

Arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé (M.B. 18.04.2014)

Texte coordonné : dernière mise à jour : -

CHAPITRE I. - Dispositions générales

Article 1^{er}. Pour l'application du présent arrêté royal, il y a lieu d'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 jour de minimum 2 heures et maximum 8 heures dans des locaux adaptés tels que définis dans la loi relative aux hôpitaux mais qui ne permet pas la facturation d'un mini forfait, ni d'un maxi forfait, ni d'un forfait d'hôpital de jour, ni d'un forfait douleur chronique, ni d'un forfait de manipulation d'un cathéter à chambre, 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) pédiatre : médecin spécialiste, titulaire d'un titre professionnel particulier de médecin spécialiste en pédiatrie;
- e) réseau 'pédiatrie' : le réseau, visé à l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes d'agrément pour le réseau 'pédiatrie'.

Art. 2. § 1^{er}. Pour être agréé et le rester, le programme de soins pour enfants doit satisfaire aux normes fixées dans le présent arrêté.

§ 2. Le programme de soins pour enfants est agréé :

- 1. soit en tant que programme de soins de base pour enfants s'il répond aux normes fixées au Chapitre II;
- 2. soit en tant que programme de soins spécialisé pour enfants s'il répond aux normes fixées au Chapitre III;
- 3. soit en tant que programme de soins tertiaire pour enfants s'il répond aux normes fixées au Chapitre IV.

§ 3. Le programme de soins spécialisé pour enfants constitue le complément d'un programme de soins de base pour enfants et répond par conséquent aussi aux normes d'agrément du programme de soins de base qui forme l'assise.

§ 4. Le programme de soins tertiaire pour enfants constitue, d'une part, le complément d'un programme de soins de base pour enfants, et d'autre part, un programme de soins spécialisé pour enfants, et répond par conséquent aussi aux normes d'agrément applicables au programme de soins de base et au programme de soins spécialisé, lesquels forment l'assise.

Art. 3. Le programme de soins pour enfants est exploité, par dérogation à l'article 82, paragraphe 1, de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008, sur un seul site, étant entendu que le ou les programme(s) de soins qui forme(nt) l'assise, tel(s) que défini(s)

à l'article 2, §§ 3 et 4, peu(ven)t être exploité(s) sur un site autre que le programme de soins qui constitue le complément.

La fonction de médecin chef de service d'un programme de soins de base, d'un programme de soins spécialisé et d'un programme de soins tertiaire peut être cumulée.

CHAPITRE II. - Programme de soins de base pour enfants

Section 1^{re}. - Groupe cible

Art. 4. § 1^{er}. Le groupe cible du programme de soins de base pour enfants, ci-après dénommé "programme de soins de base", se compose de tous les enfants qui subissent une intervention de jour ou reçoivent un traitement de jour à l'hôpital.

Le groupe cible se compose plus particulièrement de tous les enfants qui reçoivent un traitement donnant lieu à la facturation d'un mini forfait, d'un maxi forfait, d'un forfait d'hôpital de jour, d'un forfait douleur chronique, d'un forfait de manipulation d'un cathéter à chambre, 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 de tous les enfants qui subissent une intervention visée au point 6 (liste A) de l'annexe 3 de l'arrêté royal du 25 avril 2002.

§ 2. Le groupe cible inclut également les enfants qui font l'objet d'une hospitalisation provisoire.

Section 2. - Nature et contenu des soins

Art. 5. § 1^{er}. Le programme de soins de base offre, pendant les heures normales de travail, au minimum des consultations pédiatriques générales sur le site où il est établi.

§ 2. Le programme de soins de base assure l'hospitalisation, la surveillance et le traitement des enfants en hospitalisation de jour.

§ 3. Le programme de soins de base assure en outre la première prise en charge ambulatoire des urgences pédiatriques en journée.

§ 4. Le programme de soins de base assure également la suite du traitement, la surveillance et le traitement des enfants en hospitalisation provisoire qui font suite à une prise en charge au sein de la fonction première prise en charge des urgences ou de la fonction soins urgents spécialisés de l'hôpital et qui ne nécessitent pas de passer la nuit à l'hôpital.

Section 3. - Normes d'organisation

Sous-section 1^{re}. - Aménagement

Art. 6. Sur les plans organisationnel et architectural, le programme de soins de base fait partie d'un hôpital général.

Art. 7. § 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° l'un des parents ou accompagnants peut se trouver près de l'enfant lorsque celui-ci est conscient; un espace est réservé pour les enfants en 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 de façon auditive, ni de façon visuelle, à ce qui se passe dans d'autres espaces d'examen et de traitement;

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

§ 3. Un pédiatre est responsable de la surveillance générale des enfants au sein du programme de soins et veille au respect des pratiques basées sur des données probantes ainsi que des directives telles que définies dans le manuel multidisciplinaire prévu par l'article 25, § 1.

Art. 8. Lorsque des enfants se présentent à l'hôpital avec une urgence, ils sont pris en charge soit par la fonction agréée "première prise en charge des urgences" au sens de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "première prise en charge des urgences" pour être agréée soit par la fonction agréée "soins urgents spécialisés" au sens de l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction "soins urgents spécialisés" doit répondre pour être agréée.

Dans le cadre de l'hospitalisation provisoire, toutes les mesures sont prises pour que les enfants admis dans les fonctions visées à l'alinéa précédent soient confrontés le moins possible de façon visuelle ou auditive aux patients adultes, sans que cela fasse toutefois obstacle à la surveillance de ces enfants.

Lors de la prise en charge de l'enfant en hospitalisation provisoire, l'un des parents ou un accompagnant a la possibilité de rester auprès de l'enfant.

Sous-section 2. - Fonctionnement

Art. 9. L'organisation du programme opératoire est telle que les délais d'attente préopératoires sont limités au strict nécessaire.

Art. 10. Le séjour au sein de l'unité doit être sûr pour chaque personne et en particulier pour les enfants, et il y a lieu d'accorder une attention particulière à la prévention des accidents ou à la transmission des maladies contagieuses.

Les mesures nécessaires sont prises pour que les patients ne puissent pas quitter l'unité de jour ou des locaux d'hospitalisation provisoire sans contrôle.

Dans tous les espaces accessibles aux enfants, les parents ou accompagnants doivent pouvoir être présents auprès de leurs enfants.

Art. 11. § 1er. Une attention particulière est accordée à la dispensation d'un traitement et/ou de soins équivalents sans distinction de race, d'origine, de nationalité, de couleur de peau, de situation économique et financière ou de conviction philosophique, religieuse ou politique.

§ 2. Une attention particulière est également accordée à l'accompagnement interculturel.

Section 4. - Infrastructure et équipement

Sous-section 1re. - Normes architectoniques

Art. 12. Le programme de soins de base dispose, au sein de l'hôpital dont il fait partie, d'une unité de jour parfaitement adaptée aux besoins des enfants malades et qui comporte au moins les locaux suivants :

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

2° un local pour les praticiens infirmiers où ils peuvent organiser leurs activités spécifiques;

3° un local d'examen diagnostique et thérapeutique pour autant qu'il n'y en ait pas déjà un ailleurs dans l'hôpital;

4° une salle de séjour dans laquelle les parents ou les accompagnants peuvent se retirer pour autant qu'il n'y en ait pas déjà une ailleurs dans l'hôpital;

5° des sanitaires distincts pour les patients et accompagnants d'une part et le personnel d'autre part.

Art. 13. Les différents types de locaux pour enfants et parents ou accompagnants doivent être accessibles aux utilisateurs d'un fauteuil roulant.

Art. 14. Dans chaque chambre, un parent ou accompagnant doit pouvoir rester auprès de chaque enfant. Ce parent ou accompagnant doit être associé autant que possible aux soins à l'enfant.

Art. 15. Le mobilier, le sol et les jouets doivent être désinfectables ou lavables, et doivent être nettoyés régulièrement selon une procédure déterminée.

Sous-section 2. - Normes relatives à l'équipement

Art. 16. La taille, le nombre et le type d'aménagement, les équipements et le matériel sont adaptés au nombre et aux besoins spécifiques de tous les enfants.

Art. 17. Au minimum, les équipements suivants sont présents dans l'unité :

1° des pompes à perfusion volumétriques;

2° des poussettes- seringues;

3° un monitoring cardio-respiratoire;

4° un saturomètre (avec capteur adapté);

5° un tensiomètre (avec manchette adaptée);

6° du matériel d'aspiration;

7° un appareil d'aérosol;

8° du matériel et de la médication de réanimation pour enfants de tous les âges, y compris des directives en matière de réanimation;

9° du matériel nécessaire à l'administration et à l'humidification d'oxygène, adapté à l'âge et aux besoins de l'enfant;

10° un pèse-personne et une toise;

11° des médicaments adaptés à tous les âges et aux besoins de tous les enfants.

Section 5. - Cadre médical et non médical

Art. 18. § 1er. La fonction de médecin chef de service du programme de soins de base est exercée par un pédiatre attaché à temps plein à l'hôpital.

§ 2. Celui-ci est plus particulièrement responsable :

1° du bon fonctionnement et de la qualité du programme de soins de base. Ainsi, il veille à :

a) ce que les enfants ne soient pas traités à l'hôpital si les soins qu'ils nécessitent peuvent être dispensés à domicile ou dans un milieu familial de remplacement;

b) ce qu'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) la formation permanente des médecins liés au programme de soins de base;

b) toutes les autres dispositions d'organisation susceptibles de garantir la qualité et la continuité des soins médicaux, y compris après le séjour à l'hôpital;

c) la concertation régulière et structurée entre les intervenants médicaux et non médicaux du programme de base;

3° de l'élaboration par écrit des critères de sélection et des règlements établissant la procédure de prise en charge, conformément aux dispositions déjà prévues à cet égard dans les arrêtés royaux concernant la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour », la fonction « première prise en charge des urgences » et la fonction « soins urgents spécialisés », et ce en concertation avec les chefs de service d'anesthésiologie, de chirurgie, de la fonction « première prise en charge des urgences », de la fonction « soins urgents spécialisés » et de la fonction « hospitalisation chirurgicale de jour »;

4° de la prise d'initiatives, en concertation avec le médecin chef et le chef du département infirmier 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'un programme de soins tertiaire et éventuellement d'un programme de soins spécialisé, en fonction notamment des circuits de soins décrits dans le réseau "pédiatrie" dont il fait partie.

Les conditions de transfert sont également reprises dans l'accord de collaboration juridiquement formalisé, tel que visé à l'article 28, qui doit exister avec un programme de soins tertiaire au sein du réseau "pédiatrie".

Art. 19. § 1er. La coordination infirmière du programme de soins de base est exercée par le coordinateur infirmier qui est soit infirmier gradué, ou bachelier ou master en soins infirmiers porteur du titre professionnel d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie, soit un infirmier possédant au moins 5 ans d'expérience à la date de publication du présent arrêté au Moniteur belge en tant qu'infirmier en chef d'un programme de soins pour enfants.

§ 2. Le coordinateur infirmier est plus particulièrement responsable :

1° du bon fonctionnement et de la qualité des activités infirmières qui ont un rapport avec le programme de soins de base. Il veille, en concertation avec le médecin chef de service, à ce que le traitement et les soins optimaux soient garantis aux enfants dans les limites de la durée d'hospitalisation la plus courte possible;

2° de l'élaboration et du suivi, en concertation avec le médecin traitant, de protocoles relatifs à la réduction de la douleur, des désagréments corporels et des tensions émotionnelles;

3° de l'organisation de l'enregistrement des données infirmières et du dossier infirmier individuel de chaque patient de ce programme de soins;

4° de l'organisation d'une présence permanente d'un infirmier répondant aux conditions précisées à l'article 23, dans le programme de soins de base pendant les heures d'ouverture;

5° de l'organisation d'une concertation régulière et structurée entre les différents membres du personnel non médical travaillant dans le programme de soins de base, compte tenu de la répartition des tâches;

6° de l'éducation et de la formation des membres du personnel non médical travaillant dans le programme de soins de base.

Art. 20. § 1er. Le programme de soins de base dispose d'une équipe médicale se composant, outre le médecin chef de service, au minimum de deux médecins spécialistes en pédiatrie attachés à l'hôpital.

§ 2. Pour assurer la continuité des soins, l'équipe médicale est complétée par des pédiatres supplémentaires avec lesquels le programme de soins a conclu un accord de collaboration juridiquement formalisé.

Art. 21. L'équipe médicale est organisée de telle sorte qu'au moins un pédiatre est présent dans l'établissement pendant les heures normales de travail.

Art. 22. Le programme de soins de base dispose d'infirmiers en nombre suffisant et dont les qualifications sont adaptées compte tenu de la nature et du volume des problèmes des patients.

Art. 23. Pendant les heures normales de travail, un programme de soins de base doit disposer d'au moins un infirmier porteur d'un titre professionnel particulier en pédiatrie ou en néonatalogie, ou d'un infirmier possédant au moins 5 ans d'expérience en tant qu'infirmier d'un programme de soins pour enfants à la date de publication du présent arrêté au Moniteur belge.

Art. 24. Le personnel médical et infirmier du programme de soins de base est familiarisé avec les directives et techniques en matière de réanimation, telles que décrites dans le manuel multidisciplinaire, comme repris à l'article 25, § 1er.

Le programme de soins de base collabore étroitement avec un programme de soins tertiaire faisant partie du même réseau "pédiatrie" en vue de l'organisation de formations régulières certifiées au niveau national ou international et du recyclage à l'intention du personnel.

Section 6. - Normes de qualité et normes relatives au suivi de la qualité

Sous-section 1. - Normes de qualité

Art. 25. § 1er. Tout hôpital disposant d'un programme de soins de base doit utiliser un manuel multidisciplinaire.

Le manuel accorde une attention particulière notamment :

1° aux directives et aux 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° à la prévention de la transmission des infections;

3° à la gestion des perfusions en fonction de l'âge et de la pathologie;

4° à la politique antibiotique en fonction de l'âge et de l'agent pathogène.

Le manuel comprend également un protocole de directives et techniques en matière de réanimation spécifiquement axé sur les enfants, ainsi qu'un aperçu de tous les circuits de soins existants au sein du réseau "pédiatrie".

Ce manuel est révisé et évalué périodiquement, et ses processus et son contenu sont revus au moins une fois tous les trois ans.

§ 2. Une copie du manuel pédiatrique multidisciplinaire 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.

Sous-section 2. - Suivi de la qualité

Art. 26. Le programme de soins de base est tenu de prêter son concours 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.

Art. 27. Tout hôpital disposant d'un programme de soins de base fait partie d'un réseau "pédiatrie" tel que visé dans l'arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes d'agrément pour le réseau "pédiatrie".

Art. 28. Tout hôpital disposant d'un programme de soins de base conclut un accord de collaboration juridiquement formalisé avec un ou plusieurs hôpitaux disposant d'un programme de

soins spécialisé et avec un ou plusieurs hôpitaux disposant d'un programme de soins tertiaire, parmi lesquels au moins le programme de soins tertiaire le plus proche.

Cet accord de collaboration inclut entre autres un protocole de transfert et de transport en vue d'assurer le transport sûr, rapide, efficace et de qualité des patients d'un établissement à l'autre lorsque ceux-ci nécessitent des soins plus spécialisés ou intensifs.

CHAPITRE III. - Programme de soins spécialisé pour enfants

Section 1re. - Groupe cible

Art. 29. Le groupe cible du programme de soins spécialisé pour enfants, ci-après dénommé "programme de soins spécialisé", se compose des enfants qui constituent le groupe cible du programme de soins de base ainsi que des enfants séjournant au moins une nuit à l'hôpital, à l'exception des :

1° enfants séjournant dans un service K agréé;

2° enfants séjournant dans un service M agréé en raison d'une grossesse ou d'un accouchement;

3° nouveau-nés séjournant dans un service de néonatalogie intensive (index NIC);

4° nouveau-nés séjournant dans une fonction de soins néonataux locaux (fonction N*);

5° enfants souffrant d'une maladie grave aiguë qui nécessitent des soins intensifs et/ou multidisciplinaires particuliers, tels que visés à l'article 51 ainsi qu'enfants souffrant d'une maladie chronique qui nécessitent des soins intensifs et/ou multidisciplinaires particuliers, tels que visés à l'article 51.

Section 2. - Nature et contenu des soins

Art. 30. Le programme de soins spécialisé inclut, outre les activités exercées dans le cadre du programme de soins de base, l'hospitalisation d'au moins une nuitée des enfants.

Le programme de soins offre, éventuellement en collaboration avec un programme de soins tertiaire, des soins et du diagnostic sur-spécialisés.

Section 3. - Normes d'organisation

Art. 31. Un programme de soins spécialisé doit répondre non seulement aux normes d'organisation applicables à un programme de soins de base, mais également aux normes de cette section.

Art. 32. § 1er. 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 enfants ou dans une unité de soins pour adultes.

§ 2. Les jeunes chez qui une affection chronique est décelée dans l'enfance et dont le traitement se poursuit au-delà de leur quinzième voire dix-huitième anniversaire peuvent également continuer à être soignés dans le cadre du programme de soins pour enfants, pour autant qu'une concertation préalable soit menée avec un médecin spécialiste disposant d'une expertise dans les affections de ce genre chez les adultes.

§ 3. Le programme de soins spécialisé élabore un protocole qui organise la prise en charge des patients mineurs entre 15 et 18 ans par le programme de soins et qui facilite le passage de ces patients du programme de soins vers une unité pour adultes.

Section 4. - Infrastructure et équipement

Art. 33. Un programme de soins spécialisé doit répondre non seulement aux normes applicables à l'infrastructure et à l'équipement d'un programme de soins de base, mais également aux normes de cette section.

Art. 34. L'unité de soins du programme de soins spécialisé dispose au moins des locaux suivants :

1° un nombre suffisant de chambres de patient avec au moins 15 lits E 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 espace ludique et éducatif;

4° des sanitaires distincts pour les patients, le personnel et les visiteurs et une salle de douche pour les enfants hospitalisés et le parent ou l'accompagnant qui loge dans l'unité.

Art. 35. Les locaux doivent être équipés en vue des soins d'hygiène pour enfants de tous les âges.

Les parents ou accompagnants doivent avoir la possibilité d'être associés aux soins donnés à leur enfant dans la chambre où il est soigné.

Art. 36. Il y a lieu de prévoir la possibilité de faire séjourner et dormir un parent ou accompagnant près de son enfant.

Art. 37. L'espace ludique et éducatif 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.

Section 5. - Cadre médical et non médical

Art. 38. Un programme de soins spécialisé doit répondre non seulement aux normes que le programme de soins de base doit remplir en matière d'encadrement médical et non médical, mais également aux normes de cette section.

Art. 39. L'équipe médicale du programme de soins spécialisé se compose en plus du chef de service au minimum de 3 médecins spécialistes en pédiatrie occupés au moins à mi-temps dans le programme de soins.

Art. 40. Pour assurer la continuité des soins, un pédiatre est appelable 24 heures sur 24 et présent au sein de l'établissement dans les plus brefs délais après l'appel.

Art. 41. Au moins 75 % du personnel infirmier travaillant dans le programme de soins spécialisé, doit être composé d'infirmiers gradués ou de bacheliers en soins infirmiers porteurs d'un titre professionnel particulier en pédiatrie ou en néonatalogie, ou d'infirmiers travaillant effectivement depuis 5 ans dans un programme de soins pour enfants agréé, à la date de publication du présent arrêté au Moniteur belge.

Art. 42. Le programme de soins spécialisé assure par unité de soins 24 heures sur 24 la présence permanente d'au moins un infirmier porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie ou néonatalogie, ou d'un infirmier pouvant attester de 5 années d'expérience dans un programme de soins pour enfants à la date de publication du présent arrêté au Moniteur belge.

Art. 43. Tout hôpital disposant d'un programme de soins spécialisé doit pouvoir faire appel aux une des disciplines suivantes :

1° un diététicien;

2° un kinésithérapeute;

3° un logopède.

Art. 44. § 1er. Pour organiser les activités ludiques et de loisirs, le programme de soins spécialisé doit disposer de personnel auxiliaire à concurrence d'un demi-équivalent temps plein si l'unité de soins compte moins de 30 lits, ou d'un équivalent temps plein, par tranche complète de 30 lits.

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

§ 3. Les tâches de base des accompagnateurs des activités ludiques se définissent comme suit :

1 ° offrir une ambiance adaptée aux enfants;

2° jouer avec les enfants, aussi bien dans la salle de jeux que dans la chambre d'hospitalisation;

3° accueillir et accompagner les enfants tout au long de leur hospitalisation;

4° travailler au développement créatif et social de l'enfant;

5° observer le comportement de l'enfant et faire rapport à ce sujet;

6 ° encadrer l'enfant pour ses devoirs;

7° apprendre certaines aptitudes fonctionnelles par l'exercice;

8° accueillir les frères et soeurs des patients.

Art. 45. L'accompagnement 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 soit en sciences infirmières soit dans une filière de métiers à caractère psycho-social, à concurrence d'un équivalent mi-temps si l'unité de soins compte moins de 30 lits, ou à concurrence d'un équivalent temps plein par tranche complète de 30 lits.

Section 6. - Normes relatives au suivi de la qualité

Art. 46. Le programme de soins spécialisé doit respecter non seulement les normes relatives au suivi de la qualité qui s'appliquent au programme de soins de base, mais également aux normes de cette section.

Art. 47. Lorsque le programme de soins spécialisé offre des soins de sous-spécialité, il conclut des accords avec les hôpitaux du réseau dont il fait partie qui offrent également des soins de sous-spécialité, de manière à harmoniser cette offre de sous-spécialités.

Art. 48. Le programme de soins spécialisé conclut un accord de collaboration juridiquement formalisé avec un ou plusieurs hôpitaux disposant d'un programme de soins tertiaire agréé, parmi lesquels au moins le programme de soins tertiaire le plus proche, en vue du transfert et du transport des patients nécessitant des soins complexes ou intensifs particuliers.

Art. 49. § 1er. Le programme de soins spécialisé dispose d'un protocole définissant les modalités selon lesquelles une aide psychosociale est proposée aux enfants.

§ 2. Si l'hôpital disposant d'un programme de soins spécialisé n'a pas de service K, il conclut à cette fin un accord de collaboration juridiquement formalisé avec un hôpital situé à proximité qui dispose pour sa part d'un tel service.

Une concertation structurée et formalisée a lieu au moins une fois par an entre les deux hôpitaux.

Art. 50. Tout hôpital disposant d'un programme de soins spécialisé fait partie d'un réseau "pédiatrie" tel que visé dans l'arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes d'agrément pour le réseau "pédiatrie".

CHAPITRE IV. - Programme de soins tertiaire pour enfants

Section 1. - Groupe cible

Art. 51. Le programme de soins tertiaire pour enfants, ci-après dénommé "programme de soins tertiaire", est axé non seulement sur l'hospitalisation des enfants faisant partie du groupe cible du programme de soins de base et du programme de soins spécialisé, mais aussi sur l'hospitalisation des enfants gravement malades nécessitant des soins intensifs et/ou particulièrement spécialisés et pluri- et interdisciplinaires.

Section 2. - Nature et contenu des soins

Art. 52. Le programme de soins tertiaire propose non seulement les soins relevant du programme de soins de base, d'une part, et du programme de soins spécialisé, d'autre part, mais également des soins pédiatriques hautement spécialisés répondant au moins aux critères d'admission des soins intensifs pédiatriques tels que précisés au sein du réseau "pédiatrie" dont le programme de soins fait partie.

Le programme de soins tertiaire comporte notamment les unités suivantes :

- 1° une unité de soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires;
- 2° une unité de soins intensifs pédiatriques;
- 3° une unité de consultation pédiatrique multidisciplinaire;
- 4° une unité d'hospitalisation de jour pédiatrique multidisciplinaire.

Section 3. - Normes d'organisation

Art. 53. Un programme de soins tertiaire doit répondre non seulement aux normes d'organisation applicables au programme de soins de base et au programme de soins spécialisé, mais également aux normes de cette section.

Art. 54. § 1er. Le programme de soins tertiaire fait partie d'un hôpital, ou d'une association d'hôpitaux telle que visée aux paragraphes 5 et 6 du présent article, disposant également de l'offre de soins suivante :

- 1° une fonction agréée "soins urgents spécialisés";
- 2° un service agréé de néonatalogie intensive (index NIC);
- 3° un programme agréé de soins spécialisés en hémato-oncologie pédiatrique;
- 4° un centre de génétique humaine;
- 5° un programme agréé de soins "pathologie cardiaque C";
- 6° un service médical agréé "centre de transplantation".

L'offre de soins visée à l'alinéa 1er dispose d'une expertise pédiatrique médicale et infirmière démontrable.

§ 2. L'hôpital ou l'association d'hôpitaux visée aux paragraphes 5 et 6 du présent article dont fait partie le programme de soins tertiaire dispose d'un service d'imagerie médicale expérimenté dans le domaine du diagnostic chez les enfants.

§ 3. L'hôpital, ou l'association d'hôpitaux visée aux paragraphes 5 et 6 du présent article dont fait partie le programme de soins tertiaire, prévoit la possibilité de diagnostic et de traitement de l'insuffisance rénale chez l'enfant.

§ 4. Si l'hôpital, ou l'association d'hôpitaux visée aux paragraphes 5 et 6 du présent article, dont fait partie le programme de soins tertiaire ne dispose pas lui/elle-même de l'offre de soins visée au § 1er, alinéa 1er, 3° à 6° inclus, et au paragraphe 3, il/elle conclut un ou plusieurs accord(s) de collaboration juridiquement formalisé(s) avec un ou plusieurs hôpitaux afin de pouvoir disposer de cette offre de soins.

§ 5. Lorsqu'une région ne dispose d'aucun programme de soins tertiaire répondant sur un seul site à toutes les conditions d'agrément, deux programmes de soins tertiaires peuvent être créés dans cette région, par dérogation à l'article 3, alinéa 1er, par le biais d'une exploitation en association sur plusieurs sites qui répondent conjointement à toutes les normes d'agrément, et ce par dérogation à l'article 82, § 2, de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008 ainsi que pour assurer une meilleure accessibilité aux soins pédiatriques hautement spécialisés, pour autant qu'il soit satisfait à toutes les conditions mentionnées ci-après :

1° il s'agit d'une association de maximum trois hôpitaux faisant partie d'une même zone d'intervention SMUR, telle que définie à l'article 1er, 2°, de l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction "service mobile d'urgence" (SMUR) pour être agréée;

2° les sites de l'association disposent chacun d'un programme de soins spécialisé pour enfants agréé;

3° les sites de l'association exploitent conjointement un programme de soins tertiaire répondant à toutes les normes d'agrément;

4° les unités visées à l'article 52, alinéa 2, 3° et 4°, peuvent être exploitées en commun par les sites;

5° les unités visées à l'article 52, alinéa 2, 1° et 2°, se trouvent, sur un seul site.

§ 6. Lorsqu'une région ne dispose que d'un programme de soins tertiaire répondant sur un seul site à toutes les conditions d'agrément,, un programme de soins tertiaire complémentaire peut être créé dans cette région, par dérogation à l'article 3, alinéa 1er, par le biais d'une exploitation en association sur plusieurs sites qui répondent conjointement à toutes les normes d'agrément, et ce par dérogation à l'article 82, § 2, de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008 ainsi que pour assurer une meilleure accessibilité aux soins pédiatriques hautement spécialisés, pour autant qu'il soit satisfait à toutes les conditions mentionnées au paragraphe 5, 1° à 5° inclus.

§ 7. L'application des §§ 5 et 6 ne peut en aucun cas mener à la création de plus de deux programmes de soins tertiaires dans la région concernée.

Art. 55. Le programme de soins tertiaire prévoit à tout moment la possibilité d'assurer le transport urgent médicalisé et intra-hospitalier des enfants malades avec instabilité vitale.

Ce transport doit être assuré par une équipe expérimentée dont la composition est adaptée en fonction de la gravité.

Un médecin de l'équipe de soins intensifs pédiatriques est à tout moment disponible dans les 20 minutes pour rejoindre cette équipe.

Les autres modalités relatives au transport médicalisé urgent des enfants malades avec instabilité vitale sont fixées par le réseau "pédiatrie" dont fait partie le programme de soins tertiaire.

Toutes les données relatives au transport médicalisé des enfants malades avec instabilité vitale, en ce compris l'indication, les actes et traitements réalisés ainsi que les événements (indésirables), sont systématiquement consignés dans un registre qui est conservé par l'hôpital.

Art. 56. Les programmes de soins tertiaires collaborent à un système électronique leur permettant de suivre à tout moment leurs capacités d'admission.

Section 4. - Infrastructure et équipement

Art. 57. Un programme de soins tertiaire doit non seulement répondre aux normes applicables à l'infrastructure et à l'équipement d'un programme de soins de base, d'une part, et d'un programme de soins spécialisé, d'autre part, mais également aux normes de cette section.

Art. 58. L'unité de soins de l'unité "soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires" du programme de soins tertiaire dispose au minimum :

- 1° de 24 lits E, dont les lits destinés au diagnostic polysomnographique sont exclus;
- 2° d'un nombre suffisant de chambres de patient, dont suffisamment sont équipées d'appareils permettant une surveillance électronique centralisée des paramètres vitaux;
- 3° de 8 chambres individuelles pour pouvoir hospitaliser à tout moment les patients pour lesquels l'isolement est indiqué.

Art. 59. L'unité "soins intensifs pédiatriques" dispose de l'infrastructure et de l'équipement suivants :

- 1° l'unité possède au moins 8 chambres/positions individuelles, dans une unité totalement séparée, avec possibilité de mettre en service 4 lits supplémentaires si nécessaire pour pouvoir hospitaliser à tout moment les patients malades avec instabilité vitale. Au moins quatre chambres disposent d'un sas d'entrée et d'un système de pression positive ou négative lorsqu'un isolement strict est nécessaire dans le cas de maladie contagieuse ou d'immunodépression;
- 2° outre la possibilité de faire séjourner et dormir un parent ou accompagnant près de son enfant, il y a lieu, en cas de besoin, de donner la possibilité aux parents ou accompagnants de passer la nuit sur le site en dehors de l'unité;
- 3° chaque position doit être pourvue de tout le monitoring intensif et de tout le matériel de soins médicaux nécessaires, en ce compris la possibilité de ventilation assistée;
- 4° il y a lieu de prévoir un programme de surveillance technique systématique de tous les appareils.

Section 5. - Cadre médical et non médical

Sous-section 1re. - Généralités

Art. 60. Le programme de soins tertiaire est soumis non seulement aux normes qui régissent l'encadrement médical et non médical du programme de soins de base, d'une part, et du programme de soins spécialisé, d'autre part, mais également aux normes de cette section.

Art. 61. Au moins deux médecins spécialistes pour chacune des sous-spécialités reconnues ou compétences documentées mentionnées ci-dessous sont attachés au programme de soins tertiaire :

- 1° néphrologie pédiatrique;
- 2° gastro-entérologie pédiatrique;
- 3° pneumologie pédiatrique;
- 4° endocrino-diabétologie pédiatrique;
- 5° neurologie pédiatrique et affections métaboliques;
- 6° orthopédie/traumatologie pédiatrique;
- 7° chirurgie pédiatrique;
- 8° cardiologie pédiatrique;

9° anesthésiologie pédiatrique;

10° réadaptation pédiatrique;

11° infectiologie pédiatrique.

L'expertise dans les sous-spécialités visées à l'alinéa 1er ou dans la mention particulière est démontrable au moyen de stages (extérieurs) et de publications.

La permanence médicale d'un programme de soins tertiaire est assurée étant entendu qu'il peut faire appel 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à un médecin spécialiste de chacune des sous-spécialités ou mentions visées à l'alinéa 1er, à l'exception de la sous-spécialité visée sous 10°.

Art. 62. Le programme de soins tertiaire dispose d'un data manager.

En outre, le programme de soins tertiaire dispose des compétences suivantes au sein de l'hôpital :

1° un psychologue clinique ayant une expertise pédiatrique;

2° des infirmiers/assistants sociaux;

3° une pharmacie clinique;

4° un collaborateur technique avec un service de garde pour toute réparation urgente de matériel critique.

Sous-section 2. - Unité "soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires"

Art. 63. § 1er. La direction médicale d'une unité "soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires" au sein d'un programme de soins tertiaire est exercée par un pédiatre attaché à plein temps au programme de soins tertiaire et mis à plein temps à la disposition de l'unité.

§ 2. Celui-ci est plus particulièrement responsable :

1° du bon fonctionnement de l'unité, aussi bien au niveau médical qu'au niveau de l'encadrement psychosocial, avec un accent particulier sur la qualité et la sécurité du patient;

2° des procédures et de la qualité de la réanimation dans l'unité, en étroite collaboration avec la direction médicale de l'unité "soins intensifs pédiatriques";

3° du contrôle de qualité interne permanent, en ce compris la gestion rationnelle des dossiers et la communication avec les référents et les autres prestataires de soins concernés;

4° du débat annuel au sein du réseau et du collègue pédiatrie;

5° de l'affectation optimale du personnel médical disponible afin de garantir la continuité des soins médicaux 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

6° de l'éducation et de la formation des membres du personnel médical travaillant dans le programme de soins

Art. 64. La permanence médicale de l'unité "soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires" est exercée par au moins un pédiatre attaché à plein temps au programme de soins tertiaire et mis à plein temps à la disposition de l'unité.

Lorsque le pédiatre visé à l'alinéa 1er n'est pas présent au sein de l'établissement, il est appelable à tout moment et doit se rendre immédiatement dans l'unité.

Dans ce cas, au moins un candidat-médecin spécialiste en pédiatrie ayant entamé au minimum la deuxième année de sa formation est toujours présent au sein de l'établissement.

Art. 65. La fonction d'infirmier en chef de l'unité "soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires" au sein du programme de soins tertiaire est exercée par un infirmier en chef porteur du titre professionnel particulier en pédiatrie et néonatalogie.

Il atteste d'au moins 5 années d'expérience dans un programme de soins pour enfants et est attaché à plein temps au programme de soins tertiaire.

Art. 66. L'infirmier en chef de l'unité "soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires" est, en étroite collaboration avec le responsable médical, responsable :

1° du bon fonctionnement de l'unité, aussi bien au niveau infirmier qu'au niveau de l'encadrement psychosocial, avec un accent particulier sur la qualité et la sécurité du patient;

2° de l'organisation des soins directs aux patients, en ce compris le monitoring des patients, l'élaboration du dossier infirmier, la gestion du matériel et le contrôle de qualité interne;

3° de la garantie de la permanence infirmière 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, grâce à l'affectation optimale du personnel infirmier;

4° de l'éducation et de la formation des membres du personnel non médical travaillant dans le programme de soins.

Art. 67. L'unité "soins pédiatriques complexes et/ou multidisciplinaires" dispose d'infirmiers en nombre suffisant et dont les qualifications sont adaptés en fonction de la nature et de la complexité des problèmes des patients ainsi que du volume de la population des patients.

La présence d'au moins deux infirmiers est garantie 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Au moins 75 % des infirmiers sont ou bien des infirmiers porteurs soit d'un titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie ou en néonatalogie, soit d'un titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence ou bien des infirmiers travaillant effectivement depuis 5 ans dans un programme de soins pour enfants agréé, à la date de publication du présent arrêté au Moniteur belge.

Au moins un des infirmiers visés à l'alinéa précédent est spécialisé en pédiatrie.

L'unité dispose d'un infirmier de référence dans le domaine de la gestion de la douleur et peut faire appel à un pharmacien hospitalier possédant une certaine expertise dans le domaine de la pharmacie clinique.

Sous-section 3. - Unité "soins intensifs pédiatriques"

Art. 68. La direction médicale de l'unité "soins intensifs pédiatriques" est exercée par un pédiatre porteur du titre professionnel particulier "soins intensifs" ou par un médecin spécialiste dans une autre discipline porteur du titre professionnel particulier "soins intensifs" et possédant au moins 7 années d'expérience confirmée dans le domaine des soins aux enfants malades avec instabilité vitale. Il est attaché à plein temps à l'unité "soins intensifs pédiatriques".

Art. 69. La direction médicale de l'unité "soins intensifs pédiatriques" est responsable :

1° du bon fonctionnement de l'unité médicale, aussi bien au niveau scientifique médical qu'au niveau de l'encadrement psychosocial, avec un accent particulier sur la sécurité et le confort du patient, et dans le respect du milieu culturel et social de chaque patient;

2° des procédures et de la qualité du transport secondaire au sein du réseau "pédiatrie", en ce compris les accords passés avec d'autres programmes de soins tertiaires, spécialisés et de base afin de garantir l'admission des enfants malades avec instabilité vitale;

3° des procédures et du suivi de la qualité de réanimation au sein du programme de soins;

4° des procédures et des possibilités de formation du personnel des centres référents au sein du réseau "pédiatrie";

5° du contrôle de qualité interne permanent, en ce compris la gestion rationnelle des dossiers et la communication avec les référents et les autres prestataires de soins concernés;

6° de la garantie d'une permanence médicale 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, grâce à l'affectation optimale du personnel médical en concertation avec le médecin en chef;

7° de l'éducation et de la formation des membres du personnel médical travaillant dans le programme de soins.

Art. 70. L'équipe médicale se compose d'un ETP médecin par tranche entamée de 4 lits.

Les médecins faisant partie de l'équipe médicale sont des médecins spécialistes porteurs d'un titre professionnel particulier "soins intensifs" et possédant au moins 3 années d'expérience à plein temps dans le domaine des soins intensifs pédiatriques. Au moins l'un d'entre eux est un pédiatre porteur du titre professionnel particulier "soins intensifs".

Art. 71. La permanence médicale d'une unité "soins intensifs pédiatriques" est exercée par au moins un médecin spécialiste porteur du titre professionnel particulier "soins intensifs", attaché à plein temps au programme de soins, et qui est soit présent au sein de l'établissement, soit directement joignable et appelable par téléphone. Il se rend immédiatement dans l'unité.

Le médecin qui assure la permanence médicale d'une unité "soins intensifs pédiatriques" est exclusivement mis à disposition de cette unité et ne peut cumuler son service de garde avec aucune autre activité ailleurs dans l'hôpital.

Si le médecin visé à l'alinéa 1er est uniquement joignable, au moins un des médecins suivants est présent dans l'hôpital : un médecin spécialiste en formation pour l'obtention du titre professionnel particulier "soins intensifs", un médecin spécialiste (en formation) en pédiatrie, un médecin spécialiste (en formation) en anesthésie.

Les médecins-spécialiste en formation tels que visés dans l'alinéa précédent, possèdent au moins 3 années de formation de base dans la spécialité.

Chacun des médecins visés à l'alinéa 2 a suivi une formation en réanimation pédiatrique certifiée au niveau national ou international, et possède au moins trois mois d'expérience supervisée dans le domaine des soins et de la réanimation des enfants malades avec instabilité vitale.

Art. 72. La fonction d'infirmier en chef d'une unité "soins intensifs pédiatriques" est exercée par un infirmier porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie ou un infirmier porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en soins intensifs et urgence et/ou possède au moins 5 années d'expérience démontrable comme infirmier en chef dans une fonction de soins intensifs.

Il est attaché à plein temps au programme de soins tertiaire.

Art. 73. L'infirmier en chef de l'unité "soins intensifs pédiatriques" est, en étroite collaboration avec le médecin chef d'unité, responsable au sein de l'unité de l'organisation des soins directs aux patients, en ce compris le monitoring des patients, la tenue du dossier infirmier, la gestion du matériel, la qualité des soins infirmiers, l'enregistrement des données nécessaires et l'éducation et la formation des membres du personnel non médical travaillant dans le programme de soins.

Art. 74. Le personnel infirmier de l'unité "soins intensifs pédiatriques" se compose de l'infirmier en chef et de minimum 2 infirmiers par tranche entamée de 4 lits. Au moins 75 % des infirmiers est soit porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en "soins intensifs et urgence", soit porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en pédiatrie et

néonatalogie, soit infirmier bachelier pouvant attester d'au moins 5 ans d'expérience dans une unité de soins intensifs pédiatriques.

Section 6. - Normes relatives au suivi de la qualité

Art. 75. Le programme de soins tertiaire doit non seulement répondre aux normes relatives au suivi de la qualité qui s'appliquent au programme de soins de base, d'une part, et au programme de soins spécialisé, d'autre part, mais également aux règles définies ci-après.

Art. 76. Tout hôpital disposant d'un programme de soins tertiaire fait partie d'un réseau "pédiatrie" tel que visé dans l'arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes d'agrément pour le réseau "pédiatrie".

Art. 77. Tout hôpital disposant d'un programme de soins tertiaire conclut un accord de collaboration juridiquement formalisé avec un ou plusieurs hôpitaux disposant d'un programme de soins de base et d'un programme de soins spécialisé.

Cette convention de collaboration inclut entre autres un protocole de transfert et de transport en vue d'assurer le transport rapide et efficace des patients d'un établissement à l'autre lorsque ceux-ci nécessitent des soins plus spécialisés ou intensifs.

Lors de l'élaboration du protocole, visé à l'alinéa 2, il est tenu compte des accords qui ont été conclus par le réseau 'pédiatrie' concernant les transferts et retransferts des patients, conforme à l'article 5, § 2, 2°, de l'arrêté royal du 2 avril 2014 fixant les normes d'agrément pour le réseau 'pédiatrie'.

Art. 78. Le programme de soins tertiaire fait annuellement rapport au collège "pédiatrie", au collège "soins intensifs" et au réseau dont il fait partie.

CHAPITRE V. - Dispositions abrogatoires et modificatives

Art. 79. 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, est abrogé.

Art. 80. Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 2 avril 2014.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Mme L. ONKELINX