

**MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE
ET DE LA FAMILLE**

**Administration des Etablissements
de Soins**

11.12.1986

C.n.e.h.

Section "Agrément"

AE/03/05

AVIS DE LA SECTION "AGREMENT" (x)

RELATIF A UN PROJET DE NORMES D'AGREMENT

POUR : - LE SERVICE MATERNITE M-1 et M-2

- LE SERVICE DE SOINS NEONATAUX (SN)

- LE SERVICE DE SOINS NEONATAUX INTENSIFS (SNI)

**(x) Rédigé par la section "Agrément" le 11.12.1986 et ratifié par le Bureau
le 8.1.1987.**

Introduction

Les nouvelles normes d'agrément pour les services de maternité et de néonatalogie entraîneront de profonds changements dans la structure actuelle de ces activités hospitalières.

Le groupe de travail estime dès lors qu'il convient de prévoir une période de transition afin de permettre aux hôpitaux et aux services de s'adapter sur les plans structurel, architectural, fonctionnel et organisationnel.

Une durée de cinq ans est avancée en ce qui concerne cette période transitoire, étant entendu que les dispositions relatives au nombre minimal de lits entrent immédiatement en vigueur.

Au début de cette période transitoire, les hôpitaux sont tenus d'établir un programme de restructuration dont l'exécution doit être suivie par l'administration compétente; celle-ci doit à son tour faire régulièrement rapport aux organes consultatifs compétents en matière d'agrément des services hospitaliers.

Une restructuration valable n'est possible que si les hôpitaux peuvent se situer dans le cadre de nouvelles normes de programmation. La section "Programmation" doit dès lors être chargée de l'élaboration de nouveaux critères qui entreront en vigueur en même temps que des nouvelles normes d'agrément. On attire l'attention sur le fait qu'il convient de prévoir la possibilité d'une reconversion de lits E en lits N et, le cas échéant, de lits N en lits E.

NORMES SPECIALES APPLICABLES AU SERVICE DE MATERNITE.

I. Normes Architecturales.

A. Lits et unités de soins standard.

1. Un service comporte au moins une unité de soins.
2. Le nombre minimum de lits par unité de soins est de 20. Le cas échéant, un nombre inférieur de lits peut être accepté, pour autant que le service effectue au moins 500 accouchements par an.
3. Les lits doivent être exclusivement situés dans des chambres à un ou deux lits.
4. Afin de pouvoir isoler certaines patientes, un nombre suffisant de lits doit être situé dans des chambres à un lit. Les chambres à un lit doivent être réparties entre les diverses unités de soins.
5. Les chambres à deux lits doivent être équipées d'un box d'isolement pour les nouveau-nés. Ce box doit être conçu de manière à permettre à la mère de voir et de surveiller son bébé.
6. Les chambres et boxes doivent être dotés de l'équipement sanitaire, y compris un W.C., permettant de dispenser aux mères et aux nouveau-nés tous les soins corporels.

B. Les locaux des unités de soins.

Les locaux techniques suivants doivent être prévus par unité de soins ou par groupe de deux unités de soins, pour autant que ces dernières soient contiguës au même niveau :

1. Un local pour le personnel soignant :

Ce local doit remplir, entre autres, les fonctions suivantes :

- 1.1. Permanence des soins.

- 1.2. Secrétariat des soins.

- il y a lieu de prévoir un système d'appel, à moins qu'il n'y ait un système central.
- il faut disposer de l'équipement nécessaire au fonctionnement efficace du secrétariat de l'unité, entre autres d'un téléphone avec répertoire téléphonique et de la liste des patientes hospitalisées.

1.3. Local de travail pour le personnel infirmier.

- établissement et tenue à jour des dossiers des patientes; des derniers doivent être sous surveillance constante afin de garantir le secret professionnel.
- préparation et conservation des médicaments ; ceux-ci doivent être conservés soit dans une armoire à médicaments, soit dans un réfrigérateur sous surveillance constante.

1.4. Bureau de l'infirmier en chef.

2. Une salle d'examen et de traitement :

Ce local peut être utilisé par le médecin pour l'examen des patientes séjournant dans l'unité et sous l'application à ces dernières de certains traitements et interventions, ainsi que par les infirmières pour certaines techniques de soins.

3. Un local pour les médecins :

Si les dossiers médicaux des patients séjournant dans l'unité sont conservés dans ce local, ils doivent être sous surveillance constante afin de garantir le secret professionnel.

4. Une resserre pour le matériel de soins :

Ce local est, entre autres, utilisé pour l'entreposage de matériel de soins et de linge propre, ainsi que pour la préparation des chariots de soins et des techniques de soins.

5. Un local de service :

Ce local est, entre autres, utilisé pour l'entreposage temporaire du linge et du matériel sales ainsi que des échantillons d'urine et des déchets. Ce local doit comprendre un lavabo et un vide-pannes.

6. Une resserre :

L'unité devra disposer, soit dans un local distinct soit réparti sur plusieurs espaces ayant éventuellement une autre destination, de suffisamment d'espace pouvant servir de débarras. Il y a lieu de prévoir une resserre distincte pour le matériel d'entretien.

7. Une cuisine de distribution pour la mère et l'enfant :

- même si un système central de distribution des repas est prévu, il y a lieu de prévoir une certaine aire, équipée d'un réfrigérateur, permettant de servir des repas différés ainsi que des boissons et des collations entre les repas, de ranger la vaisselle et d'éventuellement la laver.
- contigue à la cuisine de distribution pour les parturientes mais isolée de celle-ci, il y a lieu de prévoir une aire limitée pour la biberonnerie locale, équipée d'un réfrigérateur et destinée à la préparation d'aliments lactés complémentaires ainsi qu'au réchauffage des biberons refroidis. On doit pouvoir disposer à tout moment de tétines aseptiques.

8. Un local de séjour :

Ce local est destiné aux patientes non alitées d'une ou de plusieurs unités de soins, et peut servir entre autres pour la détente, de réfectoire ou pour recevoir des visites. Il doit être interdit d'y fumer.

9. Une salle de bains :

Chaque unité de soins comprendra une salle de bains avec bain et douche.

10. Un espace de rangement limité sera prévu pour le personnel afin d'y déposer ses objets personnels (sac à main, etc.)

11. Toilettes distinctes pour les patientes et les visiteurs.

12. Il y a lieu de prévoir une aire réservée à la formation, aux discussions de groupe et à la conversation.

La disposition de ces locaux dans l'unité de soins doit tenir tout particulièrement compte de leur regroupement fonctionnel.

II. Normes fonctionnelles.

1. Le service M fait parti d'un hôpital général aigu et doit pouvoir disposer sur place des services médico-techniques et annexes suivants :

- 1.1. Un service de radiodiagnostic
- 1.2. Un laboratoire
- 1.3. Une cuisine et une cuisine diététique
- 1.4. Un service social

- 1.5. Une pharmacie
- 1.6. Une stérilisation centrale
- 1.7. Un quartier opératoire
- 1.8. Une biberonnerie (*)
- 1.9. Un quartier d'accouchement (*)
- 1.10. Une policlinique pour les patientes ambulatoires.

Les liaisons fonctionnelles avec ces services médicaux, médico-techniques et auxiliaires doivent être réalisées de manière à permettre de fournir de façon systématique et dans les plus brefs délais tous les renseignements requis au sujet des patientes.

2. Lorsqu'il n'existe aucun empêchement d'ordre administratif ou juridique, les cas de décès de la mère et les décès périnataux doivent faire l'objet d'une autopsie.
3. Les nouveau-nés non hospitalisés dans une unité de soins néonataux séjournent auprès de leur mère.
4. Deux niveaux de soins sont prévus afin de permettre un accueil optimal des nouveau-nés.

4.1. Le service de Maternité M1.

4.1.1. Ce service doit disposer d'un service ou unité de soins néonataux (SN) au sein de l'établissement.

4.1.2. Une convention écrite doit prévoir des liens fonctionnels avec un ou plusieurs services de soins néonataux intensifs.

4.2. Le service de Maternité M2.

Ce service s'adresse principalement aux femmes enceintes et aux nouveau-nés présentant de graves problèmes.

(*) Les prescriptions relatives au quartier d'accouchement et à la biberonnerie figurent en annexe.

4.2.1. Le service doit disposer d'un service de soins néonatale intensifs (SNI) au sein de l'établissement.

4.2.2. Il y a lieu d'établir, par écrit, des liens fonctionnels avec un certain nombre de services Mi..

III. Normes d'organisation.

1. Staff médical.

1.1.1. La direction du service est assurée par un médecin reconnu spécialiste en gynécologie et obstétrique, exerçant son activité hospitalière exclusivement dans l'établissement.

Le médecin-chef de service est responsable du bon fonctionnement et du niveau scientifique de son service, avec tous les droits et obligations qui en découlent. Par des informations, des prises de contact, la coordination, et certaines interventions dans les domaines qui influent directement ou indirectement sur le bon fonctionnement du service, il veille à assurer un traitement optimal dans le cadre d'une durée de séjour minimale.

Ces mesures sont consignées dans un règlement d'ordre intérieur.

1.1.2. Le médecin-chef de service est tenu, de par sa responsabilité, de prendre toutes les mesures garantissant la continuité des soins aux patients.

1.1.2.1. Pour le service Mi

1.1.2.1.1. Dans l'établissement, la permanence pour les sections d'hospitalisation doit être assurée par un médecin lié à plein temps à l'hôpital.

1.1.2.1.2. Le service doit pouvoir à tout moment faire appel à et dispose d'un obstétricien, d'un pédiatre et d'un médecin-spécialiste en anesthésiologie, liés exclusivement à l'hôpital pour leur activité hospitalière.

1.1.2.1.3. Le chef de service dresse une liste des rôles de garde. Cette liste est affichée dans le service, dans le quartier d'accouchement et dans le service de soins néonataux et transmise au médecin qui assure la permanence à l'hôpital.

1.1.2.2. Pour le service M2

1.1.2.2.1. Dans l'établissement, la permanence pour les sections d'hospitalisation doit être assurée par un médecin lié à plein temps à l'hôpital.

1.1.2.2.2. Un obstétricien, un pédiatre et un médecin-spécialiste en anesthésiologie exclusivement liés à l'hôpital pour leur activité hospitalière, doivent être présents dans l'établissement en permanence, 24h sur 24.

Cette permanence peut également être assurée par un médecin en cours de formation dans les spécialisations précitées, à condition d'avoir suivi durant deux ans au moins une formation de postgraduat, d'avoir un programme de stage mentionnant le service où il assure la permanence et d'avoir été familiarisé avec tous les aspects du traitement urgent et de la réanimation pour sa spécialisation.

Si la permanence est assurée par un médecin-spécialiste en cours de formation, il faut pouvoir appeler 24h sur 24 un médecin-spécialiste de la même discipline.

1.1.2.2.3. Le chef de service dresse une liste des rôles de garde. Cette liste est affichée dans le service et dans le quartier d'accouchement et transmise au médecin qui assure, à l'hôpital la permanence pour les autres services d'hospitalisation.

1.1.3. Dès la sortie du patient, le médecin-chef de service veillera à faire transmettre immédiatement un rapport au médecin traitant.

- 1.2. Par unité de soins, le chef de service doit être assisté d'un spécialiste à temps plein, reconnu en gynécologie et obstétrique.
- 1.3. Le chef de service doit veiller à s'assurer la collaboration d'un médecin, reconnu en pédiatrie, pour la surveillance des nouveau-nés, et d'un médecin reconnu en anesthésiologie.
- 1.4. Un dossier médical doit être tenu à jour, sous la responsabilité du médecin-chef de service, pour chaque patient, la mère comme l'enfant.
- 1.5. L'enregistrement périnatal est tenu à jour sous la responsabilité du chef de service ; un rapport annuel rassemble à la fin de l'année les éléments spécifiques, entre autres la mortalité périnatale et maternelle.
- 1.6. Chaque cas de décès de la mère et de décès périnatal fera l'objet d'une discussion et d'une évaluation particulières, dont le rapport écrit sera joint au dossier médical.

2. Personnel soignant et infirmier.

- 2.1. Il y a lieu de prévoir, par unité de soins de 20 lits, 1 accoucheuse en chef, huit accoucheuses et deux puéricultrices.
Trois accoucheuses peuvent éventuellement être remplacées par des infirmiers gradués ou brevetés.
Dans les services où la durée de séjour s'écarte de manière non justifiée de la durée moyenne, les normes de personnel feront l'objet d'une adaptation vers le haut ou vers le bas.
- 2.2. Les accoucheuses et les infirmiers gradués doivent posséder une qualification particulière dans les soins aux nouveau-nés.
- 2.3. Il y a lieu de prévoir un système d'identification excluant toute confusion entre les nouveau-nés.

ANNEXE 1.**LA BIBERONNERIE (1.6)**

La préparation de l'alimentation des nouveau-nés et nourissons doit se faire à la biberonnerie.

Celle-ci doit comporter deux locaux distincts : l'un pour le nettoyage et l'autre pour la préparation, après stérilisation, des biberons.

La biberonnerie doit être pourvue d'un réfrigérateur.

Annexe 2.

Le quartier d'accouchement (1.9.)

I. Normes architecturales et physiques :

§ 1. Le quartier d'accouchement doit comporter les locaux suivants :

1. Deux salles d'accouchement par 20 lits, susceptibles de servir de chambre d'accouchement et de travail, dont une équipée pour les interventions chirurgicales obstétricales à l'exclusion de toute autre intervention chirurgicale.
Une autre salle d'accouchement doit être prévue par tranche de 10 lits supplémentaires.
2. Un local destiné à la préparation des accoucheurs.
Ce local peut être prévu pour deux salles d'accouchement.
Il doit être pourvu d'un lavabo muni d'un robinet à commande au coude ou au pied.
3. Un local destiné durant une courte période, à la dispensation des soins et à la réanimation des nouveau-nés.
4. Un vestiaire pour le personnel. Ce vestiaire sera aménagé de façon à pouvoir y déposer et ranger les vêtements de ville et passer les vêtements appropriés, y compris les chaussures.
Des sanitaires et des douches pour le personnel doivent être prévus à proximité des vestiaires.
Les vestiaires seront distincts pour le personnel masculin et féminin.
5. Des resserrés en nombre suffisant.
6. Un local permettant diverses activités, comme la pause-café, les discussions entre médecins avant ou après l'accouchement, la rédaction d'un rapport, etc..
7. Local destiné aux accoucheuses et aux médecins.
8. L'entrée du quartier d'accouchement doit être munie d'une zone de transfert avec un local d'examen et une petite salle d'attente.

§ 2. Outre le matériel obstétrical traditionnel, le quartier d'accouchement doit disposer :

1. de conduites d'oxygène et de vide, équipées d'un appareillage d'administration et d'aspiration.
2. d'un appareillage d'anesthésie et de réanimation pour la mère et pour l'enfant.

3. d'un cardioscope pour les parturientes.
4. d'un appareil mobile pour l'échographie.
5. dans chaque salle d'accouchement, d'un appareil cardiotocographique de surveillance foetale permettant l'enregistrement simultané
 - a) du rythme cardiaque foetal
 - 1 - par voie externe, par effet Doppler et par E.C.G. abdominal
 - 2 - par voie interne au moyen d'électrodes placées sur la partie antérieure
 - b) des contractions utérines
 - par voie externe (tocographie abdominale)
 - par voie interne (cathéter intra-amniotique et capteur de pression)
6. dans chaque salle d'accouchement, d'un appareil de perfusion intraveineuse à débit constant.
7. d'un appareil de ventilation assistée
8. dans chaque salle d'accouchement, d'une table de réanimation néonatale équipée d'un éclairage adéquat, d'un système de chauffage à l'infrarouge ainsi que d'un système d'aspiration et d'arrivée d'oxygène.
9. d'une couveuse de transport interne.

II. Normes fonctionnelles

1. Un règlement d'ordre intérieur, rédigé d'un commun accord par le chef de service et le comité d'hygiène hospitalière, comporte entre autres les dispositions suivantes :
 - a) Les conditions d'accès aux différentes zones du quartier d'accouchement, tant pour les médecins, le personnel, les patientes et leurs époux que pour le matériel, afin de respecter de façon optimale les règles d'hygiène et de stérilité.
 - b) Les modalités relatives au transport du matériel ainsi qu'aux déplacements des patients et du personnel dans le quartier d'accouchement.
 - c) Toutes les mesures à prendre pour éviter que le matériel ~~soit~~ ~~soit~~ stérile entre en contact avec le matériel propre ou stérile.
 - d) Les techniques de nettoyage pour le quartier d'accouchement.
 - e) Les mesures à prendre lors d'une contamination éventuelle d'un local du quartier d'accouchement.

2. Chaque accouchement doit être consigné dans un registre. Il faut noter au moins l'identité de la patiente ou le numéro de son dossier médical, le nom du ou des obstétriciens et du ou des anesthésistes, la date, l'heure et la nature de l'accouchement, le poids et le sexe du nouveau-né.
3. Le compte rendu de l'accouchement doit figurer dans le dossier médical de la mère.
Un rapport d'évaluation du nouveau-né doit être rédigé par le pédiatre et joint au dossier médical du nouveau-né; ce rapport doit mentionner le score APGAR ainsi que les données biométriques de base.
4. Le degré d'asepsie du quartier d'accouchement fera l'objet d'un contrôle au moyen d'examen bactériologiques appropriés, et ce au minimum tous les trois mois.
5. La fiabilité de l'appareillage d'anesthésie et des appareils de réanimation doit être testée au moins deux fois par an.

III. Normes d'organisation :

1. Le staff médical :

- 1.1. Le médecin-chef de service doit veiller au respect de toutes les dispositions du règlement d'ordre intérieur.
- 1.2. Le médecin-chef de service est tenu de rédiger un rapport annuel des activités du quartier d'accouchement, comprenant entre autres les données relatives à la mortalité maternelle et périnatale.

2. Les accoucheuses :

- 2.1. Les activités journalières s'effectuent sous la surveillance de l'accoucheuse en chef.
 - 2.2. Il faut prévoir 6 accoucheuses afin d'assurer la permanence dans les deux salles d'accouchement.
 - 2.3. Il faut prévoir 9 accoucheuses afin d'assurer la permanence dans les trois salles d'accouchement.
-

NORMES SPECIALES APPLICABLES AU SERVICE DE SOINS NEONATAUX (S.N.)

1. Le service de soins néonataux (S.N.) est destiné et réservé exclusivement à l'admission et aux soins des nouveau-nés ne pouvant pas rester auprès de leur mère et ne nécessitant pas de traitement intensif.
Le service doit prendre en charge et soigner les nouveau-nés à haut risque pendant une courte période transitoire précédant le transfert vers un service de soins néonataux intensifs (S.N.I.).
2. Des liens fonctionnels avec un service de soins néonataux intensifs (S.N.I.) doivent faire l'objet d'une convention écrite. Cette convention déterminera, entre autres, les catégories de nouveau-nés devant être transférés dans un service S.N.I. ainsi que les conditions pour le retour dans le service S.N.

I. NORMES ARCHITECTURALES.

Les locaux constitueront une entité clairement distincte des autres services hospitaliers de l'établissement.

Le service doit comprendre 6 lits au minimum. Si le service comprend moins de 15 lits, il doit être intégré, en tant qu'unité distincte, dans un service E. Si le service compte 15 lits en plus, il doit être conçu de façon autonome.

L'unité comprendra les locaux suivants :

1. Un sas d'entrée pour la section infirmière.

Le sas d'entrée doit comporter des dispositifs pour le lavage des mains et l'échange des blouses.

2. Les locaux d'hospitalisation comprendront les incubateurs et les lits.
La température des locaux doit pouvoir être portée à 28° C.
Le degré d'humidité doit pouvoir être stabilisé.

3. Un local d'isolement.

Ce local est destiné à l'isolement et à l'observation des enfants soupçonnés d'infection.

Il sera pourvu d'un sas permettant le lavage des mains et l'échange des blouses.

4. L'unité comprendra en outre les locaux techniques suivants :

- 4.1. Un local d'examen.
- 4.2. Un bureau pour les médecins.
- 4.3. Un local pour le personnel infirmier.

- 4.4. Deux locaux distincts destinés à entreposer et à manipuler respectivement le matériel et le linge propres et le matériel et le linge sales.
 - 4.5. Une biberonnerie destinée à préparer l'alimentation des nouveau-nés. Elle doit comporter 2 locaux distincts : l'un pour le nettoyage et l'autre pour la préparation, après stérilisation, des biberons. On doit pouvoir disposer à tout moment de tétines aseptiques. Ces locaux peuvent être situés en dehors du service.
 - 4.6. Il y a lieu de prévoir un local servant au prélèvement et à la conservation du lait maternel.
5. Un local d'accueil et d'information pour les parents sera prévu.
Les locaux visés aux points 4 et 5 peuvent être prévus en commun avec le service E si les lits N sont intégrés dans ce service.
 6. Les parents doivent avoir la possibilité de voir leurs enfants hospitalisés et d'y avoir accès. Ils doivent être dans une mesure croissante associés à l'administration des soins de leur propre enfant.
 7. L'accès des vestiaires et du sanitaire doit être conçu de façon à rendre obligatoire le passage par un sas ainsi que le lavage des mains.

II. NORMES FONCTIONNELLES.

1. Le service doit pouvoir appliquer à tout moment la réanimation cardio-respiratoire, la ventilation mécanique de courte durée, ainsi que l'alimentation parentérale de courte durée.
La concentration de l'oxygène administré, le degré de saturation d'oxygène du nouveau-né, la température, l'activité cardiaque et pulmonaire doivent pouvoir être contrôlées de façon continue.
Chaque local de soins doit disposer d'oxygène, d'air comprimé et d'un dispositif d'aspiration.
2. Le service doit disposer, dans un délai minimum, du résultat des analyses biologiques indispensables au contrôle et aux thérapies précitées. Ces examens doivent pouvoir s'effectuer au moyen de microtechniques.
3. Le service doit pouvoir disposer, dans un délai minimum, du résultat des examens radiologiques effectués dans l'établissement et nécessaires au contrôle des thérapies précitées. Certains examens radiologiques, y compris l'échographie, doivent pouvoir être effectués dans le service.

4. Les observations et les constatations faites par le personnel médical, infirmier et paramédical doivent être consignées et jointes au dossier du patient.
Le dossier sera tenu à jour et mis en permanence à la disposition des personnes qualifiées.
5. Les médecins donneront journellement, pour chaque nouveau-né, les instructions et les directives qui seront consignées sur une feuille; celle-ci sera jointe au dossier médical lorsque l'enfant quittera le service.
6. Le service S.H. doit collaborer à l'enregistrement périnatal, tenu à jour dans la maternité où est né l'enfant.

III. Normes d'organisation.

1. Staff médical.

- 1.1.1. La direction du service est assurée par un médecin reconnu spécialiste en pédiatrie, exerçant son activité hospitalière exclusivement dans l'établissement.

Le médecin-chef de service est responsable du bon fonctionnement et du niveau scientifique de son service, avec tous les droits et obligations qui en découlent. Par des informations, des prises de contact, la coordination, et certaines interventions dans les domaines qui influent directement ou indirectement sur le bon fonctionnement du service, il veille à assurer un traitement optimal dans le cadre d'une durée de séjour minimale.

Ces mesures sont consignées dans un règlement d'ordre intérieur.

- 1.1.2. Le médecin-chef de service est tenu, de par sa responsabilité, de prendre toutes les mesures garantissant la continuité des soins aux nouveau-nés.
 - 1.1.2.1. Dans l'établissement, la permanence pour les sections d'hospitalisation doit être assurée par au moins un médecin lié à plein temps à l'hôpital.
 - 1.1.2.2. Le service doit pouvoir à tout moment faire appel à et disposer d'un pédiatre expérimenté en néonatalogie exclusivement à l'hôpital pour son activité hospitalière.
 - 1.1.2.3. Il faut pouvoir s'assurer, dans un minimum de temps, la collaboration des médecins-spécialistes dont la présence est requise pour le traitement du nouveau-né.

- 1.1.2.4. Le chef de service dresse une liste des rôles de garde.
Cette liste est affichée dans le service et transmise au médecin qui assure la permanence à l'hôpital.

2. Personnel infirmier soignant, et autre.

- 2.1. L'infirmier en chef doit avoir reçu une formation de niveau A1 et sera de préférence gradué en pédiatrie.
Il doit avoir reçu une formation complémentaire en néonatalogie.
- 2.2. Par lit, le service disposera au moins de 1/2 membres de personnel infirmier.
Le service doit être assuré en permanence par un infirmier gradué, un infirmier gradué pédiatrique ou une accoucheuse.
- 2.3. Le personnel d'entretien sera en nombre suffisant pour permettre le nettoyage journalier du service.
- 3.1. Le règlement d'ordre intérieur stipulera entre autres les points suivants :
les modalités d'accès au service, les règles d'asepsie applicables au personnel, le règlement des examens périodiques du personnel et les mesures à prendre en cas d'infection à caractère épidémique dans le service.
- 3.2. Aucun enfant ne peut quitter le service sans que l'on se soit assuré qu'il continuera de recevoir les soins adéquats.
- 3.3. Lorsqu'il n'existe aucun empêchement d'ordre administratif ou juridique, les cas de décès doivent faire l'objet d'une autopsie.
-

Normes Spéciales Applicables au Service de Soins Néonataux Intensifs. (S.N.I.)

1. Le service de soins néonataux intensifs (S.N.I.) est destiné et réservé exclusivement à l'admission et aux soins des nouveau-nés nécessitant un traitement intensif.
2. Le service de soins néonataux intensifs soigne tant les enfants nés dans la maternité de l'hôpital que ceux adressés par les services de soins néonataux d'autres établissements.
3. Le service de soins néonataux et le service de soins néonataux intensifs constituent une entité unique sur le plan architectural, fonctionnel et organisationnel.

I. NORMES ARCHITECTURALES.

Le service doit comporter au moins 15 lits, dont 8 au moins destinés aux soins néonataux intensifs.

Les locaux du service constitueront une entité clairement distincte des autres services hospitaliers de l'établissement.

Le service comprendra les locaux suivants :

1. - Un sas d'entrée pour la section infirmière.

Le sas d'entrée doit comporter des dispositifs pour le lavage des mains et l'échange des blouses.

2. - Un ou plusieurs locaux destinés aux soins intensifs.

Ceux-ci doivent comprendre les incubateurs et les lits.

La température de ces locaux doit pouvoir être portée à 28° C et le degré d'humidité doit être maintenu en permanence entre 50 et 60 %.

Le système de climatisation ne peut pas être de nature à favoriser la propagation de germes.

3. - Un local avec deux isolements.

Ce local devant répondre aux normes susmentionnées concernant le système de climatisation, est destiné à l'isolement et à l'observation des enfants soupçonnés d'infection.

Il sera pourvu d'un sas permettant le lavage des mains et l'échange des blouses.

4.-L'unité comprendra en outre les locaux techniques suivants :

- 4.1. Un local d'examen.
- 4.2. Un bureau pour les médecins.
- 4.3. Un local pour le personnel infirmier.
- 4.4. Deux locaux distincts destinés à entreposer et à manipuler respectivement le matériel et le linge propres et le matériel et le linge sales.
- 4.5. Une biberonnerie destinée à préparer l'alimentation des nouveau-nés. Elle doit comporter 2 locaux distincts : l'un pour le nettoyage et l'autre pour la préparation, après stérilisation, des biberons. On doit pouvoir disposer à tout moment de tétines aseptiques. Ces locaux peuvent être situés en dehors du service.
- 4.6. Il y a lieu de prévoir un local servant au prélèvement et à la conservation du lait maternel.

5.-Un local d'accueil et d'information pour les parents sera prévu.

6.- Les parents doivent avoir la possibilité de voir leurs enfants hospitalisés et d'y avoir accès. Ils doivent être dans une mesure croissante associés à l'administration des soins de leur propre enfant.

7.-L'accès des vestiaires et du sanitaire doit être conçu de façon à rendre obligatoire le passage par un sas ainsi que le lavage des mains.

II. NORMES FONCTIONNELLES.

1. - L'administration d'oxygène, l'emploi d'air comprimé ainsi que l'aspiration doivent être assurés pour chaque lit.

Le service doit à tout moment être à même d'appliquer la réanimation cardiorespiratoire ainsi que la respiration artificielle de longue durée. Le service doit, à cet effet, disposer d'au moins 12 moniteurs néonataux et de 6 respirateurs néonataux.

Par lit de soins intensifs, le service disposera des appareils suivants :

- 1 incubateur ou table de soins intensifs.
- 2 arrivées d'air et d'oxygène et un vide.
- 1 mélangeur d'air-oxygène.
- 1 humidificateur-réchauffeur de mélange gazeux.
- 1 monitoring cardiorespiratoire et de température.
- 1 monitoring de PO_2 et PCO_2 transcutanées.
- 1 monitoring de pression artérielle non invasive.
- 1 respirateur néonatal.
- 2 pompes à perfusion.
- 2 buses-seringues.

Le service doit être à même d'administrer l'alimentation parentérale sur une longue durée. Il doit, pour ce faire, disposer d'une large panoplie de pompes à infusion et à perfusion.

2. - Le service doit pouvoir disposer, dans un délai minimum, du résultat des analyses biologiques indispensables au contrôle et aux thérapies précitées. Ces examens doivent pouvoir s'effectuer au moyen de microtechniques.

Le service doit disposer sur place d'un analyseur du pH et des gaz du sang et d'un appareil de mesure de la glycémie.

3. - Il doit être possible d'effectuer de petites interventions chirurgicales (par exemple drainage plural, etc...)

4. - Le service doit pouvoir disposer, dans un délai minimum, du résultat des examens radiologiques effectués dans l'établissement et nécessaires au contrôle des thérapies précitées.

Le service doit disposer d'un appareil de radiographie mobile et d'un appareil d'échographie.

5. - Les constatations faites par le personnel médical, infirmier et paramédical doivent être consignées et jointes au dossier du patient. Le dossier sera tenu à jour et mis en permanence à la disposition des personnes qualifiées.

6. - Les médecins donneront journellement, pour chaque nouveau-né, les instructions et les directives qui seront consignées sur une feuille; celle-ci sera jointe au dossier médical lorsque l'enfant quittera le service.

7. - Le service doit disposer d'une ambulance équipée d'une couveuse et pourvue d'un système de réanimation et de monitoring, et équipée pour le transport des nouveau-nés.

Le service doit pouvoir assurer, immédiatement après l'appel, le transport sous surveillance médicale dans les meilleures conditions.

Le médecin accompagnant le nouveau-né aura dès lors une expérience pratique en ce qui concerne le traitement et la réanimation des nouveau-nés.

8. - Le service S.M.I. doit collaborer à l'enregistrement périnatal, tenu à jour dans la maternité où est né l'enfant.

Le service S.M.I. établit un rapport annuel permettant d'apprécier son activité de soins lourds, comprenant notamment le nombre d'admission de nouveau-nés de moins de 1500 g., le nombre de transferts, le total des journées de ventilation et de perfusion parentérales totale et le nombre de cas chirurgicaux.

III. FORMES D'ORGANISATION.

1. Staff médical.

- 1.1.1. La direction du service est assurée par un médecin reconnu spécialiste en pédiatrie, exerçant son activité hospitalière exclusivement dans l'établissement.

Le médecin-chef de service est responsable du bon fonctionnement et du niveau scientifique de son service, avec tous les droits et obligations qui en découlent. Par des informations, des prises de contact, la coordination, et certaines interventions dans les domaines qui influent directement, ou indirectement sur le bon fonctionnement du service, il veille à assurer un traitement optimal dans le cadre d'une durée de séjour minimale.

Ces mesures sont consignées dans un règlement d'ordre intérieur.

- 1.1.2. Le médecin-chef de service est tenu, de par sa responsabilité, de prendre toutes les mesures garantissant la continuité des soins aux nouveau-nés.

1.1.2.1. Dans l'établissement, la permanence pour les sections d'hospitalisation doit être assurée par au moins un médecin lié à plein temps à l'hôpital.

1.1.2.2. Un pédiatre expérimenté en néonatalogie, lié exclusivement à l'hôpital pour son activité hospitalière, doit être présent dans l'établissement, en permanence, 24 heures sur 24.

Cette permanence peut également être assurée par un médecin en cours de formation en pédiatrie, à condition d'avoir suivi durant deux ans au moins une formation de postgraduat, d'avoir un programme de stage mentionnant le service où il assure la permanence et d'avoir été familiarisé avec tous les aspects du traitement urgent et de la réanimation pour sa spécialisation.

Si la permanence est assurée par un médecin-spécialiste en cours de formation, il faut pouvoir appeler 24 h sur 24 un médecin-spécialiste de la même discipline.

1.1.2.3. Il faut pouvoir s'assurer, dans un minimum de temps, la collaboration des médecins-spécialistes dont la présence est requise pour le traitement du nouveau-né.

1.1.2.4. Le chef de service dresse une liste des rôles de garde. Cette liste est affichée dans le service et transmise au médecin qui assure à l'hôpital la permanence pour les autres services d'hospitalisation.

1.1.3. Par 15 lits, le chef de service sera assisté de 2 pédiatres expérimentés en néonatalogie, liés exclusivement à l'hôpital pour leur activité hospitalière.

2. Personnel soignant et infirmier.

2.1. L'infirmier en chef doit avoir reçu une formation de niveau 5/1 et sera de préférence gradué en pédiatrie. Il doit avoir reçu une formation complémentaire en néonatalogie.

2.2. Par lit de soins intensifs, le service disposera au moins de 2,5 infirmiers gradués, infirmiers gradués pédiatriques ou accoucheuses. Le service doit être assuré en permanence par un infirmier gradué, un infirmier gradué pédiatrique ou une accoucheuse.

2.3. Un collaborateur administratif par unité de 15 lits.

2.4. Le personnel d'entretien sera en nombre suffisant pour permettre le nettoyage journalier du service.

3.1. Le règlement d'ordre intérieur stipulera entre autres les points suivants :
les modalités d'accès au service, les règles d'asynopsie applicables au personnel, l'entretien du service, le règlement des examens périodiques du personnel et les mesures à prendre en cas d'infection à caractère épidémique dans le service.

3.2. Aucun enfant ne peut quitter le service sans que l'on soit assuré qu'il continuera de recevoir les soins adéquats.

3.3. Dans la mesure où il n'existe aucun empêchement d'ordre administratif ou juridique, les cas de décès doivent faire l'objet d'une autopsie.

Le Président de la section,

Le Président du Conseil,

Dr J. BOTTEQUIN.

Dr J. PEERS.