

Aide au remplissage demande de  
renouvellement d'autorisation d'activité de  
l'activité de **Gynécologie-obstétrique,  
néonatalogie, réanimation néonatale**

Et dossier annexe à compléter

<b>Préambule .....</b>	<b>2</b>
<b>A. Informations générales du dossier .....</b>	<b>3</b>
A.a. Informations de la structure .....	3
A.b. Choix de l'activité de soin ou équipement matériel lourd (EML) .....	4
A.c. Compléments informations à compléter dans cette annexe .....	5
<b>B. Constitution du dossier .....</b>	<b>6</b>
B.a. Locaux - Compléments informations à compléter dans cette annexe .....	6
B.b. Effectifs – Précisions des attendus .....	7
B.c. Complément d'informations à compléter dans cette annexe .....	9

## Préambule

La demande de renouvellement ou d'autorisation de l'activité de gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale se fait sur la plateforme gouvernementale SI-Autorisations.

Le présent document proposé par l'ARS Ile-de-France est une aide au remplissage et aussi une annexe à compléter. Cette annexe complétée sera à insérer en tant que pièce jointe sur la plateforme SI-Autorisations.

Ce document doit être signé par le chef d'établissement avant envoi.

Rappel :

### **Article L. 6122-10 du Code de la santé publique :**

*« Le renouvellement de l'autorisation est subordonné au respect des conditions prévues à l'article L. 6122-2 et L. 6122-5 et aux résultats de l'évaluation appréciée selon les modalités arrêtées par le ministre chargé de la santé.*

*Il peut également être subordonné aux conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 6122-7.*

*Le titulaire de l'autorisation adresse les résultats de l'évaluation à l'Agence régionale de Santé au plus tard quatorze mois avant l'échéance de l'autorisation.*

*Au vu de ce document et de la compatibilité de l'autorisation avec le schéma d'organisation des soins, l'Agence régionale de santé peut enjoindre au titulaire de déposer un dossier de renouvellement dans les conditions fixées à l'article L. 6122-9.*

*A défaut d'injonction un an avant l'échéance de l'autorisation, et par dérogation aux dispositions de l'article L. 6122-9, celle-ci est tacitement renouvelée. L'avis de la commission spécialisée de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie compétente pour le secteur sanitaire n'est alors pas requis ».*

### **Article R.6122-33 du Code de la santé publique :**

*« Lorsque, en application du quatrième alinéa de l'article L. 6122-10, l'agence régionale de santé lui en fait l'injonction dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article R. 6122-27, le titulaire de l'autorisation dépose un dossier constitué comme il est prévu à l'article R. 6122-32-1.*

*Le demandeur joint à ce dossier un rapport complet, couvrant la période prévue au dernier alinéa de l'article R. 6122-23 et rendant compte de l'accomplissement de la procédure d'évaluation conformément aux dispositions du 4° de l'article R. 6122-32-1.*

*Ce rapport présente également les réponses du titulaire de l'autorisation aux observations de l'agence régionale de santé figurant dans l'injonction susmentionnée.*

## A. Informations générales du dossier

### A.a. Informations de la structure

Pour relier l'annexe avec la demande sur le SI-Autorisations, nous vous demandons de remettre des informations déjà mentionnées sur la plateforme, à savoir le numéro FINESS de votre établissement.

#### Etablissement

Nom de l'établissement :
Raison sociale ET du site d'implantation de l'autorisation demandée avec numéro FINESS :
Raison sociale EJ avec numéro FINESS :
Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT)

#### Note de contexte

Sur une page en annexe, merci de nous indiquer le contexte de la maternité :

- présentation générale de la maternité avec son historique, son capacitaire par unité de soins
- exposer les forces et faiblesses de la maternité
- les perspectives d'avenir (ex : travaux à venir impactant l'activité, rapprochement,...)

## A.b. Choix de l'activité de soins ou équipement matériel lourd (EML)

# VIGILANCE !!!!!

### ACTIVITE DE SOINS / EML

Merci de sélectionner dans la barre déroulante l'activité voulue pour votre dépôt

Activité de soins / EML \*

Gynécologique-Obstétrique, Néonatalogie, Réanimation néonatale

Pour la sélection des autorisations demandées pour cette activité, les mentions apparaissent par ordre alphabétique et non dans l'ordre relatif à la gradation des soins.

Sélection des autorisations demandées pour l'activité sélectionnée \*

- >  Gynécologie obstétrique ← à sélectionner pour toutes les maternités
- >  Néonatalogie avec soins intensifs ← à sélectionner pour les maternités 2b et 3
- >  Néonatalogie sans soins intensifs ← à sélectionner pour les maternités 2a, 2b et 3
- >  Réanimation néonatale ← à sélectionner pour les maternités 3

Pour chaque activité réalisée au sein de votre maternité, il est important de cocher l'activité souhaitée comme ceci :

Maternité niveau 1	Maternité niveau 2a	Maternité niveau 2b	Maternité niveau 3
<input checked="" type="checkbox"/> Gynécologie obstétrique <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps complet <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel > <input type="checkbox"/> Néonatalogie avec soins intensifs > <input type="checkbox"/> Néonatalogie sans soins intensifs > <input type="checkbox"/> Réanimation néonatale	<input type="checkbox"/> Gynécologie obstétrique <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps complet <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel > <input type="checkbox"/> Néonatalogie avec soins intensifs <input checked="" type="checkbox"/> Néonatalogie sans soins intensifs <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps complet <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel > <input type="checkbox"/> Réanimation néonatale	<input checked="" type="checkbox"/> Gynécologie obstétrique <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps complet <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel <input checked="" type="checkbox"/> Néonatalogie avec soins intensifs <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps complet <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel <input checked="" type="checkbox"/> Néonatalogie sans soins intensifs <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps complet <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel > <input type="checkbox"/> Réanimation néonatale	<input type="checkbox"/> Gynécologie obstétrique <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps complet <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel <input checked="" type="checkbox"/> Néonatalogie avec soins intensifs <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps complet <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel <input checked="" type="checkbox"/> Néonatalogie sans soins intensifs <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps complet <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel <input checked="" type="checkbox"/> Réanimation néonatale <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps complet <input type="checkbox"/> Hospitalisation à temps partiel

## A.c.Compléments informations à compléter dans cette annexe

### A.c.1.Identification du réseau de périnatalité auquel appartient l'établissement

#### Articles R. 6123- 51 à R. 6123-53 du Code de la santé publique

Mentionner le nom du Dispositifs Spécifiques Régionaux en Périnatalité (DSRP) auquel appartient l'établissement :

Quel est le représentant de l'établissement auprès du DSRP (préciser sa fonction)

Merci d'ajouter en annexe la justification d'adhésion au réseau de périnatalité

### A.c.2.Autres activités ayant un rapport avec l'activité de la demande

Activité sur place	Rayer la mention inutile	Si non, nous fournir la convention ?
Dépôt de sang	Oui / Non	
Laboratoire de Biologie Médical	Oui / Non	
Imagerie adulte*	Oui / Non	
Chirurgie générale / viscérale adulte*	Oui / Non	Garde ou Astreinte

\*A compléter uniquement dans le cadre de la demande Gynécologie Obstétrique

### A.c.3.Certification HAS

Niveau Certification obtenu	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 
Date certification	MM / AAAA	MM / AAAA	MM / AAAA	MM / AAAA
Date de la prochaine visite :	Non Applicable	Non Applicable	MM / AAAA	MM / AAAA

### A.c.4.Projet Médical Partagé

Fournir en annexe un extrait du document qui décrit en détail la place et le rôle de la périnatalité dans le projet médical de l'établissement de santé ou du groupe hospitalier, en mettant en lumière les objectifs, les initiatives et les ressources allouées à ce domaine. (exemples : la section du pole femme/enfant du projet médical partagé, section dédiée à la périnatalité dans le projet médical partagé du GHT,...)

## B. Constitution du dossier

### B.a. Locaux - Compléments d'information à compléter dans cette annexe

Merci de nous fournir en annexe les plans des locaux suivants et de nous informer de toutes modifications substantielles à venir :

Obstétrique gynécologique	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Secteur de naissance</li> <li>- Salle de césarienne (en cas de non-proximité entre la salle de césarienne et le secteur de naissance, l'organisation du circuit entre ces 2 secteurs est attendu)</li> <li>- Secteur de suite de couche</li> <li>- Circuit vers la salle de réveil (SSPI)</li> <li>- Plan du secteur de naissance mettant en évidence les locaux permettant de prodiguer les premiers soins au nouveau-né</li> </ul>
Néonatalogie sans soins intensifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Plan du service</li> <li>- Plan du secteur de naissance mettant en évidence les locaux permettant de prodiguer les premiers soins au nouveau-né</li> </ul>
Néonatalogie avec soins intensifs	
Réanimation néonatale	

	Nombre	Dont chambre seule
Box urgences		<del>Non Applicable</del>
Salle de prétravail		<del>Non Applicable</del>
Salle de naissance		<del>Non Applicable</del>
Salle physiologique*		
Lits suites de couches		
Lits grossesses à haut risque		

\*En cas de présence de salle physiologique, merci de nous préciser leur nombre et nous transmettre sa charte d'utilisation.

Si applicable		Nombre
<input type="checkbox"/> Néonatalogie sans soins intensif	Service néonatalogie	
<input type="checkbox"/> Néonatalogie sans soins intensif	Lit kangourou	
<input type="checkbox"/> Néonatalogie avec soins intensif	Service néonatalogie intensif	
<input type="checkbox"/> Réanimation néonatale	Réanimation néonatalogie	

## B.b.Effectifs – Précisions des attendus

(Articles D. 6125-44 à D.6125-48 du Code de la santé publique)

### B.b.1.Personnel obligatoire

#### Médecin Gynécologie obstétrique

Un tableau est à compléter sur la plateforme SI-Autorisations. Concernant le(s) diplôme(s), le numéro RPPS du praticien sera suffisant et sera à indiquer dans le document Excel transmis avec cette aide. L'annexe Excel est à joindre en annexe sur SI-Autorisations.

Informations supplémentaires à fournir en annexe concernant l'organisation des ressources humaines pour la **permanence des soins (distinguer garde sur place et astreinte) et fournir la liste de garde prévisionnelle de juin, juillet et aout 2025** en mettant en évidence Séniors (distinguer les intérimaires et vacataires) et Internes.

#### Médecin : Anesthésiste-Réanimation (co-DES)

Un tableau est à compléter sur la plateforme SI-Autorisations. Concernant le(s) diplôme(s), le numéro RPPS du praticien sera suffisant et sera à indiquer dans le document Excel transmis avec cette aide. L'annexe Excel est à joindre en annexe sur SI-Autorisations.

Informations supplémentaires à fournir en annexe concernant l'organisation des ressources humaines pour la **permanence des soins (distinguer garde sur place et astreinte) et fournir la liste de garde prévisionnelle de juin, juillet et aout 2025** en mettant en évidence Séniors (distinguer les intérimaires et vacataires) et Internes.

#### Médecin Pédiatre

Un tableau est à compléter sur la plateforme SI-Autorisations. Concernant le(s) diplôme(s), le numéro RPPS du praticien sera suffisant et sera à indiquer dans le document Excel transmis avec cette aide. L'annexe Excel est à joindre en annexe sur SI-Autorisations.

Le document Excel annexe vous demandera aussi si l'activité de permanence des soins pour le médecin pédiatre est partagée avec un autre secteur, merci de préciser lequel (ex : garde partagée avec urgence pédiatrique,...)

Informations supplémentaires à fournir en annexe concernant l'organisation des ressources humaines pour la **permanence des soins (distinguer garde sur place et astreinte) et fournir la liste de garde prévisionnelle de juin, juillet et aout 2025** en mettant en évidence Séniors (distinguer les intérimaires et vacataires) et Internes.

#### Sage-Femme

Un tableau est à compléter sur la plateforme SI-Autorisations.

Précisions à fournir concernant l'organisation des ressources humaines dont notamment :

- Le nombre d'ETP Sage-Femme dédiés au secteur de naissance

#### Puéricultrice ou IDE

Un tableau est à compléter sur la plateforme SI-Autorisation.

## B.b.2. Autres types de personnel

Un tableau est à remplir sur la plateforme SI-Autorisation. Les spécialités attendues a minima sont les suivantes :

- Psychologue
- Assistance sociale

N.B : le tableau indique les postes vacants et pourvus, merci de bien compléter ces colonnes. Le diplôme n'est pas nécessaire.

Autres informations à fournir dans ce document annexe et à insérer dans SI-Autorisations :

- Pour les IBO(DE), merci de remplir le tableau ci-dessous :

Spécialité	Présence*	24h/24h*	Dédié à la maternité*	Postes vacants		Postes pourvus	
				Nombre	ETP	Nombre	ETP
IBO(DE)	Oui / Non	Oui / Non	Oui / Non				

*\*rayer la mention inutile*

- Le service de la maternité peut-elle solliciter :

Spécialité	
Psychiatrie Adulte	<input type="checkbox"/> Oui
Pédopsychiatrie	<input type="checkbox"/> Oui
Psychiatrie périnatale	<input type="checkbox"/> Oui

## B.c.Complément d'informations à compléter dans cette annexe

Proposez-vous des cours de préparation à la naissance et/ou à la parentalité ?	<input type="checkbox"/> Oui intégralement à la maternité
	<input type="checkbox"/> Oui en coopération avec partenaire de ville
	<input type="checkbox"/> Non

Avez-vous une procédure d'inscription à la maternité ?	<input type="checkbox"/> Oui, merci de nous la transmettre.
	<input type="checkbox"/> Non

Comment recueillez-vous le projet de naissance ?

Les équipes ont-elles accès à de la formation par la simulation à la santé ?	<input type="checkbox"/> Oui, combien d'agents ont été formés en 2024 : .....
	<input type="checkbox"/> Non

Date et signature du chef d'établissement :