

be-pics
BELGIAN PEDIATRIC
INTENSIVE CARE SOCIETY



Avenue W. Churchill avenue 11/30, B-1180 Uccle/Uccle

www.be-pics.be

Bruxelles, 14/05/2023

Organisation Soins Intensifs Pédiatriques et Formation Société de Soins Intensifs Pédiatriques en Belgique : Lettre ouverte et position de la Société Belge de Soins Intensifs Pédiatriques (Be-Pics)

Contacte pour cette lettre : Jef Willems (info@be-pics.be)

A l'attention de :

Monsieur F. Vandenbroucke, Ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique

Dr. D. Ramaekers, Président de la Direction générale des soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement

M. P. Facon, administrateur général adjoint INAMI

Mme F. Lannoy, administratrice générale Agence Wallonne pour une Vie de Qualité (AVIQ)

Mme K. Moykens, administrateur général agence flamande Zorg en Gezondheid

Dr. J. Boniver, président Conseil supérieur des médecins spécialistes et généralistes, chambre francophone

Dr. J. Lambert, président Hoge Raad van Artsen-specialisten en van Huisartsen, chambre néerlandophone

Dr. P. Waterbley, secrétaire Hoge Raad van Artsen-specialisten en van Huisartsen, chambre néerlandophone

Dr. S. Gouwy, président Commission de reconnaissance Soins intensifs (NL)

Prof. Dr. P-F Laterre, président Commission de reconnaissance Soins intensifs (FR)

Dr. S. Brimioulle, président Conseil des soins intensifs

Prof. Dr. F. Taccone, président Société belge de médecine intensive (SIZ)

Prof. Dr. Philippe Jorens, président-elect Société belge de médecine intensive (SIZ)

Dr. M. Vander Laenen, présidente Association professionnelle belge des spécialistes en soins intensifs (VBS-GBS)

Prof. Dr. A. De Guchtenaere, président de l'Académie belge de pédiatrie (BAOP), secrétaire général de l'Académie européenne de pédiatrie (EAP)

Prof. Dr. M. Raes, président de la Société belge de pédiatrie (BVK-SBP)

Dr. T. Jonckheer, président Association professionnelle belge des Spécialistes en pédiatrie (VBS-GBS)

Prof. Dr. A. Bael, président de l'Association flamande de pédiatrie (VVK)

Prof. Dr P. Philippet, président Groupement Belge des Pédiatres de Langue Française (GBPLF)

Prof. Dr. L. Cornette, président Belgian Neonatology Association - Groupement belge de Néonatalogie (BVN - GBN)

Prof. Dr. S. Carlier, président Association Professionnelle des Spécialistes en Anesthésie et Réanimation (BSAR - APSAR)

Prof. Dr. T. Pirotte, président de l'Association Belge d'Anesthésiologie Pédiatrique (ABAP)

Prof. Dr. H. Steyaert, président Association Belge de Chirurgie Pédiatrique (BELAPS)

M. B. Serraes, président de l'Association flamande des infirmières en soins intensifs (VVIZV)

Mme C. Dolieslager, présidente de l'Association flamande des infirmières en pédiatrie (VVKV)

Monsieur le ministre,

Cher professeur,

Madame, Monsieur,

Cher collègue,

Par ce courrier nous souhaitons vous exposer notre vision de l'organisation des soins intensifs pédiatriques (PICU-USIP) ainsi que la formation des médecins de soins intensifs pédiatriques dans notre pays.

1. Introduction : l'enfant nécessitant de soins intensifs.

La population de patients d'une unité de soins intensifs pédiatriques (USIP) comprend des enfants gravement malades âgés de 28 jours à 15 ans. Les nouveau-nés gravement malades sont généralement admis dans une unité de soins intensifs néonataux (USIN), bien qu'il y ait des exceptions à cette règle : dans certains centres, les enfants plus jeunes souffrant de malformations cardiaques congénitales ou nécessitant des techniques extracorporelles telles que l'hémodialyse et l'oxygénation par membrane extracorporelle (ECMO) sont également admis dans l'USIP. En règle générale, les patients âgés de 15 ans et plus sont admis dans l'unité de soins intensifs pour adultes (SI), sauf s'ils sont déjà suivis ou admis dans une convention pédiatrique (p. ex. hémato-oncologie pédiatrique), et que la limite d'âge est portée à 18 ans.

Habituellement, les critères d'admission développés par l'Académie américaine de pédiatrie sont utilisés à cette fin.¹ Il s'agit d'enfants dont les fonctions vitales (y compris la respiration et la circulation) sont menacées, dont les fonctions organiques sont gravement altérées ou qui nécessitent une surveillance intensive. Il s'agit d'une population de patients hétérogènes en terme d'âge et de pathologie. Les patients ont de plus en plus souvent des antécédents médicaux rares et complexes, pour lesquels une approche multidisciplinaire avec des (sous-)spécialistes pédiatriques et des chirurgiens est cruciale. La "saison respiratoire" présente une variabilité saisonnière importante, avec des épidémies virales récurrentes chaque année, qui atteignent leur paroxysme pendant les mois d'hiver. En outre, on observe une tendance à l'augmentation des admissions à long terme d'enfants souffrant de problèmes médicaux complexes, ce qui met à rude épreuve la capacité d'accueil des unités de soins intensifs pédiatriques.

¹ [Guidelines for developing admission and discharge policies for the pediatric intensive care unit. American Academy of Pediatrics. Committee on Hospital Care and Section of Critical Care. Society of Critical Care Medicine. Pediatric Section Admission Criteria Task force. Pediatrics. 1999;103\(4 pt 1\):840-2.](#)

Il existe des normes scientifiques concernant les soins médicaux et l'organisation, ainsi que l'enregistrement des données et l'évaluation qualitative.²

Le nombre d'enfants concernés dépend de l'organisation nationale des soins. Les données les plus fiables proviennent des pays disposant d'une organisation et de registres centralisés pour les USIP. Au Royaume-Uni (+ Irlande), où des critères d'admission très stricts sont appliqués, le chiffre est de 143/100 000 enfants par an (selon le registre PICANET³). La mortalité dans ce registre (très complet) est de 3,4 %. Les données de résultats décrites dans PICANET montrent que, lorsque des techniques très complexes telles que l'ECMO sont nécessaires, un taux de mortalité significativement plus élevé peut être atteint dans les centres qui pratiquent ces techniques moins fréquemment.^{4,5} De même, les patients (neuro)chirurgicaux pédiatriques ont également une meilleure survie dans les centres qui traitent ces patients plus fréquemment.⁶

Des données récentes sont également disponibles pour la Belgique : à la demande du IC College, toutes les unités de soins intensifs belges ont été invitées à enregistrer toutes les admissions en soins intensifs pédiatriques pour l'année 2018 dans le registre Be-PICU.⁷ Il s'agissait d'un enregistrement volontaire pour lequel aucun fonds n'a été exempté. Au total, 2364 admissions ont été enregistrées dans 8 unités de soins intensifs (dont 5 unités dédiées PICU - c'est-à-dire avec une population exclusivement pédiatrique et un personnel formé à la pédiatrie). Estimées et basées sur des données plus anciennes provenant du résumé clinique minimum,⁸ ces admissions représentaient 1/3 des admissions pédiatriques réelles dans les SI. 85% des admissions enregistrées ont eu lieu dans les 5 unités de soins intensifs pédiatriques médicalisés, 15% dans d'autres unités de soins intensifs. 72% des admissions étaient urgentes et non programmées et dans 34% des cas, le patient avait été transféré d'un autre hôpital. Dans 85% de ces transferts secondaires, l'USIP d'accueil a fourni un transport spécialisé.

La raison principale de l'admission était principalement respiratoire, avec une assistance respiratoire dans 60% des admissions. La moitié des patients présentaient au moins un diagnostic chronique (comorbidité). La mortalité dans le registre Be-PICU était également de 3,4 %.⁹

² Paediatric Critical Care Society, PCCS Quality Standards for the care of Critically Ill or Injured Children (6th Edition). 2021.

³ PICANET 2021 Annual report – beschikbaar op [PICANet-2021-Annual-Report_v1.1-22Apr2022.pdf](#)

⁴ Freeman C, Bennett T, Casper T et al. Pediatric and Neonatal Extracorporeal membrane Oxygenation: does Center Volume Impact Mortality? Critical Care Medicine. March 2014, Vol 42, No 3.

⁵ Nasr V, Faraoni D, DiNardo J, Thiagarajan R. Association of Hospital Structure and Complications With Mortality After Pediatric Extracorporeal Membrane Oxygenation. *Pediatr Crit Care Med* 2016;17:684-691.

⁶ Tang O, Yoon J, Kimata A, Lawton M. Volume-outcome relationship in pediatric neurotrauma care: analysis of two national databases. *Neurosurg Focus* Vol 47. Nov 2019 DOI:10;3171/2

⁷ Microsoft Word - PICU register R 2docx.docx (belgie.be)

⁸ Intensieve zorgen voor kinderen in Vlaanderen (tvvg.be)

⁹ Microsoft Word - PICU register R 2docx.docx (belgie.be)

2. Organisation des soins intensifs pédiatriques en Belgique

La Belgique ne dispose pas actuellement d'un cadre légal spécifique concernant l'organisation des soins intensifs pour les enfants (PICU-USIP). Actuellement, le programme de prise en charge des enfants prévu par l'arrêté royal (AR) du 13 juillet 2006 s'applique encore aux mineurs qui n'ont pas encore atteint l'âge de 15 ans. Il ne mentionne pas les soins intensifs pour enfants.¹⁰

Dans un nouveau programme de soins, défini dans l'AR du 2 avril 2014, une distinction a été faite entre trois niveaux de soins : un programme de soins de base, un programme de soins spécialisés et un programme de soins tertiaires, remplaçant le programme de soins précédent qui permettait tous les niveaux de traitement au même endroit.¹¹ Des normes de reconnaissance pour le personnel médical, infirmier et soignant ont été définies, ainsi que des normes de reconnaissance fonctionnelles et organisationnelles, l'organisation des soins intensifs pédiatriques étant intégrée au niveau tertiaire.

Cependant, l'AR de 2014 a été annulé par le Conseil d'État pour des raisons de procédure, ce qui signifie qu'à l'heure actuelle, l'ancien programme de soins est toujours en vigueur.

Néanmoins, depuis plus de 25 ans, certains centres ont déjà mis en place des unités spécialisées dans les soins intensifs aux enfants, conformément aux critères internationaux et avec une supervision multidisciplinaire complète. Dans la pratique, une proportion importante d'enfants gravement malades sont donc déjà traités dans une unité de soins intensifs pour enfants.

En 2020, les prestataires de soins médicaux et paramédicaux travaillant dans 9 PICU-USIP belges se sont regroupés au sein de l'association sans but lucratif *Belgian Pediatric Intensive Care Society* (Be-Pics).¹² Outre la promotion d'activités scientifiques et de formation, la Be-Pics s'efforce également de faire reconnaître les formations spécifiques (médicales et non médicales) ainsi que celles des PICU-USIP elles-mêmes.

3. Organisation des soins intensifs aux enfants à l'étranger

a. Royaume-Uni

Dans les années 1990, une centralisation poussée a eu lieu au Royaume-Uni, où il existe aujourd'hui 30 PICU.¹³ L'élément déclencheur des initiatives législatives aboutissant à la centralisation des soins

¹⁰ [Koninklijk besluit van 13 juli 2006 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden en tot wijziging van het koninklijk besluit van 25 november 1997 houdende vaststelling van de normen waaraan de functie "chirurgische daghospitalisatie" moet voldoen om te worden erkend, Belgisch Staatsblad 16 augustus 2006.](#)

¹¹ [Koninklijk besluit van 2 april 2014 houdende vaststelling van de normen waaraan het zorgprogramma voor kinderen moet voldoen om erkend te worden, Belgisch staatsblad 18 april 2014.](#)

¹² [ABOUT US \(be-pics.be\)](http://about.us.be-pics.be)

¹³ [paed-critical-care-review-issues.pdf \(england.nhs.uk\)](#)

pédiatriques tertiaires a été l'"*Enquête de Bristol sur la chirurgie cardiaque congénitale*",¹⁴ dans laquelle une surmortalité significative a été observée dans un centre où la chirurgie cardiaque chez les enfants atteints de cardiopathies congénitales était pratiquée sans la présence d'une expertise pédiatrique adéquate dans tous les services, comme l'a montré un rapport d'audit.

Des efforts importants ont été déployés pour mettre en place dix équipes de transport spécialisées dans les unités de soins intensifs pédiatriques, réparties régionalement, qui sont responsables du transport des enfants gravement malades, indépendamment des centres de référence et d'accueil et dans des zones bien définies.

Le paysage des USIP est très diversifié, la fourniture de soins cardio-intensifs et d'ECMO (5 centres) s'étendant également à l'ensemble du pays.

Une base de données nationale appelée PICANET permet d'effectuer des contrôles de qualité et de surveiller les tendances épidémiologiques. Ici, un formulaire d'enregistrement uniforme est utilisé par toutes les USIP.¹⁵

b. Pays-Bas¹⁶

En 2001, l'Inspection des soins de santé des Pays-Bas a analysé l'insuffisance de la disponibilité et de la qualité des soins pour les enfants gravement malades. Plusieurs mesures ont été prises, qui ont abouti à la création d'un réseau national de huit unités de soins intensifs primaires disposant de leurs propres zones de référence. Des études de suivi menées en 2008 et en 2021 ont montré une amélioration significative de la qualité des soins. Des accords clairs sur les soins initiaux, le transport et le transfert vers une USIP ont permis à chaque enfant gravement malade de recevoir les soins nécessaires dans une USIP dans les trois heures suivant son arrivée à l'hôpital général. Les soins en USIP sont concentrés dans un nombre limité de centres (médicaux universitaires), où d'autres disciplines pédiatriques médicales et paramédicales sont également présentes. Il est reconnu qu'une USIP est un maillon indispensable de la chaîne de soins cliniques de haut niveau des centres universitaires. La fragmentation des soins en USIP est considérée comme un risque pour la qualité des soins par l'Inspection des soins de santé. Dans les 8 unités de soins intensifs pédiatriques, un intensiviste pédiatrique est responsable 24 heures sur 24. Une différenciation plus poussée a déjà eu lieu ces dernières années (soins cardio-intensifs, soins onco-critiques, médecine de transplantation). Des accords clairs sur les indications d'admission, l'équipe de soins primaires et le rôle du pédiatre ont été mis sur papier, de même que des lignes directrices sur l'organisation et la fourniture du transport interhospitalier des enfants gravement malades. Il existe également des règles claires concernant les enfants qui peuvent être admis dans les unités de soins intensifs pour adultes des hôpitaux généraux, ainsi que la communication avec les USIP à ce sujet. L'organisation d'un registre des USIP et d'un suivi post-USIP est déjà bien avancée.

¹⁴ [British Medical Journal \(nih.gov\)](#)

¹⁵ [PICANet – Paediatric Intensive Care Audit Network for the UK and Ireland](#)

¹⁶ [Kwaliteitsdocument 2021 – Sectie Intensive Care Kinderen \(kinderic.nl\)](#)

4. Formation en soins intensifs pédiatriques en Belgique

En Belgique, il n'existe actuellement aucune formation reconnue séparément en médecine intensive pédiatrique, mais il en existe une en médecine intensive de façon générale. La législation actuelle concernant les critères de reconnaissance des médecins spécialisés en soins intensifs, ainsi que des maîtres de stage et des services de stage en soins intensifs, date de l'arrêté ministériel du 5 octobre 1995.¹⁷ Ainsi, les médecins spécialistes de diverses formations (y compris les pédiatres) peuvent obtenir le titre professionnel spécial moyennant l'accomplissement d'un plan de stage dans un service de stage qui pratique les soins intensifs sous tous leurs aspects. Après avoir obtenu le titre de troisième cycle, ces médecins spécialistes peuvent dispenser des soins intensifs à des patients de tous âges, à l'exception des nouveau-nés, pour lesquels il existe un titre distinct. Il n'existe donc pas de cadre légal concernant les centres de formation reconnus, les lieux de formation et les maîtres de stage spécifiques à la médecine intensive pédiatrique.

Tant du côté francophone que du côté flamand, un cours inter-universitaire de troisième cycle en médecine intensive est organisé. Du côté francophone il s'agit d'une formation comprenant un module pédiatrique. Le diplôme interuniversitaire français (DIU Réanimation et urgences pédiatriques) est également reconnu.¹⁸ Du côté flamand, il s'agit de 7 jours de formation comprenant un module pédiatrique. La réussite d'un examen théorique est nécessaire pour obtenir le titre de troisième cycle. Une formation européenne (EDIC - European Diploma of Intensive Care) et une formation pédiatrique européenne (EPIC - European Paediatric/Neonatal Intensive Care Diploma) sont également reconnues avec une formation théorique et une évaluation (voir ci-dessous - 5b).¹⁹

Depuis 2021, un protocole d'accord, émis par la Be-Pics, est en vigueur auprès de la Commission flamande de reconnaissance de la médecine intensive. Ce protocole permet aux candidats intensivistes qui souhaitent travailler en tant qu'intensiviste pédiatrique de soumettre un plan de stage pédiatrique spécifique.²⁰ La Commission flamande de reconnaissance déclare que jusqu'à ce qu'un cadre fédéral soit créé pour la reconnaissance des intensivistes pédiatriques, ce mémorandum peut être utilisé comme une ligne directrice.

La législation prévoit la possibilité d'effectuer une année du plan de stage dans un centre de formation à l'étranger. En l'absence d'une formation distincte et reconnue d'intensiviste pédiatrique en Belgique, la plupart des futurs intensivistes pédiatriques choisissent d'effectuer (une partie de) leur formation dans des centres de formation situés dans des pays où c'est le cas.

¹⁷ [Training in critical care - SIZ](#)

¹⁸ [DIU : Réanimation et Urgences Pédiatriques | Société Française de Pédiatrie \(sfpediatrie.com\)](#)

¹⁹ [Postgraduate Intensive Care Course Flemish universities - SIZ](#)

²⁰ [Voorstel Bepics 09062021 voor erkenningscriteria intensivist werkzaam op kinderintensieveafdeling.pdf \(be-pics.be\)](#)

5. Formation en soins intensifs pédiatriques au niveau international

a. UEMS - EAP

Les spécialités médicales sont représentées au niveau européen par l'organisme non statutaire appelé Union européenne des médecins spécialistes (UEMS). L'UEMS est reconnue par l'Union européenne comme l'organisme compétent pour l'harmonisation et l'assurance qualité de la formation dans les différentes spécialités médicales. Officiellement, l'UEMS rend compte directement au Comité consultatif pour la formation médicale (CCFM) et assure la liaison avec le Parlement européen et la Commission européenne.

Toute spécialité médicale peut créer une section au sein de l'UEMS si elle est reconnue dans au moins 1/3 des pays européens et si elle est répertoriée dans le journal officiel de la Commission européenne.

L'Académie européenne de pédiatrie (EAP) fait office de section pédiatrique au sein de l'UEMS. L'EAP reconnaît la médecine intensive pédiatrique (PICM) comme l'une des 14 sous-disciplines de la spécialité pédiatrique et soutient les initiatives nationales visant à reconnaître ces sous-disciplines.²¹ Des exigences formelles en matière de formation sont en cours d'élaboration.

b. ESPNIC²²

Chaque section de l'UEMS crée un groupe de travail dans lequel les sociétés scientifiques du domaine sont représentées. La Société européenne de soins intensifs pédiatriques et néonataux (ESPNIC) fonctionne au sein de l'EAP en tant qu'association scientifique de la sous-spécialité PICM. L'ESPNIC a développé le diplôme EPIC (European Paediatric/Neonatal Intensive Care Diploma), un programme consensuel développé par les pairs et établi selon les meilleures pratiques du *Council of European Specialist Medical Examinations* (CESMA) et du conseil consultatif de l'UEMS. Ce programme (étalé sur deux ans) vise à harmoniser et à améliorer les normes de qualité pour une pratique sûre et autonome de la médecine intensive pédiatrique et néonatale à l'intérieur et à l'extérieur de l'Europe. Les titulaires d'un master en pédiatrie, anesthésiologie, chirurgie pédiatrique ou médecine intensive (attention : ces deux derniers ne sont pas reconnus en tant que tels en Belgique mais le sont dans plusieurs pays européens), ainsi que les titulaires d'un master en pratique infirmière avancée (également non reconnu en Belgique mais dans plusieurs pays européens) peuvent participer à cet examen.

Comme mentionné précédemment, le Diplôme EPIC est également reconnu par les commissions belges d'accréditation en médecine intensive comme épreuve théorique pour le diplôme post-gradué en médecine intensive. Il est important de noter que l'ESPNIC suppose qu'une première et une deuxième année complète de formation clinique en soins intensifs pédiatriques ou néonataux à temps plein ont été suivies pour pouvoir participer à la partie 1 et à la partie 2 du diplôme EPIC. La

²¹ [UEMS-2015.30-European-Training-Requirements-in-Paediatrics.pdf \(zfp.si\)](#)

²² [ESPNIC | EPIC Diploma](#)

reconnaissance effective du diplôme EPIC implique donc de facto une formation clinique complète, ce qui est actuellement possible (voir également le protocole d'accord formulé par Be-Pics décrit ci-dessus) mais n'est pas une exigence formelle pour les comités d'accréditation belges en médecine intensive. L'idée est que le diplôme EPIC est complémentaire des programmes de formation nationaux. Ici, nous examinons brièvement la situation dans certains pays voisins :

c. Royaume-Uni

La formation d'intensiviste pédiatrique peut se faire en entrant dans les programmes de formation de base en anesthésie et en pédiatrie. Les conditions de formation pour le second groupe ont été établies par le Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH).²³ La formation consiste en un stage de 2 ans dans une USIP et un stage de 6 mois en anesthésie pour les pédiatres et vice versa. La PICM est également reconnue comme une spécialité de médecine de soins intensifs (ICM), de sorte qu'il est également possible d'y accéder à partir de là.²⁴

d. Pays-Bas

Aux Pays-Bas, il est également possible de s'inscrire à partir des deux disciplines de base que sont la pédiatrie et l'anesthésie.^{25,26} La réussite d'une formation d'au moins 30 mois dans l'un des six centres de formation reconnus permet d'obtenir la reconnaissance en tant que pédiatre-intensiviste et anesthésiste-intensiviste pour enfants, respectivement.²⁷

e. France

Dans le cadre de la formation en pédiatrie (tronc commun de 60 mois), un parcours de formation en soins intensifs pédiatriques a été défini depuis mars 2020, qui peut être entamé après une procédure de sélection au cours de la quatrième année du tronc commun.²⁸ Il s'agit d'une formation en deux temps. Tout d'abord, 24 mois (dont 6 mois dans une unité de soins intensifs pour adultes et un maximum de 12 mois pendant le tronc commun) sont accomplis. Après une évaluation finale réussie, un *-fellowship-* clinicat en médecine intensive pédiatrique d'une durée de 2 à 4 ans peut être entamé. Une voie d'accès similaire est disponible à partir de la formation de base en anesthésie et de la formation en médecine intensive.

²³ [PICM Medical Trainees - Paediatric Critical Care Society \(pccsociety.uk\)](https://www.pccsociety.uk/)

²⁴ [Paediatric intensive care medicine - sub-specialty | RCPCH](https://www.rcpch.ac.uk/education-and-training/sub-specialties/paediatric-intensive-care-medicine)

²⁵ [Over deze sectie - NVK](https://www.nvk.nl/over-deze-sectie)

²⁶ [\(Her\)registratie kinderintensivist | Anesthesiologie.nl](https://www.herregistratie.nl/registratie/kinderintensivist)

²⁷ [Overzicht erkende subspecialistische opleidingen en opleiders\(4\).xlsx \(live.com\)](https://www.live.com/Overzicht-erkende-subspecialistische-opleidingen-en-opleiders(4).xlsx)

²⁸ [Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0066 du 17/03/2020 \(legifrance.gouv.fr\) \(texte 23 sur 90\)](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043113)

f. Autres pays

Le Canada, les États-Unis et l'Australie disposent depuis plusieurs décennies d'un modèle organisationnel très centralisé et d'une formation de pointe. L'organisation et la formation en médecine intensive pédiatrique sont également en plein essor dans les pays à faibles et moyens revenus, en partie sous l'impulsion de la Fédération mondiale des sociétés de soins intensifs et critiques pédiatriques (WFPICCS - fondée à Paris en septembre 1997).²⁹

6. Discussion et recommandations pour la Belgique.

a. Organisation des soins intensifs pédiatriques.

Au cours des dernières décennies, les progrès de la médecine, non seulement en matière de diagnostic (génétique, immunologie, troubles métaboliques...) mais aussi de traitement (cancer, défaillance aiguë/chronique des organes, techniques chirurgicales) ont conduit à une population de patients pédiatriques de plus en plus complexes sur le plan médical, avec des besoins de soins modifiés et la nécessité d'une supervision multidisciplinaire. Cela vaut évidemment aussi pour les enfants gravement malades. Étant donné qu'il s'agit d'un petit groupe de patients hétérogènes, il est crucial que les praticiens soient suffisamment expérimentés.

Nous constatons que le programme de soins pédiatriques tel que défini dans l'arrêté royal du 13 juillet 2006, qui ne contient aucune disposition relative aux enfants gravement malades, n'est plus adapté à l'organisation des soins hospitaliers pédiatriques. Cette question a également été largement abordée dans le récent rapport du KCE sur l'organisation des soins hospitaliers pédiatriques.³⁰

Nous demandons donc la mise en place d'un nouveau programme de soins pédiatriques adapté, avec les recommandations suivantes concernant les soins intensifs aux enfants :

- Centralisation des soins pour les enfants gravement malades dans des unités de soins intensifs pédiatriques (PICU-USIP) spécialement équipées et exclusives, avec des soins médicaux et infirmiers 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par un personnel spécialement formé. Fixer des normes pour la dotation en personnel (médical et infirmier).

- Établir des normes pour le soutien multidisciplinaire 24/7 par d'autres sous-disciplines pédiatriques et chirurgicales adaptées et pour les techniques spécifiques de soutien des fonctions organiques pédiatriques dans les centres où les unités de soins intensifs pédiatriques sont implantées.

²⁹ [History of PICU in India - WFPICCS - Pediatric Intensive & Critical Care](#)

³⁰ Lefèvre Mélanie, Bouckaert Nicolas, Detollenaere Jens, Vlaegen Joan, Garcia Fernandez Llenalia, Van den Heede Koen, Zeevaert Renate, Van de Voorde Carine. Organisatie van Pediatrische ziekenhuiszorg in België: Huidige situatie en mogelijkheden tot hervorming. Health Services Research (HSR). Brussel. Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). 2022. KCE Reports 358. DOI:10.57598/R358AS

- La création d'une capacité suffisante, répartie régionalement, pour garantir que chaque enfant gravement malade puisse recevoir les soins nécessaires en USIP dans un délai acceptable. La création d'une plate-forme nationale de consultation des USIP concernant la répartition des patients entre les USIP pendant la haute saison respiratoire.

- Des accords concernant l'orientation et le transport des enfants gravement malades à partir des hôpitaux généraux en fonction des critères médicaux et de l'option d'admission. Cela nécessite une coordination étroite entre les USIP, les hôpitaux généraux et leurs systèmes de transport. Un financement adéquat du transport en USIP et du transport de retour vers les centres d'orientation est nécessaire.

- La sensibilisation : disponibilité téléphonique d'un intensiviste pédiatrique pour fournir des conseils. Formation aux soins aigus des enfants gravement malades dans les hôpitaux généraux, co-organisée par l'unité de soins intensifs pédiatriques régionale.

- Ce qui précède ne signifie pas qu'aucun enfant ne peut être admis dans une unité de soins intensifs pour adultes, mais de bons accords sur les circonstances dans lesquelles cela est indiqué et sur la communication avec une unité de soins intensifs pédiatriques de la région sont appropriés ici.

- La création un registre national des USIP.

b. Formation en médecine intensive pédiatrique en Belgique.

Actuellement, les médecins spécialisés en médecine intensive de diverses origines (y compris les pédiatres) peuvent obtenir le titre professionnel spécial de médecine intensive à condition de suivre un plan de formation dans un service de formation qui pratique la médecine intensive sous tous ses aspects.

Ces critères de reconnaissance ne correspondent plus à la réalité depuis longtemps. De nombreux médecins non pédiatres n'auront guère de contact avec la pathologie pédiatrique des soins intensifs, et encore moins avec son spectre complet, au cours de leur plan d'internat. Inversement, la plupart des pédiatres n'entreront guère en contact avec la pathologie de l'adulte au cours de leur programme d'internat. Néanmoins, des progrès indéniables ont été réalisés avec l'acceptation du diplôme EPIC et le protocole d'accord concernant le plan de stage.

En outre, il n'existe actuellement aucune vision globale du nombre d'intensivistes pédiatriques à former. Par conséquent, les unités de soins intensifs pédiatriques manquent souvent de personnel et les services doivent fermer lorsque le personnel médical se désiste. Cette perturbation du système de soins de santé dans certaines régions peut entraîner des risques inacceptables pour les patients.

La plupart des intensivistes pédiatriques travaillant en Belgique sont au moins partiellement formés dans des centres de formation étrangers accrédités, généralement dans des pays où les USIP elles-mêmes et la formation des intensivistes pédiatriques sont accréditées. Ces formations étrangères ont une valeur ajoutée indéniable et contribuent à enrichir le milieu de travail belge par la suite. Toutefois, le manque de reconnaissance, le financement minimal et les conditions de travail difficiles qui en découlent en Belgique font que des médecins belges motivés, souvent formés à leur propre

initiative et à leurs propres frais dans ces centres de pointe, poursuivent leur carrière à l'étranger. Les efforts de formation à long terme déployés dans nos universités sont ainsi réduits à néant.

L'absence d'exigences formelles en matière de formation entraîne une divergence croissante avec les normes européennes, ce qui témoigne d'un manque de professionnalisme dans le système de soins de qualité sur lequel nous comptons en Belgique. En reconnaissant la formation en soins intensifs pédiatriques, le gouvernement belge contribuerait à façonner et à soutenir cette initiative européenne promue par l'UEMS et l'EAP.

Nos recommandations sont donc les suivantes

- La reconnaissance la médecine intensive pédiatrique comme titre professionnel de niveau 3, en contrepartie de la formation en médecine intensive (adulte) et au sein du comité de reconnaissance de la médecine intensive. Cela ne signifie pas que ce titre professionnel soit le domaine exclusif des pédiatres. L'apport d'autres titres professionnels de niveau 2 (notamment l'anesthésiologie ou le titre professionnel de médecine intensive), tel que prévu par la loi de 1995, doit rester possible à cet égard. Cela contribue au caractère multidisciplinaire et à la qualité de la médecine intensive pédiatrique. L'enrichissement croisé entre la médecine intensive adulte et la médecine intensive pédiatrique reste importante, et l'accomplissement partiel d'un plan de stage dans la discipline adulte et vice-versa offre une valeur ajoutée certaine.

- La coopération entre les unités de soins intensifs pédiatriques pour développer un programme de formation régional ou national. Création de sites de formation PICU spécifiques avec des maîtres de stage en Belgique.

- Le développement d'un cours d'infirmière spécialisée en soins intensifs pédiatriques.

Le groupe d'intensivistes pédiatriques, d'infirmières et de paramédicaux de terrain, actuellement réunis au sein de l'ASBL *Be-Pics*, travaillent à l'élaboration de normes de reconnaissance juridique des entités de soins "PICU" et à la mise en place d'un système de gestion des soins pédiatriques et des formations reconnues, tant médicales que non médicales, dans ce domaine.

Les appels lancés par le secteur des unités de soins intensifs en vue d'obtenir de meilleurs accords ont jusqu'à présent été contrés par le principe de la primauté de la liberté thérapeutique des groupes de médecins et des hôpitaux. Cependant, comme dans presque tous les pays voisins, des normes d'accréditation strictes sont nécessaires au développement de soins viables et de haute qualité dans ce domaine, dans l'intérêt de ce groupe de patients restreint mais vulnérables.

C'est pourquoi nous aurions aimé entamer rapidement cette discussion importante avec vous en tant que partenaire de l'organisation des soins de santé.

Dans l'espoir d'une réponse rapide et favorable, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées,

Au nom des membres de la Be-Pics,

