



Académie belge de Pédiatrie a.d.f.

Belgische Academie voor Kindergeneeskunde f.v.

Av. de la Couronne, 20, 1050 Bruxelles – Kroonlaan, 20, 1050 Brussel – Tel: 02-649.21.47

Président – Voorzitter :
Pr Yvan VANDENPLAS

Vice-Président – Ondervoorzitter :

Dr Michel PLETINCX

Secrétaire – Secretaris :

Pr Sabine VAN DAELE

Trésorier – Penningmeester :

Dr Pierre PHILIPPET

Membres – Leden :

Dr Christine VERSTEEGH

Dr Myriam AZOU

Dr Dino BARILLARI

Pr Georges CASIMIR

Pr Jean-Paul MISSON

Pr Christel VAN GEET

Dr Mariane MICHEL

Dr Ann DE GUCHTENAERE

Dr. Daniel DE WOLF

Prof. C. VERMYLEN

Experts – Experten:

Pr Sammy CADRANEL

Dr Yves LOUIS

Pr Bart VAN OVERMEIRE

Prof. G. VERELLEN

Le 22 juin 2017

Groupe de travail de l'Académie de Pédiatrie
Organisation des Soins de Santé en Belgique

Préalables

Le métier de pédiatre tel que décrit dans les différents niveaux de soins est à la fois varié et intéressant, mais aussi exigeant.

Deux modèles d'organisation des soins pour les enfants existent :

- Le modèle européen du Nord : le pédiatre ne s'occupe que des patients référés.
- Le modèle européen du Sud: le pédiatre s'occupe de tout enfant, qu'il soit malade ou en bonne santé. Le pédiatre est également impliqué dans la médecine préventive.

En 1979 (voir AR), la Belgique a choisi le modèle « Sud », et le pédiatre est, selon la loi, un acteur clé pour la médecine préventive de l'enfant. Dans la réalité, l'organisation des soins pour les enfants en Belgique reste dans une « zone grise », entre ces 2 modèles.

Les parents doivent conserver le libre choix du médecin qui suivra leur enfant en 1^{ère} ligne à tout moment. L'organisation actuelle des soins permettant en outre un accès immédiat aux soins jours et nuits

Dans leur projet de restructuration des soins de santé, les autorités fédérales optent pour l'élaboration et l'introduction de 25 réseaux. Des visions politiques locales pourraient cependant en compliquer le développement. Les autorités envisagent une organisation des réseaux à plusieurs niveaux. Un des objectifs du déploiement des réseaux et de l'agrandissement d'échelle est de générer des économies. Ces mesures vont avoir un impact sur le financement de la pédiatrie, lequel est aujourd'hui nettement insuffisant. La création de réseaux devrait veiller idéalement à accorder un meilleur financement de la médecine pédiatrique.

La vision de l'Académie

- Le pédiatre défend les intérêts de chaque enfant qu'il soit sain et/ou malade, qu'il s'agisse des pathologies aiguës ou de maladies chroniques
- Chaque enfant a droit à des soins proches de son domicile, mais ~~et~~ aussi à des soins les plus efficaces au meilleur endroit possible, et administrés par des médecins ayant une formation spécifique et un niveau d'expertise adéquat. Si, socialement, il est parfois utile de maintenir plus de centres, cela ne doit pas se faire au détriment de l'expertise. Plus l'enfant est gravement malade, plus l'expertise est nécessaire, mais plus l'ancrage social est également important. Il faut donc trouver un équilibre entre proximité et centralisation.
- Le texte du VVK (cfr annexe) décrit le rôle du pédiatre dans la première ligne, et introduit la notion du pédiatre qui, dès la première ligne, intervient sans distinction de la gravité de la pathologie.
- La formation des pédiatres doit être le reflet de la structuration des soins de santé. La médecine préventive faisant partie de la mission de la pédiatrie dans un concept de médecine globale. Cet aspect doit donc être un volet important de la formation.
- Un financement adéquat de l'hospitalisation médicale et de l'hospitalisation provisoire est une nécessité.
- La pléthore annoncée de pédiatres est loin d'être démontrée. Sur le terrain, on constate au contraire une pénurie de pédiatres dans de nombreuses régions, engendrant une « importation » de pédiatres originaires d'autres pays européens ou non. Les données de cadastre pédiatrique sont incomplètes et inexactes, ne tenant par exemple pas compte du grand nombre de pédiatres travaillant à temps partiel. Ces données de cadastre doivent être

précisées et évaluées car elles sont une base essentielle pour une programmation future : un afflux trop important de pédiatres risque d'induire une baisse d'expérience et d'influencer la qualité des soins. Si les gros hôpitaux n'ont pas de problème de recrutement, par contre certains plus petits hôpitaux régionaux, où le rythme de garde est de 1 jour sur 3 ou sur 4, ont de la peine à recruter et remplissent alors leur cadre avec des médecins étrangers.

Selon les chiffres disponibles en Belgique, il est estimé qu'il y a un pédiatre pour 100 naissances (+/- 1200 pédiatres et 120 000 naissances par an).

En Italie (modèle « Sud »), le nombre de pédiatres est estimé entre 12 000 et 13 500 et le nombre de naissances entre 475 000 et 478 000/an, soit un pédiatre pour 35 à 40 naissances.

En Espagne (modèle « Sud »), il y a entre 9400 et 10 000 pédiatres pour 400 000 à 430 000 naissances/an, soit un pédiatre pour 40 à 45 naissances.

Aux Pays-Bas (modèle « Nord »), le nombre de pédiatres est de 1100 pour 178 000 à 180 000 naissances/an, soit un pédiatre pour 160 naissances.

Ceci indique qu'avec un modèle de soins de santé pédiatrique de type « Sud », le nombre de pédiatres en Belgique est conforme avec l'organisation des soins: un système entre le modèle « Nord » et « Sud ».

Première et deuxième ligne

Définition - Organisation

La première ligne se définit par la prise en charge des enfants non référés, malades ou bien portants.

La deuxième ligne se définit par la prise en charge des patients référés, qu'ils soient référés par leur médecin ou leur pédiatre traitant, un service ambulatoire ou un service d'urgences.

Une division en "lignes de soin" est artificielle : dans la pratique, les activités de première et de deuxième ligne sont bien souvent exercées par les mêmes personnes au sein des mêmes structures. L'activité du pédiatre consiste en effet le plus souvent en une activité mixte, incluant activité ambulatoire, d'urgences et d'hospitalisation.

Points clés :

A. Formation – Médecine générale

La formation devrait être de minimum 5 ans si on veut couvrir tous les aspects de la pédiatrie, de la première à la deuxième, voire la troisième ligne.

Suite au raccourcissement des études de médecine de 7 à 6 ans, la durée des stages en pédiatrie pendant la formation de base a été fortement réduite passant de 8 à 4-6 semaines de stage pendant la formation.

Si un médecin généraliste veut prendre une place dans la première ligne, cela suppose qu'il ait acquis des compétences pédiatriques suffisantes, par une formation adéquate comportant un minimum d'une année dans un service de pédiatrie sur ses 3 ans de formation en médecine générale, de façon à garantir la qualité des soins tant en médecine préventive que curative pour les enfants. Cette proposition devrait être incluse dans les normes d'agrément et être financée. Il est important de veiller à l'uniformité des soins dans les différentes régions.

B. Dossier médical global

Pour pouvoir réaliser ses missions de façon efficace, le pédiatre doit pouvoir créer et élaborer un DMG. Il s'agit d'une nécessité afin de pouvoir procurer une information complète sur les premières années de vie de l'enfant, sur ses éventuels problèmes de santé chroniques, personnels et familiaux, et fournir les données nécessaires à une transition vers l'âge adulte (médecine générale et spécialisée).

C. Sortie précoce de la maternité

La sortie précoce à domicile nécessite un follow-up organisé. L'examen du nouveau-né doit être fait par un médecin compétent et formé dans ce domaine. Cette compétence ne nécessite pas 5 ans de formation post master, mais il est un fait que la grande majorité des médecins généralistes n'ont pas cette compétence. La crainte des pédiatres, partagée par Kind en Gezin en Flandre et l'ONE en Fédération Wallonie-Bruxelles, est que la qualité des soins puisse être menacée. Il est indispensable que chaque nouveau-né soit examiné par un pédiatre.

D. Consultations et urgences

En moyenne, 25% de l'activité des urgences concerne des enfants. La moitié de ces urgences se passent le soir, la nuit ou le week-end (cfr étude « De Wever »).

Il est démontré qu'en situation d'urgence, si chaque enfant était vu par un pédiatre, cela garantirait une meilleure qualité de soins, entraînerait moins d'examen complémentaires et engendrerait des économies substantielles (" BEPED.ORG " vd ESP ULB 2010/2011 - Etude de l'organisation des services d'urgence des hôpitaux belges à destination des patients pédiatriques). Le pédiatre fonctionne alors comme un « urgentiste de l'enfant » et revendique cette mission. Le financement de cette activité de première prise en charge des enfants aux

urgences par le pédiatre devrait être revalorisé, au minimum en l'alignant sur celui des urgentistes.

Il est par ailleurs nécessaire que le pédiatre hospitalier ait une compétence en soins d'urgence pédiatrique, acquise pendant sa formation et entretenue régulièrement par la suite (EPLS/APLS).

E. Gardes

Il faut un nombre de pédiatres suffisant pour organiser la continuité de soins. Pour assurer une activité clinique minimale (accouchements, urgences, hôpital de jour, consultations, hospitalisation classique ...) avec les compétences nécessaires pour offrir des soins optimaux, et en tenant compte des récupérations de garde, un nombre minimum de cinq pédiatres qui participent aux gardes est nécessaire. La réalité confirme en effet qu'une garde 1 jour sur 4 constitue un strict maximum admissible sur une longue période.

F. Médecine préventive

La mission du pédiatre comprend un volet important de médecine préventive. Une formation spécifique est essentielle.

G. Hospitalisation

Pour quelles pathologies ?

Les programmes de soins hospitaliers doivent offrir une prise en charge de qualité pour les enfants présentant des affections aiguës et chroniques ainsi que des structures organisationnelles et techniques minimales qui tiennent compte des changements du type de pathologie et/ou des problèmes médicaux. Au sein des services de pédiatrie, on constate une diminution des maladies infectieuses et une augmentation des maladies chroniques, des pathologies complexes et des problématiques psychosociales.

Dans les "grands" services de pédiatrie, l'utilisation de soins de support de niveau semi-intensif augmente. Ces unités offrent donc souvent des soins de type « medium care » (CPAP, optiflow...) plus aigus avec des séjours raccourcis, une charge de travail augmentée pour les médecins comme pour le personnel soignant.

L'hospitalisation de jour pédiatrique médicale ou chirurgicale doit se situer dans des locaux adaptés et requiert également un personnel formé. Une hospitalisation de jour nécessite un financement adapté et spécifique (absent à ce jour), différent des critères existants pour les adultes.

Normes d'activité

Une concentration minimale d'activités est nécessaire tout en maintenant une accessibilité suffisante et réaliste. Cette répartition doit se faire en tenant compte de différents facteurs objectifs comme les distances, la concentration de population, une répartition adaptée au territoire, le degré d'activité et les pics saisonniers. La norme de 70 % d'occupation de lits est dès lors si pas dépassée, en tous cas devenue inapplicable en pédiatrie, Un service de pédiatrie doit comprendre une unité d'hospitalisation classique, une hospitalisation de jour (médicale et chirurgicale), une polyclinique et une unité de consultation in situ, un service d'urgence, avec ou sans maternité avec unité de néonatalogie. Les maternités isolées sans unité pour hospitalisation pédiatrique sur le même site doivent disparaître. Selon les néonatalogues du Collège Mère-Enfant et le groupement belge de Néonatalogie un nombre minimum d'accouchements annuels est nécessaire pour offrir une qualité optimale .

Compétences particulières

L'acquisition de compétences particulières permet, selon les conditions locales, la réalisation de mises au point et des prises en charge spécifiques en amont des centres tertiaires. A titre d'exemple : cardiologie (échographies), gastroentérologie (breath test, endoscopies), neuropédiatrie (EEG, imagerie), pneumologie (épreuves fonctionnelles), ... Cela étant, tous les pédiatres hospitaliers doivent cependant être compétents pour exercer la pédiatrie générale hospitalière et doivent maintenir cette compétence. Les pédiatres qui ont acquis une compétence particulière doivent continuer à participer aux gardes de pédiatrie générale. Ils peuvent soit faire partie de l'équipe locale soit être détachés d'un programme tertiaire.

Encadrement infirmier et psycho-social

L'encadrement infirmier actuellement prévu est insuffisant pour des soins pédiatriques de qualité. Ce déficit s'aggrave en raison de la complexification des situations prises en charge en hospitalisation, qu'elles soient d'ordre organique (pathologies complexes et chroniques), ou psycho-sociale.

Si les pathologies traitées dans les services de pédiatrie sont différentes de celles ayant mené à une hospitalisation dans les services K, il n'en reste pas moins vrai que l'activité médico-psycho-sociale fait de plus en plus partie intégrante des soins pédiatriques. Les enfants victimes de maltraitance, les placements judiciaires, les situations de détresse psycho-sociale, les somatisations, les tentatives de suicide, etc... se retrouvent maintenant très souvent dans les

services de pédiatrie générale. L'encadrement psycho-social doit absolument être mieux structuré et financé, comportant éducateurs, psychologues, assistants sociaux, et la présence de pédopsychiatres.

Troisième ligne

La troisième ligne se définit par la prise en charge des patients référés pour des soins spécialisés complexes et/ou multidisciplinaires. Les soins quaternaires en font partie.

Points clés :

A. Formation des pédiatres

Une tâche importante de la 3^e ligne est la formation des pédiatres. La première et la deuxième ligne y ont également un rôle important par les maîtrises de stage « régionales ». Pour rappel les candidats spécialistes ont l'obligation d'effectuer un tiers de leur formation dans de telles unités non-universitaires. Actuellement il n'existe aucun soutien financier pour les maîtres de stages régionaux. Les universitaires reçoivent un montant via le BMF (sous partie B4 enseignement et recherche), mais qui s'avère insuffisant pour les investissements nécessaires. Suite à la 6^e Réforme de l'Etat, l'Etat Fédéral reste compétent pour la détermination des normes. Par contre, le contrôle de l'agrément incombe aux Régions.

B. Echelonnement et sous-financement de la 3^e ligne

L'annulation de l'AR d'avril 2014 organisant les programmes de soins pédiatriques conduit à une ambiguïté sur la programmation des soins pour enfants malades. Une programmation en différents échelons (de base, spécialisé et tertiaire) est néanmoins importante afin de garantir la qualité des soins.

Si les centres universitaires et tertiaires assurent une activité de 3^e ligne, ils assurent également, dans une mesure variable, une activité de première et/ou de deuxième ligne. Ceci s'explique entre autres par un sous financement de l'activité de 3^{ème} ligne, qui pousse les gestionnaires d'hôpitaux à maintenir une activité de première ligne, de façon à compenser le sous-financement des 2^{ème} et 3^{ème} lignes. Un meilleur équilibre de financement doit être trouvé.

C. Reconnaissance des sous-spécialités (titres professionnels particuliers)

Il est nécessaire que chaque pédiatre ayant une compétence particulière reste compétent pour la pratique de la pédiatrie générale. Ils doivent également continuer à participer aux gardes de pédiatrie générales.

50 % des maladies rares se concentrent en pédiatrie. Ces prises en charge nécessitent une expertise spécifique et un investissement supplémentaire. Une prise en charge pédiatrique est, par essence, consommatrice de temps (approche spécifique de l'enfant, prise en compte du cadre parental et familial, ...). Ces maladies rares sont complexes et augmentent encore le temps nécessaire à leur prise en charge.

Le 19/10/2016, une délégation de l'Académie et du Collège de Pédiatrie a rencontré le cabinet de la Ministre M. De Block afin de tenter de débloquent le dossier de la reconnaissance des sous-spécialités pour la cardiologie, l'endocrinologie, la gastro-entérologie, la néphrologie, et la pneumologie pédiatriques. Un texte de consensus lui a été remis (annexe 6), reprenant notamment les arguments plaidant pour la reconnaissance des sous-spécialités : l'Académie et le Collège défendent une position où le patient est au centre des soins. Il s'agit de défendre une prise en charge globale et non une prise en charge « d'organe ». A l'instar des autres pays occidentaux, de nombreux pédiatres avec des compétences particulières exercent actuellement avec efficacité et compétence en Belgique, sans reconnaissance officielle. Une reconnaissance évite pourtant un usage à mauvais escient des explorations, examens et traitements par des pédiatres insuffisamment formés. Ces compétences, acquises en sus des compétences de base en pédiatrie, sont pourtant déjà intégrées dans un certain nombre de textes, à caractère potentiellement légal, qui ont fait l'objet d'un accord entre les professionnels, et qui ont reçus l'avis positif du Conseil Supérieur de la Santé. Ces textes se sont inspirés des formations existantes en Europe. Il est donc paradoxal que ces compétences ne puissent être officiellement reconnues.

Seuls 3 titres professionnels particuliers (sous-spécialités) sont actuellement reconnus : hématologie pédiatrique, néonatalogie et neuropédiatrie. Les autres sous-spécialités méritent autant d'être reconnues. D'autres compétences spécifiques doivent être développées et à terme reconnues : rhumatopédiatrie, réadaptation pédiatrique, pédiatrie psycho-sociale, dermatopédiatrie, ...

D'un autre côté, le volet « pédiatrie générale » est également important. La reconnaissance de base doit rester celle d'un pédiatre général afin de garder l'approche globale de l'enfant, et d'éviter de voir désertier les sous-spécialistes des soins généraux. La reconnaissance des sous-spécialités est importante pour tous les niveaux de soins pédiatriques.

La revalorisation justifiée de la consultation de neuropédiatrie ou d'hémato-oncologie pédiatrique, pose cependant un problème de nomenclature.

Suite à la rencontre au cabinet de M. De Block, il a été discuté de l'opportunité de réactualiser le texte du Moniteur de 1979 décrivant l'activité spécialisée.

Conclusion

L'Académie Belge de Pédiatrie qui regroupe toutes les associations pédiatriques régionales et fédérales, universitaires et non universitaires, veut promouvoir l'organisation de soins de qualité pour les enfants. La place des pédiatres y est primordiale. L'expertise des membres de l'Académie en fait un interlocuteur incontournable pour les autorités.

Prof Y. Vandenplas

Président Académie

024775794

yvan.vandenplas@uzbrussel.be

Dr. M. Pletincx

Vice-Président Académie

02/354 20 02

michel.pletincx@gmail.com

Prof. S. Van Daele

Secrétaire Académie

09/332 27 18

sabine.vandaele@uzgent.be

Membres de l'Académie qui peuvent être contactés

***Pour la Vlaamse Vereniging Kindergeneeskunde (VVK)**

Prof. A. De Guchtenaere

e-mail ann.deguchtenaere@zeepreventorium.be

Tel 0477/97 22 34

***Pour le Groupement Belge des Pédiatres de langue Française (GBPF)**

Prof. P. Philippet

e-mail pierre.philippet@chc.be

Tel 04/224 91 73

***Pour la Société Belge de Pédiatrie**

Prof. D. De Wolf

e-mail daniel.dewolf@uzgent.be

Tel 09/332 35 98

Prof.C.Van Geet

e mail christel.vangeet@uz.kuleuven.ac.be

***Pour les Universités**

Prof. S. Van Daele

e-mail sabine.vandaele@uzgent.be

Tel 09/332 27 18

Prof. C. Vermylen

e-mail christiane.vermylen@uclouvain.be

Tel 02/764 13 01

***Pour l'Association Professionnelle**

Dr. M. Pletincx

e-mail michel.pletincx@gmail.com

Tel 02/354 20 02