

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTE PUBLIQUE ET
DE L'ENVIRONNEMENT

Bruxelles, le 24/07/97

Administration des soins de santé

Direction de la Politique
des Soins de Santé

CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Section "Programmation et
Agrément"

Réf. : CNEH/D/119-3 (**

AVIS CONCERNANT LE PROGRAMME

"MERE-NOUVEAU-NE"

DANS LE CADRE DU NOUVEAU CONCEPT HOSPITALIER (*)

- (*) Cet avis a été ratifié par le Bureau le 10 juillet 1997
(**) Version adaptée en fonction des discussions en réunion plénière du 11 septembre 1997

Mission

évaluer le programme "mère-nouveau-né" sur la base du nouveau concept hospitalier et, en particulier, des textes "hôpital de base" et "associations hospitalières".

Introduction

S'il est clair que la maternité, la néonatalogie non intensive, la pédiatrie, la néonatalogie intensive et la section obstétricale destinée à l'observation intensive des grossesses à haut risque s'inscrivent dans un continuum, il n'en reste pas moins qu'elles présentent des différences en termes d'infrastructure et de personnel.

Les soins néonataux non intensifs doivent pouvoir être dispensés dans chaque maternité, et ce par des pédiatres ayant une expérience en néonatalogie ou par des néonatalogues.

Bien que "l'accouchement" soit la pathologie statistiquement la plus fréquente selon l'enregistrement RCM, il constitue néanmoins un programme spécifique (comme le montrent les évolutions à l'étranger, la nécessité d'une activité suffisante pour acquérir et entretenir l'expertise voulue etc). Ce n'est donc pas la vocation de chaque hôpital de base d'offrir ce programme.

Lors d'un accouchement, il y va, bien entendu, de la mère, mais également de l'enfant à naître, en train de naître ou qui vient de naître. Les soins maternels sont donc indissociables des soins néonataux au sens le plus large du terme (d'anténatals à postnatals).

Alors que, par le passé, la médecine se focalisait sur le diagnostic et le traitement (et la réadaptation fonctionnelle), elle sera à l'avenir de plus en plus appelée à faire de la prévention systématique et à anticiper les problèmes potentiels.

C'est particulièrement vrai en obstétrique.

Pour offrir un programme, il faut toujours un ensemble bien organisé, où tous les acteurs sont présents au moment opportun, où l'organisation et la structuration sont optimales et où la masse critique est suffisante pour garantir la qualité.

PROGRAMME "MÈRE-NOUVEAU-NÉ"

1. Sur le plan social.

Il est inutile d'élaborer des programmes axés sur le traitement de pathologies sans avoir au préalable mis au point des programmes de prévention appropriés. Dans cette optique, la société se doit d'offrir à la femme enceinte la protection requise, qui constitue la première étape de la prévention des problèmes de la mère et de l'enfant. A cet égard, des changements s'imposent dans la législation du travail, ainsi que dans la législation sociale et des assurances.

De nouvelles initiatives doivent donc être prises au plus vite. Ainsi, il convient:

d'informer le public en détail sur les mesures à prendre pour la prévention de naissances prématurées, en particulier sur l'intérêt d'une alimentation et d'un mode de vie sains, l'effet néfaste du tabagisme, de la drogue etc. La mortalité périnatale sensiblement plus élevée chez les immigrés et les plus démunis requiert une approche plus efficace de ce groupe sur le plan de l'accompagnement, de la formation et du soutien financier.

d'avancer l'âge de la grossesse.

d'adapter le montant des allocations familiales;

mettre à la disposition de la future mère des chèques-congé dès que la grossesse est confirmée, et ce sans que l'employeur ni la femme enceinte n'en soient pénalisés financièrement; la femme enceinte peut utiliser ces chèques-congé en fonction de ses besoins au cours de la grossesse.

etc

2. Sur le plan prénatal.

Dans tous les cas, une consultation efficacement structurée doit toujours être disponible dans les hôpitaux disposant d'une maternité. Cette consultation doit être pluridisciplinaire. En effet, celle-ci peut être nécessaire (par ex. pour les diabétiques insulino-dépendantes) dès le début de la grossesse et même avant la conception et requiert dès lors, outre la présence du gynécologue, la collaboration du pédiatre, de l'interniste, de l'accoucheuse, du kinésithérapeute et d'autres disciplines. Il convient de prévoir, outre une concertation ponctuelle, lorsque de nouvelles données pertinentes sur l'état de santé de la mère ou de l'enfant à naître apparaissent, une concertation périodique entre le gynécologue et le pédiatre-néonatalogue. Des incitants doivent être prévus au niveau de la nomenclature ou du financement des nouveaux programmes afin de pouvoir récompenser financièrement ce type de contacts.

C'est possible dès l'instant où ces contacts ont un caractère officiel et formalisé. Pour une région, il est souhaitable que tous les acteurs se connaissent et se consultent. Une rencontre formelle de ces acteurs deux fois par an est nécessaire afin de conclure certains accords et de développer certaines stratégies qui répondent aux besoins de la région mais également de dresser un bilan des résultats obtenus. Dans des cas déterminés, certains acteurs pourraient également avoir un rôle suprarégional.

Une consultation bien structurée doit permettre à la femme enceinte de bénéficier du suivi le plus approprié.

Il convient de détecter les facteurs de risque et d'en assurer un suivi minutieux le plus tôt possible durant la grossesse et lors de chaque consultation prénatale.

3. L'accouchement

Lors de chaque accouchement, un pédiatre ayant une expérience suffisante en néonatalogie ou un néonatalogue doit être appe- lable et pouvoir être présent dans le quartier d'accouchement dans les 15 minutes.

Lors de tout accouchement à risque, un pédiatre disposant d'une expérience suffisante en néonatalogie ou le néonatalogue doit être prévenu dès que le travail est en cours.

Durant la phase d'expulsion lors d'un accouchement à risque, le pédiatre disposant d'une expérience suffisante en néonato- logie ou le néonatalogue doivent être présents.

Le quartier d'accouchement et la section obstétricale doivent répondre à des normes élémentaires en matière d'organisation, d'effectifs de personnel, d'architecture et d'équipement. L'accent doit être mis sur un fonctionnement intégré. Il est nécessaire que le personnel spécialisé dispose d'une formation adéquate.

Les accouchements qui font l'objet d'un transfert dans une maternité destinée à l'observation intensive des grossesses à risque seront enregistrés de manière adéquate dans le centre qui les a adressés.

4. Après la naissance

Dans chaque section obstétricale, des soins néonataux non intensifs doivent pouvoir être dispensés, la surveillance d'un pédiatre (appelable) doit être assurée de même qu'une conti- nuité par du personnel qualifié.

Les nouveau-nés qui le nécessitent, sont transférés, après stabilisation, dans une unité néonatale intensive. Dans ce cas, il est préférable que le transfert se fasse in utero.

5. Recherche clinico-scientifique, peer review et assurance de la qualité

Dans la cadre des programmes mère-enfant, on collaborera aux projets d'étude clinico-scientifiques et on participera à la peer review.

A titre d'exemples, on peut citer les éléments suivants:

- suivi à long terme des enfants prématurés et des enfants ayant un faible poids à la naissance;
- promotion de la recherche clinico-scientifique, y compris les autopsies, et collaboration au traitement polycentrique des données.

Assurance de la qualité

Au lieu de prendre en compte le nombre de lits et d'autres paramètres liés à l'infrastructure, on suit le processus de soins (évaluation du dossier, peer review pour les médecins, contrôle sur place de l'organisation de la garde, structuration du staff et encadrement en ETP) ainsi que les résultats obtenus (pourcentage de transferts imprévus dans une unité de soins néonataux intensifs, temps s'écoulant entre le diagnostic des problèmes et la réaction à ceux-ci, pourcentage de césariennes, mortalité, morbidité, suivi du développement neurologique). A cet égard, il y a lieu d'enregistrer un certain nombre de paramètres.

Tout décès périnatal est évalué conjointement par le pédiatre et l'équipe obstétricale.

Le contrôle interne relève de la responsabilité du service et constitue une des tâches du médecin en chef. Toutes les données doivent être validées et certifiées conformes par le biais d'un audit interne.

Il convient de rédiger un rapport annuel garantissant la transparence des données.

Chaque hôpital doit participer à un programme externe d'assurance de la qualité.

Un audit externe doit être organisé à intervalles réguliers.

PROGRAMMES "MÈRE ET NOUVEAU-NÉ"

1° Le programme de base maternité comprend:

- une consultation prénatale pluridisciplinaire Mère-enfant, disponible dans chaque hôpital;
- une section obstétricale
- une fonction néonatale non intensive, telle que décrite ci-dessus.

des conventions avec un programme de soins néonataux intensifs et un programme de soins maternels intensifs

- 2 Le programme soins néonataux intensifs, qui se situe dans un hôpital général disposant d'un programme de base maternité, comprend:
- une fonction néonatale intensive, avec une consultation de neuro-pédiatrie;
 - des conventions avec un certain nombre de programmes de base maternité
- 3° Le programme soins maternels intensifs, qui se situe dans un hôpital général disposant d'un programme de base maternité et d'un programme soins néonataux intensifs, comprend:
- la fonction de soins maternels intensifs;
des conventions avec un certain nombre de programmes de base maternité.

ELABORATION DES PROGRAMMES

1° Le programme de base Maternité

Pathologie

Ce programme traite l'eutocie, une sélection de dystocies ainsi que les états aigus qui peuvent se présenter.

Le degré de lourdeur de la dystocie qui peut être prise en charge dépend de nombreux facteurs, par exemple: le nombre de médecins-obstétriciens présents (permanence), l'intérêt et l'expérience individuels, la présence d'autres spécialismes dans l'hôpital (néphrologie, cardiologie, endocrinologie, ...), la présence et le niveau des fonctions/programmes (soins intensifs) de soutien, ...

L'avis clinique du médecin-obstétricien traitant est le facteur décisif final. Le choix est évalué par le biais de contrôles de qualité.

Procédures

Celles-ci couvrent les périodes prénatale, périnatale et postnatale, plus précisément les observations cliniques et polycliniques, l'accouchement et la postcure de la mère et de l'enfant, et ce dans un cadre multidisciplinaire.

rédaction d'un dossier et suivi de l'accouchement;

- accouchement vaginal avec entre autres:
 - travail et accouchement
 - monitoring
 - l'aspect indolore
 - les interventions
- césarienne
- le nouveau-né avec entre autres :
 - réanimation avec intubation
 - couveuse
- la mère avec entre autres :
 - réanimation
 - traitement de la coagulation intravasculaire et autres complications

Logistique :

1. Dossier du patient: également pour les médecins qui ne sont pas liés à l'hôpital (par exemple, les médecins généralistes), avec un contenu minimum et une standardisation;
2. Consultations prénatales multidisciplinaires intra-hospitalières (voir l'introduction)
3. Disponibilité du manuel de procédures
4. quartier d'accouchement :
 - salle de travail et/ou salle d'accouchement
 - équipement technique : ventouse, forceps, respirateur, monitoring foetal, etc).
5. section admission pour l'observation et les soins postpartum.
6. bloc opératoire, assistance appellable et présente sur en place en 15 minutes;
7. unité néonatale (N*)
 - unité distincte (avec sas d'entrée), située à l'intérieur de la maternité ou contiguë à celle-ci
 - des incubateurs en nombre suffisant
 - un respirateur pour respiration artificielle de courte durée
 - moniteur cardio-respiratoire
 - pompe à perfusion
 - saturomètre et oxymètre
 - cloche à oxygène
 - table chauffante et mélangeur
 - disponibilité rapide des résultats des analyses sanguines nécessaires (microtechniques)
 - les radiographies et échographies doivent pouvoir être réalisées dans la section N*
 - infirmiers pédiatriques et/ou accoucheuses, ayant une expérience particulière en néonatalogie à condition que des nouveau-nés soient présents et nécessitent cette assistance (Cf Infra);
8. soins intensifs
9. staff médical:

les spécialistes suivants doivent pouvoir être présents à l'hôpital dans les 15 minutes et ce 24 heures sur 24.

 - les obstétriciens

- le pédiatre
- l'anesthésiste

11. Staff obstétrical:

- Dans chaque service d'observation et de post-partum, une accoucheuse doit assurer la continuité 24 H. sur 24.
- Une accoucheuse doit être présente dans le quartier d'accouchement chaque fois qu'une parturiente y est présente et pendant toute la durée de l'accouchement.
- pour la section de soins néonataux non intensifs, une accoucheuse avec expérience en néonatalogie ou une infirmière pédiatrique avec expérience en néonatalogie doivent, 24 H. sur 24, pouvoir donner priorité à l'observation et aux soins du nouveau-né; des infirmiers ayant une expérience en néonatalogie peuvent, à titre de mesure transitoire, continuer à travailler dans un service de soins néonataux non intensifs.
- les jours où aucun nouveau-né ne séjourne dans ce service, la permanence peut être remplacée par un système de garde par lequel une accoucheuse, pouvant faire valoir une expérience en néonatalogie et/ou une infirmière pédiatrique avec expérience en néonatalogie, sont appelables.
- pour l'ensemble des services de la maternité, la présence simultanée d'au moins deux accoucheuses est requise, même s'il on a opté en faveur d'un service de garde pour le quartier d'accouchement ou pour le service de soins néonataux non intensifs, les jours où aucun nouveau-né n'est présent.

12. Les équipements de laboratoire et de radiographie doivent être disponibles 24 H. sur 24.

13. La kinésithérapie

14. une convention écrite prévoyant:

- un programme de soins intensifs néonataux,
- un programme de soins intensifs maternels
- ainsi que, entre autres, les modalités de transfert, le transport, la prise en charge et les moments formels de concertation, etc.

2° Le Programme de soins intensifs néonataux

Pathologie

Dans ce programme, seuls les problèmes néonataux graves peuvent être pris en charge: à savoir les DRG concernant les enfants dont le poids à la naissance:

- est inférieur à 1,5 kg

ou

- est supérieur à 1,5 kg mais qui présentent des complications majeures.

Procédures

- réanimation cardio-respiratoire
- respiration artificielle continue
- alimentation parentérale continue
- interventions chirurgicales mineures sur place

Logistique

- programme de base maternité
 unité distincte de la fonction de soins néonataux non-intensifs (N*), comprenant au minimum 15 lits
 accès via un sas
 possibilités d'isolement
 biberonnerie
 ambulance avec incubateur de transport et équipe de transport (néonatalogue et infirmier pédiatrique avec une expérience en néonatalogie et/ou une sage-femme disposant d'une expérience en néonatalogie).

staff médical:

- un pédiatre-néonatalogue est présent dans le service 24 H. sur 24.
- un pédiatre-néonatalogue par 5 lits
- un médecin spécialiste en chirurgie générale et thoracique et pouvant être sur place dans les 15 minutes
- un anesthésiste callable et pouvant être sur place dans les 15 minutes
- consultation neuropédiatrique

équipe infirmière:

- par lit, 2,5 infirmiers pédiatriques ou accoucheuses, disposant d'une expérience en néonatalogie.
- salle d'opération appropriée dans le service
- laboratoire et RX disponibles en permanence
- service pédiatrie avec consultation intra-muros
- des conventions comprenant les programmes de base Maternité et le programme de soins maternels intensifs.

3° Le Programme de soins maternels intensifs

Pathologie

Ce programme ne prend en charge que la dystocie

Procédures

- gamme étendue de traitements et d'interventions obstétriques
- soins intensifs néonataux

Logistique

- il n'est pas nécessaire de créer une unité distincte, les patients concernés doivent néanmoins être concentrés dans une section de la maternité.
- personnel médical :
 - permanence intra-muros d'un gynécologue 24 H. sur 24.
 - pédiatrie: Cf programme de soins néonataux intensifs
 - anesthésie : permanence intra-muros 24 H. sur 24
 - salle d'opération appropriée
- staff obstétrique : permanence 24 H. sur 24 d'une accoucheuse supplémentaire;
- sur le plan technique : monitoring prénatal
- laboratoire et RX disponibles en permanence
- disponibilité d'une série de spécialités :
 - cardiologie
 - ophtalmologie
 - néphrologie
 - neurologie
 - anatomopathologie
 - endocrinologie
- hôpital :
 - soins intensifs
 - service des urgences
 - service social
- conventions comprenant les programmes de base maternité;
- réglementation pour un transport intra-utérin sûr (équipe de transport comprenant une accoucheuse et un gynécologue si nécessaire).
- salle d'opération appropriée dans la section

Critères d'activité:

Afin d'acquiescer et de garder le niveau de compétence nécessaire, les critères d'activité suivants doivent être retenus:

1° Programme de base Maternité:

- la norme des 400 accouchements (A.R. 30.01.89) doit être strictement respectée.
- A titre de mesure transitoire et à défaut de données significatives, on plaide pour une collaboration entre maternités par le biais d'associations et de groupements.

2° Le programme de soins intensifs néonataux:

Une association avec d'autres maternités permettant le regroupement d'au moins 2.500 accouchements est nécessaire

3° Le programme de soins intensifs maternels:

- Une association avec d'autres maternités permettant le regroupement d'au moins 5000 accouchements est nécessaire.

MESURES TRANSITOIRES:

Ce schéma ne peut être exécuté que progressivement au fil des ans; à cet égard, on visera une utilisation et une intégration maximales des compétences médicales, infirmières, obstétricales et paramédicales.

L'association de services peut constituer une étape intermédiaire permettant de passer progressivement à une fusion.