

CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS
DE BELGIQUE

3 février 2006

PROPOSITION DE RÉOLUTION

**relative à un plan d'action en faveur
de l'enfant hospitalisé**

(déposée par Mmes Yolande Avontroodt,
Maggie De Block, Hilde Dierickx et
Annemie Turtelboom)

BELGISCHE KAMER VAN
VOLKSVERTEGENWOORDIGERS

3 februari 2006

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

**betreffende een actieplan voor het kind
in het ziekenhuis**

(ingediend door de dames Yolande Avontroodt,
Maggie De Block, Hilde Dierickx en
Annemie Turtelboom)

<i>cdH</i>	: Centre démocrate Humaniste
<i>CD&V</i>	: Christen-Democratisch en Vlaams
<i>ECOLO</i>	: Ecologistes Confédérés pour l'organisation de luttes originales
<i>FN</i>	: Front National
<i>MR</i>	: Mouvement Réformateur
<i>N-VA</i>	: Nieuw - Vlaamse Alliantie
<i>PS</i>	: Parti socialiste
<i>sp.a - spirit</i>	: Socialistische Partij Anders - Sociaal progressief internationaal, regionalistisch integraal democratisch toekomstgericht.
<i>Vlaams Belang</i>	: Vlaams Belang
<i>VLD</i>	: Vlaamse Liberalen en Democraten

Abréviations dans la numérotation des publications :

DOC 51 0000/000 : Document parlementaire de la 51e législature, suivi du n° de base et du n° consécutif

QRVA : Questions et Réponses écrites

CRIV : Version Provisoire du Compte Rendu intégral (couverture verte)

CRABV : Compte Rendu Analytique (couverture bleue)

CRIV : Compte Rendu Intégral, avec, à gauche, le compte rendu intégral et, à droite, le compte rendu analytique traduit des interventions (avec les annexes) (PLEN: couverture blanche; COM: couverture saumon)

PLEN : Séance plénière

COM : Réunion de commission

MOT : Motions déposées en conclusion d'interpellations (papier beige)

Afkortingen bij de nummering van de publicaties :

DOC 51 0000/000 : Parlementair document van de 51e zittingsperiode + basisnummer en volgnummer

QRVA : Schriftelijke Vragen en Antwoorden

CRIV : Voorlopige versie van het Integraal Verslag (groene kaft)

CRABV : Beknopt Verslag (blauwe kaft)

CRIV : Integraal Verslag, met links het definitieve integraal verslag en rechts het vertaald beknopt verslag van de toespraken (met de bijlagen) (PLEN: witte kaft; COM: zalmkleurige kaft)

PLEN : Plenum

COM : Commissievergadering

MOT : Moties tot besluit van interpellaties (beigekleurig papier)

Publications officielles éditées par la Chambre des représentants

Commandes :
Place de la Nation 2
1008 Bruxelles
Tél. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.laChambre.be

Officiële publicaties, uitgegeven door de Kamer van volksvertegenwoordigers

Bestellingen :
Natieplein 2
1008 Brussel
Tel. : 02/ 549 81 60
Fax : 02/549 82 74
www.deKamer.be
e-mail : publicaties@deKamer.be

DÉVELOPPEMENTS

Le 13 mai 1986, le Parlement européen a adopté une résolution qui demandait que soit rédigée une charte prévoyant des normes relatives aux soins à dispenser aux enfants dans les hôpitaux européens. En 1987, la première conférence européenne sur le thème «L'Enfant et l'Hôpital», a rassemblé 12 organisations qui s'investissent, dans les différents pays européens, en faveur de l'enfant hospitalisé. Il y a été décidé de ne pas attendre une initiative de la Commission européenne, mais de rédiger d'initiative, une charte qui servirait de fil conducteur dans le domaine des soins aux enfants malades, la «Charte de l'enfant hospitalisé», également connue sous la dénomination «Charte EACH». Cette charte contient une liste des droits des enfants avant, pendant et après leur séjour à l'hôpital. Les droits qui y sont décrits sont liés, à de nombreux égards, aux droits figurant dans la Convention des Nations unies sur les droits de l'enfant adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 20 novembre 1989.

En 1989, les organisations qui avaient rédigé la Charte ont fondé la *European Association for Children in Hospital* (EACH). Cette organisation s'investit activement afin que les soins prodigués aux enfants en milieu hospitalier soient conformes à la Charte EACH.

Au cours de la 7^e Conférence EACH, organisée en décembre 2001 à Bruxelles, la charte a été complétée par des annotations qui doivent contribuer à sa mise en œuvre. Il s'agit d'objectifs qui ne sont pas encore atteints:

- le droit des enfants hospitalisés d'avoir leurs parents à leurs côtés est parfois limité et soumis à des conditions liées à l'âge, à la maladie ou au statut social de la famille;
- l'on accorde trop peu d'attention aux besoins spécifiques des adolescents hospitalisés;
- dans la routine quotidienne des hôpitaux, l'on s'attache trop peu à l'état actuel des connaissances concernant les besoins psychologiques, émotionnels et sociaux des enfants d'âges et de stades de développement différents ainsi qu'à l'origine ou au milieu social ou culturel de ceux-ci;
- la maîtrise de la douleur que ressentent les enfants est un domaine souvent négligé;
- l'accompagnement des soignants fait souvent défaut lorsqu'il faut intervenir si l'enfant malade présente des signes d'abus ou de maltraitance;
- des enfants sont parfois encore admis dans les services adultes.

TOELICHTING

Op 13 mei 1986 keurde het Europees Parlement een resolutie goed die vroeg om een handvest op te stellen met normen voor de zorg aan kinderen in Europese ziekenhuizen. Tijdens de eerste Europese conferentie «Kind en Ziekenhuis» in 1987 kwamen 12 organisaties bijeen die zich in de verschillende Europese landen inzetten voor het kind in het ziekenhuis. Daar werd besloten niet te wachten op een initiatief van de Europese Commissie maar zelf reeds een handvest op te stellen als leidraad voor de zorg aan zieke kinderen, het zogenaamde «Handvest Kind en Ziekenhuis», ook gekend als het EACH-Charter. Dit charter bevat een lijst van de rechten van kinderen voor, tijdens en na een verblijf in het ziekenhuis. De rechten omschreven in dit charter zijn in veel opzichten gerelateerd aan de rechten opgenomen in het Verdrag van de Verenigde Naties inzake de rechten van het kind, dat werd aangenomen door de Algemene Vergadering van de VN op 20 november 1989.

In 1989 richtten de organisaties die het Handvest hadden opgesteld de *European Association for Children in Hospital* (EACH) op. Deze organisatie zet zich actief in opdat de zorg voor kinderen in het ziekenhuis beantwoordt aan het EACH-charter.

Tijdens de 7^e EACH-Conferentie in december 2001 te Brussel werden annotaties toegevoegd aan het charter die moeten helpen bij de implementatie van het charter. Het gaat om doelstellingen die nog niet altijd zijn bereikt:

- het recht van kinderen om hun ouders bij zich te hebben in het ziekenhuis wordt soms beperkt en onderworpen aan voorwaarden met betrekking tot de leeftijd, de ziekte of de sociale status van de familie;
- er is te weinig aandacht voor de specifieke noden van adolescenten die in een ziekenhuis verblijven;
- in de dagelijkse ziekenhuisroutine wordt te weinig aandacht besteed aan wat we vandaag weten over de psychologische, emotionele en sociale noden van kinderen van verschillende leeftijden en verschillende ontwikkelingsstadia en aan hun afkomst of sociale of culturele achtergrond;
- pijnbeheersing voor kinderen is een domein dat vaak wordt verwaarloosd;
- begeleiding voor de zorgverleners ontbreekt vaak wanneer moet worden opgetreden als er bij het zieke kind tekenen zijn van misbruik of een slechte behandeling;
- kinderen worden soms nog opgenomen op afdelingen voor volwassenen.

Une étude européenne réalisée il y a quelques années a révélé des manquements au niveau des soins pédiatriques hospitaliers. L'un des problèmes épinglés était celui du déséquilibre entre l'offre et la demande.

De manière générale, il existe suffisamment de structures hospitalières proposant des soins de santé pédiatriques. Certains pays ne disposent cependant pas d'infrastructures suffisantes pour accueillir les enfants souffrant d'affections chroniques. Par ailleurs, certains pays sont confrontés à une surpopulation des sections pédiatriques pendant les mois d'hiver. Dans plusieurs pays, les soins ambulatoires sont soumis à des délais d'attente, les soins pédopsychiatriques faisant quant à eux l'objet de listes d'attente souvent trop longues.

La pénurie croissante de pédiatres a de nombreux effets négatifs: les soins pédiatriques sont de plus en plus souvent prodigués par des médecins qui n'ont suivi aucune formation spécifique dans ce domaine, il y a de nombreuses plaintes concernant la charge de travail et le stress, les sous-spécialisations pédiatriques ne bénéficient pas d'une reconnaissance officielle suffisante, les pédiatres ne sont pas assez présents au niveau des urgences, de la médecine préventive et des soins dispensés aux enfants handicapés. L'étude mentionne également une pénurie croissante d'infirmiers pédiatriques dans plusieurs pays.

L'étude révèle par ailleurs que la majorité des pays européens ne disposent d'aucun programme national en matière de contrôle de qualité externe de la médecine pédiatrique.

L'étude souligne également que le recours aux soins pédiatriques dispensés dans les hôpitaux européens manque d'efficacité. Dans la quasi-totalité des pays, on assiste à un déplacement des hospitalisations vers les soins ambulatoires, l'hospitalisation de jour et les séjours hospitaliers plus courts. Le taux d'occupation est moins élevé dans les sections pédiatriques plus réduites. On pourrait donc envisager de réduire le nombre d'unités ou la taille des unités. Si la plupart des associations de pédiatres prônent le regroupement des unités de petite taille, les politiques s'opposent souvent à cette mesure. L'étude relève encore d'autres problèmes d'efficacité: les problèmes que posent les variations saisonnières (qui sont relativement importants en pédiatrie), l'utilisation inefficace des services d'urgence, la diminution linéaire des moyens financiers due à la diminution de la capacité, ce qui entraîne un sous-financement structurel et une augmentation des coûts en raison du *burn out*, des ratios de complication élevés, etc.

L'enquête fait également mention de la Charte EACH et relève que de grandes différences s'observent d'un

Een Europees onderzoek toonde enkele jaren geleden tekortkomingen aan in de pediatrische ziekenhuiszorg. Eén van de problemen betreft onevenwichten tussen vraag en aanbod.

Over het algemeen blijken er geen tekorten te zijn aan ziekenhuisvoorzieningen voor kindergeneeskundige zorg. In sommige landen blijken er wel problemen te zijn in het aanbod van voorzieningen voor kinderen met chronische aandoeningen. Ook tijdens de winter stelt men in sommige landen een overbezetting vast van kinderafdelingen in ziekenhuizen. In meerdere landen is er sprake van wachttermijnen in de ambulante zorg en ook in de kinderpsychiatrische hulpverlening zijn er vaak te lange wachtlijsten.

Het toenemend tekort aan kinderartsen heeft heel wat negatieve gevolgen: steeds meer artsen behandelen kinderen zonder dat ze hiervoor een specifieke pediatrische vorming hebben gevolgd, er zijn veel klachten over te veel werk en stress, subspecialiteiten in de kindergeneeskunde worden onvoldoende officieel erkend, er kan onvoldoende beroep gedaan worden op kinderartsen in de spoedgevallenzorg, de preventieve geneeskunde en de zorg voor gehandicapte kinderen. Verder wordt er in meerdere landen een groeiend tekort aan kinderverpleegkundigen gemeld.

In de meeste Europese landen blijkt er geen nationaal programma te zijn voor externe kwaliteitscontrole in de kindergeneeskunde.

Het onderzoek wijst ook op het inefficiënt gebruik van de pediatrische zorg in Europese ziekenhuizen. In zowat alle landen constateert men een verschuiving van ziekenhuisopnamen naar meer ambulante zorg, dag-hospitalisatie en kortere ziekenhuisverblijven. Kleinere kinderafdelingen hebben een lagere bezettingsgraad. Mogelijke beleidsopties zijn dan minder eenheden of kleinere eenheden. De meeste verenigingen van pediaters geven de voorkeur aan het samenbrengen van kleinere eenheden maar dit blijkt vaak op verzet van politici te stuiten. Andere efficiëntieaspecten die worden aangehaald zijn: problemen bij seizoensschommelingen (die relatief hoog zijn in de kindergeneeskunde), inefficiënt gebruik van de spoedgevallendiensten, lineaire vermindering van de financiële middelen omwille van de vermindering van de capaciteit wat op zijn beurt leidt tot structurele onderfinanciering met een kostenverhogend effect omwille van *burn out*, hogere complicatieratio's enz.

Het onderzoek vermeldt ook het EACH-Charter en stelt dat de mate waarin dit wordt toegepast, evenals

pays à l'autre en termes d'application de la Charte ainsi qu'en termes de contrôle du respect de cette Charte par les hôpitaux. Il s'avère par ailleurs que le degré d'application de la Charte varie également d'un hôpital à l'autre dans un même pays. Globalement, on constate que la Charte est davantage appliquée dans les hôpitaux pédiatriques ou dans les hôpitaux disposant de grandes unités pédiatriques.

Certains pays souscrivent officiellement à la charte, mais les moyens mis à disposition en vue de sa mise en pratique sont insuffisants. L'accueil psychosocial ne bénéficie pas de moyens financiers suffisants et l'infrastructure n'est pas dûment adaptée aux besoins des enfants dans les hôpitaux. Cela concerne à la fois les locaux dans lesquels les enfants séjournent dans les hôpitaux, l'infrastructure spécifique destinée aux adolescents et les possibilités de *rooming-in* (c'est-à-dire la possibilité pour un des parents au moins de demeurer sans limite dans la chambre d'hôpital de leur enfant et d'y passer la nuit).

La situation n'est pas brillante non plus en Belgique. La pénurie de médecins hospitaliers en pédiatrie s'aggrave. De nombreux jeunes pédiatres fraîchement diplômés choisissent d'exercer exclusivement une pratique ambulatoire. Les actes intellectuels en cas d'admission d'enfants souffrent d'un sous-financement. Par nature et en moyenne, les pédiatres recourent moins aux prestations techniques pour épargner l'enfant dans toute la mesure du possible. Il y a un manque flagrant de services d'admission et d'accompagnement d'enfants souffrant de troubles psychiques.

Le rapport Cannoodt-Casaer (juin 2002), qui examine le paysage de la médecine pédiatrique hospitalière en Belgique, révèle de nombreux problèmes. Les auteurs du rapport constatent une réduction manifeste de la taille des unités en pédiatrie, qu'ils expliquent par les raisons suivantes: une forte diminution de la durée moyenne du séjour, la tendance des hôpitaux à vouloir garder à tout prix leur service pédiatrique et la substitution par l'hospitalisation de jour. Les auteurs du rapport estiment que cette réduction de la taille des unités pose nombre de problèmes: les moyens sont insuffisants pour permettre la mise à jour de l'appareillage médical; en journée, de nombreux pédiatres sont plus actifs en dehors qu'au sein même de l'hôpital; dans les plus petites unités pédiatriques, le coût moyen par patient dépasse probablement sensiblement la moyenne. Cannoodt et Casaer estiment que, sous l'angle purement économique, il s'indique de réunir les plus petits services. Une répartition équilibrée doit permettre d'éviter l'apparition de problèmes d'accessibilité.

de la mate waarin wordt geverifieerd of de ziekenhuizen dit charter naleven, sterk verschilt van land tot land. Verder blijkt ook dat de graad van implementatie van het charter binnen elk land varieert van ziekenhuis tot ziekenhuis. Globaal genomen wordt vastgesteld dat het charter meer wordt toegepast in kinderziekenhuizen of ziekenhuizen met grotere kinderafdelingen.

Het charter wordt door sommige landen officieel onderschreven maar er worden onvoldoende middelen ter beschikking gesteld om het in de praktijk te realiseren. De psychosociale opvang wordt onvoldoende gefinancierd en de infrastructuur is onvoldoende aangepast aan de noden van kinderen in ziekenhuizen. Dit betreft zowel de lokalen waar kinderen verblijven in ziekenhuizen als specifieke infrastructuur voor tieners en adolescenten en de mogelijkheden van «*rooming-in*» (dit wil zeggen dat ten minste één van de ouders ongeremd in de ziekenhuiskamer van hun kind kunnen vertoeven en er overnachten).

Ook in België is de toestand niet rooskleurig. Er is sprake van een toenemend tekort aan pediatrische ziekenhuisartsen. Vele jonge pas afgestudeerde kinderartsen kiezen om uitsluitend een ambulante activiteit te ontplooiën. Er is een onderfinanciering van de intellectuele acties bij opname van kinderen. Pediaters gaan doorsnee en van nature uit minder beroep doen op technische prestaties om het kind zoveel mogelijk te sparen. Er is een schrijnend tekort aan diensten voor opname en begeleiding van psychisch zieke kinderen.

Het rapport Cannoodt-Casaer (juni 2002) bespreekt het landschap van de ziekenhuiskindergeneeskunde in België en legt heel wat knelpunten bloot. De onderzoekers stellen een duidelijke schaalverkleining vast in de pediatrie. Als redenen hiervoor worden aangehaald: de sterke daling van de gemiddelde verblijfsduur, de neiging van ziekenhuizen om hun dienst pediatrie koste wat kost te behouden en de substitutie naar dag-hospitalisatie. De onderzoekers zien heel wat problemen ten gevolge van deze kleinschaligheid: te weinig middelen om de medische apparatuur *up to date* te houden, vele kinderartsen zijn overdag vaker buiten dan binnen het ziekenhuis actief, de gemiddelde kost per patiënt zal wellicht beduidend boven het gemiddelde uitsteken in de kleinste pediatries. Cannoodt en Casaer stellen dat het vanuit louter economisch perspectief aangewezen is om de kleinste diensten geleidelijk samen te voegen. En evenwichtige spreiding moet ervoor zorgen dat er geen toegankelijkheidsproblemen ontstaan.

La sous-utilisation de la capacité en équipements E agréés constitue un autre problème. L'arrêté royal du 29 avril 1999 prévoit que les enfants hospitalisés âgés de moins de 15 ans doivent être admis dans un service E ou K. Dans la pratique, il s'avère toutefois que les enfants sont régulièrement admis dans d'autres services que les services E ou dans des hôpitaux ne disposant pas de service E agréé.

L'étude s'intéresse également à l'accompagnement des activités ludiques et à l'aide psychosociale pour les enfants hospitalisés et constate également des lacunes à ce niveau. L'engagement d'un collaborateur pédagogique à mi-temps ne suffit pas et un niveau de formation supérieur doit être exigé. L'étude souligne également qu'une partie de l'accompagnement psychosocial est assurée par le personnel infirmier. Dans les modèles infirmiers actuels, on plaide en effet pour une approche intégrée du patient aux niveaux somatique, psychique et social. Les auteurs de l'étude demandent dès lors que le législateur prévoit davantage de garanties en vue de l'application effective de ces modèles dans la pratique.

Enfin, l'étude relève des lacunes dans le financement.

Le gouvernement a finalisé un projet d'arrêté royal fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé. Ce projet de programme de soins pédiatriques s'avère toutefois irréalisable. Pourtant, ce programme a été élaboré après que le rapport Cannoodt-Casaer précité eut épinglé les problèmes de la pédiatrie en Belgique. Comme indiqué ci-dessus, un de ces problèmes est la pénurie de pédiatres hospitaliers et cette pénurie s'est aggravée entre-temps. Une actualisation des données est donc nécessaire, étant donné que le flux entrant de jeunes pédiatres a continué à décroître. La pénurie qui existe déjà actuellement va progressivement constituer un problème aigu une fois que les conséquences du *numerus clausus* se feront sentir. Par ailleurs, il faut également tenir compte des statistiques démographiques les plus récentes qui révèlent une natalité en baisse et de la nouvelle incidence des mesures préventives les plus récentes (entre autres, la politique de vaccination) sur les besoins en hospitalisation.

Le Conseil national des établissements hospitaliers (CNEH) a émis un avis négatif et a formulé des propositions alternatives. Le CNEH considère que le rapport Cannoodt-Casaer précité pêche par la base et qu'il n'existe pas de différences notables entre les hôpitaux, et ce, qu'il y ait ou non un service E. Selon le conseil, ce

Een ander knelpunt betreft de onderbenutting van de capaciteit aan erkende E-voorzieningen. Het koninklijk besluit van 29 april 1999 stelt dat kinderen die jonger zijn dan 15 jaar die in het ziekenhuis verblijven, opgenomen moeten worden op een E- of K-dienst. In de praktijk blijken kinderen echter geregeld te worden opgenomen in andere diensten dan E-diensten of in ziekenhuizen zonder erkende E-dienst.

Het onderzoek wijdt ook aandacht aan de spelbegeleiding en psychosociale hulpverlening voor gehospitaliseerde kinderen en stelt ook hier tekortkomingen vast. Een halftijdse aanstelling van een pedagogische medewerker is onvoldoende en er moet een hoger opleidingsniveau vereist worden. Er wordt ook gewezen op een deel van de psychosociale begeleiding die door het verpleegkundig personeel wordt ingevuld. In de momenteel gangbare verpleegkundige modellen wordt immers gepleit voor een geïntegreerde benadering van de patiënt op somatisch, psychisch en sociaal vlak. De onderzoekers vragen dan ook dat de wetgever meer garanties inbouwt voor een effectieve toepassing van deze modellen in de praktijk.

Tenslotte wijst het onderzoek op tekortkomingen in de financiering.

Momenteel ligt een ontwerp van koninklijk besluit klaar tot vaststelling van de normen waaraan een zorgprogramma voor kinderen moet voldoen voor erkenning. Dit ontwerp voor een zorgprogramma pediatrie blijkt echter onuitvoerbaar. Nochtans kwam dit programma er nadat het voormelde rapport Cannoodt-Casaer de pijnpunten had blootgelegd in de Belgische pediatrie. Zoals hierboven vermeld is één van deze knelpunten het tekort aan ziekenhuispediaters en dit tekort is inmiddels toegenomen. Een actualisering van de gegevens is dus noodzakelijk aangezien de instroom van jonge pediaters verder bleef dalen. Het nu reeds bestaande tekort zal progressief een nijpend probleem worden eenmaal de gevolgen van de *numerus clausus* zich zullen laten gevoelen. Verder moet ook rekening worden gehouden met de meest recente demografische gegevens die dalende geboortecijfers aangeven en de nieuwe impact van de meest recente preventieve maatregelen (onder meer het vaccinatiebeleid) op de hospitalisatienoden.

De Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen (NRZV) heeft negatief geadviseerd en heeft alternatieve voorstellen geformuleerd. De NRZV stelt dat het voormelde rapport Cannoodt-Casaer vertrekt vanuit een verkeerd uitgangspunt en dat er geen merkbare verschillen zijn tussen ziekenhuizen en dit ongeacht of er

rapport ne démontre pas que la qualité des soins de santé pour les enfants laisse à désirer en Belgique et il n'est donc pas nécessaire de prévoir des mesures des pouvoirs publics pour améliorer la qualité de ces soins. Le CNEH déclare néanmoins «partager le souci général des auteurs du rapport et de la commission d'accompagnement de continuer à assurer l'accès à des soins hospitaliers de qualité pour les enfants». Le conseil signale les problèmes suivants:

- les hôpitaux et les services pédiatriques sont sous-financés;

- les hôpitaux ont de plus en plus de difficultés à trouver suffisamment de pédiatres. Le conseil identifie les causes suivantes: nombre de pédiatres préfèrent avoir un cabinet hors de l'hôpital; la sous-valorisation (surtout financière) de la pédiatrie hospitalière et, subsidiairement, le problème de la responsabilité médicale.

Il est clair que le projet de programme de soins ne résout pas les problèmes qui se posent actuellement dans le domaine de la pédiatrie hospitalière. Il y a dès lors lieu de mettre en œuvre d'urgence un plan total pour l'enfant malade. Une mesure isolée ne constitue pas une bonne option. Il est préférable d'élaborer un plan en plusieurs phases, qui sera mis en œuvre en collaboration avec les pédiatres et les généralistes, pour que chaque enfant, où qu'il se trouve, puisse être traité par des médecins ayant la meilleure formation. À cet égard, il y a lieu de tenir compte de divers aspects, comme le renforcement de la formation pédiatrique des généralistes, la reconnaissance de sous-spécialités en pédiatrie ou la nécessité de garantir la présence d'une expertise pédiatrique aux urgences. Les soins aux enfants handicapés nécessitent aussi de plus en plus un affinement du diagnostic et de la thérapie, et la pénurie en psychiatrie infantile et juvénile continue de générer de longs délais d'attente.

een E-dienst is of niet. Volgens de raad bewijst dit rapport niet dat de gezondheidszorg voor kinderen in België kwalitatief te wensen overlaat en dat er dus geen overheidsmaatregelen nodig zijn om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Maar desondanks stelt de NRZV dat zij «de algemene bekommernis van de auteurs en van de begeleidingscommissie van het rapport deelt om de toegankelijkheid tot een kwalitatieve ziekenhuiszorg voor kinderen verder te verzekeren.» De raad wijst op de volgende problemen:

- de ziekenhuizen en de pediatische diensten worden ondergefinancierd;

- de ziekenhuizen hebben steeds meer moeilijkheden om voldoende pediaters te vinden. De raad ziet de volgende oorzaken: vele pediaters verkiezen een praktijk buiten het ziekenhuis, de (vooral financiële) onderwaardering van de ziekenhuispediatrie en in bijkomende orde het probleem van de medische aansprakelijkheid.

Het is duidelijk dat het ontwerp zorgprogramma niet tegemoet komt aan de problemen die momenteel heersen in de ziekenhuispediatrie. Er moet dan ook dringend werk worden gemaakt van een totaalplan voor het zieke kind. Een geïsoleerde maatregel is geen goede optie. Beter is het om een stappenplan op te stellen dat samen met pediaters en huisartsen moet worden uitgewerkt opdat elk kind, ongeacht de plaats, kan worden behandeld door artsen met de beste opleiding. Diverse facetten moeten hierbij aan bod komen zoals de versterking van de pediatische opleiding voor huisartsen, de erkenning van subspecialiteiten in de kindergeneeskunde of het veilig stellen van de pediatische expertise op spoedgevallen. Ook de zorg voor gehandicapte kinderen vraagt meer en meer verfijning van diagnose en therapie en het tekort in de kinder- en jeugdpsychiatrie blijft zorgen voor te lange wachttijden.

Ces dernières années, les activités ludiques et l'aide psychosociale aux enfants hospitalisés se sont accrues. Des propositions de loi ont également été déposées en vue d'accorder plus de temps libre aux parents d'enfants gravement malades. Mais la véritable révolution en pédiatrie viendra d'une récente décision européenne, qui autorise désormais les essais cliniques sur les enfants. Désormais, il sera possible de vérifier spécifiquement si un médicament pédiatrique convient aux enfants. De ce fait, un plus grand nombre de médicaments pourront aussi être ouverts à un usage pédiatrique. La loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine (publiée au *Moniteur belge* du 18 mai 2005) doit être adaptée en fonction de la nouvelle réglementation européenne.

De laatste jaren is er meer spelbegeleiding en psychosociale hulpverlening voor gehospitaliseerde kinderen. Er zijn ook wetsvoorstellen om ouders van ernstig zieke kinderen meer vrije tijd te geven. Maar de echte stroomversnelling in de kindergeneeskunde komt eraan nu een recente Europese beslissing klinische proeven mogelijk maakt op kinderen. Zo kunnen pediatrische geneesmiddelen voortaan specifiek worden getest op hun geschiktheid voor kinderen. Hierdoor zullen meer geneesmiddelen toegankelijk worden voor pediatrisch gebruik. De wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon (gepubliceerd in het *Belgisch Staatsblad* van 18 mei 2005) moet worden aangepast aan de nieuwe Europese regelgeving.

Yolande AVONTROODT (VLD)
Maggie DE BLOCK (VLD)
Annemie TURTELBOOM (VLD)
Hilde DIERICKX (VLD)

PROPOSITION DE RÉSOLUTION

LA CHAMBRE DES REPRÉSENTANTS,

A. considérant qu'en 1986, le Parlement européen a adopté une résolution demandant d'établir une charte prévoyant des normes relatives aux soins à dispenser aux enfants hospitalisés en Europe;

B. considérant qu'en 1987 a été élaborée une «Charte de l'enfant hospitalisé», la Charte EACH, et qu'en 2001, cette charte a été complétée par des commentaires afin de faciliter sa mise en œuvre;

C. considérant qu'une enquête européenne révèle de nombreux problèmes dans la pédiatrie;

D. considérant qu'il ressort également de cette enquête que la charte EACH n'est pas appliquée de la même manière dans chaque pays et dans chaque hôpital;

E. considérant que les moyens mis à disposition pour appliquer cette charte dans la pratique sont insuffisants;

F. considérant que le rapport Cannoodt-Casaer (2002) épingle les problèmes de la pédiatrie hospitalière belge;

G. considérant que les données sur lesquelles est basé le rapport précité doivent être actualisées;

H. vu la récente décision européenne qui autorise les essais cliniques sur des enfants;

DEMANDE AU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL

1. d'actualiser les données sur lesquelles est basée l'étude Cannoodt-Casaer avant d'élaborer un programme de soins pédiatriques;

2. de se concerter avec les pédiatres et les médecins généralistes sur la mise sur pied d'un plan d'action relatif aux soins à dispenser aux enfants hospitalisés;

3. d'évaluer l'application de la charte EACH dans les hôpitaux belges, d'élaborer le cadre réglementaire nécessaire à la mise en œuvre de ces droits de l'enfant hospitalisé et de dégager à cet effet des moyens financiers suffisants;

VOORSTEL VAN RESOLUTIE

DE KAMER VAN VOLKSVERTEGENWOORDIGERS,

A. overwegende dat het Europees Parlement in 1986 een resolutie goedkeurde waarin werd gevraagd een handvest op te stellen met normen voor de zorg aan kinderen in Europese ziekenhuizen;

B. overwegende dat in 1987 een «Handvest Kind en Ziekenhuis» werd opgesteld, het EACH-Charter, en dat in 2001 annotaties aan dit charter werden toegevoegd die moeten helpen bij de implementatie;

C. overwegende dat een Europees onderzoek heel wat knelpunten blootlegt in de pediatrie;

D. overwegende dat uit dit onderzoek ook blijkt dat het EACH-charter niet in elk land en niet in elk ziekenhuis in dezelfde mate wordt toegepast;

E. overwegende dat er onvoldoende middelen ter beschikking worden gesteld om het charter in de praktijk te realiseren;

F. overwegende dat het rapport Cannoodt-Casaer (2002) de pijnpunten blootlegt in de Belgische ziekenhuispediatrie;

G. overwegende dat de gegevens waarop voormeld rapport zijn gebaseerd toe zijn aan actualisering;

H. overwegend de recente Europese beslissing die klinische proeven op kinderen mogelijk maakt;

VRAAGT DE FEDERALE REGERING

1. de gegevens waarop de studie Cannoodt-Casaer zich baseert te actualiseren vooraleer werk te maken van een pediatriesch zorgprogramma;

2. met de pediaters en huisartsen overleg te plegen over een actieplan voor de zorg voor het kind in het ziekenhuis;

3. een evaluatie te maken van de toepassing van het EACH-charter in de Belgische ziekenhuizen, het nodige reglementair kader uit te werken om de implementatie van deze rechten van het kind in het ziekenhuis te realiseren en hiervoor voldoende financiële middelen uit te trekken;

4. de procéder d'urgence à la revalorisation de la pédiatrie, en particulier de la pédiatrie hospitalière, notamment en octroyant un statut particulier au pédiatre hospitalier et en augmentant les honoraires de surveillance;

5. d'élaborer un plan d'action pour répondre aux besoins sans cesse croissants de la psychiatrie infanto-juvénile;

6. d'adapter la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine en fonction de la récente décision européenne autorisant les essais cliniques sur des enfants.

20 janvier 2006

4. dringend werk te maken van de herwaardering van de pediatrie en meer in het bijzonder de ziekenhuispediatrie, onder meer door een apart statuut van de ziekenhuispediater en een verhoging van het toezichtshonorarium;

5. een actieplan op te stellen om tegemoet te komen aan de steeds toenemende noden in de kinder- en jeugdpsychiatrie;

6. de wet van 7 mei 2004 inzake experimenten op de menselijke persoon aan te passen aan de recente Europese beslissing die klinische proeven op kinderen mogelijk maakt.

20 januari 2006

Yolande AVONTROODT (VLD)
Maggie DE BLOCK (VLD)
Annemie TURTELBOOM (VLD)
Hilde DIERICKX (VLD)