G.E.N. - I.F.

(Groupe d'Etudes en Néonatologie de l'Ile de France)

Organisation en matière de périnatalité des établissements de santé

Propositions du Groupe d'Etudes de Néonatologie de l'Ile de France

Objet : lettre de mission relative à l'élaboration de propositions pour le fonctionnement des services de néonatologie en Ile de France dans le cadre du PRS2. La mission du GEN-IF est d'aider l'Agence Régionale de Santé en Ile de France à faire des propositions concernant :

- Le maintien et si nécessaire l'augmentation des maternités de type 1 en tenant compte de la couverture pédiatrique,
- Le regroupement des lits de néonatologie sur des maternités de type 2a,
- La réorganisation des maternités de type 2b fonctionnant avec peu de lits (< 6 lits),
- La déclinaison de ces réorganisations par territoire, GHT et réseau périnatal et réfléchir à l'implication de l'APHP qui a établi des conventions d'association avec les GHT.

1. **Le contexte** : la démographie médicale pédiatrique baisse en Ile de France rendant difficile le fonctionnement de certaines maternités et unités de néonatologie.

2. **Méthodologie :**
   a) 1ier groupe de travail constitué fin 2015 et 2016 dans le cadre de la préparation du PRS
      - Composition du groupe :
        Le groupe était composé de pédiatres de centres IIa, IIb et III, de centres publicset privés, AP-HP, CHG et CHI, cadre puéricultrice. Le groupe avait également souhaité la participation d'un gynécologue obstétricien référent en diagnostic ante - natal mais il n'a jamais pu se libérer.

	Structure	Type de structure
Dr M.Granier Pilote du groupe de travail	GEN-IF Centre Hospitalier Sud Francilien	CH : Néonatologie III
Pr P-H Jarreau	APHP Hôpital Cochin Port-Royal Président de la collégiale de Pédiatrie de l'APHP	Néonatologie III
Dr B.Harvey	Hôpital des 4villes	Maternité publique IIa
Dr A.Wollner	Hôpital Armand Brillard	Maternité privée IIa
Dr P.Gatel	Hôpital des Rives de Seine (Neuilly-Courbevoie)	CH : Néonatologie IIb
Pr D.Mitanchez	APHP Hôpital Trousseau	Néonatologie IIb-III
Dr C.Menguy	Périnat ARS IF	
Dr J-L Chabernaud	SMUR pédiatrique	SAMU 92 et réa néonat
Me N.Aubé cadre puéricultrice	APHP Hôpital A.Béclère	Néonatologie III

b) pour répondre à la lettre de mission de l'ARS en date du 27 février 2017, le groupe s'est de nouveau réuni et complété des membres du bureau du GEN-IF :

Participants	Structure	Type de structure
Dr M.Granier Pilote du groupe de travail	GEN-IF Centre Hospitalier Sud Francilien	CH : Néonatologie III
Pr P-H Jarreau	APHP Hôpital Cochin Port-Royal Président de la collégiale de Pédiatrie de l'APHP	Néonatologie III
Dr B.Harvey	Hôpital des 4 villes	Maternité publique IIa
Dr P.Gatel	Hôpital des Rives de Seine (Neuilly-Courbevoie)	CH : Néonatologie IIb Publique
Dr J-F Magny	APHP Hôpital Necker	Néonatologie III spécialisée
Dr C.Menguy	Périnat ARS IF	
Dr E.Carricaburu	APHP siège : offre de soins	
Dr J-L.Chabernaud	SMUR pédiatrique	SAMU 92 et réa néonat
Dr A.Ayachi	SMUR pédiatrique	SAMU 93
Dr F.Autret	Hôpital Saint-Joseph	Néonatologie IIb ESPIC
Dr P.Bolot	Hôpital Saint-Denis	CH : Néonatologie III
Dr C.Boithias pédiatre de maternité	APHP Hôpital Bicêtre	Maternité III
Pr D.Mitanchez	APHP : H. Armand Trousseau	Néonatologie 2b Maternité 3

La réflexion est globale sur l'ensemble de l'Ile de France y compris l'APHP.

3. **Etats des lieux des maternités**

Cette analyse est issue du document « les maternités en IDF en 2016, seuil des maternités de 1200 accouchements » par Périnat ARS IF en septembre 2016(chiffres de 2015 : 90 maternités avec une activité en 2015)

83 maternités en IDF au 1er septembre 2016 (81 en 2017) 90 maternités en activité en 2015)

- A Paris (75) 16 maternités
- Seine et Marne 8 maternités
- Yvelines 10 maternités
- Essonne 10 maternités*(9 en 2017)*
- Hauts de Seine 12 maternités*(11 en 2017)*
- Seine Saint-Denis 11 maternités
- Val de Marne 8 maternités
- Val d'Oise 8 maternités
-

<u>Analyse des maternités de type I enactivité en 2016: 25 maternités</u>

<u>18 Privées 4 ESPIC et 3 Publiques</u>*(tableau 1)*

Département	Maternité	Nombre de naissances en		Type de structure
		2015	2016	
75	Clinique Jeanne d'Arc	890	853	Privée
	Clinique de la Muette	1337	1274	Privée
	Clinique Sainte-Thérèse	1556	1369	Privée
	GH Diaconesses	2546	2557	ESPIC
	Institut Mutualiste Montsouris	1968	2119	ESPIC
	Hôpital des Bluets	3135	3117	ESPIC
77	Clinique de Tournan	917	774	Privée
	CH Montereau	619	652	Privée
78	CHI Meulan	1004	989	Publique
	Clinique Saint-Germain	835	901	Privée
	Clinique Saint-Louis	810	792	Privée
91	Clinique de l'Essonne	731	683	Privée
	Clinique de l'Yvette	818	875	Privée
	CMCO Evry	731	736	Privée
	HP Athis Mons	*775*	*703*	*Privée*
92	Clinique Lambert	670	663	Privée
	Hôpital Américain	731	736	Privée
	Hôpital Beaujon	1113	1094	Publique(en travaux pour 2000 naissances/an)
	Clinique des Martinets	*535*	*541*	*Privée*
	CASH Nanterre	1242	1321	Publique
93	Maternité des Lilas	1525	1543	ESPIC
	HP Vert Galant	727	619	Privée

	Polyclinique Vauban	1353	1335	Privée
94	Clinique G.Metivet	1016	989	Privée
95	Clinique Conti	869	803	Privée

(en bleu : les maternités qui doivent fermer en 2017)(en rose : les maternités de moins de 1200 naissances)

<u>Analyse des maternités de type IIa</u>*(tableau 2)*

26 maternités : 12 publiques /13 privées /1 ESPIC

8 maternités < 1200 naissances en 2016

Département	**Maternité**	**Nbre de naissances vivantes en**		**Nbre de lits de néonat autorisés dont unité kangourou**	**Type de structure**
		2015	**2016**		
75	Hôpital Lariboisière APHP	2560	2621	9	Publique
	Hôpital Tenon APHP	*2607*	*1849*	*12*	*Publique(travaux en 2016 expliquant la baisse des naissances)*
	Hôpital Salpêtrière APHP	2279	2189	9	Publique*(travaux en 2016 expliquant la baisse des naissances)*
	Maternité Sainte Félicité	2670	2533	6	Privée
77	CH Coulommiers	815	804	6	Publique
	CH Provins	663	698	4	Publique
78	CH Rambouillet	1582	1545	4	Publique
	HP Versailles les Franciscaines	1834	1666	6	Privée
	HP de Parly	1279	1177	6	Privée
	HP Ouest Parisien (Trappes)	897	873	6	Privée
91	CH Arpajon	1346	1392	6	Publique
	CH Sud Essonne	1234	1104	6	Publique
	HP C.Gallien	1270	1130	6	Privée
92	CH 4 villes	3017	3192	12	Publique
	HP Antony	3465	3768	6	Privée
	IH Franco Britannique	2600	2541	12	ESPIC
93	Clinique de l'Estrée	1796	1714	6	Privée
	HP La Roseraie	910	874	6	Privée
94	Maternité des Noriets	1390	1455	6	Privée
	Hôpital Saint Maurice	3105	3306	10	Publique
	Hôpital A.Brillard	2360	1998	6	Privée
	HP Marne la Vallée	1925	1976	6	Privée
95	Clinique C.Bernard	2057	2200	6	Privée
	HP Nord Parisien	1647	1651	6	Privée
	GH Portes de l'Oise	1049	1060	6	Publique

Maternités de type IIb : 18 maternités (y compris Versailles 2b très prochainement)
15 maternités publiques, 2 ESPIC, 1 Privée*(tableau 3)*

Département	Maternité	Nbre de naissances vivantes en		Nbre de lits SI/ Neonat autorisés dont unité kangourou	Type de structure
		2015	2016		
75	Hôpital Bichat APHP	2233	2209	3 SI / 9 NN	Publique
	GH Saint Joseph	3416	3525	6 SI /15NN	ESPIC
77	CH Marne La Vallée	3578	3609	6 SI / 9 NN	Publique
	CH Fontainebleau	1778	1862	4 SI / 8 NN	Publique
	CH Melun	2716	2796	4 SI / 8 NN	Publique
78	CH Versailles	2140	2194	6 SI / 12 NN	Publique
	CH Mantes la Jolie	2304	2272	6 SI / 12 NN	Publique
91	CH Longjumeau	1963	2183	4 SI / 8 NN	Publique
	CH Orsay	1387	1406	3 SI / 6 NN	Publique
92	CHI Neuilly- C	2330	2455	6 SI / 14 NN	Publique
	Hôpital Foch	3155	3292	6 SI / 12 NN	ESPIC
93	HP Seine Saint-Denis	2734	2534	9 SI / 12 NN	Privée
	Hôpital J. Verdier APHP	2513	2586	9 SI / 11 NN	Publique
	GH Montfermeil	2330	2455	3 SI / 9 NN	Publique
	CH Aulnay	2671	3034	6 SI / 12 NN	Publique
94	HP Villeneuve-Saint-G	2841	2916	5 SI / 10 NN	Publique
95	CH Gonesse	2259	2148	6 SI /15 NN	Publique
	CH Eaubonne- M.	2787	2958	6 SI /9 NN	Publique

Maternités de type III : 15 maternitéspubliques *(tableau 4)*

Département	Maternité	Nombre de naissances vivantes en		Nombre de lits autorisés Réa /SI/ NN (dont Unité Kangourou)	Type de structure
		2015	2016		
75	Hôpital Trousseau AP-HP	4019	3962	8 / 15 /26	Publique
	Port Royal AP-HP	5227	5514	21 / 21 /21	Publique
	Necker AP-HP	3206	3243	16 / 24 / 23	Publique
	Hôpital Robert Debré AP-HP	2969	3098	12 /18 /19	Publique
77	CH Meaux	3249	3075	10 /6 /12	Publique
78	CHI Poissy	4375	4329	12 /12 /18	Publique
91	CHSF Corbeil	5266	5354	16 /12 /30	Publique
92	Hôpital A. Béclère AP-HP	3070	3599	16 /12 / 12 +8	Publique
	Hôpital L. Mourier AP-HP	3379	3447	10 /14 /14	Publique

93	CH Saint Denis	4468	4531	10 /12 / 12	Publique
	CH Montreuil	3892	4124	17 /12 / 8	Publique
94	CHI Créteil	3602	3652	10 /9 /42	Publique
	CH Bicêtre AP-HP	3475	3640	8 / 12 /10	Publique
95	CH Pontoise	4884	4838	8 / 6 / 18	Publique
	CH Argenteuil	3149	3187	8 / 6 / 18	Publique

4. <u>Les niveaux de soins pédiatriques</u> *(tableau 5)*

Niveau1 : suivi des NN bien portants à terme

Niveau 2: réchauffement, contrôle glycémique, alimentation orale difficile, photothérapie, médicaments

Niveau 3: perfusions, alimentation entérale prolongée par sonde gastrique, surveillance hémodynamique et respiratoire, O2 à faible concentration, mise en condition

Niveau 4: alimentation par cathéter veineux central, oxygénothérapie en ventilation spontanée, surveillance hémodynamique continue, PEP nasale hors phase aiguë

Niveau 5: assistance respiratoire et hémodynamique pour toute pathologie aiguë ou chronique

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 trt -Anoxie pernatale sans EAI avec biologie normale à H2 -Syndrome de sevrage -Surveillance en raison d'une pathologie ou d'un trt 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 -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 -Photothérapie -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 pernatale avec anomalie biologique	-Perfusion prolongée -Alimentation entérale prolongée sur sonde gastrique -Surveillance hémodynamique et	-Soignants qualifiés 24h/24 -Pédiatre disponible, présent le jour, et de

	persistante à H2-H3 avec EAI -Ictère important -Retard de résorption (>34 SA, eupnéique avant H2 (SFN 2016) -Troubles métaboliques sévères et/ou symptomatiques -Rhinite obstructive sévère, -surveillance et bilan d'un malaise -Malformation sans indication chirurgicale urgente	respiratoire -O2 à faible concentration (pas en phase aigüe. SFN 2016) -Mise en condition en cas d'aggravation	garde ou disponible facilement sur appel d'une autre personne de gardela nuit (interne, SF, puéricultrice)
4(SI)	-Poids N < 1600 g -Prématuré <33 semaines -Défaillance circulatoire initiale rapidement stabilisée -Problème neurologique sans altération de l'autonomie respiratoire -Pathologie digestive médicale avec arrêt total et prolongé de l'alimentation entérale	-Alimentation parentérale par cathéter central -Oxygénothérapie en ventilation spontanée -Surveillance hémodynamique continue -Mise en conditions si aggravation	-Paramédical : 1cadre 1 IDE spécialisée pour 3 lits 24H/24 -médical : garde médicalesur place
5(réa)	-Détresses respiratoires sévères, -toute pathologie respiratoire avec FiO2 ≥ à 0,6 en ventilation spontanée -DR nécessitant le maintien d'une PEEP pharyngée voire une ventilation pharyngée chez le grand prématuré -Traitementsédo--analgésique -Défaillances hémodynamiques non stabilisées après tt initial -Autres détresses vitales -P en Ch post-opératoire des malformations graves	- Ventilation artificielle, soins continus et surveillance d'un enfant intubé	-Paramédical : 1cadre 1 IDE spécialisée pour 2 lits24H/24 -médical : 1garde médicale sur place et 1 garde formatrice

5. Rôle du Néonatologiste

Prérequis :

Le néonatologiste est un pédiatre formé à la surspécialisation de néonatologie :

- DESC /DIU : 2 ans supplémentaires

Dans tous les cas, pour diriger une unité de néonatologie, il est nécessaire d'avoir le DESC/DIU ou la VAE ou la future option en néonatologie.

Activités du néonatologiste :

Prise en charge du nouveau-né bien portant en maternité au nouveau-né malade en néonatologie, soins intensifs, réanimation.

Le néonatologiste assure :

- la responsabilité de la prise en charge médicale du nouveau-né sain (maternité - suites de couches) et pathologique (unités d'hospitalisation) avec la réalisation d'actes diagnostiques et thérapeutiques inhérents à cette prise en charge.

- les consultations de suivi des nouveau-nés vulnérables au-delà de la période d'hospitalisation dans le cadre du réseau de suivi.

A ces activités cliniques diagnostiques et thérapeutiques, s'ajoutent des missions transversales :

- participation aux staffs obstétrico-pédiatriques, en particulier staffs de diagnostic ante-natal, participation aux staffs de réanimation / soins intensifs /néonatologie, RMM, Comité du Retour d'EXpérience, staffséthiques.

- consultation anténatale dans l'unité des grossesses à haut risque et en consultation.

- organisation de la sortie au domicile, de l'HAD pour les nouveau-nés vulnérables, admission dans le réseau avec programmation des consultations avec le médecin pilote.

- encadrement des internes, externes, sages-femmes, puéricultrices, auxiliaires de puéricultrice

Ces activités transversales rendent indispensables des temps d'échanges en équipe et incompatible avec le travail en 12h des équipes médicales.

6. <u>Propositions de fonctionnement pour chaque typede maternité</u>

a. Maternité de type I

Etat des lieux :

Les maternités de type I assurent des soins pédiatriques de niveau 1.

Il n'y a pas d'unité de néonatologie, pas de pédiatre sur place. Il est indispensable d'établir une liste de pédiatres d'astreinte, joignables rapidement si nécessaire.

Proposition : Ces maternités pourraient effectuer des soins de niveau 1 et 2 à l'exception de la nutrition entérale par sonde. Ces soinsseraient destinés aux nouveau-nés de la maternité, donc à usage exclusivement interne (pas de nouveau-nés admis de l'extérieur).

Personnel soignant préconisé : il est indispensable d'avoir un personnel formé à la néonatologie (puéricultrice ou sage-femme ou infirmière formée à la néonatologie) 24h/24 et 1 auxiliaire de puériculture.

Le pédiatre effectue une visite médicale quotidienne et participe aux activités de la maternité. Une liste d'astreinte opérationnelle 7j/7 est établie. Le pédiatreest joignable et peut se rendre rapidement sur place en cas de nécessité.

Ces maternités pourraient effectuer une photothérapie et initier une antibiothérapie pour les nouveau-nés asymptomatiques….

Cette organisation ne peut exister qu'avec une tarification des séjours valorisée.

L'intérêt d'effectuer ces soins en maternité est :

- d'éviter une séparation mère –enfant (cf décrets de périnatalité de 1998)

-de ne pas surcharger les services de néonatologie avec des nouveau-nés dont l'état clinique est compatible avec une surveillance par du personnel formé en suites de couches.

b. Centre périnatal de type IIa

Etat des lieux

Plusieurs types de maternités IIa existent en France :

- unité de néonatologie au sein d'un service de pédiatrie
- unité de néonatologie au sein de la maternité
- unité « kangourou » au sein de la maternité définie selon les décrets de périnatalité, qui se rapproche des unités précédentes :

Décret no 98-900 du 9 octobre 1998

- Art. D. 712-88. - *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 néonatologie 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 néonatologie, est présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, auprès des enfants, quand des nouveau-nés atteints de ces affections sont présents dans l'unité.*

En Ile de France, les fonctionnements de ces unités sont très hétérogènes.

Propositions : Nous distinguerons les unités de néonatologie dans un service de pédiatrie générale et les unités de néonatologie au sein de la maternité.

- **unité de néonatologie au sein d'un service de pédiatrie générale :**
  - les niveaux de soins pédiatriques sont de 1 à 3
  - les nouveau-nés peuvent être des nouveau-nés de la maternité ou des nouveau-nés transférés de l'extérieur soit d'un type I, soit d'un type III.
  - l'organisation du suivi des nouveau-nés vulnérables doit être une desmissions de cette unité.

- la permanence des soins est assurée par le senior de garde aux urgences pédiatriques dans le service de pédiatrie générale. Il assure également la néonatologie et la salle de naissance. Il n'y a pas d'obligation de garde spécifique de néonatologie.
- Des locaux spécifiques doivent être dédiés au secteur de néonatologie.

- **unité de néonatologie au sein de la maternité :**
  - les niveaux de soins pédiatriques sont 1et 2 et parfois 3.
  - chaque unité a sa propre organisation. Les nouveau-nés peuvent être des nouveau-nés de la maternité ou des nouveau-nés transférés de l'extérieur.
  - selon la spécificité du recrutement de la maternité, il pourrait être proposé :
    - qu'une partie d'entre elles deviennent des maternités de type I effectuant des soins pédiatriques de niveau 1 et 2.
      Mais cette activité de peut être effectuée que si la tarification de ces séjours est valorisée.
    - que certaines se regroupent afin d'avoir une activité suffisante avec une néonatologie de 6 lits.
    - que d'autres unités fonctionnent avec 6 lits voire 12 lits de néonatologie.
    -

Dans tous les cas, la capacité minimale préconisée est de 6 lits de néonatologie avec une maternité de 1500 naissances pour permettre un taux d'occupation de 80% :

Argumentaire :
« Pour évaluer le nombre de naissances nécessaires afin de justifier de l'ouverture de lits de néonatalogie (type IIA), l'équipe de Périnat ARS-IF s'est basée sur les résultats PMSI de l'année 2016 :
- en IDF en 2016, 50 750 nuitées ont été consommées sur l'ensemble des types IIA, que ce soit pour les nouveau-nés nés dans la maternité (inborn) ou les enfants venant d'un autre établissement (outborn).
Ces nuitées sont à rapprocher des 47 510 naissances vivantes en types IIA, soit une moyenne de 1,0682 nuitée en néonatologie pour une naissance vivante.
*- Un taux d'occupation de 100% pour 6 lits correspond à 2190 nuitées (365*6).*
Pour une unité de type 2 A de 6 lits il peut donc être considéré que :

- *pour 1500 naissances, 1602 nuitées sont produites en moyenne, soit 73% de taux d'occupation.*
- *pour 1800 naissances, 1923 nuitées sont produites en moyenne, soit 88% de taux d'occupation.*
- *pour 2000 naissances, 2136 nuitées sont produites en moyenne, soit 98% de taux d'occupation.*

Un taux d'occupation de 80% serait équivalent à un nombre de naissances de 1 640.

- Dans ce travail, il n'est considéré que le nombre moyen de nuitées consommées en néonatologie sans tenir compte des pathologies traitées, et des différences de durées de séjours par pathologies selon les établissements. Nous ne nous sommes pas non plus basés sur la production des forfaits NN1, qui permettrait d'en évaluer les conséquences financières. »

- **Personnel soignant préconisé :** 1 IDE ou puéricultrice 24H/24 et 1 auxiliaire de puériculture pour 6 lits.
-

- **Permanence des soins :**
    - pour 6 lits : Une liste d'astreinte opérationnelle 7j/7 est établie. Le pédiatre est joignable rapidement en cas de nécessité.
    - pour 12 lits avec une activité de la maternité d'au moins 2500 naissances, une garde sur place est préconisée.

- **Le pédiatre responsable ou coordinateur de l'unité de néonatologie doit avoir des compétences reconnues en néonatologie (DESC ou DU ou VAE ou option de néonatologie)**
-

Dans tous les cas, il est important de tenir compte de l'isolement géographique de la maternité au sein de l'Ile de France, ce qui suppose une souplesse sur ce qui est proposé.

Pour favoriser l'attractivité des pédiatres qui travaillent en maternités privées 1 ou 2a, il faudrait pouvoir leur proposer une installation libérale au sein de l'établissement de la maternité.

c. Centre périnatal de type IIb

- Les niveaux de soins pédiatriques sont de 1 à 4 *(tableau 5)*
- Deux types de maternités sont à différencier :
    - unité de néonatologie avec soins Intensifs au sein d'un service de pédiatrie générale.
    - unité de néonatologie avec SIisolée sans service de pédiatrie générale.

Dans tous les cas, il est préférable d'avoir une unité de néonatologie 2b de capacité suffisante pour plusieurs raisons :
- meilleure attractivité pour le recrutement de néonatologistes
- possibilité d'avoir une équipe soignante dédiée
- expertise de l'équipe soignante
- équipe médicale spécifique. Le pédiatre responsable de ce secteur doit avoir des compétences reconnues en néonatologie (DESC ou DU ou VAE)
- maitrise de l'utilisation du matériel.

La capacité minimale préconisée pour ce type d'unité est de 12 lits répartis en 6 lits de soins intensifs et 6 lits de néonatologie.

- <u>Néonatologie /SI au sein d'un service de pédiatrie générale</u> :
    - Lorsqu'il existe une garde pédiatrique pour les urgences pédiatriques, il estpréconisé qu'il y ait également une garde de senior de néonatologie,garde sur

place indépendante de la garde aux urgences pédiatriques. Cette garde doit être dédiée à la néonatologie et à la maternité.

- S'il s'avère difficile de mettre en place la garde en raison du manque de médecins, il peut être envisagé qu'elle soit effective au moins la 1ère partie de nuit, avec astreinte pour la nuit profonde.
- La garde pourra être organisée progressivement avec une mise à niveau des unités de néonatologie/SI concernant le nombre de néonatologistes. Cetteorganisation sera mise en place dès que le recrutement le permettra. Indépendamment des problèmes liés à la démographie médicale, cela suppose que les postes soient budgétés et que les recrutements soient possibles dès qu'un candidat satisfaisant aux conditions requises se présente. D'autre part, actuellement, les séniors des urgences pédiatriques sont souvent des anciens internes de médecine générale formés à la pédiatrie générale mais non formés à la néonatologie, en particulier à la réanimation en salle de naissance.

- <u>Unité de Néonatologie avec SI isolée sans service de pédiatrie générale :</u>
  - Une garde sur place est indispensable, règlementaire selon les décrets de 1998.

d. Centre périnatal de type III avec réanimation néonatale/soins intensifs/néonatologie

- Les niveaux de soins sont de 1 à 5*(tableau 5)*
- Actuellement, il existe 15 centres périnatals de type 3 en ile de France :
  - APHP : 7 centres
  - CHG : 8 centres

Au niveau de l'APHP, en raison d'un accès variable aux différentes ressources maternelles ou pédiatriques, chaque centre de type 3 a développé une orientation et des compétences adaptées à son environnement :

- prise en charge de l'extrême prématurité
- prise en charge de syndromes polymalformatifs nécessitant des avis pédiatriques spécifiques
- prise en charge chirurgicale néonatale
- prise en charge néonatale de cardiopathies congénitales
  Lorsqu'un diagnostic anténatal est fait, le transfert in utéro est préférable afin que le nouveau-né soit pris en charge immédiatement sur place.
- Prise en charge spécifique adaptée aux pathologies maternelles

- **Capacité minimale préconisée : environs 27 lits**
  - 15 lits de Réanimation /SI afin de bénéficier d'un plateau technique suffisant.

Il est important d'avoir des unités communes de réanimation/soins intensifs au sein d'un plateau de soins critiques.

- 12 lits de néonatologiedont au moins 6 lits en dehors de la maternité.

- **Double garde de senio**r : l'idéal serait une double garde sénior et une garde d'interne en formation :
    - une garde pour la réanimation et soins intensifs
    - une garde pour la salle de naissance, la maternité, la néonatologie et l'unité kangourou.
    - Néanmoins, pour faire unedouble ligne de garde, il faudrait avoir au minimum 14 néonatalogistes séniors.

Cette double garde s'avère difficile à mettre en place

- car la double garde n'est pas budgétisée
- et/ou par manque de néonatologiste sénior

Dans tous les centre de types IIa, IIb et III,**la pédiatrie de maternité** n'est pas une entité à part. Elle doit faire partie des activités du service de médecine néonatale afin de pouvoir mutualiser les équipes médicales.

Les besoins médicaux doivent être adaptés à l'activité de la maternité

7. **Une articulation au sein des GHT est –elle possible ?**

	Maternité	Type de structure
GHT Hauts de Seine	**CH 4 villes**	**IIa**
	CHI Neuilly-C	**IIb**
GHT Plaine de France	**CH ST Denis**	**III**
	CH Gonesse	**IIb**
GHT Est	**CH Aulnay**	**IIb**
	CH Montfermeil	**IIb**
	CH Montreuil	**III**
GHT 94 est	**CVIV**	**IIb**
	CHI Créteil	**III**
GHT 94 Nord	**Hx St Maurice**	**IIa**
GHT 77 Nord	**CH Coulommiers**	**IIa**
	CH Jossigny	**IIb**
	CH Meaux	**III**
GHT 77 Sud	**CH Montereau**	**I**
	CH Fontainebleau	**IIb**
	CH Melun	**IIb**
GHT 78 Nord	**CHI Mantes**	**IIb**
	CHI Meulan	**I**
	CHI Poissy - St Germain	**III**
GHT 78 Sud	**CH Versailles**	**IIb**
	CH Rambouillet	**IIa**
GHT Nord Essonne	**CH Orsay**	**IIb**
	CH Longjumeau	**IIb**
GHT IDF Sud	**CHSF**	**III**
	CH Arpajon	**IIa**
	CH Sud Essonne	**IIa**
GHT Nord Ouest Val d'Oise	**GHCPO**	**IIa**
	Pontoise	**III**
GHT Sud Val d'Oise	**CASH Nanterre**	**I**
	Argenteuil	**III**
	Eaubonne-M	**IIb**

Il est possible d'envisager **des postes partagés auseind'un GHT entre un type III et un type IIa ou IIb.**La notion de poste « partagé » doit être organisée au cas par cas. Ce peut-être par exemple 2 mi-temps hebdomadaires mais aussi une rotation de plusieurs mois dans les différents secteurs, ce qui est certainement plus attractif.**Il est préférable d'avoir deux assistants partagés entre les deux services afin d'avoir 1 assistant par service en permanence.** Il peut également s'agir d'un assistant partagé avec l'APHP.

8. Les relations GHT /réseaux

Réseau	GHT	Maternité	Type de structure
Réseau 92	**GHT Hauts de Seine**	**CH 4 villes**	**IIa**
		CHI Neuilly-C	**IIb**
Réseau NEF	**GHT Plaine de France**	**CH ST Denis**	**III**
		CH Gonesse	***IIb***
	GHT 77 Nord	**CH Coulommiers**	**IIa**
		CH Jossigny	**IIb**
		CH Meaux	**III**
	GHT 93 Est	**CH Aulnay**	**IIb**
		CH Montfermeil	**IIb**
		CH Montreuil	**III**
Réseau 94	**GHT 94 est**	**CH Villeneuve St G**	**IIb**
		CHI Créteil	**III**
	GHT 94 Nord	**Hx St Maurice**	**IIa**
Réseau MYPA	**GHT 78 Nord**	**CHI Mantes**	**IIb**
		CHI Meulan	**I**
		CHI Poissy - St Germain	**III**
	GHT 78 Sud	**CH Versailles**	**IIb**
		CH Rambouillet	**IIa**
Réseau Périnatif sud	**GHT Nord Essonne**	**CH Orsay**	**IIb**
		CH Longjumeau	**IIb**
	GHT IDF Sud	**CHSF**	**III**
		CH Arpajon	**IIa**
		CH Sud Essonne	**IIa**
	GHT 77 Sud	***CH Montereau***	***I***
		CH Fontainebleau	***IIb***
		CH Melun	***IIb***
RéseauVal d'Oise RVPO	**GHT Nord Ouest Val d'Oise**	**GHCPO**	**IIa**
		CH Pontoise	**III**
	GHT Sud Val d'Oise	**CASH Nanterre**	**I**
		Argenteuil	**III**
		Eaubonne-M	**IIb**

Les GHT ne représentent qu'une partie de l'activité des réseaux de périnatalité puisque les établissements ESPIC, privés et l'APHP n'y sont pas intégrés. Par ailleurs la superposition des GHT et des réseaux n'est pas totale, certains GHT appartenant à 2 réseaux différents, rendant ainsi l'analyse complexe.

La périnatalité est depuis de nombreuses années organisée en réseaux qui permettent d'assurer une gradation des soins de néonatalogie

La mise en place des GHT doit s'intégrer le plus harmonieusement possible dans ce dispositif et tenir compte du problème des pathologies maternelles

9. **Quelle articulation avec l'APHP ?**

   Les services de néonatologie de l'APHP sont dans les mêmes difficultés démographiques que dans le reste de l'Ile de France, petite et grande Couronne.

   Néanmoins, là encore, il peut être envisagé des **postes d'assistants partagés entre** l'APHP et les hôpitaux généraux de la petite et grande couronne.

En conclusion, le Groupe d'Etudes de Néonatologie de l'Ile de France fait les propositions suivantes :

Dans tous les cas, les pédiatres responsables ou coordinateurd'une unité de néonatologie devront être titulaires du DESC ou DIU ou VAE en néonatologie ou option de néonatologie.

Ces préconisations doivent tenir compte de l'environnement et de l'isolement géographique.

- **Possibilité pour les maternités de type 1** de prodiguer des soins de niveau 1 et 2 avec astreinte pédiatrique joignable rapidement.
  Pour effectuer ces niveaux de soins, il est indispensable qu'il y ait du personnel formé : puéricultrice ou sage-femme formée à la néonatalogie.
  Ces actes doivent être valorisés.

- **Centre périnatal de type IIa** :
  Les unités de néonatologie devront accueillir des nouveau-nés de la maternité et ceux de l'extérieur. En plus des activités inhérentes à la pédiatrie de maternité, ces unités devront mettre en place le suivi des nouveau-nés vulnérables.
  L'activité minimale de la maternité préconisée est de 1500 naissances avec 6 lits d'hospitalisation.
  Lorsque l'unité de néonatologie est intégrée dans un service de pédiatrie, la garde est commune avec celle des urgences pédiatriques.
  Lorsque l'unité de néonatologie est isolée au sein d'une maternité, une garde est préconisée pour 12 lits de néonatologie et une maternité de 2500 naissancesminimum.

- **Centre périnatal de type IIb :**
  La capacité minimale préconisée est de 12 lits (6 lits de soins intensifs et 6 lits de néonatologie).
  Une garde spécifique de néonatologie sur place est préconisée. Lorsqu'il existe un service de pédiatrie générale, l'objectif sera le même mais dans un premier temps, il pourra s'agir d'une demi-garde dans l'attente d'un recrutement suffisant de personnel médical.

- **Centre périnatal de type III:**
  La capacité minimale préconisée est de 15 lits de réanimation/soins intensifs et de 12lits de néonatologie dont 6lits au moins en dehors de la maternité.
  Une double garde est aussi préconisée si possible en fonction de la démographie médicale et du soutien de l'ARS pour sa budgétisation.