**Demande de renouvellement d’autorisation**

**de pratiquer l’activité de soins de Gynécologie-Obstétrique**

**Néonatalogie**

**Réanimation néonatale**

**Contenu**

[**I.** **PRESENTATION DE L’ETABLISSEMENT** 4](#_Toc442453634)

1[. Coordonnées de l’établissement 4](#_Toc442453636)

2[. Statut juridique de l’établissement 5](#_Toc442453636)

3[. Présentation générale de l’établissement 5](#_Toc442453636)

[**II.** **CADRE REGLEMENTAIRE** 6](#_Toc442453634)

1[. Préambule 6](#_Toc442453636)

2[. Cadre réglementaire relatif à l’évaluation 6](#_Toc442453636)

3[. Cadre réglementaire relatif à l’activité de soins 7](#_Toc442453636)

4[. Cadre réglementaire relatif à l’activité de dépistage 7](#_Toc442453636)

5[. Cadre réglementaire relatif aux interruptions volontaires de grossesse 7](#_Toc442453636)

6[. Cadre réglementaire relatif aux dispositifs médicaux 7](#_Toc442453636)

7[. Cadre réglementaire relatif aux réseaux 7](#_Toc442453636)

8[. Cadre réglementaire relatif aux unités physiologiques 7](#_Toc442453636)

9[. Cadre réglementaire relatif aux maisons de naissance 7](#_Toc442453636)

[**III.** **DOSSIER TECHNIQUE** 8](#_Toc442453635)

[1. Présentation générale de l’établissement 8](#_Toc442453636)

[1.1. Activités autorisées 8](#_Toc442453637)

[1.2. Certification HAS 9](#_Toc442453638)

1.3. Participation à un réseau de périnatalité 9

1.4. Labellisation 9

1.5. Centre de Planification et d'éducation familiale 9

2[. Organisation des sites et unités de soins](#_Toc442453636) 9

2.1. Organisation de l'unité d'obstétrique (adresse site 1) 10

2.2. Organisation de l'unité de néonatologie (adresse site 1) 14

2.3. Organisation de l'unité de réanimation néonatale (adresse site 1) 15

2.4. Organisation de l'activité d'interruption volontaire de grossesse (adresse site 1) 16

[**IV.** **ACTIVITE** 17](#_Toc442453635)

[1. Données d’activité (adresse site 1) 17](#_Toc442453641)

2. Plateau technique (adresse site 1) 21

3. Qualité sécurité (adresse site 1) 22

[**V.** **ORIENTATION ET SUIVI DE GROSSESSE** 23](#_Toc442453635)

[**VI.** **RESSOURCES HUMAINES** 24](#_Toc442453635)

[1. Gynécologue-Ostétricien (adresse site 1) 24](#_Toc442453641)

2. Anesthésiste-Réanimateur (adresse site 1) 24

[3. Pédiatre (adresse site 1) 25](#_Toc442453641)

4. Sages-femmes (adresse site 1) 26

5. Infirmièr(e)s et Puéricultrices (adresse site 1) 27

6. Radiologues et Echographistes (adresse site 1) 27

7. Personnel Bi-Site (adresses des sites 1 et 2) 28

[**VII.** **RESPECT DES ENGAGEMENTS** 28](#_Toc442453635)

1. Etat de réalisation des objectifs et engagements 28

1.1. Réalisation de l'évaluation et des engagements 28

1.2. Etat de réalisation des objectifs du CPOM relatifs à la période d'évaluation 28

1.3. Etat de réalisation des conditions particulières de l'autorisation 28

2. Evolutions envisagées 28

3. Actualisation de la partie relative à l'évaluation et renouvellement des engagements 29

3.1. Engagements relatifs à l'évaluation de l'activité 29

3.2. Engagements relatifs au CPOM 29

3.3. Engagements du demandeur prévus à l'article R 6122-32-1 30

[**VIII.** **PIECES A JOINDRE AU DOSSIER** 31](#_Toc442453635)

1. **PARTIE I – PRESENTATION DE L’ETABLISSEMENT**
2. **Coordonnées de l’établissement**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’entité juridique** |  |
|  |  |
| **NOM Prénom et qualité du représentant légal** |       |
|  |  |
| **Adresse de l’entité juridique** |       |
|  |  |
| **Code postal de l’entité juridique** |       |
|  |  |
| **Commune de l’entité juridique** |       |
|  |  |
| **N° FINESS de l’entité juridique** |       |
|  |  |
| **N° SIRET** |       |
|  |  |
| **NOM Prénom et qualité de la personne référente du dossier** |       |
|  |  |
| **E-MAIL** |  |
|  |  |
| **TEL** |  |

1. **Statut juridique de l’établissement**
* établissement public de santé
* établissement privé de santé à but lucratif
* établissement privé ESPIC
* autre établissement privé à but non lucratif
1. **Présentation générale de l’établissement**

Nombre de sites concernés par l’autorisation

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’entité géographique 1** |       |
|  |  |
| **Adresse de l’entité géographique 1** |       |
|  |  |
| **Coordonnées téléphoniques ou courriel 1** |       |
|  |  |
| **N° FINESS géographique 1** |       |
|  |  |
| **Nom de l’entité géographique 2** |       |
|  |  |
| **Adresse de l’entité géographique 2** |       |
|  |  |
| **Coordonnées téléphoniques ou courriel 2** |       |
|  |  |
| **N° FINESS géographique 2** |       |
|  |  |

1. **PARTIE II – CADRE REGLEMENTAIRE**
2. **Préambule**

Ce dossier d’évaluation concerne les activités visées par le décret n° 98-899 du 9 octobre 1998,
à savoir l’activité de gynéco-obstétrique, néonatologie et réanimation néonatale.

Il porte également sur la pratique des interruptions volontaires de grossesse dans les établissements de santé.

Il ne concerne ni les activités d’Aide Médicale à la Procréation, ni celles de Diagnostic PréNatal.

1. **Cadre réglementaire relatif à l’évaluation**
* Article R. 6122-23 du Code de la Santé Publique

L’évaluation porte sur une période qui ne peut être inférieure à 7 ans. Toutefois, lorsqu’il s’agit du premier renouvellement d’autorisation, l’évaluation porte sur une période qui ne peut être inférieure
à quarante mois.

* Article R. 6122-32-2 du CSP :

Pour l'examen des résultats de l'évaluation prévue au deuxième alinéa de l'article L. 6122-10,
le titulaire de l'autorisation adresse à l'agence régionale de santé, par pli recommandé avec demande d'avis de réception, un document comprenant :

* l'état de réalisation des objectifs mentionnés au a du 4° de l'article R. 6122-32-1
* l'état de réalisation des objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, conclu entre le titulaire et l'agence régionale de santé en application des articles L. 6114-2 à L. 6114-4,
et celui des objectifs quantifiés fixés dans ce contrat en application du quatrième alinéa de l'article L. 6114-2 afférents à l'activité de soins ou à l'équipement matériel lourd
* l'état de réalisation des conditions particulières dont peut être assortie l'autorisation en vertu de l'article L. 6122-7
* l'état de réalisation des différents engagements prévus au e du 1° de l'article R. 6122-32-1,
à savoir :
1. la réalisation et le maintien des conditions d’implantation et des conditions techniques de fonctionnement de l’activité de soins ou de l’EML
2. le maintien des autres caractéristiques du projet après l’autorisation ou le renouvellement de celle-ci,
3. le montant des dépenses à la charge de l’assurance maladie ou le volume d’activité
* les résultats du recueil et du traitement des indicateurs mentionnés au c du 4° du même article
* les résultats de la participation des personnels à la procédure d'évaluation mentionnée au d du 4° de cet article
* les résultats de l'évaluation de la satisfaction des patients prévue au e du 4° du même article.

Ces données couvrent toute la durée de la période prévue au dernier alinéa de l'article R. 6122-23.

Le titulaire de l'autorisation renouvelle en outre dans ce document ses engagements prévus à l'article L. 6122-5 et présente les modifications qu'il envisage, pour la période de validité de l'autorisation renouvelée, sur les points suivants :

1. Les objectifs mentionnés au d du 1° de l'article R. 6122-32-1
2. Les conventions de coopération ou l'appartenance aux réseaux de santé mentionnés
au f du 1° du même article
3. L'état des personnels mentionnés au 2° de cet article
4. L'organisation des installations, des services ou des équipements matériels lourds mentionnés au b du 3° du même article ; en ce cas, un descriptif succinct de la modification projetée est joint au document

A défaut de présentation de ces modifications, le renouvellement est considéré comme étant sollicité à l'identique.

Le document est complété par l'actualisation de la partie relative à l'évaluation prévue au 4° du même article, pour la période de validité de l'autorisation renouvelée.

Les éléments mentionnés au a et au b ci-dessus ainsi que l'actualisation mentionnée à l'alinéa précédent tiennent compte :

* des dispositions du schéma d'organisation des soins, applicables à l'activité de soins ou à l'équipement matériel lourd en cause
* des résultats de l'évaluation correspondant à la période d'autorisation précédente et, le cas échéant, des mesures prises ou que le titulaire s'engage à prendre pour corriger les éventuels écarts constatés.
1. **Cadre réglementaire relatif à l’activité de soins**
* Articles L.6321-1 à L.6321-4 du Code de la santé publique
* Articles R. 6123-39 à R. 6123-53 du Code de la santé publique
* Articles D. 6124-35 à D. 6124-63 du Code de la santé publique
1. **Cadre réglementaire relatif à l’activité de dépistage**
* Article R.1131-21 du code de la santé publique fixant la liste des maladies devant faire l’objet d’un dépistage néonatal
* Arrêté du 3 novembre 2014 relatif au cahier des charges national du programme de dépistage de la surdité permanente néonatale et sa déclinaison régionale (Cahier des charges régional relatif au programme de dépistage de la surdité permanente néonatale)
1. **Cadre réglementaire relatif aux interruptions volontaires de grossesse**
* Articles R. 2212-4 à R. 2212-19 du Code de la santé publique
* Circulaire N° DGOS/R3/DGS/MC1/2015/245 du 23 juillet 2015 relative à la prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (IVG) pendant la période d’été et au soutien aux plateformes téléphoniques régionales d’information relatives à l’IVG et à la contraception
1. **Cadre réglementaire relatif aux dispositifs médicaux**
* Arrêté du 25 avril 2000 relatif aux locaux de pré-travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatologie et en réanimation néonatale prévus à la sous-section IV « Conditions techniques de fonctionnement relatives à l'obstétrique, à la néonatologie et à la réanimation néonatale » du code de la santé publique (livre VII, titre Ier, chapitre II, section III, troisième partie : Décrets)
1. **Cadre réglementaire relatif aux réseaux**
* Instruction N°DGOS/PF3/R3/DGS/MC1/2015/227 du 3 juillet 2015 relative à l’actualisation et à l’harmonisation des missions des réseaux de santé en périnatalité dans un cadre régional.
1. **Cadre réglementaire relatif aux unités physiologiques**
* Circulaire DGOS/RH4 no 2014-92 du 10 avril 2014 relative à la mise en œuvre des mesures prises en faveur de la reconnaissance des sages-femmes hospitalières et à l’application de certaines dispositions du décret no 2013-841 du 20 septembre 2013 modifiant les dispositions relatives à la commission médicale d’établissement et aux transformations des établissements publics de santé et à la politique du médicament dans les établissements de santé
1. **Cadre réglementaire relatif aux maisons de naissance**
* Loi n°2013-1118 du 06 décembre 2013 autorisant l’expérimentation des maisons de naissance
* Décret n°2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance
1. **PARTIE III - DOSSIER TECHNIQUE**
2. **Présentation générale de l’établissement**
	1. **Activités autorisées**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Date de l’autorisation** | **Date de la dernière visite de conformité** |
| **Maternité type I**Gynécologie-Obstétrique en hospitalisation complète sans lit de néonatalogie |  |  |
| **Maternité type II A**avec lits de néonatalogie sans soins intensifs |  |  |
| **Maternité type II B**avec néonatalogie et lits de soins intensifs néonataux |  |  |
| **Maternité type III**avec néonatalogie, soins intensifs néonataux et réanimation néonatale |  |  |
| Gynécologie-Obstétrique en hospitalisation de jour |  |  |

• Si réserves lors de la VDC, préciser les corrections apportées depuis la visite

• Indiquer tout changement intervenu depuis la dernière visite de conformité dans la mise en œuvre de l’autorisation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autorisations de l’établissement** | **Oui** | **Non** |
| Autorisation d’AMP[[1]](#footnote-1) - clinique |  |  |
| Autorisation d’AMP - biologique |  |  |
| Autorisation de DPN[[2]](#footnote-2) - biologique |  |  |
| Autorisation de génétique - biologique |  |  |
| Etablissement siège d’un CPDPN[[3]](#footnote-3) |  |  |
| Autorisation de Lactarium |  |  |
| Espace physiologique[[4]](#footnote-4) d’accouchement |  |  |
| Autorisation de chirurgie – hospitalisation complète |  |  |
| Autorisation de chirurgie – ambulatoire |  |  |
| Autorisation de réanimation – adulte |  |  |
| Autorisation de réanimation – pédiatrique |  |  |
| Autorisation de SAMU |  |  |
| Autorisation de SMUR |  |  |
| Autorisation de structure d’urgence - adulte |  |  |
| Autorisation de structure d’urgence - pédiatrique |  |  |
| Autorisation de cancérologie - chirurgie |  |  |
| Autorisation de cancérologie - chimiothérapie |  |  |
| Autorisation de médecine – hospitalisation complète |  |  |
| Autorisation de médecine – hospitalisation de jour |  |  |
| Labellisation d’unité de surveillance continue - adulte |  |  |
| Labellisation d’unité de surveillance continue - pédiatrique |  |  |
| Autorisation d’Hospitalisation à Domicile |  |  |
| Autorisation de Soins de Suite et de Réadaptation |  |  |
| Autorisation de psychiatrie - adulte |  |  |
| Autorisation de psychiatrie - pédopsychiatrie |  |  |
| Autorisation d’équipement Matériel Lourd (scanner / IRM) |  |  |

* 1. **Certification HAS**

Date de la dernière visite : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Conclusions du rapport de certification :

* 1. **Participation à un réseau de périnatalité**

Identification du réseau de périnatalité auquel participe (adhère) l’établissement (différencier si plusieurs réseaux concernent différents sites) :

* 1. **Labellisation**

Votre établissement est-il labellisé « Amis des Bébés »[[5]](#footnote-5) ?

Date d’obtention du label : \_\_/\_\_/\_\_\_\_

* 1. **Centre de Planification et d’éducation familiale**

L’établissement possède-t-il un CPEF au sein de ses locaux ?

Si oui, décrire le partenariat avec le Conseil Départemental (convention, financement, mise à disposition de personnel…)

1. **Organisation des sites et unités de soins**

Cette partie doit permettre de visualiser l’organisation des locaux.

En cas d’organisation multi-site (deux maternités pour une même entité juridique, remplir un chapitre par site)

Décrire la répartition des unités fonctionnelles et leur capacité (accueil, hospitalisation en cours de grossesse, salle post-interventionnelle, hospitalisation en suite de couches, chirurgie gynécologique, salles de naissance, salle de césarienne, hospitalisation pour IVG, etc.)

• Préciser la répartition des lits et places pour chaque unité (nombre de lits/postes/box, etc.)

• Joindre un plan en annexe permettant de localiser la répartition des unités de soins

• Préciser les travaux de mise en conformité effectués ces 5 dernières années

* 1. **Organisation de l’unité d’obstétrique (adresse site 1)**

Articles D. 6124-35 à D.6124-43 du Code de la santé publique

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L’organisation mise en place dans l’établissement (Année N-1) permet : | Oui | Non | Observation |
| L’inscription de chaque femme dès le premier trimestre de la grossesse |  |  |  |
| L’unité d’obstétrique tient à jour un planning des inscriptions |  |  |  |
| De prendre en charge l’ensemble des femmes qui souhaitent accoucher dans l’établissement (« liste d’attente ») |  |  |  |
| De prendre en charge l’ensemble des femmes qui sont adressées en raison d’une pathologie (maternités de niveau II ou III) |  |  |  |
| D’assurer les entretiens prénataux précoces (45 mn), entretien individuel ou en couple, avec une sage-femme ou un médecin, dans la structure d'accueil de l'accouchement ou en dehors, au mieux pendant le quatrième mois de grossesse |  |  |  |
| D’assurer au début du dernier trimestre de la grossesse une consultation par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme de l’unité qui effectuera l’accouchement |  |  |  |
| De faire réaliser la consultation pré-anesthésique prévue à l’article D. 6124-92 par un anesthésiste-réanimateur de l’établissement |  |  |  |
| De faire bénéficier les consultantes, y compris en urgence, d’examens d’imagerie par ultrasons |  |  |  |
| L’organisation de sorties précoces (PRADO) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L’unité d’obstétrique comprend : | Oui | Non |  |
| Des locaux réservés à l’accueil des patientes tous les jours de l’année, 24h/24 |  |  |  |
| Des locaux réservés aux consultations |  |  |  |
| Un secteur de naissance |  |  |  |
| Un secteur d’hospitalisation pour l’hébergement et les soins avant et après l’accouchement |  |  |  |
| Un secteur affecté à l’alimentation des nouveau-nés |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Secteur de naissance | Nombre | Par salle, nombre de lits et superficie (ex : salle A, … lit, … m2) |
| Salles de pré-travail  |  |  |
| Salles de naissance  |  |  |
| Dont salles équipées de baignoire de dilatation  |  |  |
| Dont salle(s) physiologique(s) |  |  |
| Nombre de salles de soins du nouveau-né distinctes de la salle d’intervention |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Secteur de naissance | Oui | Non | Observation |
| Tous les locaux composant le secteur de naissance sont implantés de manière contiguë et au même niveau |  |  |  |
| Dispose d’une alimentation électrique de suppléance en cas de défaillance du réseau électrique |  |  |  |
| L’agencement des salles de pré-travail et travail permet la présence d’un accompagnant |  |  |  |
| Chaque salle de pré-travail est dotée de moyens permettant de préparer l’accouchement et de surveiller le début du travail (fluides médicaux [O2 – air médical], aspiration par le vide, dispositifs médicaux pour l’oxygénothérapie, pour la surveillance de la pression artérielle, cardiotocographe, système d’appel du personnel du bloc obstétrical) |  |  |  |
| Les salles de pré-travail sont dotées du même équipement qu’une chambre d’hospitalisation |  |  |  |
| Les salles de pré-travail sont dotées de l’équipement nécessaire permettant d’être utilisée en cas d’urgence comme salle de naissance |  |  |  |
| Accès même en urgence à la mesure du taux d’hémoglobine ou d’hématocrite |  |  |  |
| L’échographe : si <1500 acc/an, est à proximité,si ≥1500 acc/an, est dans le secteur de la naissance |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Equipement de chaque salle de naissance (travail) | Oui | Non | Observation |
| Matériels et dispositifs immédiatement disponibles et à usage exclusif de la salle de travail |  |  |  |
| Fluides médicaux (O2 – air médical – protoxyde d’azote) |  |  |  |
| Aspiration par le vide |  |  |  |
| Table d’accouchement à position variable |  |  |  |
| Système d’appel du personnel du bloc obstétrical |  |  |  |
| Surveillance automatisée de la Pression Artérielle |  |  |  |
| Perfusion automatisée |  |  |  |
| Mesure, surveillance et enregistrement des contractions utérines et de l’activité cardiaque fœtale |  |  |  |
| Mise en place d’une anesthésie loco-régionaleJusqu’à 4 salles : 1 dispositif mobile de ventilation artificielle adulte comportant le contrôle continu des pressions ventilatoires, immédiatement disponible et à l’usage exclusif du secteur, avec alarmes de surpression et de débranchement, dispositif permettant le contrôle continu de la teneur en O2 du mélange gazeux inhalé |  |  |  |
| Mise en place d’une anesthésie loco-régionaleAu-delà de 4 salles : 1 dispositif mobile supplémentaire |  |  |  |
| Equipement pour l’intubation trachéale maternelle (usage exclusif au secteur de naissance, immédiatement disponible) |  |  |  |
| Equipement pour le contrôle continu de la saturation en O2 maternel (usage exclusif au secteur de naissance, immédiatement disponible) |  |  |  |
| Equipement pour le contrôle continu de la saturation en CO2 expiré si la parturiente est intubée (usage exclusif au secteur de naissance, immédiatement disponible) |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Locaux d’observation et de soins immédiats aux nouveau-nés | Oui | Non | Observation |
| La salle où sont organisés les soins du nouveau-né est dotée de dispositifs médicaux permettant la réanimation de deux enfants à la fois |  |  |  |
| Permet de faire face immédiatement aux détresses graves du nouveau-né |  |  |  |
| Permet la préparation médicale au transport des enfants dont l’état nécessite le transfert vers des unités spécialisées |  |  |  |
| Fluides médicaux (O² – air médical)Aspiration par le videDispositifs médicaux pour :- le maintien de l’équilibre thermique- l’aspiration et la ventilation manuelle au masque- le contrôle continu de la saturation en O2 du sang- l’oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en O2 du mélange gazeux administré- l’intubation trachéale- le cathétérisme ombilical- la perfusion automatisée- les prélèvements pour les analyses bactériologiques, hématologiques et biochimiques, le dosage de la glycémie par bandelettes réactives |  |  |  |
| Appareil rapidement disponible pour la ventilation artificielle du nouveau-né (contrôle continu des pressions ventilatoires, alarmes de surpression et de débranchement, contrôle continu de la teneur en O2 du mélange administré.) |  |  |  |
| Médicaments pour la prise en charge du nouveau né |  |  |  |
| Au moins un incubateur |  |  |  |
| Radiographie conventionnelle par appareil mobile et échographie accessibles |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Salle d’intervention de chirurgie obstétricale | Nombre | Oui | Non | Observation |
| Nombre total de salles de chirurgie dans l’établissement |  |  |  |  |
| - dont salle(s) de chirurgie exclusivement réservée(s) aux césarienne(s) |  |  |  |  |
| - dont salles(s) de chirurgie où sont pratiqués d’autres actes techniques d’obstétrique (IVG, ponction, version…) |  |  |  |  |
| - dont salles réservées à la chirurgie gynécologique (ou IVG) |  |  |  |  |
| - dont salles ouvertes H24 avec personnel affecté[[6]](#footnote-6) |  |  |  |  |
| Nombre de salles de chirurgie implantées de manière contiguë et au même niveau que le secteur de naissance permettant, y compris en urgence, la réalisation de toute intervention chirurgicale abdomino-pelvienne liée à la grossesse ou à l'accouchement nécessitant une anesthésie générale ou loco-régionale |  |  |  |  |
| Si activité <1200 acc/an, la salle d’intervention peut ne pas être dans le secteur naissance mais : - doit être incluse dans un bloc opératoire dans le même bâtiment,- à proximité immédiate et d’accès rapide au secteur de naissance |  |  |  |  |
| Si activité >1 200 acc/an, et que la salle d'intervention et celle de surveillance post-interventionnelle sont contiguës au secteur de naissance, une des salles de travail doit pouvoir en cas de nécessité, servir de salle d'intervention. Elle est équipée en conséquence. |  |  |  |  |
| Les matériels et dispositifs sont immédiatement disponibles et à usage exclusif de l’activité d’obstétrique |  |  |  |  |
| Au moins 1 salle d’intervention de chirurgie obstétricale est dotée des dispositifs médicaux suivants (D 6124-95) : - contrôle continu du rythme cardiaque et de l’ECG,- surveillance de la PA invasive ou non invasive,- arrivée de fluides médicaux et aspiration par le vide,- administration de gaz et de vapeurs anesthésiques,- matériel d’anesthésie (et contrat d’entretien),- matériel d’intubation trachéale,- matériel de ventilation artificielle, avec contrôle continu des pressions et des débits ventilatoires, contrôle du débit de l’O2 administré et de la teneur en O2 du mélangé gazeux inhalé, et de la concentration en CO2 expiré si intubation- contrôle continu de la saturation O² |  |  |  |  |
| Dispositif pour assurer la réanimation d’au moins 2 enfants à la fois |  |  |  |  |
| Au moins 1 table de réanimation du nouveau-né(si < 500 naissances/an, peut être commune aux locaux d’observation et de soins immédiats aux nouveau-nés) |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Salle de surveillance post-interventionnelle | Nombre | Observation |
| Dont salles dédiées à la surveillance post-césariennes |  |  |
| Dont salles de surveillance post-interventionnelle commune au bloc de chirurgie |  |  |
| Dont nombre de salles ouvertes avec du personnel dédié H24  |  |  |
| Nombre de postes de réveil par salle post interventionnelle |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Secteur d’hospitalisation (D 6124-45, D 6124-48, Arrêté article 10)  | Nombre | Oui | Non | Observation |
| Lits équipés d’un système d’appel (Non réglementaire) |  |  |  |  |
| Par chambre : au maximum 2 lits de mère avec les berceaux de leurs enfants  |  |  |  |  |
| Chambres individuelles (viser 80% du total) |  |  |  |  |
| Chambre individuelle surface utile (bloc sanitaire particulier), >17 m²  |  |  |  |  |
| Chambre à deux lits >23 m² |  |  |  |  |
| Local par étage pour regrouper les enfants bien portants dimensionné pour permettre la surveillance d’au moins 50% des nouveau-nés présents, pendant la nuit (indiquer la capacité) |  |  |  |  |
| Soins de puériculture effectués dans un local commun |  |  |  |  |
| Soins de puériculture effectués dans la chambre de la mère (espace aménagé)  |  |  |  |  |
| Lors du séjour, la mère et l’enfant bénéficient de la possibilité d’intervention d’un pédiatre tous les jours de l’année 24h/24, y compris en urgence |  |  |  |  |
| Lors du séjour, la mère et l’enfant bénéficient de la possibilité d’intervention d’un Gynécologue-Obstétricien tous les jours de l’année 24h/24, y compris en urgence |  |  |  |  |
| Lors du séjour, la mère et l’enfant bénéficient de la possibilité d’intervention d’un anesthésiste-réanimateur tous les jours de l’année 24h/24, y compris en urgence |  |  |  |  |
| Recours si besoin à un psychologue ou psychiatre |  |  |  |  |
| Possibilité de soins aux nouveau-nés avec atteinte sans gravité dans un local de regroupement, isolés des nouveau-nés bien portants, traités et surveillés en permanence (ou dans la chambre de leur mère)[[7]](#footnote-7) |  |  |  |  |
| Détail des soins possibles : |  |  |  |  |
| - réchauffer les nouveau-nés, |  |  |  |  |
| - optimiser l’alimentation des enfants de petit poids |  |  |  |  |
| - traiter par photothérapie |  |  |  |  |
| - administrer des médicaments |  |  |  |  |
| - obtenir des examens simples 24h/24 et des examens spécifiques dans les 24 heures nécessaires au bilan étiologique |  |  |  |  |
| - poser un gavage ou une perfusion pour une courte période |  |  |  |  |
| Secteur de préparation des biberons |  |  |  |  |
| Divisé s’il y a lieu en zone de préparation des aliments des nouveau-nés et zone pour l’entretien des biberons |  |  |  |  |

* 1. **Organisation de l’unité de néonatalogie (adresse site 1)**

La néonatologie a pour objet la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risques présentant des détresses graves ou des risques vitaux, que les nouveau-nés soient ou non nés dans l'établissement.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Secteur de néonatalogie (R.6123-41 et D.6124-50 à D. 6124-57 du Code de la santé publique et décret du 25/04/2000 | Nombre | Oui | Non | Observation |
| Dispositifs médicaux présents à chaque lit pour : |  |  |  |  |
| - Le maintien de l’équilibre thermique |  |  |  |  |
| - L’aspiration et la ventilation manuelle au masque |  |  |  |  |
| - L’administration de l’air et de l’O2 médical |  |  |  |  |
| - La perfusion automatisée |  |  |  |  |
| Dispositifs médicaux présents dans le secteur pour : |  |  |  |  |
| - La photothérapie |  |  |  |  |
| - La surveillance de l’hémodynamique |  |  |  |  |
| - L’alimentation continue de suppléance |  |  |  |  |
| -La surveillance continue de l’activité cardiorespiratoire (1 dispositif pour 2 lits) |  |  |  |  |
| - L’oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en O2 du mélange gazeux administré (1 dispositif pour 3 lits) |  |  |  |  |
| - Le contrôle continu de la saturation en O2 (1 dispositif pour 3 lits) |  |  |  |  |
| - Le prélèvement pour les examens bactériologiques, hématologiques et biochimiques |  |  |  |  |
| Dispositifs médicaux présents dans l’établissement pour : |  |  |  |  |
| - Les examens biologiques par microtechniques 24h/24 |  |  |  |  |
| - Les examens des gaz du sang |  |  |  |  |
| - La radiographie conventionnelle (appareil mobile) |  |  |  |  |
| - L’échographie du nouveau-né |  |  |  |  |
| Le matériel spécifique de la zone de mise en condition avant transfert du nouveau-né |  |  |  |  |
| Le secteur de surveillance et de soins de l’unité de néonatologie bénéficie d’une circulation et d’un traitement de l’air permettant d’éviter la propagation des infections |  |  |  |  |
| L’unité comporte une pièce permettant l'accueil des parents |  |  |  |  |
| Les visites des parents sont-elles possibles 24h/24 ? |  |  |  |  |

Les soins intensifs néonataux

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| A chaque lit affecté aux soins intensifs, présence de dispositifs médicaux permettant : | Nombre | Oui | Non | Observation |
| - le maintien de l'équilibre thermique |  |  |  |  |
| - l'aspiration et la ventilation manuelle au masque |  |  |  |  |
| - l'administration de l'air et de l'oxygène à usage médical |  |  |  |  |
| - la perfusion automatisée |  |  |  |  |
| - la surveillance continue de l'activité cardiorespiratoire |  |  |  |  |
| - la surveillance de l'hémodynamique |  |  |  |  |
| - l'oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en oxygène du mélange gazeux administré |  |  |  |  |
| - l'alimentation continue de suppléance |  |  |  |  |
| - les prélèvements pour les examens bactériologiques, hématologiques et biochimiques. |  |  |  |  |
| Pour trois ou moins de trois lits affectés aux soins intensifs et par tranche de trois lits, présence des dispositifs médicaux permettant : |  |  |  |  |
| - le contrôle continu de la saturation en oxygène |  |  |  |  |
| - la ventilation artificielle des premières heures effectuée par un appareil adapté au nouveau-né (contrôle continu des pressions ventilatoires, alarmes de surpression et de débranchement, contrôle continu de la teneur en O2 du mélange gazeux administré) |  |  |  |  |
| Une exsanguino-transfusion doit pouvoir être réalisée dans le secteur |  |  |  |  |
| Les nouveau-nés hospitalisés en lits de SI bénéficient des dispositifs médicaux du secteur permettant la photothérapie et de ceux de l'établissement de santé permettant : |  |  |  |  |
| Les visites des parents sont-elles possibles 24h/24 ? |  |  |  |  |
| Dispositifs médicaux présents dans l’établissement pour : |  |  |  |  |
| - les examens biologiques par microtechniques, disponibles 24 h/24 |  |  |  |  |
| - les examens des gaz du sang |  |  |  |  |
| - la radiographie conventionnelle (appareil mobile) |  |  |  |  |
| - l'échographie du nouveau-né |  |  |  |  |

* 1. **Organisation de l’unité de réanimation néonatale (adresse site 1)**

L’unité de réanimation néonatale assure la surveillance et les soins spécialisés à risques présentant des détresses graves ou des risques vitaux que les enfants soient ou non nés dans l’établissement.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dispositifs médicaux présents à chaque lit pour : | Nombre | Oui | Non | Observation |
| - Le maintien de l’équilibre thermique |  |  |  |  |
| - L’aspiration et la ventilation manuelle au masque |  |  |  |  |
| - L’administration de l’air et de l’O2 médical |  |  |  |  |
| - La surveillance continue de l’hémodynamique |  |  |  |  |
| - La surveillance continue de l’activité cardiorespiratoire  |  |  |  |  |
| - L’oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en O2 du mélange gazeux administré |  |  |  |  |
| - Le contrôle continu de la saturation en O2 |  |  |  |  |
| - La perfusion automatisée (2 dispositifs par lit)  |  |  |  |  |
| - La nutrition parentérale automatisée |  |  |  |  |
| - Le prélèvement pour les examens bactériologiques, hématologiques et biochimiques  |  |  |  |  |
| - La ventilation artificielle de longue durée avec contrôle continu des débits, des pressions ventilatoires et de la teneur en O2 du mélange gazeux administré, muni d’alarmes de surpression et de débranchement  |  |  |  |  |
| Dispositifs médicaux présents par tranche de trois lits pour : |  |  |  |  |
| - La surveillance de la pression d’O2 transcutanée |  |  |  |  |
| - La surveillance de la pression d’oxyde de carbone transcutanée |  |  |  |  |
| - La photothérapie |  |  |  |  |
| - Dispositifs médicaux présents dans le secteur pour : |  |  |  |  |
| - L’exsanguino-transfusion |  |  |  |  |
| Possibilité de réaliser dans l'unité de réanimation néonatale ou de faire réaliser par une autre unité sur le même site 24h/24 : |  |  |  |  |
| - Les examens des gaz du sang et les examens biologiques par microtechniques |  |  |  |  |
| - La radiographie conventionnelle (appareil mobile) |  |  |  |  |
| - L’échographie Doppler du nouveau-né (appareil mobile) |  |  |  |  |
| - L’électrocardiographie |  |  |  |  |
| - L’électro-encéphalographie |  |  |  |  |
| Les endoscopies respiratoires et digestives |  |  |  |  |
| Les visites des parents sont-elles possibles 24h/24 ? |  |  |  |  |
| Pratique possible dans l'établissement ou par convention pour les examens suivants : |  |  |  |  |
| - Scanner |  |  |  |  |
| - IRM |  |  |  |  |
| - Si convention à préciser avec quelle structure |  |  |  |  |

* 1. **Organisation de l’activité d’interruption volontaire de grossesse (adresse site 1)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Oui | Non | Observation |
| Plages horaires laissées disponibles par semaine pour les consultations pré-IVG |  |  |  |  |
| Consultations Pré-IVG réalisées « en surnombre » dans le cadre habituel des consultations par semaine |  |  |  |  |
| Consultations Pré-IVG réalisées dans le cadre des consultations d’urgence par semaine |  |  |  |  |
| Nombre total de médecins réalisant les consultations pré-IVG |  |  |  |  |
| Nombre total de médecins réalisant les consultations post-IVG |  |  |  |  |
| Praticiens de l’établissement réalisant des IVG instrumentales |  |  |  |  |
| Praticiens extérieurs ayant des vacations pour réalisation d’IVG instrumentales |  |  |  |  |
| Praticiens de l’établissement réalisant des IVG médicamenteuses |  |  |  |  |
| Praticiens extérieurs ayant des vacations pour réalisation d’IVG médicamenteuses |  |  |  |  |
| Nombre de médecins ayant passé convention avec l’établissement pour la réalisation d’IVG en ville |  |  |  |  |
| Nombre de sages-femmes participant à l’activité d’IVG |  |  |  |  |
| - dont nombre de sages-femmes pratiquant elles-mêmes l’IVG médicamenteuse |  |  |  |  |
| Existence d’une ligne dédiée avec répondeur donnant un message d’orientation en cas d’absence |  |  |  |  |

Décrire les modalités de prise de rendez-vous, les préalables exigés par l’établissement et la réalisation des examens complémentaires.

Décrire le type de consultation pratiquée dans l’établissement ; plages réservées aux seules consultations pré-IVG, consultations au sein de plages de consultations gynécologiques, obstétricales, CPEF…

Décrire le circuit de la femme lorsqu’une consultation avec un psychologue, un conseiller conjugal et familial est demandée.

Décrire les modalités d’approvisionnement en livret d’information IVG

Décrire le circuit des bulletins statistiques CERFA n°12312\*03 de déclaration des IVG de l’établissement et celui incluant la collecte des bulletins issus de la médecine de ville.

Décrire les modalités de mise en œuvre de l’anonymat lorsqu’il est demandé par une femme majeure ou une femme mineure et les modalités de prise en charge des examens complémentaires dans ces cas.

Décrire les moyens mis en œuvre pour garantir l’accès à l’IVG sur le territoire de recours de l’établissement lors des périodes de congés scolaires.

1. **PARTIE IV - ACTIVITE**
2. **Données d’Activité (Adresse site 1)[[8]](#footnote-8)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Capacités | Lits | Places | Observation |
| Gynécologie-obstétrique |  |  |  |
| - dont total obstétrique |  |  |  |
| - dont total surveillance de la grossesse |  |  |  |
| - dont suites de couche |  |  |  |
| - dont gynécologie médicale et chirurgicale (hors IVG) |  |  |  |
| - dont diagnostic anténatal |  |  |  |
| - dont IVG |  |  |  |
| - dont réservés à l’AMP (si dans l’unité de gynécologie-obstétrique) |  |  |  |
| Néonatologie (sans SI) |  |  |  |
| - dont nombres de lits kangourous |  |  |  |
| - dont lits situés au sein d’un service de pédiatrie  |  |  |  |
| Lits de soins intensifs de néonatalogie |  |  |  |
| - dont lits situés au sein d’un service de pédiatrie  |  |  |  |
| Lits de réanimation néonatale |  |  |  |
| - dont lits situés au sein d’un service de réanimation pédiatrique  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Variabilité de l’ouverture des lits au cours de l’année N-1 | Capacité minimale | Capacité maximale | Observation[[9]](#footnote-9) |
| - période annuelle de fermeture ou d’ouverture de lits |  |  |  |
| Lits de l’unité de Néonatalogie  |  |  |  |
| Lits kangourous  |  |  |  |
| Lits de soins intensifs de néonatalogie  |  |  |  |
| Lits de réanimation néonatale  |  |  |  |
| Lits de gynécologie (médicale et chirurgicale) |  |  |  |
| Lits d’IVG |  |  |  |
| Lits de suites de couches |  |  |  |
| Lits de surveillance de la grossesse |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Transferts in utero | Année N-3 | Année N-2 | Année N-1 |
| Nombre de transferts in utero (TIU) envoyés |  |  |  |
| - dont nombre de femmes transférées en début de travail |  |  |  |
| Nombre de transferts in utero (TIU) reçus |  |  |  |
| Nombre éventuel de transferts in utero refusés |  |  |  |
| Nombre de femmes sorties pour re-transfert vers la maternité adressante avant accouchement |  |  |  |

Lister les 5 motifs de TIU les plus fréquents en année N-1 :

\_

\_

\_

\_

\_

Lister les 3 premiers établissements adressant des transferts en année N-1 :

\_

\_

\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Transferts maternels | Année N-3 | Année N-2 | Année N-1 |
| Sorties par transfert maternel en post-partum (envoyées) |  |  |  |
| Admissions par transfert maternel en post-partum (reçues) |  |  |  |
| - dont nombre de transferts reçus pour prise en charge d’une hémorragie du post-partum |  |  |  |
| Admissions maternelles par transfert en post-partum éventuellement refusées |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Transferts du nouveau-né | Année N-3 | Année N-2 | Année N-1 |
| Nombre total de mutations à partir de la salle de naissance |  |  |  |
| Nombre de mutations en néonatalogie[[10]](#footnote-10) « lits kangourous » venant de la salle de naissance (hors transfert) |  |  |  |
| Nombre de mutations en néonatalogie sans SI[[11]](#footnote-11) (unité) venant de la salle de naissance (hors transfert) |  |  |  |
| Nombre de mutations en soins intensifs[[12]](#footnote-12) de néonatalogie venant de la salle de naissance (hors transfert) |  |  |  |
| Nombre de mutations en réanimation néonatale[[13]](#footnote-13) venant de la salle de naissance (hors transfert) |  |  |  |
| Sorties du NN par transfert de la salle de naissance  |  |  |  |
| Nombre de nouveau-nés reçus par transferts partir de la salle de naissance |  |  |  |
| Nombre de nouveau-nés re-transférés vers l’établissement où se situe la maternité de naissance[[14]](#footnote-14) |  |  |  |
| L’établissement réalise-t-il une prise en charge des nouveau-nés en soins palliatifs ? |  |  |  |
| - dont en salle de naissance |  |  |  |
| - dont en néonatalogie |  |  |  |
| - dont en unité de réanimation néonatale |  |  |  |

Lister les 5 motifs de mutation du NN les plus fréquents en lits kangourou en année N-1

\_

\_

\_

\_

\_

En cas de transfert du NN à partir de la salle de naissance, la mère est-elle systématiquement transférée vers le même établissement ?

Lister les 5 motifs de transfert NN les plus fréquents en année N-1

\_

\_

\_

\_

\_

Lister les 3 premiers établissements accueillant vos transferts en année N-1

\_

\_

\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activité d’accouchement | Année N-3 | Année N-2 | Année N-1 |
| Nombre total d’accouchements |  |  |  |
| - dont nombre de séjours avec accouchement par césarienne |  |  |  |
| - dont césarienne programmée à terme (>37SA) |  |  |  |
| Nombre de femmes accouchées < 20 ans |  |  |  |
| Nombre de femmes accouchées ≥ 35 ans  |  |  |  |
| Séjours d’accouchement avec pré-éclampsies sévères y compris HELLP syndrome |  |  |  |
| Séjours d’accouchement avec code PMSI obésité O66 |  |  |  |
| Nombre d’accouchements gémellaires |  |  |  |
| Nombre d’accouchements avec hémorragie du post-partum |  |  |  |
| Nombre d’accouchements pluri gémellaires |  |  |  |
| Nombre de naissances totales (vivantes et morts nés) |  |  |  |
| Nombre de naissances vivantes |  |  |  |
| - dont terme < 28 SA |  |  |  |
| - dont terme 28 SA-32 SA  |  |  |  |
| - dont terme 33-36 SA |  |  |  |
| - dont terme ≥37 SA  |  |  |  |
| - dont poids <1000g |  |  |  |
| - dont poids 1000-1499g |  |  |  |
| - dont poids 1500-1999g |  |  |  |
| - dont poids 2000-2499g |  |  |  |
| - dont poids ≥ 2500g |  |  |  |
| Nombre total d’Interruptions Médicales de Grossesse |  |  |  |
| - dont IMG < 22 SA  |  |  |  |
| - dont IMG ≥ 22 SA |  |  |  |
| DMS des séjours réalisés en post-partum |  |  |  |
| Nombre total d’anesthésies péridurales pour voies basses |  |  |  |
| Nombre d’anesthésies générales pour césariennes |  |  |  |
| Nombre de femmes prises en charge après accouchement à domicile (délivrance faite ou non) |  |  |  |

Indiquez le ou les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal avec lesquels vous travaillez. :

\_

\_

\_

Indiquez les laboratoires d’analyses foetopathologiques qui sont vos correspondants habituels :

Indiquez les laboratoires d’analyses anatomo-pathologiques qui sont vos correspondants habituels :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Volume d’activité en obstétrique sans accouchement au cours du séjour  | Année N-3  | Année N-2 | Année N-1 |
| Nombre de séjours de femmes en ante partum exclusif |  |  |  |
| DMS des séjours réalisés en ante partum exclusif  |  |  |  |
| - dont nombre de séjours < à 24h en ante partum exclusif |  |  |  |
| - dont menaces d’accouchements prématurés |  |  |  |
| - dont diabètes (gestationnel ou pré-existant) |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Nombre de séjours réalisés en post partum exclusif  |  |  |  |
| DMS des séjours réalisés en post partum  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activité IVG  | Année N-3 | Année N-2 | Année N-1 |
| Nombre total d’IVG réalisées dans l’établissement |  |  |  |
| - dont nombre total d’IVG instrumentales sous AG |  |  |  |
| - dont nombre d’IVG instrumentales réalisées sous Anesthésie locale  |  |  |  |
| - dont nombre de femmes en hospitalisation complète |  |  |  |
| - dont nombre d’IVG réalisées entre 12 SA et 14 SA |  |  |  |
| - dont nombre d’IVG médicamenteuses |  |  |  |
|  - dont nombre d’IVG médicamenteuses réalisées entre 7 SA et 9 SA |  |  |  |
| Délai moyen hors vacances scolaires pour obtenir un rendez-vous (jours ouvrables) |  |  |  |
| Délai moyen hors vacances scolaires entre l’appel de la patiente et la réalisation de l’IVG chirurgicale |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Volume d’activité en gynécologie (hors IVG) | Année N-3 | Année N-2 | Année N-1 |
| Nombre d’actes de chirurgie gynécologique (actes classant opératoires hors IVG)  |  |  |  |
| Nombre de séjours pour une intervention de chirurgie gynécologique[[15]](#footnote-15)  |  |  |  |
| - dont nombre de séjours de chirurgie gynécologique[[16]](#footnote-16) en hospitalisation complète |  |  |  |
| - dont nombre de séjours de chirurgie gynécologique[[17]](#footnote-17) réalisés en ambulatoire  |  |  |  |
| Nombre de séjours en unité de gynécologique (hors IVG) sans acte classant de chirurgie |  |  |  |
| - dont nombre de séjours de gynécologie médicale en hospitalisation complète |  |  |  |
| - dont nombre de séjours de gynécologie médicale réalisés en ambulatoire  |  |  |  |
| DMS des séjours de gynécologie (médicale et chirurgicale) |  |  |  |

Indiquez les 5 actes classants les plus fréquents en hospitalisation complète de chirurgie gynécologique :

\_

\_

\_

\_

\_

Indiquez les 5 actes classants les plus fréquents de chirurgie gynécologique en ambulatoire :

\_

\_

\_

\_

\_

Indiquez les 5 diagnostics principaux les plus fréquents en hospitalisation complète de gynécologie médicale :

\_

\_

\_

\_

\_

Indiquez les 5 diagnostics principaux les plus fréquents en gynécologie médicale pris en charge en ambulatoire :

\_

\_

\_

\_

\_

1. **Plateau technique (Adresse site 1)[[18]](#footnote-18)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non | Observation |
| Disponibilité des examens d’imagerie 24h/24 |  |  |  |
|  - y compris échographie en urgence |  |  |  |
| - y compris équipement lourd (IRM scanner) |  |  |  |
| - y compris radiologie interventionnelle |  |  |  |
| Disponibilité des examens biologiques 24h/24  |  |  |  |
| Disponibilité d’un dispositif médical permettant d’obtenir, en quelques minutes, la mesure du taux d’hémoglobine ou d’hématocrite  |  |  |  |
| Présence d’un site EFS dans l’établissement  |  |  |  |
| Protocoles de la prise en charge de la femme enceinte (permettant la mise à jour du dossier transfusionnel) |  |  |  |
| Présence d’un dispositif de contrôle de Hb en salle de naissance |  |  |  |
| Existence d’une convention SMUR pour situations transfusionnelles urgentes |  |  |  |
| Accès aux Produits Sanguins Labiles dans un délai de 30 mn max |  |  |  |
| Dépôt de PSL dans l’établissement  |  |  |  |
| Indiquer la capacité du dépôt de PSL |  |  |  |
| Convention établie d’approvisionnement en PSL avec un site transfusionnel de proximité ou avec un établissement de santé pour situation d’urgence vitale (joindre la convention en annexe) |  |  |  |

1. **Qualité Sécurité (Adresse site 1) [[19]](#footnote-19)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Evènements indésirables graves (EIG) en G.O  | Année N-3 | Année N-2 | Année N-1 |
| Nombre total de décès maternels |  |  |  |
| - dont nombre de décès maternels ayant fait l’objet d’une déclaration d’EIG  |  |  |  |
| Nombre de décès néonatals précoces et tardifs  |  |  |  |
| - dont nombre de décès néonatals précoces et tardifs ayant fait l’objet d’une déclaration d’EIG |  |  |  |
| Mise en place de RMM au sein du service de néonatalogie |  |  |  |
| Mise en place de RMM au sein du service d’obstétrique |  |  |  |

Les RMM se déroulent-elles en présence de l’ensemble des personnels du service ?

Préciser les actions correctrices mises en place à la suite des EIG

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Indicateurs IPAQSS |  |  |  |
| Score obtenu pour la prévention et la prise en charge initiale des hémorragies du post-partum immédiat  |  |  |  |
| Score obtenu pour la tenue du dossier anesthésique  |  |  |  |
| Score obtenu pour la prévention des infections nosocomiales (ICALIN) |  |  |  |

1. **PARTIE V - ORIENTATION ET SUIVI DE GROSSESSE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Oui | Non | Année N-3 | Année N-2 | Année N-1 |
| Existence d’une PASS dans l’établissement |  |  |  |  |  |
| Nombre de dossiers sociaux ouverts pour des femmes enceintes |  |  |  |  |  |
| Nombre de femmes bénéficiant de l’aide médicale Etat (AME) au début de la prise en charge dans l’établissement |  |  |  |  |  |
| Nombre de femmes bénéficiant de la CMU au début de la prise en charge dans l’établissement |  |  |  |  |  |
| Nombre de femmes sans couverture sociale au début de la prise en charge dans l’établissement |  |  |  |  |  |
| Nombre d’enfants vivants relevant d’inclusion dans le dispositif de suivi des nouveau-nés vulnérables |  |  |  |  |  |
| Nombre d’enfants effectivement inclus dans le dispositif de suivi des nouveau-nés vulnérables |  |  |  |  |  |

Décrire l’organisation de la prise en charge des nouveau-nés vulnérables :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Suivi de grossesse (Année N-1)  | Oui | Non | Observation |
| Le suivi est-il exclusivement réalisé en établissement ?  |  |  |  |
| Terme à partir duquel le suivi mensuel de grossesse est habituellement assuré dans l’établissement |  |  |  |
| Une inscription à la maternité est-elle pratiquée ? |  |  |  |
| Orientation de la femme vers un suivi en ville si pas de risque particulier identifié ? |  |  |  |
| Entretien prénatal précoce du 4ème mois assuré sur site ? |  |  |  |
| Des séances de préparation à la naissance sont-elles organisées sur site ? |  |  |  |
| Une visite du secteur de naissance ou bloc obstétrical est-elle organisée ? |  |  |  |
| Organisation de staff Médico-Psycho-Social ? |  |  |  |
| L’établissement a-t-il mis en place (réseau périnatal) un télémonitorage à domicile en ante partum ? |  |  |  |
| Le dépistage de vérification de l’audition néonatale est-il exhaustif pour tous les enfants de l’établissement ? |  |  |  |

1. **PARTIE VI - RESSOURCES HUMAINES**

Articles D.6124-44, D.6124-46 et D.6124-48 du CSP

Sans autre mention, le nombre de personnes demandées par qualification correspond au nombre total de personnes physiques pour l’ensemble du site.

1. **Gynécologue-obstétricien (adresse site 1)**

Fournir une copie du tableau de gardes et astreintes validé pour les 3 derniers mois.

Nombre |\_\_|\_\_| ETP |\_\_|\_\_|,|\_\_|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Oui | Non | Observation |
| La continuité obstétricale et chirurgicale est assurée 24H/24, même en urgence  |  |  |  |  |
| GO ayant la qualification chirurgicale |  |  |  |  |
| GO sans qualification chirurgicale |  |  |  |  |
| Participation d’un chirurgien général ou viscéral (astreinte) |  |  |  |  |
| > 1500 naissances/an : GO présent dans l’unité d’obstétrique tous les jours de l’année, 24H/24 |  |  |  |  |
| < 1500 naissances/an : GO de garde sur place ou en astreinte opérationnelle exclusive tous les jours de l’année, 24H/24 |  |  |  |  |
| Nombre de Gynécologues-Obstétriciens séniors de l’établissement[[20]](#footnote-20) |  |  |  | ETP |
| Nombre de GO remplaçants « habituels »[[21]](#footnote-21) séniors au cours de l’année civile précédente. Indiquer la quotité de travail en ETP |  |  |  | ETP |
| Nombre de GO remplaçants « exceptionnels »[[22]](#footnote-22) séniors au cours de l’année civile précédente. Indiquer la quotité de travail en ETP annualisé |  |  |  | ETP |
| Nombre de GO non thésés[[23]](#footnote-23) au cours de l’année civile précédente. Indiquer la quotité de travail en ETP annualisé |  |  |  | ETP |

1. **Anesthésiste-réanimateur (adresse site 1)**

Fournir une copie du tableau de gardes et astreintes validé pour les 3 derniers mois.

Nombre |\_\_|\_\_| ETP |\_\_|\_\_|,|\_\_|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Oui | Non | Observation |
| Possibilité d’intervention 24H/24, même en urgence, dans le secteur d’hospitalisation |  |  |  |  |
| > 1500 naissances/an : 1 AR présent dans l’établissement sur le même site tous les jours de l’année 24H/24Délai d’arrivée : |  |  |  |  |
| < 1500 naissances/an : 1 AR sur place ou en astreinte opérationnelle permanente et exclusive pour le siteDélai d’arrivée : |  |  |  |  |
| > 2000 naissances/an : 1 AR présent tous les jours de l’année, 24H/24, dans l’unité d’obstétrique |  |  |  |  |
| Nombre d’Anesthésistes-Réanimateurs séniors de l’établissement[[24]](#footnote-24) |  |  |  |  |
| Nombre d’AR remplaçants « habituels »[[25]](#footnote-25) séniors au cours de l’année civile précédente. Indiquer la quotité de travail en ETP |  |  |  |  |
| Nombre d’AR remplaçants « exceptionnels »[[26]](#footnote-26) séniors au cours de l’année civile précédente. Indiquer la quotité de travail en ETP annualisé |  |  |  |  |
| Nombre d’AR non thésés[[27]](#footnote-27) au cours de l’année civile précédente. Indiquer la quotité de travail en ETP annualisé |  |  |  |  |

1. **Pédiatre (adresse site 1)**

Fournir une copie du tableau de gardes et astreintes validé pour les 3 derniers mois.

Nombre |\_\_|\_\_| ETP |\_\_|\_\_|,|\_\_|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Oui | Non | Observation |
| Possibilité d’intervention 24H/24, même en urgence, dans le secteur d’hospitalisation |  |  |  |  |
| > 1500 naissances/an : présent sur le site ou en astreinte opérationnelle, pouvant intervenir en urgence tous les jours de l’année 24H/24Délai d’arrivée : |  |  |  |  |
| < 1500 naissances/an : présent dans l’établissement ou disponible tous les jours de l’année, 24H/24Délai d’arrivée : |  |  |  |  |
| Présence / visite quotidienne assurée les jours ouvrables |  |  |  |  |
| Présence / visite quotidienne assurée les samedis |  |  |  |  |
| Présence / visite quotidienne assurée les dimanches et jours fériés |  |  |  |  |
| Nombre de Pédiatres séniors de l’établissement[[28]](#footnote-28) Indiquer la quotité de travail en ETP |  |  |  | ETP |
| Nombre de Pédiatres remplaçants « habituels »[[29]](#footnote-29) séniors au cours de l’année civile précédente. Indiquer la quotité de travail en ETP |  |  |  | ETP |
| Nombre de Pédiatres remplaçants « exceptionnels »[[30]](#footnote-30) séniors au cours de l’année civile précédente. Indiquer la quotité de travail en ETP annualisé |  |  |  | ETP |
| Nombre de Pédiatres non thésés[[31]](#footnote-31) au cours de l’année civile précédente. Indiquer la quotité de travail en ETP annualisé |  |  |  | ETP |

1. **Sages-femmes (adresse site 1)**

Fournir une copie du tableau de gardes et astreintes validé pour les 3 derniers mois.

Nombre |\_\_|\_\_| ETP |\_\_|\_\_|,|\_\_|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Oui | Non | Observation |
| < 1000 naissances/an : 1 SF présente et **affectée** en permanence dans le secteur naissance |  |  |  |  |
| > 1000 naissances/an : 1 ETP supplémentaire par tranche de 200 naissances supplémentaires dans le secteur naissance |  |  |  |  |
| > 2500 naissances/an : 1 SF surveillante du secteur naissance en plus |  |  |  |  |
| Si ≥ 500 naissances/an : les SF du secteur naissance ne peuvent avoir d’autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité |  |  |  |  |
| Si < 500 naissances/an : la SF du secteur naissance peut assurer en l’absence de parturiente les soins en secteur d’hospitalisation |  |  |  |  |
| Secteur d’hospitalisation le jour : 1 SF minimum (en sus d’une AS et d’une auxiliaire de puériculture (AP)) |  |  |  |  |
| Secteur d’hospitalisation la nuit : 1 SF et 1 AP. Détailler en fonction des locaux (plusieurs unité, étages…) |  |  |  |  |
| Si ≥ 500 naissances/an, les SF sont **affectées** au secteur d’hospitalisation et ne peuvent avoir d’autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité |  |  |  |  |
| Nombre de Sages-Femmes remplaçantes « habituelles »[[32]](#footnote-32) au cours de l’année civile précédente. Indiquer la quotité de travail en ETP |  |  |  |  |
| Nombre de Sages-Femmes remplaçantes « exceptionnelles »[[33]](#footnote-33) au cours de l’année civile précédente. Indiquer la quotité de travail en ETP annualisé |  |  |  |  |

1. **Infirmièr(e)s et Puéricultrices (adresse site 1)**

Fournir une copie du tableau de gardes et astreintes validé pour les 3 derniers mois.

Nombre |\_\_|\_\_| ETP |\_\_|\_\_|,|\_\_|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Oui | Non | Observation |
| Infirmier(ère) spécialisé(e) en puériculture ou expérimenté(e) en néonatologie, affecté(e) en service d‘hospitalisation d’obstétrique (suite de couches) |  |  |  |  |
| Infirmier(ère) spécialisé(e) en puériculture ou expérimenté(e) en néonatologie, affecté(e) en service de néonatalogie |  |  |  |  |
| Infirmier(ère) spécialisé(e) en puériculture ou expérimenté(e) en néonatologie, affecté(e) en service de réanimation néonatale |  |  |  |  |
| Infirmier(ère) spécialisé(e) en puériculture ou expérimenté(e) en néonatologie, affecté(e) selon le planning en maternité ou en service de néonatalogie |  |  |  |  |
| Infirmier(ère) spécialisé(e) en puériculture ou expérimenté(e) en néonatologie, affecté(e) selon le planning en service de néonatalogie ou en réanimation néonatale |  |  |  |  |

1. **Radiologues et échographistes**

Fournir une copie du tableau de gardes et astreintes validé pour les 3 derniers mois.

Nombre d’échographistes |\_\_|\_\_| ETP |\_\_|\_\_|,|\_\_|

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre | Oui | Non | Observation |
| Radiologues de l’établissement spécialisés en échographie de la grossesse ou ayant leur cabinet primaire au sein de l’établissement |  |  |  |  |
| Radiologues spécialisés en échographie de la grossesse ayant leur cabinet primaire en ville et intervenant dans l’établissement |  |  |  |  |
| Echographistes (médecins, sages-femmes) agréés pour le dépistage de la trisomie 21 intervenant dans l’établissement[[34]](#footnote-34)  |  |  |  |  |

1. **Personnel bi-site (adresses des sites 1 et 2)**

A détailler si des médecins, sages-femmes ou infirmières puéricultrices sont affectés sur deux maternités d’une entité juridique au cours d’une même année civile, de manière habituelle…

Dispositif spécifique destiné aux internes et assistants (livret d’accueil, aide au transport,
au logement…)

1. **PARTIE VII - RESPECT DES ENGAGEMENTS**
2. **Etat de réalisation des objectifs et engagements**
	1. **Réalisation de l’évaluation et des engagements**
* Décrire les modalités de participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans la procédure d’évaluation
* Décrire les modalités d’évaluation de la satisfaction des patients
* Respect des engagements relatifs aux montant des dépenses à la charge de l'assurance maladie ou le volume d'activité, en application de l'article L. 6122-5
	1. **Etat de réalisation des objectifs du CPOM relatifs à la période d’évaluation**
	2. **Etat de réalisation des conditions particulières de l’autorisation**

Si conditions particulières dans l’autorisation initiale (coopération, permanence des soins,…)

1. **Evolutions envisagées**

Les services sont invités à décrire les projets dans les 7 ans à venir, les moyens envisagés pour y parvenir ainsi que le calendrier de réalisation :

* Projets d’évolution concernant les autorisations de périnatalité
* Projets d’évolution concernant les locaux de périnatalité
* Projets d’évolution concernant les personnels
* Projets d’évolution concernant le fonctionnement
* Projets d’évolution concernant le réseau auquel appartient l’établissement
* Projets d’inscription de l’activité de périnatalité (dont IVG) dans le projet médical du GHT
à venir
1. **Actualisation de la partie relative à l’évaluation et renouvellement des engagements**
	1. **Engagements relatifs à l’évaluation de l’activité**

Mise à jour des critères d’évaluation de l‘autorisation dans la perspective de la période d’autorisation renouvelée à venir (évaluation prévue au 4° de l’article R6122-32-1) :

• Objectifs fixés pour mettre en œuvre les objectifs du SROS-PRS, s’adapter aux évolutions en cohérence avec les orientations régionales et les enjeux territoriaux ;

• Indicateurs supplémentaires envisagés en vertu du dernier alinéa de l’article R 6122-24
du Code de la Santé Publique

• Modalités de recueil et de traitement des indicateurs prévus au même article

• Modalités de participation des personnels médicaux et non médicaux intervenant dans
la procédure d’évaluation

• Procédures ou méthodes d’évaluation de la satisfaction des patients

* 1. **Engagements relatifs au CPOM**

• Préciser l’état d’avancement dans la procédure de signature CPOM de votre structure et les engagements relatifs à l’activité de gynéco-obstétrique, néonatologie et réanimation néonatale et IVG le cas échéant.

* 1. **Engagements du demandeur prévus à l’article R.6122-32-1-e**

Je soussigné, M (me) …, Directeur …., m’engage :

* à respecter le montant des dépenses à la charge de l’assurance maladie et le volume d’activité en application de l'article L. 6122-5
* à réaliser une évaluation dans les conditions prévues aux articles R 6122-23 et R 6122-24 du code de santé publique
* à maintenir les conditions d’implantation et des conditions techniques de fonctionnement applicables à l’activité de soins de gynécologie-obstétrique, néonatologie, réanimation néonatale
* à respecter les effectifs et la qualification des personnels nécessaires à la mise en œuvre de l’activité
* à respecter les caractéristiques du projet initial

 Fournir un engagement **daté et signé** du titulaire de l’autorisation

Fait à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

1. **Partie VII - PIECES A JOINDRE AU DOSSIER**

Plan de la maternité

Convention d’adhésion au réseau périnatal

Protocole réseau de la gradation des soins sur le territoire concernant la prise en charge des pathologies maternelles avant grossesse et liées à la grossesse et des pathologies du nouveau-né

Convention pour obtention de produits sanguins

Lister les protocoles existant dans l’établissement :

* Pour le suivi de la femme enceinte
* Pour la prise en charge de l’hémorragie de la délivrance
* Pour le suivi de l’enfant
* Pour l’accès à l’IVG
* Pour les personnes adressées par une PASS

Lister les actes réalisés en chirurgie gynécologique

Lister les actes marqueurs réalisés en réanimation néonatale

Liste des dispositifs médicaux et équipements (date de mise en service et existence d’un contrat de maintenance)

Equipe médicale : anesthésistes, gynécologues - obstétriciens, pédiatres

Liste nominative des praticiens avec qualification, statut et âge

Planning de jour (sur un mois)

Planning de garde et astreinte validé (trois derniers mois)

Sages-femmes

Liste nominative des sages-femmes avec qualification, statut et âge

Planning de jour (sur un mois) sur l’ensemble des secteurs

Planning de nuit (sur un mois) sur l’ensemble des secteurs

Equipe paramédicale :

Planning de jour (sur un mois)

Planning de nuit (sur un mois)

IVG

Convention type mise en place avec les partenaires libéraux (médecins et sages-femmes) pour la réalisation des IVG médicamenteuses.

Liste nominative des professionnels ayant signé une convention ventilée en fonction de leurs qualités Médecins Généralistes, Gynécologues, Gynéco-Obstétriciens, Sages-femmes, Conseil Départemental pour les CPEF comportant la date de signature de la convention.

1. Aide Médicale à la Procréation [↑](#footnote-ref-1)
2. Diagnostic Prénatal [↑](#footnote-ref-2)
3. Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal [↑](#footnote-ref-3)
4. « Espace démédicalisé mais entouré de sécurité » au sens du CNGOF, du collectif CIANE, du CNSF [↑](#footnote-ref-4)
5. Initiative Hôpital Amis des Bébés \_ http://amis-des-bebes.fr/etablissements-labelises-ihab.php [↑](#footnote-ref-5)
6. Garde ou astreinte [↑](#footnote-ref-6)
7. La prise en charge de ces enfants n’excède pas la DMS en maternité [↑](#footnote-ref-7)
8. Remplir un tableau d’activité par site c'est-à-dire par finess géographique [↑](#footnote-ref-8)
9. Indiquer les périodes de fermeture exceptionnelle ou saisonnière, ou d’ouverture exceptionnelle ou saisonnière [↑](#footnote-ref-9)
10. entrée directe par mutation au sein du même établissement [↑](#footnote-ref-10)
11. entrée directe par mutation au sein du même établissement [↑](#footnote-ref-11)
12. entrée directe par mutation au sein du même établissement [↑](#footnote-ref-12)
13. entrée directe par mutation au sein du même établissement [↑](#footnote-ref-13)
14. différent de celui où s’est effectuée la prise en charge en unité de néonatalogie [↑](#footnote-ref-14)
15. séjours de catégorie d’activité de soins en C avec acte classant opératoire hors IVG [↑](#footnote-ref-15)
16. séjours de catégorie d’activité de soins en C avec acte classant opératoire hors IVG [↑](#footnote-ref-16)
17. séjours de catégorie d’activité de soins en C avec acte classant opératoire hors IVG [↑](#footnote-ref-17)
18. Remplir un tableau d’activité par site c'est-à-dire par finess géographique [↑](#footnote-ref-18)
19. Remplir un tableau d’activité par site c'est-à-dire par finess géographique [↑](#footnote-ref-19)
20. praticien thésé titulaire, contractuel, libéral en établissement privé [↑](#footnote-ref-20)
21. praticien thésé auquel il est fait appel au moins une fois par mois [↑](#footnote-ref-21)
22. praticien thésé auquel il est fait appel moins d’une fois par mois [↑](#footnote-ref-22)
23. interne de spécialité, faisant fonction d’interne, praticien attaché associé, assistant associé [↑](#footnote-ref-23)
24. praticien thésé titulaire, contractuel, libéral en établissement privé [↑](#footnote-ref-24)
25. praticien thésé auquel il est fait appel au moins une fois par mois [↑](#footnote-ref-25)
26. praticien thésé auquel il est fait appel moins d’une fois par mois [↑](#footnote-ref-26)
27. interne de spécialité, faisant fonction d’interne, praticien attaché associé, assistant associé [↑](#footnote-ref-27)
28. praticien thésé titulaire, contractuel, libéral en établissement privé [↑](#footnote-ref-28)
29. praticien thésé auquel il est fait appel au moins une fois par mois [↑](#footnote-ref-29)
30. praticien thésé auquel il est fait appel moins d’une fois par mois [↑](#footnote-ref-30)
31. interne de spécialité, faisant fonction d’interne, praticien attaché associé, assistant associé [↑](#footnote-ref-31)
32. sage-femme à laquelle il est fait appel au moins une fois par mois [↑](#footnote-ref-32)
33. sage-femme à laquelle il est fait appel moins d’une fois par mois [↑](#footnote-ref-33)
34. qui a un numéro identifiant délivré par le réseau de périnatalité [↑](#footnote-ref-34)