

---  
**Direction générale de l'Organisation  
des Etablissements de Soins**

---  
**CONSEIL NATIONAL DES  
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS.**

---  
**Section «Programmation & Agrément »**  
---

**Réf. : CNEH/D/273-2 (\*)**

## **AVIS CONCERNANT LES SERVICES NIC**

Pour le Pr. J. Janssens, Président,  
Le secrétaire,

C. Decoster

(\*) Cet avis a été ratifié par le Bureau spécial le 13 juillet 2006

## **CONSEIL NATIONAL DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS**

### **Composition du Groupe de travail :**

BLOCKX P., DE TOEUF J., DE WIN M., DETAILLEUR M., DETEMMERMAN D., DEVOS D., DUCKERS M., KEIRSE M., LEJEUNE Ph., LUCET C., VAN DAELE B. et VAN DEN OEVER R.

### **Experts invités :**

DEVLIEGER H., HAUMONT D., LANGHENDRIES J.P., VANHAESEBROUCK P. et VERELLEN G.

**Dates des réunions :** 14.03.2006, 25.04.2006 et 31.05.2006.

Le ministre R. DEMOTTE a demandé le 20.01.2006, par écrit, au CNEH de lui fournir, dans les deux mois, un avis concernant d'une part, les adaptations éventuelles à apporter aux normes d'activité des services NIC telles que déterminées par l'AR du 20 août 1996 et, d'autre part, l'opportunité de lier ou non l'agrément des services NIC à l'organisation d'un suivi postnéonatal des nouveau-nés prématurés graves (p.ex. < 1.250 g. ou < 30 semaines).

Etant donné que le CNEH a estimé préférable d'évaluer d'une manière plus globale les critères d'agrément existants pour les services néonataux et de demander à ce propos l'avis du Collège des médecins pour la mère et le nouveau-né (section néonatalogie) et de l'Association belge de néonatalogie, une lettre du 21.03.2006 demandait au ministre de bien vouloir prolonger le délai de deux mois.

Etant donné qu'il a été constaté au cours d'une première discussion que le financement, tant des services NIC que des services N\* était indissociable de la conformité aux normes d'activité et de qualité, une invitation à participer, dans la mesure du possible, au Groupe de travail NIC a également été envoyée à la Section Financement du CNEH.

Par la voix de son président, le Prof. G. DURANT, la Section Financement du CNEH a fait savoir qu'elle jugeait préférable de communiquer, le cas échéant, son avis lors de réunions séparées, après que le Bureau du CNEH lui aura fait parvenir le projet d'avis du groupe de travail concernant les services NIC.

La Section Financement du CNEH tient cependant également à souligner qu'elle a déjà émis un avis sur le financement des services NIC le 29.09.2004. Cet avis faisait partie d'une recommandation générale concernant le BMF 2005 dont les lignes de force étaient les suivantes :

- plusieurs études ont fait apparaître des différences significatives entre les 19 services NIC agréés en ce qui concerne tant le taux d'occupation des lits, la durée moyenne de l'hospitalisation, l'enregistrement RIM et RCM des pathologies que le fait de satisfaire aux critères d'agrément relatifs aux normes d'activité ;

- l'accent est mis sur l'importance d'un financement différencié en fonction de la quantité et de la nature de l'activité par le biais d'un modèle adapté d'enregistrement des pathologies.

L'administration a communiqué des données au sujet du nombre annuel de naissances par maternité pour les années 2002-2003-2004 et du nombre de services et de lits NIC agréés à ce jour.

Les constatations suivantes ont été faites par le groupe de travail au cours d'une première réunion portant sur les soins néonataux ; elles ont été soumises au groupe d'experts en néonatalogie invités :

1. Les critères d'activité minimale (AR 20.08.1996 - art. 3, I Dispositions générales) ne permettent pas de distinguer suffisamment les différents services de néonatalogie suivant la lourdeur de la pathologie traitée.  
A cet effet, on peut éventuellement recourir à un enregistrement de pathologie tel qu'il a été élaboré par le Collège national des Pédiatres – Néonatalogues ou à l'enregistrement classique existant avec une conversion en codes APR-DRG.  
On attire l'attention sur le fait que, pour distinguer les centres NIC, il faut également tenir compte, outre les critères de pathologie, par exemple, de la chirurgie correctrice néonatale pour les malformations congénitales, des formes de collaboration et des degrés de gravité qui diffèrent assez bien au sein des mêmes entités diagnostiques.
2. Les services NIC actuels connaissent un financement relativement rigide et structurel, qui tient compte des normes d'encadrement obligatoires (2,5 infirmiers TP par lit), mais absolument pas de la lourdeur réelle des pathologies et de l'intensité de l'activité infirmière.  
La préférence du groupe de travail va à un système de financement qui tient compte de la pathologie traitée et de son degré de gravité (APR-DRG sous sa forme adaptée).  
On peut trouver des paramètres supplémentaires pour mesurer l'intensité des soins par pathologie via l'activité exprimée en prestations de nomenclature INAMI déterminées, mais ces paramètres doivent être adaptés et certaines techniques actuelles (ventilation N-CAP et électrodes transcutanées pour le monitoring des gaz du sang, par exemple) ne sont pas encore remboursées séparément via la nomenclature de l'assurance maladie obligatoire et ne peuvent, par conséquent, pas encore être enregistrées non plus comme critères d'intensité des soins.
3. Le financement existant des services NIC n'accorde aucune importance à certains éléments de l'exploitation quotidienne d'un département de néonatalogie comme les différentes formes d'accueil et d'hébergement des parents, à standardiser, et la présence obligatoire d'un ½ ETP psychologue clinicien pour 15 lits NIC.  
Un jeu de paramètres, qui mesurent spécifiquement la qualité des soins, et qui devraient permettre, de préférence, un financement plus ciblé n'est pas suffisamment mis au point.  
Un système d'enregistrement financé est nécessaire qui permet un suivi standardisé des nouveau-nés à haut risque.
4. Le nombre actuel de services NIC agréés a été bloqué par le biais d'un moratoire introduit le 01/02/1989 (certaines dérogations étant autorisées par l'arrêté royal du 23/12/1993). Globalement, il y a peut-être suffisamment, voire même trop de lits NIC, mais le taux d'occupation et surtout la gravité de la pathologie traitée varient très fort en fonction du service NIC.

Un grand nombre d'admissions NIC ne répondraient pas, en réalité, aux critères de soins intensifs néonataux, et le faible taux d'occupation de certains services NIC serait complété par des admissions qui relèvent plutôt de la fonction néonatale N\*.

Les résultats d'une étude réalisée en 1999, à la demande du ministère de la Santé publique, sur l'activité de 17 services NIC ont été commentés in extenso devant les membres du groupe de travail ; ils font apparaître de grandes différences entre les services pour ce qui est de l'intensité des soins médicaux et infirmiers et démontrent qu'il n'y a aucun lien entre le nombre de lits agréés (taille du service NIC) et l'intensité des soins dispensés (gravité de la pathologie traitée).

L'enregistrement existant et une évaluation par période de trois ans peuvent permettre de détecter les admissions non justifiées et de distinguer les services NIC plus "légers" des plus "lourds".

Cette information permet de développer un financement mieux calculé, "sur mesure", des services NIC, en fonction de la pathologie néonatale effectivement traitée et sur la base des journées d'hospitalisation justifiées, et ce tant pour les services NIC que pour la fonction N\* (voir 5.)

5. Des sections avec une intensité des soins dispensés plus ou moins importante sont dénombrées également dans les fonctions N\* et un enregistrement complet et correct permet ici aussi un financement sur mesure.

La fonction néonatale N\* actuelle jouit d'un financement manifestement insuffisant. Le financement commun par le biais d'une facture d'hospitalisation (INAMI) de la mère et de l'enfant dans la première phase néonatale, et aussi longtemps que la mère est hospitalisée au service M, est dépassé à cet égard. La préférence du groupe de travail va à l'octroi d'un statut distinct et propre en tant que patient hospitalisé au nouveau-né, qui doit être hospitalisé dans la fonction N\* pour des raisons médicales.

Un certain nombre de grands services M ( $\geq 1.500$  naissances /année, par exemple) ne disposent, en effet, pas à l'heure actuelle d'un service NIC alors qu'un plus grand nombre d'enfants présentant une pathologie néonatale sont tout de même admis dans leur propre fonction N\*, dont le financement et l'encadrement sont insuffisants à cet effet.

Pour sélectionner et élaborer des propositions concrètes pour l'adaptation des normes de programme et d'agrément existantes de fonctions et services néonataux, le groupe de travail décide de faire appel à une représentation du Collège national de Pédiatrie – Néonatalogie et à une représentation de l'Association belge de Néonatalogie.

Le point de vue des néonatalogues belges est exposé par le Collège des médecins pour la mère et le nouveau-né (section néonatalogie), par la voix de son président, le Prof Dr P. VANHAESEBROUCK, dans une note de consensus très détaillée.

Les six points de la note de consensus sont passés en revue intégralement ci-après, avec chaque fois le commentaire du groupe de travail :

1. L'introduction complète du principe des lits justifiés pour les services NIC est acceptée comme méthode de répartition équitable des moyens en fonction du volume et de la gravité de la pathologie traitée au sein de ces services. Les codes APR-DRG adaptés à la pathologie spécifique des nouveau-nés à haut risque sont un instrument à développer pour compléter le RIM (plus tard le RIM2 ), éventuellement affinés au moyen du score N3. L'objectif à atteindre ne peut être équitable que sur la base d'un enregistrement simple et sans équivoque qui n'est PAS ajouté aux systèmes existants mais les remplace. L'introduction (partielle) de l'enregistrement des pathologies dans le contexte d'une fonction N\* à partir du premier jour de la vie donnera un statut propre au nouveau-né hospitalisé et permettra d'attribuer un financement mieux adapté (cf. point 5 document Groupe de travail ad hoc) aux fonctions N\* associées à des maternités avec un nombre élevé d'accouchements (p.ex. > 1.000 – 1.250/an)

Commentaire

*Les obligations actuelles d'enregistrement prévoient depuis 1999 que tous les nouveau-nés sont encodés au sein du RCM (poids à la naissance, score APGAR, codes de procédure, code de diagnostic). Pour ceux qui ont été admis dans une fonction N\*, l'enregistrement de cette fonction N\* dans le fichier unité résidentielle n'est pas obligatoire (libre choix du code de service). Il est donc parfaitement possible d'avoir déjà une idée de la gravité de la pathologie des nouveau-nés dans les services non-NIC.*

2. Une simplification – 4 critères d'activité seulement – est proposée étant entendu qu'au moins 3 de ces critères doivent être réalisés pour obtenir ou conserver l'agrément.
  - 2.1. Chaque année, au moins 50 nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 1.500 grammes sont admis dans le service NIC concerné.
  - 2.2. Chaque année, au moins 20% des admissions dans le service NIC concernent des transferts intra- utérins ou extra-utérins.
  - 2.3. Chaque année, le service NIC agréé traite tous les nouveau-nés qui nécessitent des soins intensifs provenant d'au moins 5.000 accouchements/an conformément à l'article 6 §1er de l'AR du 20-08-1996 (normes d'agrément fonction P).
  - 2.4. Chaque année, au moins 50% des patients NIC ayant fait l'objet d'un transfert intra-utérin ou extra-utérin sont retransférés vers l'établissement référant pour la suite du traitement hospitalier.

Commentaire

*Le groupe de travail approuve le point de vue selon lequel le critère de la ventilation invasive (intubation) donne toujours une bonne indication d'une certaine forme de lourdeur de la pathologie mais peut actuellement sans aucun doute être remplacée par un enregistrement adapté (APR-DRG).*

*De plus, d'autres techniques de ventilation non invasives (CPAP nasal) peuvent également être utilisées comme critère de la gravité de la pathologie mais, à l'heure actuelle, elles ne sont pas encore intégrées en tant que telles dans la nomenclature des prestations de santé de l'INAMI.*

3. L'encadrement médical d'un service NIC doit être adapté d'urgence conformément aux Directives européennes en vigueur concernant le temps de travail. Le service NIC doit disposer, pour 4 lits NIC justifiés, en ce compris le chef de service NIC, d'un équivalent plein temps spécialiste en pédiatrie, soit porteur du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en néonatalogie, soit qui reçoit la formation pour ce titre professionnel particulier.

Commentaire

*Le groupe de travail peut se rallier à l'argumentation du panel d'experts mais attire cependant l'attention sur le risque de fixer des critères d'encadrement artificiellement élevés comme norme d'agrément à un moment où l'offre de pédiatres-néonatalogues disponibles pour une fonction intramurale est plutôt limitée. Les services d'inspection des Communautés ont déjà signalé par le passé que le respect des exigences en termes de garde médicale constituait un problème croissant pour les services NIC et MIC non universitaires. Même les médecins spécialistes en formation (au moins 3<sup>o</sup> année) ne permettent pas de résoudre le problème du respect des critères en matière de garde médicale. La meilleure solution consiste à assortir cette exigence sévère relative à l'encadrement médical d'un financement adéquat de ladite garde médicale, également en rapport avec la gravité de la pathologie traitée.*

4. Comme indiqué dans la demande d'avis du ministre, il est recommandé d'intégrer l'organisation et le financement du suivi standardisé des nouveau-nés à haut risque (p.ex. < 1.500 g. ou < 32 semaines) dans les critères d'agrément d'un service NIC.

Commentaire

*Le groupe de travail appuie cette recommandation à l'unanimité.*

5. Le fait de devoir disposer d'un psychologue clinicien à mi-temps pour 15 lits NIC est une importante norme d'agrément pour les services NIC, d'une part, en appui du parent et de la famille mais aussi en soutien des travailleurs de la santé du service NIC. Le suivi des nouveau-nés à haut risque sera l'une des tâches du psychologue clinicien à recruter. La collaboration avec la fonction MIC sera recherchée dans le but d'assurer la continuité du soutien psychologique périnatal à la lumière du nombre croissant de transferts intra-utérins.

Commentaire

*Le groupe de travail soutient cette recommandation à l'unanimité.*

6. Dans le contexte de l'évolution des techniques médicales telle qu'évoquée par le ministre dans sa lettre du 20-01-2006, il est recommandé de revaloriser financièrement ou d'introduire les activités techniques suivantes :

6.1. Encadrement médical du transport extra-utérin (599303) : suggestion = C150.

6.2. Surveillance continue de la CPAP nasale (fonction N\* maximum 24 heures) : suggestion = N100 par jour pendant 28 jours, ensuite N40 les jours suivants.

- 6.3. Insertion d'un cathéter percutané profond chez le nouveau-né : suggestion = K30.
- 6.4. Monitoring transcutané continu et non invasif de pCO<sub>2</sub>/pO<sub>2</sub>: suggestion = N15 par jour pendant 28 jours.
- 6.5. Financement d'un suivi postnéonatal standardisé des nouveau-nés à haut risque dans lequel un rôle essentiel est réservé au pédiatre référent.
- 6.6. Monitoring continu des fonctions cérébrales (CFM) ou aEEG (EEG à amplitude intégrée) (477411-477422) (uniquement service NIC) : suggestion = K150, à prescrire au maximum 3 fois.
- 6.7. Financement de la ventilation au monoxyde d'azote ou iNO. Tous les acteurs concernés souhaitent que des dispositions concrètes soient convenues d'urgence pour assurer l'application de cette technique dans des conditions sûres d'un point de vue médical.
- 6.8. Le transfert intra-utérin doit être honoré et doit produire un bonus pour la maternité sous la forme de points supplémentaires en compensation de la baisse locale du nombre d'accouchements.
- 6.9. Accorder un soutien aux soins en appui du développement comme par exemple NIDCAP.

Commentaire

*Même si le groupe de travail reconnaît l'existence d'un financement actuellement insuffisant de la garde médicale, le financement par le biais des honoraires pour les prestations techniques de la nomenclature ne peut, en tant que tel, résoudre le problème.*

*Certaines propositions concrètes d'adaptations souhaitées de la nomenclature (pt. 6.1., 6.2., 6.3., 6.6. et 6.8. par exemple) peuvent être communiquées au Conseil technique médical de l'INAMI pour suite utile.*

Après discussion, le CNEH conclut de transmettre au ministre les avis suivants :

**AVIS CONCERNANT LES SERVICES NIC**

**I. NORMES D'AGREMENT DES SERVICES NIC**

- a. **Un service NIC doit réaliser au moins trois des normes d'activité suivantes pour obtenir et conserver son agrément.**
  - 1. **Chaque année, au moins 50 nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 1.500 grammes sont admis dans le service.**
  - 2. **Chaque année, au moins 20% des admissions dans le service NIC concernent des transferts intra- utérins ou extra-utérins.**
  - 3. **Chaque année, le service traite les nouveau-nés qui nécessitent des soins intensifs provenant d'au moins 5.000 accouchements par le biais d'accords de collaboration avec des services M et N\* (norme d'agrément fonction P, AR 20.08.1996 – Art. 6)..**
  - 4. **Chaque année, au moins 50% des patients ayant fait l'objet d'un transfert intra-utérin ou extra-utérin sont retransférés vers l'établissement référant.**
  
- b. **Pour 4 lits NIC justifiés, le service NIC agréé doit disposer, en ce compris le chef de service NIC, d'un équivalent plein temps spécialiste en pédiatrie, soit porteur du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en néonatalogie, soit qui reçoit la formation pour ce titre professionnel particulier. Une indemnisation et des honoraires adaptés du pédiatre-néonatalogue travaillant intramuros et des néonatalogues ayant reçu une formation suffisante sont essentiels à ce propos.**
  
- c. **L'organisation d'un suivi standardisé des nouveau-nés à haut risque (p.ex. < 1.500 g. ou < 32 semaines) fait partie des normes d'agrément. Les moyens financiers requis doivent être prévus à cet effet.**
  
- d. **L'obligation de disposer d'un psychologue clinicien à mi-temps pour 15 lits NIC, chargé de tâches particulières en appui du parent et de la famille mais aussi des travailleurs de la santé du service NIC et en matière de suivi des nouveau-nés à haut risque, fait partie des normes d'agrément organisationnelles. La collaboration avec un service MIC est recommandée.**

## **II. FINANCEMENT D'UN SERVICE NIC**

- **Le principe des lits justifiés pour les services NIC comme méthode d'une répartition équitable des moyens en fonction du volume et de la gravité de la pathologie traitée remplace l'actuel financement rigide et inadapté par lit.**
- **Un financement similaire de la pathologie doit être introduit simultanément pour la fonction N\*.**
- **Un système d'enregistrement uniforme sur la base des APR-DRG- Néonatalogie-Affections périnatales, peut être introduit dès à présent pour chaque nouveau-né admis, que ce soit dans un service NIC ou une fonction N\*.**

**Les données disponibles via les codes APR-DRG pour les services NIC et les fonctions N\* peuvent être utilisées déjà à partir du 01.01.2007 pour implémenter un financement sur la base des lits justifiés.**

Une distinction doit être opérée à cet égard entre les hospitalisations N\* primaires et secondaires après retransfert intra- ou extramuros.

En cas de retransfert vers une fonction N\*, le poids enregistré sera le poids lors de la sortie du service NIC et non pas le poids à la naissance.