

Cahier des charges

Expérimentation pour la réalisation de soins pédiatriques 2 en maternité de type I

Préambule

Le présent cahier des charges précise les critères de la démarche d'expérimentation

Les critères et les recommandations inscrites dans ce cahier des charges visent à garantir une prise en charge de qualité tant sur le plan de la sécurité affective des parents et des nouveau-nés que sur la sécurité somatique de nouveau-nés atteints d'affections sans gravité et nécessitant des soins de courte durée pouvant être réalisés auprès de leur mère.

I. Les maternités de types I franciliennes face aux besoins des territoires

1. Contexte

Les futurs parents souhaitent en 2019 que des soins pédiatriques soient possibles dans la maternité qu'ils ont choisie, évitant un transfert après la naissance avec séparation potentielle de la mère et de son enfant alors qu'il s'agit de soins de courte durée pour des enfants à bas risque.

Les pédiatres néonatalogistes ont depuis les années 1990, proposé une classification des soins du nouveau-né selon 5 niveaux et indiqué lesquels pourraient être réalisés dans la chambre de la mère (Groupe d'Etude en Néonatalogie et Urgences pédiatriques en région parisienne GEN- UP-RP devenu le Groupe d'Etudes de Néonatalogie de l'Ile de France (GEN-IF).

Cette classification a été prise en compte lors de l'élaboration des décrets n° 98-899 et 98-900 ainsi que dans la Circulaire du 8 juillet 1999 relative à l'application de l'arrêté du 1^{er} avril 1999, sous la forme d'une fiche technique sur les soins aux nouveau-nés.

Elle a été reprise par la Commission Technique et Consultative de la naissance d'Ile de France en préparation du SROS (1999-2004).¹.

Dans un contexte de tensions démographiques importantes pour les professionnels de la périnatalité et en particulier les pédiatres néonatalogistes, le Groupe d'Etudes de Néonatalogie de l'Ile de France (GEN-IF) a, sur lettre de mission de l'ARS, élaboré des propositions pour le fonctionnement des services de néonatalogie en Ile de France dans le cadre de la préparation du PRS2, publiées en mai 2017. Le document a été mis à jour le 30/4/2019.

En Ile de France, en 2019, sur un total de 80 maternités, il y a 22 maternités de type I qui ont accueilli 25016 naissances en 2018 soit 14% des naissances franciliennes (176 108 naissances enregistrées), 18 privées (14 Privé Lucratif, 4 ESPIC) et 4 publiques.

¹ Les centres périnataux : un référentiel pour mettre en adéquation le niveau de soins au niveau de risque des mères /des nouveau-nés p 196 in L'action collective périnatalité en Ile de France 1996-2000 Annie Serfaty-Emile Papiernik ed ENSP 2005.

2. La classification des soins pédiatriques revue par le GENIF en 2017

Niveau	Pathologies	Soins	Personnel
1	-NN à terme eutrophiques et bien portants à la naissance	-Soins de base de toute maternité -Promouvoir l'allaitement maternel -Pratiquer les dépistages obligatoires	
2	-Hypotrophie à terme PN : 2000 à 2500g -Prématuré 35-36SA -ictère simple -NN de mère diabétique eutrophe -SIMF asymptomatiques sous traitement -Anoxie périnatale sans EAI avec biologie normale à H2 -Syndrome de sevrage -Surveillance en raison d'une pathologie ou d'un traitement maternel -difficulté d'alimentation (fente labio-palatine, trisomie 21...) -NN pour ex. complémentaires, ou évaluer une situation à risques -Hypocalcémie modérée -autres pathologies sur avis du pédiatre	-Réchauffement avec surveillance de la température -Photothérapie -Surveillance glycémique 24h/24 -Alimentation orale avec possibilité d'ajouts, de tirer le lait, de multiplier les repas, de donner à la tasse -Alimentation entérale sur sonde gastrique ou perfusion de courte durée -Médicaments per os ou (IM) parentérale à heures fixes	-Aux de Pué 24H/24 -Puéricultrice ou SF 24H/24 -Pédiatre présent le matin + contre visite + disponible sur appel 24H/24
3	NN : 1600g (1800)-2000g -prématuré de 33 à 34 SA -NN hypertrophique de mère diabétique -Anoxie perinatale avec anomalie biologique persistante à H2-H3 avec EAI -Ictère important -Retard de résorption (>34 SA, eupnéique avant H2 (SFN 2016)	-Perfusion prolongée -Alimentation entérale prolongée sur sonde gastrique -Surveillance hémodynamique et respiratoire -O2 à faible concentration (pas en phase aigüe. SFN 2016) -Mise en condition pour transfert si aggravation	-Soignants qualifiés 24h/24 -Pédiatre disponible, présent le jour, et de garde ou disponible facilement sur appel d'une autre personne de garde la nuit (interne, SF, puéricultrice)
4(SI)	-Poids N < 1600 g -Prématuré <33 semaines -Défaillance circulatoire initiale rapidement stabilisée	-Alimentation parentérale par cathéter central -Oxygénothérapie en ventilation	-Paramédical : 1cadre 1 IDE spécialisée pour 3 lits 24H/24
5(réa)	-Détreffes respiratoires sévères, -toute pathologie respiratoire avec $FiO_2 \geq 0,6$ en ventilation spontanée -DR nécessitant le maintien d'une PEEP pharyngée voire une ventilation pharyngée chez le grand prématuré -Traitement sédo-analgésique -Défaillances hémodynamiques non stabilisées après traitement initial -Autres détresses vitales -Prise en Charge post-opératoire des malformations graves	- Ventilation artificielle, soins continus et surveillance d'un enfant intubé	-Paramédical : 1cadre 1 IDE spécialisée pour 2 lits 24H/24 -médical : 1garde médicale sur place et 1 garde formatrice

II. Expérimentation

1. Les propositions du GENIF : base du cadre d'expérimentation

Il est possible pour les maternités de type I de prodiguer des soins pédiatriques de niveau 1 et 2 sous réserve du respect des conditions du décret.

Le constat de la non-application de cette disposition, pourtant permise par les décrets depuis 1998, en raison de l'absence de valorisation spécifique des soins de niveau 2, conduit le Directeur général de l'ARS IDF à proposer une expérimentation permettant de valoriser ces soins selon les mêmes conditions que les soins de néonatalogie en unité autorisée (cf unité médicale UM 04 pour les maternités de type IIA) à la condition de réaliser ces soins dans la chambre de leur mère restant hospitalisée, pour 6 enfants pris en charge simultanément au maximum.

2. Le cadre réglementaire

- **Le décret n° 98-900 du 9 octobre 1998** a établi une gradation des soins avec indication de normes en personnels, équipements et nombre d'accouchements. Dans l'article D712-88 d'origine, mis à jour en 2005 sous D6124-48, il est indiqué:
« Afin de privilégier la relation mère-enfant, les soins de courte durée aux enfants nés dans l'unité d'obstétrique et qui sont atteints d'affections sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie peuvent être réalisés dans le secteur d'hospitalisation dès lors que les conditions définies au présent article sont remplies.
« Ces nouveau-nés doivent, en tant que de besoin, pouvoir être isolés des nouveau-nés bien-portants, traités et surveillés en permanence dans un local de regroupement ou, lorsqu'elle est individuelle et aménagée à cet effet, dans la chambre de leur mère.
« De plus, le pédiatre est disponible sur appel, 24 heures sur 24, et assure une visite quotidienne. Au minimum, une sage-femme ou un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie, est présent tous les jours de l'année, auprès des enfants, quand des nouveau-nés atteints de ces affections sont présents dans l'unité. »

- **La circulaire n°99-402 du 8 juillet 1999** relative à l'application de l'arrêté du 1^{er} avril 1999 fixant les indices de besoins nationaux afférents à la néonatalogie et à la réanimation néonatale
- Complétée par la « Fiche technique sur les soins aux nouveau-nés » : en référence aux niveaux de soins décrits par les pédiatres néonatalogistes.
- **L'arrêté du 25 avril 2000** relatif aux locaux de prétravail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale prévus à la sous-section IV « conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatalogie et à la réanimation néonatale » du code de la santé publique (livre VII). Article10

3. Définition des enfants nouveau-nés concernés et soins à prodiguer

- Mère suivie dans la maternité, informée et ayant donné son accord pour des soins réalisables dans sa chambre en cas d'enfant atteint d'affection sans gravité
- Nouveau-né né dans la maternité (pas de transfert in utero ni outborn)
- Nouveau-né ayant un besoin de soins de niveau supérieur aux soins de base, mais pour une durée courte.

Les soins autorisés sont ceux du niveau 2 des soins pédiatriques repris par le GENIF conformes à l'Article10 de l'arrêté du 25 avril 2000, en excluant les alimentations sur sonde gastrique et les perfusions de plus de 24 heures.

III. Pré-requis

1. Critères d'éligibilité

- Maternité de type I
- Nombre minimum d'accouchements annuels en année (n-1)= 1000
- **S'engager à respecter les conditions de fonctionnement dès la mise en œuvre**
- Participer à Périnat-ARS-IDF (envoi des RSA du PMSI tous les mois pour analyse et vérification)
- Participer à HYGIE TIU avec l'appui du réseau périnatal concerné
- S'engager à participer au groupe de travail de la Commission régionale de la Périnatalité sur l' « Expérimentation soins pédiatriques 2 en maternité type I » dès sa création
- S'engager à permettre l'évaluation de l'activité mensuelle et la réalisation du bilan au bout d'un an

2. Calendrier

Date d'initiation de la mise en œuvre au 1/7/2019
Evaluation à l'automne 2020

IV. Les conditions de fonctionnement

1. Le fonctionnement

Modifications prévues à préciser par l'établissement demandeur, concernant personnel, matériel, organisation, système d'information :

- Respecter les normes de personnel (décret, circulaire)
 - Auxiliaire de puériculture 24h/24
 - sage-femme ou un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie, (cf décret 1998) 24h/24 et dédié à la prise en charge des enfants hospitalisés dans la chambre de leur mère pour les soins de niveau 2
 - Pédiatre présent le matin avec contre-visite et disponible sur appel 24h/24
 - Elaborer et communiquer à l'ARS de nouveaux protocoles de prise en charge des mères et nouveau-nés selon le risque (dont prise en charge en cas de malaise, protocole de transfert, ...)
 - Disposer du matériel nécessaire aux soins dont :
 - incubateurs
 - berceau chauffant par enfant accueilli
 - dispositif de photothérapie
 - monitoring cardio-respiratoire pour les enfants sous photothérapie ou sonde gastrique
 - pousse-seringues
 - Disposer du matériel d'urgence à l'étage des chambres des mères, permettant de désobstruer, aspirer et oxygéner (type ventilateur manuel, mélangeur air-oxygène).
-
- Conventionner avec un réseau périnatal et l'informer de l'expérimentation conduisant à une nouvelle position dans la gradation des soins (maternité de type I, niveau de soins pédiatriques 2), à effectuer en coopération avec le SAMU Adulte et le SMUR pédiatrique ainsi que la Cellule de Transfert in utero et un service d'HAD néonatale le cas échéant.
- Modifier l'outil de recueil du PMSI

2. Qualité et sécurité des soins

- Information et consentement des parents : un tronc commun sera fourni à intégrer au sein de la plaquette propre à l'établissement (ce contenu sera accessible en téléchargement sur le site http://www.perinat-ars-idf.org/PRS2_perinat.php)
 - Elaboration et communication de nouveaux protocoles de prise en charge des mères et nouveau-nés selon le risque : une harmonisation des protocoles sera à réaliser au sein du groupe de travail de la Commission régionale de la Périnatalité.
-

Le promoteur devra s'y engager dans le cadre de l'avenant CPOM.

V. Les modalités d'évaluation du dispositif

1. Le suivi du dispositif

Il sera réalisé par le Groupe de travail adhoc « Expérimentation soins pédiatriques 2 en maternité de type I » de la Commission régionale de la périnatalité.

Eléments du suivi :

- Evaluation de l'activité mensuelle
 - Suivi des transferts périnataux
 - Evaluation médicale de la pertinence des prises en charge d'après le PMSI et avec audit sur dossiers
 - Evaluation médico-économique
 - Enquête de satisfaction auprès des parents : le questionnaire sera commun et accessible en téléchargement http://www.perinat-ars-idf.org/PRS2_perinat.php
 - Détection d'évènements indésirables liés au nouveau fonctionnement et analyse
-

2. Bilan après 1 an d'expérimentation :

Mesures de l'impact :

- sur les maternités concernées
- sur les autres maternités du territoire,
- sur l'activité des transferts périnataux.

Annexe

Maternités de type I en activité en 2019 : 22 maternités : 18 Privées (14 Privé lucratif, 4 ESPIC) et 4 Publiques (fermeture en 2018 d'1 maternité privée)

(tableau 1)

Département	Maternité	Nbre de naissances vivantes en			Type de structure
		2016	2017	2018	
75	Clinique Jeanne d'Arc	853	833	712	Privée
	Clinique de la Muette	1274	1094	1115	Privée
	Clinique Sainte-Thérèse	1369	1307	1055	Privée
	GH Diaconesses	2557	2457	2474	ESPIC
	Institut Mutualiste Montsouris	2119	2068	2148	ESPIC
	Hôpital des Bluets	3117	2807	3047	ESPIC
77	Clinique de Tournan	774	636	623	Privée
	CH Montereau	652	626	588	Publique
78	CHI Meulan	989	994	938	Publique
	Clinique Saint-Germain	901	891	889	Privée
	Clinique Saint-Louis	792	769	752	Privée
91	Clinique de l'Essonne	683	849	725	Privée
	Clinique de l'Yvette	875	847	842	Privée
	CMCO Evry	736	730	784	Privée
92	Clinique Lambert	663	656	712	Privée
	Hôpital Américain	736	659	654	Privée
	Hôpital Beaujon AP-HP	1094	1050	1126	APHP *
	CASH Nanterre	1321	1325	1361	Publique
93	Maternité des Lilas	1543	1418	1410	ESPIC
	HP Vert Galant	619	573	360	Privée (fermée 9/18)
	Polyclinique Vauban	1335	1237	1115	Privée
94	Clinique G.Metivet	989	1043	819	Privée
95	Clinique Conti	803	838	767	Privée
	Total (yc mater ouvertes 2016, 2017)	28038	26137	25016	

Source ATIH, exploitation Périnat-Ars-IDF

(En vert : 9 maternités de 1000 naissances et plus)

*Beaujon : 6 lits de néonatalogie autorisés mais non réouverts au 29/4/2019 après les travaux 2017-2018

Maternités ayant déposé un dossier promoteur pour demande d'autorisation IIA et activité de 1000 accouchements annuels et plus

Département	Maternité	Nbre de naissances vivantes en			Type de structure
		2016	2017	2018	
75	Clinique Sainte-Thérèse	1369	1307	1055	Privé lucratif
	GH Diaconesses	2557	2457	2474	ESPIC
	Institut Mutualiste Montsouris	2119	2068	2148	ESPIC
	Hôpital des Bluets	3117	2807	3047	ESPIC
93	Maternité des Lilas	1543	1418	1410	ESPIC
	Total maternités (expérimentation)	10705	10057	10134	
	Total mater I (yc mater ouvertes 2016, 2017, 2018)	28038	26137	25016	

Pour Nouveau-nés éligibles à un forfait IIA mais état compatible avec des soins pédiatriques de niveau 2 en maternité , Nouveau-nés restés en maternité en 2018:
 Valorisation GHM des cas déjà traités (prématurés modérés ou de faible poids)
 Si autorisation IIA: ajouter valorisation par suppléments journaliers (757 157 euros)
 Coût 6 puéricultrices: 310 000/ euros /an ; il faut 1 puéricultrice H24 /6 NN maximum
 Ces cas ont occupé entre 0,7 lits aux Lilas à 2,5 lits aux Bluets soit 6,9 lits au total en 2018 sur les 5 maternités ciblées

Maternité	nb de GHM 2018	Nb de journées 2018	DMS 2018	VAL_GHM2018	VAL_SUP2018	VAL_TOT2018	nb lits 2018
LES BLUETS	182	922	5,07	270 958,82 €	280 546,16 €	551 504,98 €	2,5
IMM	122	561	4,60	200 589,09 €	170 701,08 €	371 290,17 €	1,5
DIACONESSES	128	504	3,94	179 820,20 €	153 357,12 €	333 177,32 €	1,4
CL STE THERESE	68	282	4,15	60 193,67 €	72 223,02 €	132 416,69 €	0,8
LES LILAS	60	264	4,40	90 342,48 €	80 329,92 €	170 672,40 €	0,7
	560	2533		801 904,26 €	757 157,30 €	1 559 061,56 €	6,9

Source ATIH/ PMSI Exploitation G Quily, C Menguy (Périnat-Ars-IDF)