

Arrêté n° 2009-2321/GNC du 5 mai 2009 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les structures sanitaires pour être autorisées à pratiquer les activités de centre périnatal de proximité, d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale

Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie,

Vu la loi organique modifiée n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la loi modifiée n° 99-210 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la délibération modifiée n° 429 du 3 novembre 1993 portant organisation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la délibération n° 67 du 1^{er} août 1997 portant code de déontologie médicale ;

Vu la délibération modifiée n° 171 du 25 janvier 2001 relative à la carte et aux schémas d'organisation sanitaire de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la délibération n° 172 du 25 janvier 2001 relative aux conditions de fonctionnement dans la pratique de l'anesthésie ;

Vu la délibération n° 375 du 7 mai 2003 relative à l'exercice de la profession de sage-femme ;

Vu la délibération n° 298 du 14 août 2007 fixant le nombre de membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu la délibération n° 2007-28D/GNC du 24 août 2007 chargeant les membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie d'une mission d'animation et de contrôle d'un secteur de l'administration ;

Vu l'arrêté n° 2007- 4818/GNC-Pr du 22 août 2007 constatant la prise de fonctions des membres du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie ;

Vu l'arrêté n° 2007-4820/GNC-Pr du 22 août 2007 constatant la prise de fonctions du président et de la vice-présidente du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie,

Arrête :

TITRE I

CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT AUXQUELLES DOIVENT SATISFAIRE LES CENTRES PÉRINATAUX DE PROXIMITÉ (CPP)

CHAPITRE I : LE PERSONNEL

Article 1^{er} : Chaque centre périnatal de proximité doit garantir pour son fonctionnement habituel :

- une responsabilité médicale 24 heures sur 24 ;
- la présence d'une sage-femme aux heures ouvrables ;
- la consultation régulière d'un gynécologue obstétricien.

En cas d'hospitalisation pré ou post-natale, chaque CPP doit garantir :

- une organisation paramédicale 24 heures sur 24 ;
- un accès à un avis pédiatrique.

Les CPP peuvent éventuellement comporter :

- une activité de consultation pré-anesthésique ;
- l'intervention d'une équipe psychiatrique.

CHAPITRE II : LE MATÉRIEL

Article 2 : Chaque CPP doit détenir au moins le matériel suivant :

- un électro-cardiogramme opérationnel ;
- un échographe.

Un accès aux examens biologiques et radiologiques de routine doit y être garanti.

Tout centre périnatal de proximité doit, en outre, être doté des équipements lui permettant de répondre à la survenue en urgence d'un accouchement inopiné ; il doit ainsi offrir à la parturiente les prestations suivantes :

- une table d'accouchement ;
- la surveillance automatisée de la tension artérielle (dynamap) ;
- la perfusion automatisée (pousse seringue) ;
- le contrôle continu du rythme cardiaque ;
- le tracé électrocardioscopique maternel ;
- l'oxygénothérapie et la ventilation manuelle au masque.

Les soins au nouveau-né nécessitent que soient accessibles sur place les prestations suivantes :

- une table de réanimation néonatale ;
- l'aspiration et la ventilation manuelle au masque ;
- le maintien de l'équilibre thermique ;
- l'oxygénothérapie ;
- la perfusion automatisée ;
- les prélèvements pour analyses bactériologiques, hématologiques et biochimiques ainsi que le dosage de la glycémie par bandelettes réactives.

Le centre périnatal de proximité dispose, en outre, des médicaments nécessaires à la prise en charge du nouveau-né et d'un incubateur de transport.

CHAPITRE III : LE FONCTIONNEMENT

Article 3 : La structure juridique de rattachement du CPP veille à ce que les matériels et les dispositifs médicaux disponibles :

- soient contrôlés lors de leur première mise en service et lors de toute remise en service ;
- fassent l'objet d'une vérification de leur bon état et de leur bon fonctionnement avant leur utilisation sur un patient ;
- fassent l'objet d'une maintenance organisée, adaptée à leurs conditions d'utilisation ;
- fassent l'objet d'un remplacement rapide en cas d'obsolescence ;
- soient adaptés aux patients traités.

Article 4 : Des documents datés, signés et régulièrement mis à jour, établis sous la responsabilité du médecin responsable du CPP, fixent notamment les procédures et les modalités :

- de la présence et de la disponibilité des personnels du CPP ;
- du recours aux responsables des structures de périnatalité avec lesquelles le CPP a passé une convention ;
- du transfert de la mère, avant ou après l'accouchement, du transfert de l'enfant vers des unités spécialisées, du retour de l'enfant ou de la mère en provenance de ces unités spécialisées ;
- de transferts d'informations ;
- de stérilisation des matériels et dispositifs médicaux, ainsi que de nettoyage, désinfection des locaux, matériels, dispositifs et linges ;
- de toutes les autres mesures organisationnelles pouvant garantir la qualité des soins.

TITRE II

DISPOSITIONS COMMUNES RELATIVES AUX UNITÉS
D'OBSTÉTRIQUE, DE NÉONATOLOGIE
ET DE RÉANIMATION NÉONATALE

Article 5 : L'organisation architecturale des unités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale permet la circulation aisée des patients, même en position allongée, celle du personnel et de tous les matériels et dispositifs médicaux nécessaires.

La conception et la surface des locaux sont adaptées à la réalisation des soins et autres activités de la structure sanitaire. Elles tiennent compte de la surface supplémentaire nécessaire à la présence des accompagnants si celle-ci est autorisée. Chaque secteur est délimité, disposé et équipé de telle sorte que les mesures générales d'hygiène et de sécurité soient applicables.

Article 6 : La structure sanitaire veille à ce que les matériels et les dispositifs médicaux concourant à assurer notamment les soins et les missions prévus au titre III de l'annexe I de la délibération modifiée n° 171 du 25 janvier 2001 susvisée :

- soient contrôlés lors de leur première mise en service dans la structure sanitaire et lors de toute remise en service ;
- fassent l'objet d'une vérification de leur bon état et de leur bon fonctionnement avant leur utilisation sur un patient ;
- fassent l'objet d'une maintenance organisée, adaptée à leurs conditions d'utilisation ;
- fassent l'objet d'un remplacement rapide en cas d'obsolescence ;
- soient adaptés aux patients traités.

Les secteurs de naissance de l'unité d'obstétrique et les secteurs de surveillance et de soins des unités de néonatalogie et de réanimation néonatale bénéficient d'une alimentation électrique permettant de garantir, sans interruption, en cas de défaillance du réseau électrique, le fonctionnement des dispositifs médicaux.

Les dispositifs prévus au présent arrêté constituent des équipements minimaux qui ne préjugent pas de l'adéquation des moyens aux besoins des unités qui doivent être, notamment, fonction du nombre de patientes et de nouveau-nés, de la gravité des pathologies des patients qui y sont traités et des autres spécificités éventuelles des unités.

Article 7 : Les unités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale ont accès, y compris en urgence, tout au long de l'année, 24 heures sur 24, à des produits sanguins (produits sanguins labiles et médicaments dérivés du sang). Ces produits sont délivrés dans des délais compatibles avec des impératifs de sécurité.

Article 8 : Des documents datés, signés et régulièrement mis à jour, établis sous la responsabilité du directeur de la structure sanitaire, après avis des organes représentatifs des structures sanitaires publics ou privés, fixent notamment les procédures et les modalités :

- de la présence et de la disponibilité des personnels médicaux et notamment des gardes et astreintes de ces personnels ;
- de la présence des personnels d'obstétrique, en fonction des facteurs de risques et de la gravité des pathologies traitées ;
- des interventions des pédiatres, en fonction des risques des accouchements ;

- de la présence des médecins anesthésistes-réanimateurs et de leur rôle dans la prise en charge néonatale en l'absence du pédiatre ;
- de la collaboration avec les médecins des autres spécialités requises par les thérapies et soins pratiqués ;
- d'obtention des produits sanguins, notamment dans le cas où le site de l'unité ne dispose pas sur place d'un dépôt de sang ;
- du transfert de la mère, avant ou après l'accouchement, du transfert de l'enfant vers des unités spécialisées, du retour de l'enfant ou de la mère en provenance de ces unités spécialisées ;
- de toutes les autres mesures organisationnelles pouvant garantir la qualité des soins ;
- de transferts d'informations ;
- de stérilisation des matériels et dispositifs médicaux, ainsi que de nettoyage, désinfection des locaux, matériels, dispositifs et linges ;
- de l'entrée et de la sortie des matériels et personnels de l'unité d'obstétrique et de l'accès aux différents locaux du secteur de naissance.

Pour les unités de néonatalogie et de réanimation néonatale, ils fixent aussi les procédures et les modalités :

- des relations entre le pédiatre et le praticien responsable de l'accouchement ;
- de la collaboration avec les médecins des autres spécialités requises par les thérapies et soins pratiqués ;
- de l'entrée de l'enfant dans l'unité de néonatalogie et de sa sortie de l'unité, du transfert de l'enfant vers une unité de réanimation néonatale ou une autre unité spécialisée, du retour de l'enfant de cette unité ;
- des relations entre le pédiatre, le praticien responsable de l'accouchement et les autres praticiens impliqués dans la décision de transfert ; de l'entrée de l'enfant dans l'unité de réanimation néonatale et de sa sortie de l'unité, du transfert de l'enfant vers une unité spécialisée et du retour de l'enfant de cette unité ;
- d'accès aux différents locaux des secteurs dans lesquels les nouveau-nés séjournent.

Article 9 : Dans les structures sanitaires privées, les contrats conclus entre les structures sanitaires et les membres de l'équipe médicale, en application de l'article 83 de la délibération n° 67 du 1^{er} août 1997 portant code de déontologie médicale, et de l'article 80 de la délibération n° 375 du 7 mai 2003 relative à l'exercice de la profession de sage-femme, comportent des dispositions organisant la continuité des soins médicaux en gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation et pédiatrie.

TITRE III

CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT
AUXQUELLES DOIVENT SATISFAIRE
LES UNITÉS D'OBSTÉTRIQUE

Article 10 : La structure sanitaire autorisée à pratiquer l'obstétrique met en place une organisation permettant :

- de fournir aux femmes enceintes des informations sur le déroulement de l'accouchement, ses suites et l'organisation des soins ;
- d'assurer une préparation à la naissance et d'effectuer des visites du secteur de naissance (ou bloc obstétrical) pour les patientes qui le souhaitent ;

- 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 et de faire réaliser la consultation pré-anesthésique par un anesthésiste-réanimateur de la structure sanitaire ;
- de faire bénéficier les consultantes, y compris en urgence, d'examen d'imagerie par ultrasons.

Article 11 : Toute unité d'obstétrique comprend :

- des locaux réservés à l'accueil des patientes tous les jours de l'année, 24 heures sur 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.

Ce dernier secteur peut, lorsque la structure sanitaire dispose également sur le même site d'une unité de néonatalogie, d'une unité de réanimation néonatale ou d'une unité de pédiatrie, être commun à toutes ou partie de ces différentes unités. Il peut être divisé en deux zones distinctes permettant, d'une part, la préparation des aliments des nouveau-nés, d'autre part, l'entretien des biberons.

Article 12 : La structure sanitaire garantit la qualité des soins dispensés et le respect du repos et de l'intimité des mères ainsi que la sécurité et le bien-être des nouveau-nés.

Elle fait figurer, dans son règlement intérieur, les conditions de visite applicables dans le secteur d'hospitalisation et veille au respect de ces consignes par le public. Sauf si le personnel médical ou d'encadrement du secteur ne l'estime pas souhaitable, le père et les frères et sœurs du nouveau-né doivent pouvoir bénéficier d'un régime de visite le plus souple possible. Le personnel veille, en outre, à réduire les désagréments que les visites sont susceptibles d'occasionner pour les autres hospitalisées et leurs nouveau-nés.

En outre, l'accès auprès des enfants relevant d'affections sans gravité s'effectue dans le respect des soins. L'accès à ces enfants par des personnes autres que les parents doit être contrôlé.

Les parents et le public sont informés des conditions de visite, y compris lors des consultations prénatales.

CHAPITRE I : LE SECTEUR DE NAISSANCE

Section 1 : Les locaux

Article 13 : Le secteur de naissance est composé notamment :

- des locaux de prétravail ;
- des locaux de travail ;
- des locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés.

Article 14 : Le secteur de naissance dispose d'au moins une salle de prétravail.

Le nombre de salles de prétravail est proportionnel à l'activité de l'unité et est fixé à une salle de prétravail par tranche de 1 000 accouchements par an.

Chaque salle de prétravail est dotée des moyens permettant d'accueillir la parturiente, de préparer l'accouchement et de surveiller le début du travail.

La salle de prétravail dispose du même équipement qu'une chambre d'hospitalisation. La salle de prétravail peut, en cas de nécessité, servir de salle de travail si elle est équipée en conséquence.

Article 15 : Le secteur de naissance dispose d'au moins une salle de travail.

Le nombre de salles de travail est proportionnel à l'activité de l'unité et est fixé à une salle de travail par tranche de 500 accouchements par an.

Tous les matériels et dispositifs sont immédiatement disponibles et à usage exclusif de la salle de travail. La salle de travail est aménagée de manière que la parturiente bénéficie d'une surveillance clinique et paraclinique du déroulement du travail, de la phase d'expulsion et de la délivrance. Cette surveillance se prolonge dans les deux heures qui suivent la naissance. Le nouveau-né y reçoit les premiers soins. Les locaux sont équipés de tous les dispositifs médicaux nécessaires à la pratique de l'accouchement par voie basse, à l'anesthésie et à la réanimation de la mère.

Lorsque l'activité de l'unité est supérieure à 1500 accouchements par an, une des salles de travail doit pouvoir, en cas de nécessité, servir de salle d'intervention ; elle est équipée en conséquence.

L'agencement de la salle tient compte de la présence éventuelle d'un accompagnant auprès de la parturiente lorsque cette présence est autorisée.

Article 16 : L'organisation et les moyens des locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés permettent de prodiguer les premiers soins nécessaires à l'enfant et de faire face immédiatement aux détresses graves éventuelles du nouveau-né.

La préparation médicale au transport des enfants, dont l'état nécessite le transfert vers des unités spécialisées internes ou externes à la structure sanitaire, est assurée dans ces locaux.

Article 17 : Une salle d'intervention de chirurgie obstétricale, située dans le secteur de naissance ou à proximité, doit être disponible 24 heures sur 24 et permettre, 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 locorégionale.

La surveillance post-interventionnelle de la parturiente s'effectue dans les conditions de surveillance continue mentionnées aux articles 6 et suivants de la délibération n° 172 du 25 janvier 2001 susvisée, soit au sein d'une salle de surveillance post-interventionnelle située à proximité immédiate de la salle d'intervention, soit dans la salle de travail dans les conditions définies à l'article 7 de la même délibération.

Les soins du nouveau-né sont organisés soit dans les locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés s'ils sont contigus au bloc opératoire, soit dans la salle d'intervention.

Si la salle d'intervention n'est pas contiguë avec le secteur de naissance :

- elle doit être incluse dans un bloc opératoire, dans le même bâtiment de la structure sanitaire, à proximité immédiate et

- d'accès rapide au secteur de naissance ;
- une salle d'intervention doit être disponible 24 heures sur 24 afin de faire face aux cas d'urgence obstétricale ;
- un protocole de transfert des parturientes du secteur de naissance vers cette salle d'intervention doit être rédigé.

En cas de création d'un secteur de naissance, de reconstruction ou de réaménagement général d'un secteur existant, ce secteur, ainsi que le secteur opératoire, comprenant la salle d'intervention et la salle de surveillance post-interventionnelle, doivent être contigus, au moins au même niveau et à proximité, afin de permettre la circulation rapide des patientes, des nouveau-nés, des personnels et des matériels nécessaires.

Section 2 : Equipement des locaux

Article 18 : Chaque salle de prétravail est équipée des fluides à usage médical, oxygène et air médical ainsi que du système d'aspiration par le vide.

Dans chaque salle de prétravail, la parturiente bénéficie de dispositifs médicaux assurant :

- l'oxygénothérapie ;
- la surveillance de sa tension artérielle ;
- la mesure, la surveillance et la possibilité d'enregistrement de la contraction utérine et de l'activité cardiaque fœtale.

En outre, un système d'appel lui permet d'alerter le personnel du bloc obstétrical.

Article 19 : Chaque salle de travail est équipée des fluides à usage médical, oxygène, air médical, protoxyde d'azote ainsi que du système d'aspiration par le vide.

- Dans chaque salle de travail, la parturiente dispose au moins :
- d'une table d'accouchement permettant son support en position adaptée à la sécurité et au confort de l'accouchement ;
 - d'un système d'appel du personnel du bloc obstétrical ;

ainsi que des dispositifs médicaux assurant :

- la surveillance automatisée de sa tension artérielle ;
- la perfusion automatisée ;
- la mesure, la surveillance et l'enregistrement de la contraction utérine et de l'activité cardiaque fœtale ;
- le contrôle continu du rythme cardiaque et du tracé électrocardioscopique maternel ;
- l'oxygénothérapie et la ventilation manuelle au masque ;
- la mise en place d'une anesthésie locorégionale.

Si les soins au nouveau-né bien portant sont effectués dans la salle de travail, il dispose au moins :

- d'une table à langer chauffante ;
- d'un dispositif médical permettant l'aspiration et la ventilation manuelle au masque.

De plus, pour un secteur de naissance comprenant de une à quatre salles de travail, il existe un dispositif mobile permettant la ventilation artificielle adulte comportant le contrôle continu des pressions ventilatoires et muni d'alarmes de surpression et de débranchement, ainsi qu'un dispositif permettant le contrôle continu de la teneur en oxygène et du mélange gazeux inhalé.

Au-delà de quatre salles de travail, le secteur dispose d'un appareil de ce type supplémentaire.

Le dispositif de ventilation artificielle est immédiatement disponible et à l'usage exclusif du secteur.

Dans le secteur de naissance, et à son usage exclusif, sont également présents et immédiatement disponibles, les dispositifs médicaux permettant :

- l'intubation trachéale de la mère ;
- le contrôle continu de la saturation du sang maternel en oxygène ;
- le contrôle continu de la concentration en gaz carbonique expiré lorsque la parturiente est intubée.

Le secteur de naissance a accès, y compris en urgence, à un dispositif médical permettant d'obtenir en quelques minutes la mesure du taux d'hémoglobine ou d'hématocrite.

Le secteur de naissance dispose, en outre, d'un échographe si l'activité annuelle de l'unité dépasse 1 500 naissances par an. En dessous de ce seuil, la parturiente doit pouvoir bénéficier, à proximité du secteur de naissance, d'une échographie en urgence.

Article 20 : Les locaux d'observation et de soins immédiats aux nouveau-nés sont dotés d'au moins deux tables de réanimation : l'une d'entre elles peut être commune à la salle d'intervention servant à la chirurgie obstétricale, pour les structures sanitaires dont l'activité est inférieure à 500 accouchements par an.

Les locaux d'observation et de soins immédiats sont en outre dotés des dispositifs médicaux adaptés aux nouveau-nés permettant :

- le maintien de l'équilibre thermique ;
- l'aspiration et la ventilation manuelle au masque ;
- le contrôle continu de la saturation en oxygène du sang ;
- l'oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en oxygène du mélange gazeux administré ;
- l'intubation trachéale ;
- le cathétérisme ombilical ;
- la perfusion automatisée ;
- les prélèvements pour analyses bactériologiques, hématologiques et biochimiques, ainsi que le dosage de la glycémie par bandelettes réactives.

Ces locaux sont équipés des fluides à usage médical, oxygène et air médical, ainsi que du système d'aspiration par le vide.

La ventilation artificielle avec un appareil adapté au nouveau-né, permettant le contrôle continu des pressions ventilatoires, muni d'alarmes de surpression et de débranchement, et permettant également le contrôle continu de la teneur en oxygène du mélange gazeux administré, est disponible dans le secteur de naissance.

Article 21 : Chaque salle d'intervention servant à la chirurgie obstétricale est dotée des dispositifs médicaux prévus à l'article 5 de la délibération n° 172 du 25 janvier 2001 susvisée, ainsi que d'au moins une table de réanimation pour les nouveau-nés.

La salle de surveillance continue post-interventionnelle ou la salle de travail pouvant en tenir lieu, en application de l'article 7 de la délibération n° 172 du 25 janvier 2001 précitée, est dotée des dispositifs médicaux prévus à l'article 8 de la même délibération.

Article 22 : Le secteur de naissance dispose, en outre, des médicaments nécessaires à la prise en charge du nouveau-né et d'au moins un incubateur de transport, auquel se rajoute un incubateur par tranche de 500 accouchements par an.

Les nouveau-nés bénéficient, en tant que de besoin, de la radiographie conventionnelle réalisée par un appareil mobile et de l'échographie.

La structure sanitaire assure la réalisation des examens de laboratoire et d'imagerie nécessaires pour la mère et pour le nouveau-né, y compris en urgence.

Les structures sanitaires ne disposant pas en propre de laboratoire signent avec un laboratoire une convention prévoyant la réalisation et la transmission des résultats à tout instant, dans des conditions et des délais garantissant la qualité de la prise en charge.

Section 3 : Le personnel

Le personnel intervenant dans le secteur de naissance ne peut être inférieur, à tout instant, aux effectifs suivants :

Article 23 : En ce qui concerne les sages-femmes

Pour toute unité d'obstétrique réalisant moins de 1 000 naissances par an, une sage-femme doit être présente et affectée en permanence dans le secteur de naissance.

Au-delà de 1 000 naissances par an, l'effectif global des sages-femmes du secteur de naissance est majoré d'un poste temps plein de sage-femme par tranche de 200 naissances supplémentaires.

Les sages-femmes affectées au secteur de naissance ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité. Toutefois, si l'unité d'obstétrique réalise moins de 500 naissances par an, la sage-femme peut également, en l'absence de parturiente dans le secteur de naissance, assurer les soins aux mères et aux nouveau-nés en secteur de soins et d'hébergement.

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

Article 24 : En ce qui concerne les médecins

Quel que soit le nombre de naissances constatées dans une structure sanitaire, celle-ci doit organiser la continuité obstétricale et chirurgicale des soins tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique. Cette continuité est assurée :

- soit par un gynécologue obstétricien ayant la qualification chirurgicale ;
- soit, lorsque la structure sanitaire ne peut disposer d'un recours permanent à un gynécologue obstétricien ayant une compétence chirurgicale, par la participation à l'organisation de la continuité des praticiens de chirurgie générale ou viscérale de la structure sanitaire.

A cet effet, pour les unités réalisant moins de 1 500 naissances par an, la présence des médecins spécialistes est assurée par :

- un gynécologue obstétricien ou un chirurgien générale ou

viscérale, sur place ou en astreinte opérationnelle exclusive pour le site, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24. Le spécialiste intervient, sur appel, en cas de situation à risque pour la mère ou l'enfant dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ;

- un anesthésiste-réanimateur, sur place ou en astreinte opérationnelle permanente et exclusive pour le site, dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité ;
- un pédiatre, un médecin titulaire d'un diplôme universitaire de néonatalogie ou possédant une compétence reconnue en pédiatrie, présent dans la structure sanitaire ou disponible tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dont le délai d'arrivée est compatible avec l'impératif de sécurité.

Dans les unités réalisant moins de 500 accouchements par an, et en cas d'absence d'astreinte pédiatrique opérationnelle, l'organisation de la permanence des soins pédiatriques peut reposer sur l'astreinte des anesthésistes réanimateurs ; ceux-ci devront alors justifier d'une formation à la réanimation en salle de travail.

Pour les unités réalisant plus de 1 500 naissances par an, la présence médicale est assurée par :

- un gynécologue obstétricien présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique ;
- un anesthésiste-réanimateur présent tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans la structure sanitaire, sur le même site, en mesure d'intervenir dans l'unité d'obstétrique dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité ;
- un pédiatre, présent sur le site de la structure sanitaire ou en astreinte opérationnelle, pouvant intervenir en urgence, tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, dans un délai compatible avec l'impératif de sécurité.

Article 25 : En ce qui concerne les autres catégories de personnel

Dans toute unité de naissance, le personnel paramédical est affecté au secteur de naissance et ne peut jamais être inférieur à une aide-soignante ou une auxiliaire de puériculture présente en permanence. Si l'unité réalise moins de 500 naissances par an, les conditions de présence du personnel paramédical dans le secteur de naissance sont les mêmes que pour la sage-femme.

CHAPITRE II : LE SECTEUR D'HOSPITALISATION

Section 1 : Les locaux

Article 26 : Le secteur d'hospitalisation de la mère et de l'enfant permet d'assurer les soins précédant et suivant l'accouchement pour la mère ainsi que les soins aux nouveau-nés bien portants. Les chambres du secteur d'hospitalisation après l'accouchement comprennent au maximum 2 lits de mères avec les berceaux de leurs enfants. En cas de nécessité, chaque patiente doit pouvoir bénéficier d'une chambre individuelle.

En cas de création d'un secteur d'hospitalisation, de reconstruction ou de réaménagement d'un secteur existant, celui-ci comprend au minimum 70 % de chambres individuelles, et la surface utile de chaque chambre, qui comporte un bloc sanitaire particulier, n'est jamais inférieure à 17 m² pour une chambre individuelle et à 23 m² pour une chambre à 2 lits.

Les soins de puériculture sont réalisés soit dans un local commun, soit dans un espace spécialement aménagé de la chambre de la mère.

Section 2 : Le personnel

Article 27 : Lors de leur séjour en secteur d'hospitalisation, la mère et l'enfant bénéficient de la possibilité de recours tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, y compris en urgence à :

- l'avis d'un pédiatre et l'intervention d'un pédiatre, d'un médecin titulaire d'un diplôme universitaire de néonatalogie ou possédant une compétence reconnue en pédiatrie ;
- l'avis d'un gynécologue obstétricien et l'intervention d'un gynécologue obstétricien ou d'un praticien de chirurgie générale ou viscérale de la structure sanitaire ;
- l'intervention d'un anesthésiste-réanimateur.

Pour les unités réalisant plus de 1 500 naissances par an, la couverture médicale doit permettre l'intervention tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, y compris en urgence, d'un pédiatre, d'un gynécologue obstétricien et d'un anesthésiste réanimateur ; au-delà de 2 000 naissances, un pédiatre compétent en néonatalogie assure la coordination du suivi des nouveau-nés.

L'unité met en place une organisation lui permettant de s'assurer, en tant que de besoin, selon le cas, du concours d'un psychologue ou d'un psychiatre, personnel de la structure sanitaire ou y intervenant par voie de convention.

Le personnel intervenant dans le secteur d'hospitalisation est fonction de l'activité de l'unité d'obstétrique. Il ne peut être inférieur, quelle que soit l'activité du secteur, à une sage-femme, assistée d'une aide-soignante ou d'une auxiliaire de puériculture le jour, et à une sage-femme ou un infirmier diplômé d'Etat, assisté(e) d'une aide-soignante ou d'une auxiliaire de puériculture, la nuit ; dans les unités d'obstétrique recevant les grossesses à risque (adossées à une unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale), la présence d'une sage-femme est requise 24 heures sur 24.

Sauf application des dispositions prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article 23 pour les unités d'obstétrique réalisant moins de 500 naissances par an, et hormis les médecins, il doit s'agir de personnels affectés au secteur d'hospitalisation et ne pouvant avoir d'autres tâches concomitantes dans un autre secteur ou une autre unité.

TITRE IV

CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT AUXQUELLES DOIVENT SATISFAIRE LES UNITÉS DE NÉONATOLOGIE

CHAPITRE I : LES LOCAUX

Article 28 : L'unité de néonatalogie comporte :

- une pièce permettant l'accueil des parents ;
- un secteur de surveillance et de soins des enfants où les nouveau-nés sont hospitalisés ; ce secteur comprend en outre une zone de préparation médicale avant transfert lorsque l'unité de néonatalogie n'est pas associée sur le même site à une unité de réanimation néonatale ;
- un secteur spécialement affecté à l'alimentation des nouveau-nés ; ce secteur peut être commun à l'unité d'obstétrique, à l'unité de réanimation néonatale, et, éventuellement à l'unité de pédiatrie de la structure sanitaire.

Article 29 : La zone de préparation médicale avant transfert permet, si l'état du nouveau-né l'exige, de le préparer pour un

transport vers une unité spécialisée appropriée. Le matériel spécifique de cette zone comprend au moins un respirateur néonatal.

Article 30 : Afin d'éviter la séparation de la mère et de l'enfant, les soins de néonatalogie et la surveillance des enfants qui ne nécessitent pas de soins de réanimation peuvent être effectués dans la chambre de leur mère, si les locaux et l'organisation de l'unité d'obstétrique et de l'unité de néonatalogie le permettent. Ces lits sont compris dans les lits autorisés de l'unité de néonatalogie.

Dans ce cas, la conception, la disposition et la surface des locaux, les matériels et les dispositifs médicaux sont adaptés à la dispensation sur place de soins de néonatalogie par un personnel expérimenté en néonatalogie.

Article 31 : Lorsqu'elle n'est pas associée sur le même site à une unité de réanimation néonatale, l'unité de néonatalogie comporte au moins 6 lits.

L'unité de néonatalogie est située dans le même bâtiment ou à proximité immédiate sur le même site que l'unité d'obstétrique.

En cas de projet de création d'une nouvelle unité, de reconstruction ou de réaménagement d'une unité existante, les locaux qui composent l'unité de néonatalogie doivent être contigus avec le secteur de naissance de l'unité d'obstétrique.

Article 32 : La capacité minimale de 6 lits peut être exceptionnellement réduite à 4 dans le cas où l'unité de néonatalogie est géographiquement isolée, à plus d'une heure de trajet de l'unité de néonatalogie la plus proche et si les besoins de la population l'exigent, sous réserve que l'unité isolée remplisse l'ensemble des conditions de fonctionnement spécifiques aux soins de néonatalogie.

CHAPITRE II : EQUIPEMENT DES LOCAUX

Article 33 : Dans le secteur de surveillance et de soins de l'unité de néonatalogie, chaque nouveau-né bénéficie à son lit des dispositifs médicaux assurant :

- 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.

Le secteur est également doté des dispositifs médicaux nécessaires :

- à la photothérapie ;
- à la surveillance de l'hémodynamique ;
- à l'alimentation continue de suppléance ;
- à la surveillance continue de l'activité cardiorespiratoire (un dispositif pour deux lits) ;
- à l'oxygénothérapie et au contrôle de la teneur en oxygène du mélange gazeux administré (un dispositif pour trois lits) ;
- au contrôle continu de la saturation en oxygène (un dispositif pour trois lits) ;
- au prélèvement pour les examens bactériologiques, hématologiques et biochimiques.

Les nouveau-nés bénéficient également des dispositifs médicaux de la structure sanitaire permettant :

- les examens biologiques par microtechniques, disponibles 24 heures sur 24 ;
- les examens des gaz du sang ;
- la radiographie conventionnelle réalisée par un appareil mobile ;
- l'échographie du nouveau-né.

Le matériel spécifique de la zone de mise en condition avant transfert du nouveau-né est identique à celui prévu à l'article 20 du présent arrêté, y compris le dispositif médical de ventilation artificielle du nouveau-né.

Le secteur de surveillance et de soins de l'unité de néonatalogie bénéficie d'une circulation et d'un traitement de l'air permettant d'éviter la propagation des infections.

Article 34 : La structure sanitaire fait figurer dans son règlement intérieur les conditions de visite applicables dans l'unité de néonatalogie et veille au respect de ces consignes par le public. Dès que l'état de leur enfant le rend possible et qu'ils y sont autorisés par le corps médical, les parents sont associés aux soins s'ils le souhaitent.

CHAPITRE III : LE PERSONNEL

Article 35 : Dans toute unité de néonatalogie, sont assurées :

- la présence, le jour, sur le site, d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie ;
- la présence, la nuit, sur le site ou en astreinte opérationnelle d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie ;
- la présence continue d'au moins un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie, pour six nouveau-nés.

La permanence médicale peut être commune à l'unité de réanimation et à l'unité de pédiatrie, lorsque ces unités sont présentes sur le même site de la structure sanitaire.

Les personnels paramédicaux sont affectés exclusivement à l'unité et ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans une autre unité.

L'encadrement du personnel paramédical peut être commun à l'unité de néonatalogie et à l'unité de réanimation néonatale si ces unités sont situées à proximité immédiate l'une de l'autre.

Un des pédiatres coordonne la prise en charge des nouveau-nés entre les unités d'obstétrique et de néonatalogie.

L'unité organise l'accueil, l'information et le soutien des parents, en cas de nécessité avec le concours d'un psychologue ou d'un psychiatre, personnel de la structure sanitaire ou y intervenant par voie de convention.

TITRE V

CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT AUXQUELLES DOIVENT SATISFAIRE LES UNITÉS DE RÉANIMATION NÉONATALE

CHAPITRE I : LES LOCAUX

Article 36 : Toute unité de réanimation néonatale comprend un minimum de 6 lits de réanimation. La structure sanitaire où elle

est située doit comporter une unité d'au moins 9 lits de néonatalogie.

En cas de projet de création d'une nouvelle unité, de reconstruction ou de réaménagement d'une unité existante, les locaux qui composent l'unité de réanimation néonatale doivent être contigus avec le secteur de naissance de l'unité d'obstétrique et avec l'unité de néonatalogie ou associés avec elle dans des locaux communs.

Article 37 : L'unité de réanimation néonatale comprend :

- une pièce permettant l'accueil des parents ;
- un secteur de surveillance et de soins de réanimation des enfants où les nouveau-nés sont hospitalisés ;
- un secteur destiné à l'alimentation des nouveau-nés ; ce secteur peut être commun à l'unité d'obstétrique, à l'unité de néonatalogie, et éventuellement, à l'unité de pédiatrie de la structure sanitaire.

Article 38 : Des nourrissons relevant de la réanimation pédiatrique peuvent être hospitalisés dans une unité réanimation néonatale, à condition que les lits de ces nourrissons soient dans un box individualisé au sein de l'unité polyvalente.

Le recueil des données d'activité par la structure sanitaire est effectué de façon distincte pour les nouveau-nés, d'une part, et pour les enfants plus âgés, d'autre part.

CHAPITRE II : EQUIPEMENT DES LOCAUX

Article 39 : Dans l'unité de réanimation néonatale, tout nouveau-né bénéficie des systèmes spécifiques nécessaires à ses soins.

Chaque nouveau-né bénéficie à son lit des dispositifs médicaux assurant :

- 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 surveillance continue de l'hémodynamique ;
- la surveillance continue de l'activité cardiorespiratoire ;
- l'oxygénothérapie et le contrôle de la teneur en oxygène du mélange gazeux administré ;
- le contrôle continu de la saturation en oxygène ;
- 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 un appareil adapté au nouveau-né permettant le contrôle continu des débits et des pressions ventilatoires, muni d'alarmes de surpression et de débranchement et permettant également le contrôle continu de la teneur en oxygène du mélange gazeux administré.

Le nouveau-né bénéficie des dispositifs médicaux assurant la photothérapie et de ceux permettant la surveillance de la pression de l'oxygène et de la pression de l'oxyde de carbone transcutanées, à raison d'un dispositif par tranche de 3 lits de réanimation néonatale.

Une exsanguino-transfusion doit pouvoir être réalisée dans le secteur.

Le secteur de surveillance et de soins de l'unité de réanimation néonatale bénéficie d'une circulation et d'un traitement de l'air permettant d'éviter la propagation des infections.

Article 40 : L'unité de réanimation néonatale est en mesure de réaliser ou de faire réaliser par une autre unité, 24 heures sur 24, y compris en urgence, tout examen nécessité par l'état de l'enfant, notamment :

- les examens des gaz du sang et les examens biologiques par microtechniques ;
- la radiographie conventionnelle réalisée par un appareil mobile ;
- l'échographie Doppler du nouveau-né par un appareil mobile ;
- l'électroencéphalographie ;
- l'électrocardiographie ;
- les endoscopies respiratoires et digestives du nouveau-né.

L'unité de réanimation dispose également ou sur place, ou dans la structure sanitaire ou par convention, de moyens techniques permettant de pratiquer les examens de scanographie et d'imagerie par résonance magnétique nucléaire. Lorsque la prestation est assurée par convention, elle doit l'être dans des délais compatibles avec l'impératif de sécurité.

Article 41 : La structure sanitaire fait figurer dans son règlement intérieur les conditions de visite applicables dans l'unité de réanimation néonatale et veille au respect de ces consignes par le public. Dès que l'état de leur enfant le rend possible et qu'ils y sont autorisés par le corps médical, les parents sont associés aux soins s'ils le souhaitent.

CHAPITRE III : LE PERSONNEL

Article 42 : Dans toute unité de réanimation néonatale, sont assurés :

- la présence permanente tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie ;
- la présence permanente tous les jours de l'année, 24 heures sur 24, d'au moins un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie pour deux nouveau-nés hospitalisés en réanimation néonatale ; ces personnels sont affectés exclusivement à l'unité et ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans une autre unité ;
- l'encadrement du personnel paramédical, éventuellement commun avec l'unité de néonatalogie lorsque celle-ci est située à proximité immédiate ;
- la coordination médicale des activités de néonatalogie et de réanimation néonatale, éventuellement de pédiatrie, dont la garde peut être commune lorsque les unités sont situées à proximité immédiate l'une de l'autre,
- la possibilité de recourir à d'autres médecins spécialistes ainsi qu'à un kinésithérapeute.

Par ailleurs, l'unité organise l'accueil, l'information et le soutien des parents, en cas de nécessité avec le concours d'un psychologue ou d'un psychiatre, personnel de la structure sanitaire ou y intervenant par voie de convention.

TITRE VII

CONDITIONS TECHNIQUES DE FONCTIONNEMENT AUXQUELLES DOIVENT SATISFAIRE LES UNITÉS KANGOUROU

Article 43 : Afin de privilégier la relation mère-enfant, les soins de courte durée aux enfants nés dans l'unité d'obstétrique et

qui sont atteints d'affections sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie peuvent être réalisés dans le secteur d'hospitalisation de l'unité d'obstétrique, dans la chambre de leur mère, dès lors que les conditions définies au présent article sont remplies.

La couverture pédiatrique est organisée par une visite quotidienne d'un pédiatre, et par la possibilité de recourir, 24 heures sur 24, à un avis spécialisé.

Au minimum, une sage-femme ou un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie, est présent 24 heures sur 24, dans l'unité d'obstétrique, quand des nouveau-nés atteints de ces affections sont présents dans l'unité.

Article 44 : Les soins à effectuer n'ont pour objectifs que de réchauffer les nouveau-nés jusqu'au retour à l'équilibre thermique normal, d'optimiser l'alimentation des enfants de petit poids, de traiter par photothérapie, d'administrer des médicaments, d'obtenir 24 heures sur 24 des examens simples ou dans les 24 heures suivant la demande des examens spécifiques, nécessaires aux bilans étiologiques et de poser un gavage ou une perfusion pour une courte période. Dans ce cas, l'unité d'obstétrique se dote des dispositifs médicaux adéquats.

TITRE VIII

DISPOSITIONS DIVERSES

Article 45 : La durée de validité des autorisations délivrées en application des dispositions des articles 5 et 17 de la délibération n° 171 du 25 janvier 2001 susvisé est fixée à 5 ans, à compter de leur notification par un arrêté du gouvernement de la Nouvelle-Calédonie.

Article 46 : Les structures sanitaires et les professionnels de santé autorisés à pratiquer les activités de périnatalité doivent se mettre en conformité avec les dispositions du présent arrêté :

- dans un délai d'un an à compter de la notification de l'autorisation pour l'activité de centre périnatal de proximité ;
- dans un délai de deux années à compter de la notification de l'autorisation pour les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale.

Article 47 : Le présent arrêté sera transmis au haut-commissaire de la République et publié au *Journal officiel* de la Nouvelle-Calédonie.

*Le président du gouvernement
de la Nouvelle-Calédonie,
HAROLD MARTIN*

*Le membre du gouvernement
chargé d'animer et de contrôler le secteur
de la santé, des affaires sociales,
de la solidarité et du handicap,
SYLVIE ROBINEAU*

Arrêté n° 2009-2323/GNC du 5 mai 2009 relatif à l'attribution d'une subvention à l'association Odyssee

Le gouvernement de la Nouvelle-Calédonie,

Vu la loi organique modifiée n° 99-209 du 19 mars 1999 relative à la Nouvelle-Calédonie ;