

Simplification des normes -Maternité-

Réglementation en vigueur	Proposition	Commentaires
<p>→ Article D6124-44 CSP :</p> <p>Le personnel intervenant dans le secteur de naissance ne peut être inférieur, à tout instant, aux effectifs suivants :</p> <p>1° En ce qui concerne les sages-femmes :</p> <p>a) Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1 000 naissances par an, une sage-femme est présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance ;</p> <p>b) Au-delà de 1 000 naissances par an, l'effectif global des sages-femmes du secteur de naissance est majoré d'un poste temps plein de sage-femme pour 200 naissances supplémentaires.</p> <p>Les sages-femmes affectées au secteur de naissance ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité. Toutefois, si l'unité d'obstétrique réalise moins de 500 naissances par an, la sage-femme peut également, en l'absence de parturiente dans le secteur de</p>	<p>→ Article D6124-44 CSP nouveau :</p> <p>« Le personnel intervenant dans le secteur de naissance ne peut être inférieur, à tout instant, aux effectifs suivants :</p> <p>1° En ce qui concerne les sages-femmes :</p> <p>a) Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1 000 naissances par an, une sage-femme est présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance ;</p> <p>b) Au-delà de 1 000 naissances par an, l'effectif global des sages-femmes du secteur de naissance est majoré d'un poste temps plein de sage-femme pour 200 naissances supplémentaires constatées pendant au moins trois années consécutives.</p> <p><i>Les sages-femmes affectées au secteur de naissance peuvent, en fonction de l'activité, avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité. Elles peuvent notamment assurer les soins aux mères et</i></p>	<p>Il semblerait nécessaire de mettre un terme à cette pratique qui consiste à déterminer le nombre de postes de sages-femmes titulaires dans un établissement en fonction de seuils fixés en amont par décret.</p> <p>En effet, ces dispositions ne semblent pas adapter à de nombreuses situations. C'est notamment le cas lorsque le seuil des 200 naissances est dépassé de peu et que l'établissement se voit dans l'obligation d'ouvrir un nouveau poste de sage-femme titulaire. C'est pourquoi un ETP supplémentaire ne devrait pas être requis si un dépassement du seuil des 200 naissances n'a été constaté que sur une année, le nombre de naissances pouvant, l'année d'après, repasser en dessous du seuil.</p> <p>De plus, la restriction imposée aux sages-femmes affectées au secteur de naissance, qui ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur, devrait être tempérée en fonction de l'activité du service dans lequel elles sont affectées. En effet, imposée à une sage-femme de rester dans un service qui, dû à une faible activité, ne nécessite pas sa présence peut s'avérer pénalisant pour des services qui eux auraient besoin de plus de personnel.</p>

naissance, assurer les soins aux mères et aux nouveau-nés en secteur de soins et d'hébergement ;

c) Au-delà de 2 500 naissances par an, une sage-femme supplémentaire, ayant une fonction de surveillante du secteur, coordonne les soins le jour ;

2° En ce qui concerne les médecins :

Quel que soit le nombre de naissances constatées dans un établissement de santé, celui-ci organise la continuité obstétricale et chirurgicale des soins tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'unité d'obstétrique. Cette continuité est assurée :

- soit par un gynécologue-obstétricien ayant la qualification chirurgicale ;

- soit, lorsque l'établissement ne peut disposer que d'un praticien ayant seulement une compétence obstétricale, à la fois par cet obstétricien et par un praticien de chirurgie générale ou viscérale de l'établissement.

a) Pour les unités réalisant moins de 1 500 naissances par an, la présence des médecins spécialistes est assurée par :

- un gynécologue-obstétricien, sur place ou en astreinte opérationnelle exclusive, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour

nouveau-nés en secteur de soins et d'hébergement.

c) Au-delà de 2 500 naissances par an, une sage-femme supplémentaire, ayant une fonction de surveillante du secteur, coordonne les soins le jour ;

2° En ce qui concerne les médecins :

Quel que soit le nombre de naissances constatées dans un établissement de santé, celui-ci organise la continuité obstétricale et chirurgicale des soins tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'unité d'obstétrique. Cette continuité est assurée :

- soit par un gynécologue-obstétricien ayant la qualification chirurgicale ;

- soit, lorsque l'établissement ne peut disposer que d'un praticien ayant seulement une compétence obstétricale, à la fois par cet obstétricien et par un praticien de chirurgie générale ou viscérale de l'établissement.

a) Pour les unités réalisant moins de 1 500 naissances par an, la présence des médecins spécialistes est assurée par :

- un gynécologue-obstétricien, sur place ou en astreinte opérationnelle exclusive, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, pour

Enfin, concernant la présence de l'anesthésiste-réanimateur tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'unité d'obstétrique au-delà de 2000 naissances par an, cette obligation apparaît excessive. D'une part, il n'est pas rare que les chambres de garde ne se trouvent pas dans l'unité d'obstétrique. De plus, la présence du praticien dans l'établissement de santé, et non dans l'unité, n'est pas un obstacle à une intervention rapide et efficace de sa part en cas de nécessité. C'est pourquoi nous préconisons la suppression de cette contrainte pour ne garder que l'obligation, pour l'anesthésiste-réanimateur, d'être présent dans l'établissement de santé, sur le même site, en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité.

<p>l'unité ou les unités d'obstétrique du même site.</p> <p>Le gynécologue-obstétricien intervient, sur appel, en cas de situation à risque pour la mère ou l'enfant dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - un anesthésiste-réanimateur, sur place ou d'astreinte opérationnelle permanente et exclusive pour le site dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité ; - un pédiatre présent dans l'établissement de santé ou disponible tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité. <p>b) Pour les unités réalisant plus de 1 500 naissances par an, la présence médicale est assurée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un gynécologue-obstétricien présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'unité d'obstétrique ; - un anesthésiste-réanimateur présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'établissement de santé, sur le même site, en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ; si l'unité réalise plus de 2 000 naissances par an, l'anesthésiste-réanimateur est présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, 	<p>l'unité ou les unités d'obstétrique du même site.</p> <p>Le gynécologue-obstétricien intervient, sur appel, en cas de situation à risque pour la mère ou l'enfant dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - un anesthésiste-réanimateur, sur place ou d'astreinte opérationnelle permanente et exclusive pour le site dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité ; - un pédiatre présent dans l'établissement de santé ou disponible tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité. <p>b) Pour les unités réalisant plus de 1 500 naissances par an, la présence médicale est assurée par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un gynécologue-obstétricien présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'unité d'obstétrique ; - <i>un anesthésiste-réanimateur présent tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans l'établissement de santé, en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ;</i> - un pédiatre, présent sur le site de l'établissement de santé ou en astreinte opérationnelle, pouvant 	
--	--	--

<p>dans l'unité d'obstétrique ;</p> <p>- un pédiatre, présent sur le site de l'établissement de santé ou en astreinte opérationnelle, pouvant intervenir en urgence, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité.</p> <p>3° En ce qui concerne les autres catégories de personnel, dans toute unité, le personnel paramédical est affecté au secteur de naissance et ne peut jamais être inférieur à une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture, présente en permanence. Si l'unité réalise moins de 500 naissances par an, les conditions de présence du personnel paramédical dans le secteur de naissance sont les mêmes que pour la sage-femme</p>	<p>intervenir en urgence, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité.</p> <p>3° En ce qui concerne les autres catégories de personnel, dans toute unité, le personnel paramédical est affecté au secteur de naissance et ne peut jamais être inférieur à une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture, présente en permanence. Si l'unité réalise moins de 500 naissances par an, les conditions de présence du personnel paramédical dans le secteur de naissance sont les mêmes que pour la sage-femme</p>	
---	--	--

Réglementation en vigueur	Proposition	Commentaires
<p>→ Article D6124-45 CSP :</p> <p>Le secteur d'hospitalisation de la mère et de l'enfant permet d'assurer les soins précédant et suivant l'accouchement pour la mère ainsi que les soins aux nouveau-nés bien portants. Les chambres du secteur d'hospitalisation après l'accouchement comprennent au maximum deux lits de mères avec les berceaux de leurs enfants. En cas de nécessité, chaque patiente peut bénéficier d'une chambre individuelle.</p> <p>En cas de création d'un secteur d'hospitalisation, de reconstruction ou de réaménagement d'un secteur existant, celui-ci comprend au minimum 80 % de chambres individuelles, et la surface utile de chaque chambre, qui comporte un bloc sanitaire particulier, n'est jamais inférieure à 17 mètres carrés pour une chambre individuelle et à 23 mètres carrés pour une chambre à deux lits.</p> <p>En outre, il existe un local par étage où les enfants bien portants peuvent être regroupés. Ce local peut recevoir au minimum la moitié des nouveau-nés présents, pendant la nuit, et est aménagé de manière à permettre leur surveillance. Les soins de puériculture sont réalisés soit dans un local commun, soit dans un espace spécialement aménagé de la chambre de la mère.</p>	<p>→ Article D6124-45 CSP nouveau :</p> <p>Le secteur d'hospitalisation de la mère et de l'enfant permet d'assurer les soins précédant et suivant l'accouchement pour la mère ainsi que les soins aux nouveau-nés bien portants. Les chambres du secteur d'hospitalisation après l'accouchement comprennent au maximum deux lits de mères avec les berceaux de leurs enfants. En cas de nécessité, chaque patiente peut bénéficier d'une chambre individuelle.</p> <p><i>En cas de création d'un secteur d'hospitalisation, de reconstruction ou de réaménagement d'un secteur existant, la surface utile de chaque chambre, qui comporte un bloc sanitaire particulier, n'est jamais inférieure à 17 mètres carrés pour une chambre individuelle et à 23 mètres carrés pour une chambre à deux lits.</i></p> <p><i>En outre, il existe un local par étage où les enfants bien portants peuvent être regroupés. Les soins de puériculture sont réalisés soit dans un local commun, soit dans un espace spécialement aménagé de la chambre de la mère.</i></p>	<p>Les obligations posées par le décret n° 98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale et modifiant le code de la santé publique apparaissent très contraignantes pour les établissements de santé. C'est en particulier le cas de l'obligation pour ces derniers de comprendre au minimum 80% de chambres individuelles. La demande de chambre simple de la part des parturientes varie d'un établissement à un autre. Bien que les 80% apparaissent justifiés pour certains établissements, ils sont bien supérieurs aux demandes réellement reçues par d'autres établissements. Dès lors, il conviendrait de laisser chaque établissement libre de déterminer le nombre de chambres individuelles dont il doit disposer en fonction des demandes qu'il reçoit.</p>

Réglementation en vigueur	Proposition	Commentaires
<p>→ Article D6124-101 CSP :</p> <p>Les patients admis dans une salle de surveillance post-interventionnelle sont pris en charge par un ou plusieurs agents paramédicaux, ou sages-femmes pour les interventions prévues au 1° de l'article D. 6124-98, affectés exclusivement à cette salle pendant sa durée d'utilisation et dont le nombre est fonction du nombre de patients présents.</p> <p>Pendant sa durée d'utilisation, toute salle de surveillance post-interventionnelle comporte en permanence au moins un infirmier ou une infirmière formé à ce type de surveillance, si possible infirmier ou infirmière anesthésiste.</p> <p>Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale comporte au moins deux agents présents dont l'un est obligatoirement un infirmier ou une infirmière formé à ce type de surveillance, si possible, infirmier ou infirmière anesthésiste.</p> <p>Le personnel paramédical est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui intervient sans délai. Ce médecin :</p> <p>1° Décide du transfert du patient dans le secteur d'hospitalisation et des modalités dudit transfert ;</p>	<p>→ Article D6124-101 nouveau :</p> <p>Les patients admis dans une salle de surveillance post-interventionnelle sont pris en charge par un ou plusieurs agents paramédicaux, ou sages-femmes pour les interventions prévues au 1° de l'article D. 6124-98, affectés exclusivement à cette salle pendant sa durée d'utilisation et dont le nombre est fonction du nombre de patients présents.</p> <p>Pendant sa durée d'utilisation, toute salle de surveillance post-interventionnelle comporte en permanence au moins un infirmier ou une infirmière formé à ce type de surveillance, si possible infirmier ou infirmière anesthésiste ou <i>une sage-femme dans le cadre d'une surveillance post-interventionnelle en matière obstétricale.</i></p> <p>Lorsque la salle dispose d'une capacité égale ou supérieure à six postes occupés, l'équipe paramédicale comporte au moins deux agents présents dont l'un est obligatoirement un infirmier ou une infirmière formé à ce type de surveillance, si possible, infirmier ou infirmière anesthésiste.</p> <p>Le personnel paramédical est placé sous la responsabilité médicale d'un médecin anesthésiste-réanimateur qui intervient sans délai. Ce médecin :</p> <p>1° Décide du transfert du patient dans le secteur</p>	<p>Lorsque les patientes présentes en salle de surveillance post-interventionnelle viennent de subir une césarienne, l'anesthésie n'étant pas une anesthésie générale mais une anesthésie rachidienne, le contrôle doit d'avantage se porter sur de possibles saignements, plutôt que sur la reprise de la respiration. Dès lors, une sage-femme est plus compétente pour assurer leur surveillance. La possibilité de remplacer l'IED par une Sage-femme devrait donc être laissée aux établissements de santé gérant un bloc obstétrical.</p>

<p>2° Autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement dans le cas d'une intervention effectuée dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire.</p>	<p>d'hospitalisation et des modalités dudit transfert ;</p> <p>2° Autorise, en accord avec le médecin ayant pratiqué l'intervention, la sortie du patient de l'établissement dans le cas d'une intervention effectuée dans une structure de soins alternative à l'hospitalisation pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire.</p>	
--	--	--