la séance plénière. Ce groupe de travail a été placé sous la présidence du Prof. Dr F. BONNET de l'Université de Liège, membre du Conseil.

Les membres de la section du Conseil intéressés se sont réunis le 12 juillet 1990 pour une première discussion préalable à la convocation des experts, afin de définir une liste de points de réflexion ou de questions à soumettre aux experts afin de cerner avec un maximum de précision les questions posées par Monsieur le Ministre. Cette liste, qui n'a pas de caractère exhaustif, a été communiquée aux experts préalablement à la réunion commune; ces points de réflexions et questions sont les suivants :

les normes d'agrément en vigueur pour le service E repondent-elles aux idées actuelles en matière de politique pédiatrique ?
Quels sont les desiderata éventuels ?

le critère de programmation actuel part de l'hypothèse que tous les enfants (<15 ans) hospitalisés le sont en service E.

Cette hypothèse peut-elle encore être maintenue ?

le service de garde d'un hôpital général doit-il comprendre un pédiatre (sur place)?

peut-on envisager une centralisation de services E au niveau régional ?

Quels sont les avantages et les inconvénients d'une telle solution ?

- dans quelle mesure l'hospitalisation de jour d'enfants malades peut-elle être associée à la politique d'admission d'un hôpital général ne disposant pas d'une section pédiatrique appropriée ? Quelles sont les exigences en matière architecturale et de personnel ?

quel doit être l'encadrement infirmier d'une section pédiatrique d'un hôpital général ? Un enseignement doit-il être dispensé aux enfants hospitalisés dans tous les services E ?

- une répartition géographique des services pédiatriques (par ex. au niveau régional, comme mentionné ci-avant) s'impose-t-elle et qu'en est-il de l'accessibilité ?
- l'attitude des parents quant à l'hospitalisation de leurs enfants malades s'est-elle modifiée ?

au cas où une évolution se dessine au niveau des traitements, y a-t-il convergence de vues (fût-ce dans les grandes lignes) en ce qui concerne les indications pour l'admission ?

les pédiatres peuvent-ils, en règle générale, faire face aux urgences pédiatriques dans leur cabinet privé ?

- compte tenu de la course aux taux d'occupation élevés, n'y a-t-il pas d'abus en matière d'hospitalisation ?

la fermeture de la section pédiatrique ne menace-t-elle pas l'existence de certains hôpitaux ?

peut-on, par analogie avec les services de néonatalogie (N-n), envisager la création de services E et e ?

- êtes-vous d'accord pour dire que les cinq paramètres suivants sont caractéristiques de la politique à mener en matière de pédiatrie (hospitalière) :

les limites d'âge utilisées

l'intensité des soins requis

la contagiosité de certaines maladies infantiles

- la demande des parents de pouvoir rester près de leur enfant hospitalisé et leur souhait de limiter au maximum la durée de séjour

le nombre d'admissions varie fortement selon la saison.

II. REUNIONS COMMUNES MEMBRES DE LA SECTION DU CONSEIL-EXPERTS.

A. Ce groupe d'étude mixte s'est réuni à deux reprises, les 12 juillet 1990 et 6 septembre 1990. Les experts étaient tous pédiatres et représentaient les diverses régions du pays. Les experts ont émis d'emblée diverses considérations générales dont il ressort que :

a. dans le contexte de la pathologie infantile actuelle, l'hospitalisation des enfants se justifie dans les quatre conditions suivantes :

- 1) affections aiguës graves nécessitant souvent le recours aux soins intensifs
- 2) affections chroniques graves
- 3) pathologies pédiatriques courantes
- 4) enfants malades appartenant à des couches socio-économiques défavorisées : ces cas, plus fréquents en milieu urbain, existent également en milieu rural.

b. Afin d'éviter toute confusion telle qu'elle s'est souvent manifestée au cours des discussions, il est nécessaire de distinguer entre :

1) Entités hospitalières pédiatriques du type hôpital d'enfants dont il existe quelques exemples en BELGIQUE : comportant des lits "E" et des lits "C", ces institutions, en général bien occupées, connaissent les difficultés suivantes :

- isolées, elles ne correspondent pas à la définition de l'"hôpital" puisque ne comptant que des lits "E" et "C";
- les normes d'encadrement infirmier de ces lits "C" réservés à la chirurgie infantile sont insuffisantes.

Hormis ces problèmes spécifiques, ce type d'institution ne semble pas visé par les questions posées par Monsieur le Ministre.

2) Les "grands services de Pédiatrie" des hôpitaux généraux où une approche pluridisciplinaire est assurée et qui ne posent d'autre problème qu'une éventuelle sous-occupation appelant solution dans le cadre des dispositions de l'Arrêté royal du 30 janvier 1989.

3) Les nombreux services de pédiatrie en hôpital général, comptant 15 à 25 lits, fréquemment sous-occupés par rapport à la norme des 70%, qui se trouvent au coeur du problème.

4) Reste le problème des hôpitaux généraux non pourvus de service "E", où les enfants sont hospitalisés dans des services "C" ou "D" adultes, ainsi que celui "mutatis mutandis" des hôpitaux avec maternité et lits "n" mais sans service "E" : ceci correspond à une question précise posée par Monsieur le Ministre, sachant que cette pratique est fréquente.

c) Les experts unanimes considèrent que :

1) A quelques exceptions près, les enfants ne peuvent être hospitalisés que dans une structure répondant à leurs besoins spécifiques, que leur pathologie relève de la Médecine interne pédiatrique ou de la Chirurgie. A ce propos, l'Administration signale que, actuellement, un nombre important d'enfants sont hospitalisés dans des lits autres que "E"; il s'agit en général de cas chirurgicaux.

2) Cette entité hospitalière doit être placée sous la responsabilité d'un pédiatre et doit pouvoir recourir en permanence à l'avis du pédiatre; cet avis est d'ailleurs fréquemment souhaité par les autres spécialistes intéressés.

3) Cette entité doit être viable du point de vue de la gestion hospitalière et médicale, c'est-à-dire compter un minimum de 15 lits E connaissant une occupation suffisante: il est, en effet, de plus en plus difficile de recruter des pédiatres qui acceptent la responsabilité de services E de faible capacité et mal occupés.

4) Afin de rencontrer l'objectif d'une rationalisation de l'hospitalisation des enfants visant à une réduction des lits E, il faut, tout en veillant à une répartition géographique adéquate, concentrer les lits E. Les experts veulent que les enfants ne soient opérés que dans un hôpital disposant d'un service de pédiatrie.

B. Répondant plus précisément aux questions qui leur ont été soumises, la majorité des experts se rallie au contenu du document élaboré par le Professeur EGGERMONT de la K.U.L. : ce document est inspiré de la "Charte européenne des enfants hospitalisés" et est repris en annexe A et synthétise les avis d'un groupe de pédiatres.

C. Conclusions de l'avis des experts :

1. L'avis des experts peut être synthétisé de la façon suivante :
Les enfants, quelque soit leur pathologie donnant lieu à une hospitalisation, doivent séjourner dans des lits E, rassemblés dans des entités viables de 15 lits au moins, correctement occupées et répondant aux besoins spécifiques du séjour et de l'accueil des enfants malades et de leurs parents.
2. Les experts n'ont guère dégagé le problème de l'actualisation des normes applicables aux services E et n'ont pas dégagé d'éléments significatifs nouveaux par rapport aux nombres de l'Arrêté royal du 23 octobre 1964 (M.B. du 7 novembre 1964).
Il ressort toutefois de certains avis que la norme d'encadrement infirmier de 0,7 E.T.P. par lit est un minimum pour un service E normalement occupé (70 %). Cette question devrait être revue à la lumière de la décision qui interviendra au sujet des unités E de 15 lits proposées plus haut.
Il n'était, en effet, pas possible de remettre un rapport à la réunion plénière d'octobre, si la consultation des experts devait se poursuivre à ce sujet.

III. AVIS DES MEMBRES DU C.N.E.H. PARTICIPANT AU GROUPE DE TRAVAIL :

Les membres du Conseil se sont réunis les 27 septembre et 4 octobre 1990.

- 1 Ils considèrent qu'une suppression systématique des services pédiatriques sous-occupés serait une régression fondamentale de la pédiatrie, bien qu'on ne puisse ignorer la tendance actuelle à une occupation moyenne trop faible de beaucoup de ces services.
- 2) Ils considèrent également qu'il est hautement souhaitable, du point de vue de la qualité des soins médicaux et infirmiers, que tous les enfants dont la pathologie justifie une hospitalisation le soient dans une unité "E médico-chirurgicale", d'au moins 15 lits, adaptée aux besoins de l'enfant malade et au séjour des parents : les lits E seraient ainsi définis comme des lits d'hospitalisation infantile.

Toutefois, de nombreux hôpitaux hospitalisent aujourd'hui des enfants, bien qu'ils ne possèdent pas de lits E. Il s'agit entre autres de pathologies traumatologiques ou des enfants au -delà d'un certain âge pour lesquels le séjour en unité pédiatrique n'est absolument pas toujours indiqué ou/et n'est pas souhaité par le patient ou les parents.
A terme, la considération qui précède devrait être

appliquée pour des raisons de qualité des soins. Mais le réalisme fait reconnaître qu'une modification de la pratique actuelle rencontrera nombre de difficultés

- 3) A court terme, l'application stricte de cette disposition permettrait à de nombreux services de pédiatrie d'atteindre un niveau moyen d'occupation correct par rapport à la norme actuelle.
A cet égard et au vu de la brièveté de la durée moyenne de séjour dans les lits E, il serait judicieux de ne retenir pour le calcul de l'occupation moyenne, que les 5 jours ouvrables, à l'exclusion du samedi et du dimanche.

- 4) Il existe des services de pédiatrie dont l'occupation est à ce point faible que la disposition qui précède ne pourra pas les amener à un niveau d'occupation acceptable : à terme, un certain nombre de services E devraient être fermés ou fusionnés avec les sections pédiatriques d'hôpitaux voisins.

Le réalisme d'une coopération régionale aboutissant logiquement à la concentration de l'hospitalisation infantile en une seule entité peut paraître douteux en dehors des regroupements ou fusions d'hôpitaux. Cette mesure se heurtera à de nombreuses résistances et posera diverses questions :

- a) le respect du libre choix des patients
- b) l'agrément de l'hôpital dans la cas où le seul service E s'ajoutait aux services C et D
- c) l'admission en urgence des enfants dans un hôpital qui ne dispose pas d'un service E.

- 5) La dérogation prévue à l'art. 18 de l'Arrêté royal du 30/1/1989, doit être maintenue (facteurs géographiques et accessibilité).

Les services ainsi maintenus doivent, malgré leur sous-occupation habituelle, disposer des moyens financiers qui en assurent la viabilité afin de tenir spécifiquement compte, notamment du caractère saisonnier de nombreuses pathologies pédiatriques.

- 6) La création d'une fonction "e", par analogie à la fonction "n", dans le cadre d'un hôpital général qui ne possède pas un service de pédiatrie, est considérée par le groupe de travail comme une évolution dans un sens défavorable.

MEDECINE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

E. Eggermont

L'enfant a droit à des soins médicaux adaptés à ses besoins spécifiques. Ce droit fondamental a récemment encore été souligné par l'approbation de la Convention sur les droits de l'enfant par l'Assemblée générale des Nations Unies à l'automne 1989. En ce qui concerne la mission de l'actuel groupe de travail mixte, ce sont principalement les articles 1 et 24 de cette convention qui sont importants.

Sur cette base et compte tenu du bien-être de l'enfant, on peut donner une réponse précise à la question de Monsieur le Ministre, Philippe Busquin, et à la première question du Conseil national des établissements hospitaliers : seuls les hôpitaux capables de développer un service E qui fonctionne bien peuvent soigner des enfants et des adolescents. Les hôpitaux qui ne peuvent le réaliser, ne devraient pas pouvoir admettre des enfants ou adolescents.

Une "fonction pédiatrique" n'est pas une alternative acceptable et toute répartition d'enfants sur d'autres services n'offre pas les garanties requises pour des soins médicaux de qualité et axés sur l'enfant. De plus, les services E doivent avoir un lien important avec les services M, et les services N et n sont à considérer comme un secteur de la pédiatrie.

Dans un service E entièrement développé, on peut faire une distinction entre hospitalisation, hospitalisation de jour et consultation. Il est évident que le terme "pédiatrie" a actuellement une autre signification qu'il y a 50 ans, époque où la pédiatrie a pris concrètement forme dans notre pays. Beaucoup de problèmes d'alimentation et de maladies infectieuses ont totalement disparu, notamment grâce aux soins préventifs. La pédiatrie du futur veut démontrer qu'il est préférable que les affections actuelles de l'enfant et de l'adolescent soient traitées dans un service où l'enfant occupe la place centrale, mais où les médecins viennent à l'enfant !

Dans ce contexte, le pédiatre joue, en raison de sa formation spéciale et reconnue en ce qui concerne les problèmes de l'enfant, un rôle essentiel, mais il devra collaborer avec d'autres collègues. Un certain nombre d'affections de l'enfant sont suffisamment fréquentes pour être confiées à des sous-spécialités pédiatriques, mais d'autres spécialistes ayant

rv:

La

On

ême

no

rv:

po:

un on

j:

rm:

po:

rv:

oche

oc:

Du

.ns

j:

Le

do

méd

on:

mê

- .5. Il faut prévoir un encadrement supplémentaire permettant de conseiller et d'offrir une assistance pédagogique, psychologique et sociale aux parents et aux enfants.
2. Dans la convention sur les droits de l'enfant, l'enfant est défini comme une personne de moins de 18 ans. Pratiquement, nous proposons de situer la limite supérieure vers l'âge de 16 ans et de ne tenir compte de la tranche de 16 à 18 ans que pour les patients qui, en raison d'une maladie chronique, doivent être transférés vers une autre discipline.
3. Tout enfant se présentant pendant la garde a le droit d'être admis dans un service E et d'être examiné immédiatement par un pédiatre.
4. Pour les soins pédiatriques courants, il importe d'avoir une bonne répartition géographique de services E viables disposant d'une quinzaine de lits. Il est préférable que les cas moins fréquents soient soignés dans des services E de plus grande taille et spécialisés. Il faut encourager un système de transferts dans les deux sens.
5. L'hospitalisation de jour, même au sein d'un service E bien structuré, comporte plus de risques que l'hospitalisation. L'hospitalisation de jour dans un hôpital général qui ne dispose pas d'un service E comporte un risque important et ne peut être admise.
6. L'encadrement infirmier d'une section pédiatrique est déterminé par l'âge des enfants, le type de pathologie, le nombre de lits et le taux d'occupation variable. La direction d'un service de pédiatrie doit être assurée par un infirmier en chef pédiatrique assisté d'un staff de 0,7 équivalent temps plein par lit occupé, composé de 60 % d'infirmiers pédiatriques et de maximum 15 % d'auxiliaires.
7. Une bonne répartition régionale est surtout importante pour offrir aux socialement défavorisés un accès équitable aux soins médicaux.
8. Les parents veulent être associés de plus en plus aux soins médicaux dispensés à leurs enfants, d'où une demande croissante de possibilités d'hébergement, une demande répétée d'être informé de la nature de la maladie de l'enfant et du traitement de celle-ci, et le souhait de

pouvoir maintenir le plus possible les enfants souffrant d'une maladie chronique au domicile durant les week-ends. Est-il dans ce contexte encore logique de calculer le taux d'occupation pour tous les services sur 7 jours par semaine ? Pensons aux enfants présentant des difficultés de comportement pour lesquels le fait d'être chez eux durant les week-ends est un premier pas vers la réintégration familiale.

9. Les affections pédiatriques restantes se caractérisent par leur diversité et non par l'une ou l'autre maladie prédominante, ce qui requiert un nombre croissant de traitements spécifiques. L'urgence de traitement a toujours été une caractéristique de la pédiatrie.
10. Le pédiatre possédant son propre cabinet assure la majorité des consultations jugées urgentes tout en devant hospitaliser environ 5 % des enfants concernés.
11. Des durées d'hospitalisation exagérées ne sont pratiquement plus possible en raison de la forte pression exercée par les parents.
12. Les hôpitaux dépourvus de service E ne doivent pas se sentir menacés puisqu'ils peuvent se consacrer aux affections des adultes et/ou des personnes âgées.
13. L'introduction d'une nomenclature "E - e" n'est pas nécessaire et représente un camouflet de taille pour le pédiatre désireux de travailler dans une région éloignée avec une faible densité de population.
14. Les cinq variables évoquées peuvent être approuvées.

.../...

C O N C L U S I O N

La suppression systématique des services pédiatriques causerait un préjudice important aux enfants. Cette mesure isolerait par la même occasion notre pays au niveau non seulement européen mais aussi mondial. En annexe figure le document de la CESP (confédération européenne des sociétés de pédiatrie) qui souligne également la nécessité d'hospitaliser les enfants dans un service approprié.

Il ne faut pas oublier que la pédiatrie a rattrapé ces dernières années à un rythme accéléré le retard qu'elle avait encourru du fait de son apparition tardive.

Toutefois, des décisions irréfléchies seraient susceptibles de renverser cette évolution dans un sens défavorable.

Citons pour terminer une publication récente de l'Unicef, "Facts for life : a communication challenge : "Communicating the idea that the time has come, in all countries, for men to share more fully in that most difficult and important of all tasks - protecting the lives and the health and the growth of their children".

NAWCH EUROPEAN CHARTER FOR CHILDREN IN HOSPITAL

The right to the best possible medical treatment is a fundamental right, especially for children.

1.
Children shall be admitted to hospital only if the care they require cannot be equally well provided at home or on a day basis.

2.
Children in hospital shall have the right to have their parents or parent substitute with them at all times.

3.
Accommodation should be offered to all parents, and they should be helped and encouraged to stay. Parents should not need to incur additional costs or suffer loss of income. In order to share in the care of their child, parents should be kept informed about ward routine and their active participation encouraged.

4.
Children and parents shall have the right to be informed in a manner appropriate to age and understanding. Steps should be taken to mitigate physical or emotional stress.

5.
Children and parents have the right to informed participation in all decisions involving their health care. Every child shall be protected from unnecessary treatment and investigation.

6.
Children shall be cared for together with children who have the same developmental needs and shall not be admitted to adult wards. There should be no age restriction for visitors to children in hospital.

7.
Children shall have full opportunity for play, recreation and education suited to their age and condition and shall be in an environment designed, furnished, staffed and equipped to meet their needs.

8.
Children shall be cared for by staff whose training and skills enable them to respond to the physical, emotional and development needs of children and families.

9.
Continuity of care should be ensured by the team caring for the children.

10.
Children shall be treated with tact and understanding and their privacy shall be respected at all times.

Agreed at the first European Conference on Children in Hospital in May 1988. Participating countries: Belgium, Denmark, England, Finland, France, Iceland, Italy, the Netherlands, Norway, Federal Republic of Germany, Sweden, Switzerland.