

# Contribution à la mise en œuvre de ratios de soignants par lit ouvert en périnatalité, notamment en néonatalogie

Avril 2026

1

Travaux portés par les organisations :

**CIH, Collectif Inter Hopitaux**

**CIP, Collège des Infirmier(e)s Puéricultrice(teur)s**

**SNPDE, Syndicat National des Puéricultrices Diplômées d'Etat**

**SNPI, Syndicat National des Professionnels Infirmiers**

**CJSIP, Collectif Je Suis Infirmière Puéricultrice**

**ANPDE, Association Nationale des Puéricultrices(teurs)  
Diplômé(e)s et des Etudiants**



## Table des matières

- 3 Contexte et enjeux
- 4 Situation en France
- 6 Etudes SFN
- 8 Recommandations Suisse
- 11 Recommandations américaines
- 12 Recommandations UK
- 13 Comparaison internationale : étude !Neo
- 14 Proposition de ratio
- 15 Recommandations internationales en matière de staffing néonatal
- 17 Modèle de staffing dynamique en service de soins critique néonatal
- 18 Limites des ratios fixes et intérêt des outils d'acuité
- 20 Adaptation de l'offre de soins en périnatalité
- 21 Proposition de réorganisation des équipes et adaptation des ratios

## Contexte et enjeux

L'organisation des soins néonataux en France repose sur un cadre réglementaire défini par le décret n°98-900 du 9 octobre 1998, qui n'a fait l'objet d'aucune révision depuis plus de 27 ans. Cette absence d'actualisation contraste fortement avec l'évolution majeure des pratiques, des technologies et du profil des patients pris en charge en néonatalogie, caractérisées par une augmentation de la complexité des situations cliniques et de la charge en soins.

Dans le même temps, la France connaît depuis plus d'une décennie une évolution préoccupante de ses indicateurs de mortalité infantile, à rebours de la tendance observée dans la majorité des pays européens. Selon les données de l'INSEE et de la Société Française de Néonatalogie, la mortalité infantile augmente depuis 2012 et est, depuis 2015, supérieure à la moyenne européenne. Cette dégradation est entièrement imputable à l'augmentation de la mortalité néonatale, c'est-à-dire des décès survenant au cours du premier mois de vie, qui concentrent près de 75 % des décès avant un an. Entre 2011 et 2023, seule la mortalité entre 1 et 27 jours de vie a augmenté, conduisant à un excès estimé à environ 1 200 décès par an en comparaison avec les pays européens les plus performants, comme la Suède.

Cette surmortalité concerne principalement les nouveau-nés grands prématurés, population particulièrement vulnérable dont la survie dépend directement de la qualité et de la sécurité des soins intensifs prodigués dans les premières semaines de vie. Alors que l'incidence de la prématurité est stable, voire en légère diminution en France, les prématurés représentent environ 75 % de la mortalité néonatale. Dans une moindre mesure, elle concerne également des nouveau-nés à terme présentant des malformations congénitales ou des complications graves de l'accouchement, pris en charge en soins critiques néonataux. L'ensemble de ces enfants relève des unités de réanimation néonatale et de soins intensifs, qui constituent ainsi un maillon central de la chaîne de survie néonatale.

Or, ces services sont aujourd'hui confrontés à des difficultés structurelles majeures. Le capacitaire en soins critiques néonataux est insuffisant et inégalement réparti sur le territoire, variant du simple au double selon les régions pour un même nombre de naissances. Les unités fonctionnent sous tension chronique, avec des taux d'occupation durablement excessifs, fréquemment supérieurs à 90 %, voire à 95 %, bien au-delà des seuils de sécurité recommandés. Cette saturation entraîne des refus ou des retards de transferts, avec des répercussions en cascade sur l'ensemble du réseau périnatal régional.

À cette tension capacitaire s'ajoute un sous-effectif infirmier structurel, déjà présent au regard des ratios réglementaires de 1998 et encore aggravé lorsque la charge réelle en soins est prise en compte. Les enquêtes récentes de la SFN montrent que les équipes sont en situation de sous-effectif pendant près de 60 % du temps par rapport aux normes réglementaires, et plus de 70 % du temps lorsque la lourdeur des patients est prise en compte. Ce sous-dimensionnement s'inscrit dans un contexte de turn-over élevé des personnels paramédicaux de néonatalogie, responsable d'une perte d'expertise préoccupante : dans la grande majorité des services, une part importante des effectifs infirmiers a moins de deux ans d'expérience, tandis que moins de 10 % des unités disposent d'une majorité de professionnels ayant plus de cinq ans d'ancienneté.

Les effectifs dédiés aux missions transversales et aux soins de support (psychologues, kinésithérapeutes, diététiciens, soins de développement, formation) sont par ailleurs très hétérogènes, faute d'être mentionnés dans les décrets de 1998, conduisant à des organisations locales inégales et souvent insuffisantes. Les effectifs médicaux sont également fragilisés, sous

l'effet cumulé de la pénurie de néonatalogistes formés, des exigences de la permanence des soins et du non-respect fréquent des règles relatives au temps de travail, exposant les équipes à un risque d'épuisement professionnel et compromettant la continuité des soins.

Cette situation apparaît d'autant plus préoccupante que les soins critiques adultes et pédiatriques ont fait l'objet d'une réforme en 2022, intégrant une réflexion approfondie sur l'organisation, les compétences et les effectifs nécessaires à la sécurité des soins, sans que la néonatalogie ne bénéficie d'une révision équivalente, alors même que les patients concernés figurent parmi les plus vulnérables du système de santé.

Dans ce contexte, la dégradation des conditions d'organisation et de fonctionnement des soins critiques néonataux apparaît comme l'un des déterminants majeurs de la hausse récente de la mortalité néonatale, mais également comme un levier prioritaire d'action. Une réévaluation des ratios de personnels en néonatalogie s'impose afin d'aligner les normes françaises sur les réalités actuelles des soins, les données scientifiques disponibles et les standards internationaux, dans un objectif de sécurité, d'équité territoriale et de santé publique.

## France, décret n°98-900 du 9/10/1998

**1 l'unité de néonatalogie** (au moins 6 lits) et si 12 lits ou plus il peut disposer de lits de soins intensifs, il doit être contigu ou à proximité du secteur de naissance de l'unité d'obstétrique, disposer le jour, sur le site d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie ; et la nuit, sur le site ou en astreinte opérationnelle d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie ; un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie pour six nouveau-nés.

**2 les soins intensifs de néonatalogie**, sont assurées de la présence permanente d'un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie ; d'un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie, pour trois nouveau-nés.

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.

**3 l'unité de réanimation néonatale** : comprend un minimum de 6 lits de réanimation. L'établissement de santé où elle est située doit comporter une unité d'au moins 9 lits de néonatalogie, dont au moins 3 lits affectés aux soins intensifs. L'unité de réanimation néonatale est située dans le même bâtiment ou à proximité immédiate sur le même site que le secteur de naissance de l'unité d'obstétrique....Dans toute unité de réanimation néonatale, sont assurés :la présence permanente d'au moins un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en réanimation néonatale ; d'au moins un infirmier diplômé d'Etat, spécialisé en puériculture ou expérimenté en néonatalogie pour deux nouveau-nés hospitalisés en réanimation néonatale et pour trois nouveau-nés hospitalisés en soins intensifs de néonatalogie ; ces personnels sont affectés exclusivement à l'unité et ne peuvent avoir d'autres tâches concomitantes dans une autre unité ;

## France situation actuelle

En France, les soins critiques néonataux sont assurés au sein de 67 services de réanimation néonatale, intégrés aux maternités de type 3, représentant environ 1 500 lits de soins critiques néonataux (réanimation et soins intensifs confondus).

Les patients pris en charge relèvent principalement de quatre grands groupes de pathologies :

- la grande prématurité, qui constitue le principal pourvoyeur d'activité et concentre la plus grande part de la morbidité et de la mortalité néonatales ;
- les malformations congénitales, notamment cardiaques, digestives et neurologiques, nécessitant une prise en charge spécialisée immédiate ;
- les complications graves de l'accouchement, incluant les situations d'asphyxie périnatale et les détresses néonatales sévères ;
- les pathologies de l'adaptation à la vie extra-utérine, ainsi que les infections néonatales précoces ou tardives, parfois associées à des défaillances multiviscérales.

L'activité de soins critiques néonataux est portée quasi exclusivement par le service public hospitalier, sans relais significatif par le secteur privé, ce qui confère à ces unités un rôle stratégique majeur en matière de santé publique et d'équité d'accès aux soins sur l'ensemble du territoire.

Cette activité est directement dépendante du nombre de naissances et du case-mix des patients, en particulier du taux de prématurité et de la complexité des situations obstétricales et néonatales. Contrairement à d'autres secteurs de soins critiques, elle ne présente pas de fluctuations majeures liées aux phénomènes épidémiques, aux catastrophes sanitaires ou aux variations saisonnières marquées. Cette relative stabilité quantitative masque toutefois une augmentation progressive de la lourdeur des prises en charge, avec un recours croissant aux techniques de réanimation, une durée moyenne de séjour prolongée et des besoins accrus en expertise et en temps soignant.

Dans ce contexte, les soins critiques néonataux constituent une activité hautement spécialisée, non substituable et non délocalisable, nécessitant une organisation robuste, des effectifs qualifiés et des ratios adaptés à la vulnérabilité extrême des patients pris en charge.

## Résumé des études SFN

Entre 2021 et 2024, la Société Française de Néonatalogie a conduit plusieurs enquêtes nationales distinctes et complémentaires portant sur l'organisation, le capacitaire et les ressources humaines des soins critiques néonataux dans les maternités de type 3. L'enquête SFN-Santé publique France menée entre novembre 2021 et mars 2022 sur 19 semaines, incluant 51 des 67 services de type 3 et 725 relevés hebdomadaires, a mis en évidence un taux d'occupation moyen des lits de soins critiques compris entre 91 et 94 %, avec des situations de suroccupation dépassant 100 % observées environ 20 % du temps. Les enquêtes ultérieures confirment que 43 à 45 % des unités fonctionnent à un taux d'occupation supérieur à 95 %, et que 23 % des services déclarent refuser régulièrement des admissions critiques faute de place. En 2023, environ 5 % des lits autorisés étaient fermés en moyenne, exclusivement en lien avec un manque de personnel.

Sur le plan des ressources médicales, les données issues des enquêtes 2022-2023 montrent une fragilisation majeure de la permanence des soins. Seuls 36 % des services considèrent que le temps médical senior consacré à la permanence des soins est adapté. Des difficultés pour assurer la permanence des soins sont rapportées par 72 % des services de type 3 et 80 % des services de type 2B. Au moins un poste de pédiatre néonatalogiste est vacant dans 73 % des services de type 3, et deux postes ou plus dans 46 %. Parmi les 650 médecins concernés par la permanence des soins, 80 % déclarent travailler plus de 50 heures par semaine, dont 13 % au-delà de 75 heures ; 47 % assurent cinq gardes par mois ou plus, 20 % travaillent trois à quatre week-ends par mois, et 80 % estiment que les gardes ont un impact négatif sur leur vie personnelle. Cette tension est aggravée par un flux de formation insuffisant, avec un nombre annuel de néonatalogistes formés inférieur aux besoins de remplacement liés aux départs.

Les enquêtes confirment également un déséquilibre marqué des effectifs infirmiers face à la charge réelle en soins. Dans près de 80 % des services, au moins un tiers des IDE/IPDE ont moins de deux ans d'expérience, tandis que moins de 10 % des unités disposent d'une majorité de professionnels ayant plus de cinq ans d'ancienneté. L'enquête sur la charge en soins menée en juin 2023, incluant 61 services, 421 journées d'observation et 7 931 nouveau-nés, montre que les équipes infirmières étaient en sous-effectif pendant environ 60 % des journées au regard des ratios réglementaires de 1998, proportion atteignant plus de 70 % des journées lorsque la charge réelle en soins est prise en compte. Un sous-effectif sévère était observé pendant près de 40 % des journées, et les ratios réglementaires apparaissaient inadaptés dans près de 90 % des situations.

Enfin, l'enquête menée en juin 2024 met en évidence des effectifs très insuffisants pour les soins de support et les missions transversales, avec une hétérogénéité majeure entre les services, directement liée à l'absence de reconnaissance réglementaire de ces fonctions dans les décrets de 1998. Ainsi, 38 % des services ne disposent d'aucune infirmière formatrice, 22 % d'aucun logisticien, et 44 % d'aucune référente en soins de développement ou conseillère en lactation. Les effectifs de kinésithérapeutes ou psychomotriciens sont jugés adéquats par seulement 6,7 % des services, ceux de psychologues par 15,6 %, et ceux de diététiciens par 13 %, illustrant une sous-dotation structurelle des fonctions pourtant essentielles à la qualité, à la sécurité et à la continuité des soins.

## Etude de la SFN

(E Kermorvant bulletin n°23 décembre 2024)

Les besoins en ressources médicales pour les soins critiques néonataux sont très hétérogènes et varient du simple au double. En effet, le besoin dépend du case-mix, de l'existence d'une activité de recours (gravité et lourdeur de la prise en charge des patients : nombre de défaillances d'organes, proportion de pathologies complexes et/ou rares, malformations congénitales, ou d'extrêmes prématurés) et du flux de patients (entrées/sorties) en journée. L'activité est sous tension dans  $\frac{3}{4}$  des services. L'effectif pour la PDES est inadapté dans les  $\frac{2}{3}$  des services. Pour les PNM transversaux (infirmières formatrices, diététiciennes, kinés, psychologues) il y a une nécessité de normer pour sanctuariser, certaines professions sont inexistantes dans 30 à 40% des services. Quel que soit le mode de calcul, la majorité des journées était sous-effectif, atteignant 70,5% selon la charge en soins. En outre, les taux d'occupation étaient extrêmement élevés, dépassant 100% pour près d'un cinquième des journées.

7

## Note de la Société Française de Néonatalogie, 27 juin 2025

Depuis 10 ans il y a une hausse de la mortalité infantile due à une surmortalité du premier mois de vie. Cette mortalité infantile touche dans 75% des cas les grands prématurés, et dans une moindre proportion les nouveau-nés à terme avec malformation ou victime d'une complication grave de l'accouchement donc hospitalisés en réa néonatal. La France dispose de 67 services de soins critiques néonataux, avec 750 lits de réanimation néonatale et 750 lits de soins intensifs. Suroccupation des lits (95% contre les 85 recommandés), il était prévu un lit de réanimation néonatale pour 1000 naissances dans chaque région d'ici à 2027. **L'encadrement infirmier des nouveau-nés requérant des soins critiques complexes est de 1:1 dans la plupart des pays (Suède, Finlande, Canada, Espagne, Suisse, Australie, Japon, Italie-Toscane), tandis que la France est au même niveau d'encadrement que le Brésil, derrière la Pologne et Israël et dans 60% du temps en dessous du ratio demandé en 1998 de 1 pour 2 nouveaux nés.** De la même façon l'encadrement médical fait défaut (73% des services ont au moins un poste vacant). Les soins de support non normés sont souvent sous dotés.

# Recommandations Suisse

minimum et absolute requirements, des tableaux de recos sont donnés en fin de document

Niveau 1 les soins de nouveau nés bien portants. Soins des préma de 35 à 37 avec poids > 2kg et stables cliniquement. Stabilisation et réa des nouveau nés avant transfert. Un personnel de santé entraîné en réa neonat (sage femme, obstétricien ou anesth) doit être présent à chaque naissance et pouvoir avoir accès à un pédiatre en back up si nécessaire. Il doit y avoir au moins une IDE compétente en néonat par 6 enfants et tous les enfants doivent être examinés par un pédiatre avant leur sortie.

Niveau 2a : unité néonat soins pour les nouveaux nés à pathologie de lourdeur intermédiaire et les prémas de plus de 34 SA avec poids > 1.5kg ou les enfants en convalescence de plus de 32SA. En plus du staff di niveau 1, il requière un néonatalogiste dirigeant l'unité ou un pédiatre avec plus d'un an d'expérience en neonatologie de niveau 3, un médecin de garde 24/24, accès en moins de 30mn à un néonatalogiste ET il doit y avoir 3 médecins par poste (300% staff physicians : certified neonatologists, certified pediatricians and fellows pediatric residents with  $\geq 3$  years of experience). Une infirmière pour 4 patients par équipe avec au moins 6 mois d'expérience de néonatalogie. Et l'accès aux spécialistes de la lactation, assistante sociale, psychologues, kinés, référents éthiques

Niveau 2b : préma à pathologies intermédiaires, plus de 32 SA,  $\geq 1250$  g sans nécessité de réa et soins de nouveaux nés « convalescents de plus de 30SA. Un néonatalogiste est à la tête de l'unité sinon un pediatre ayant une expérience de 12 mois en unité 3 et « There must be a total of at least 300% staff physicians (certified neonatologists, certified pediatricians) and fellows (pediatric residents with  $\geq 3$  years of experience). Un pédiatre 24/24 et un neonatologiste en back up accessible en 15mn Une IDE avec expérience de néonatalogie d'au moins six mois pour 3 à 4 patients dans chaque équipe. Et l'accès aux spécialistes de la lactation, assistante sociale, psychologues, kinés, référents éthiques

Niveau 3 : toutes pathologies néonatales requérant des soins intensifs, avec à la tête un néonatalogiste et son adjoint avec 200% de néonatalogistes (2 par poste) et 200% de néonatalogistes en formation. Les médecins au total sont au moins 600% (3 équipes quotidiennes ?) de neonatologists et neonatologists en formation. Le médecin de garde est certifié en neonatologie ou « fellow Level » Un neonatologiste en back up est accessible en 15mn. Sont également accessible 24/24 cardiologue chirurgien anesthésiste et radiologue. Dans les 24h max autres spécialités (mal inf, neurologie, nephrologie, ophthalmologie, maladies metaboliques, génétique, endocrino, neurochir, orthop etc...)

A la tête de l'équipe PNM une cadre infirmière avec une expérience en neonatologie et en responsabilité managériale. Une infirmière avec pour deux patients dans chaque équipe avec des compétences en neonatologie, une pour 3 en pathologie intermédiaire, une pour 4 en soins spécialisés. Il est recommandé une IDE en plus par équipe et donc pour chaque poste IDE 500% de personnel. Les IDE en formation sont sous la supervision d'une IDE expérimentée avec un ration max de 1/1. Une IDE est désignée pour la formation continue.

Il y a du personnel dédié pour le transport des patients et l'accès aux spécialistes lactation, kinés...

Minimum requirements	Level III	Level IIB	Level IIA
<b>Perinatal center</b>			
Obstetrical unit on same campus	yes	yes	yes
Common weekly meetings between neonatologists and obstetricians about ongoing high risk pregnancies	yes	desirable	desirable
Common teaching meetings and/or mortality-morbidity conferences (≥ 1x/month)	yes	desirable	desirable
<b>Operative beds</b>			
NICU beds (1–2 beds/nurse & shift) <sup>a)</sup>	≥ 5	n/a	n/a
IMC beds (2–3 beds/nurse & shift) <sup>a)</sup>	≥ 5	≥ 2	n/a
SC beds (3–4 beds/nurse & shift)	≥ 10	≥ 3	≥ 2
<b>Respiratory support</b>			
Respirators for invasive respiratory support, total	≥ 5	n/a	n/a
Ventilators with high frequency ventilation modality	≥ 2	n/a	n/a
NO delivery systems	≥ 2	n/a	n/a
CPAP devices	≥ 10	≥ 2	n/a
<b>Monitoring</b>			
Patient monitoring available for all hospitalized patients	yes	yes	yes

Minimum requirements	Level III	Level IIB	Level IIA
<b>Physician staffing</b>			
Head of the unit	certified neonatologist	certified neonatologist	certified neonatologist or certified pediatrician with $\geq 12$ months of experience in a level III unit
	100%	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$
Substitute of the head of the unit	certified neonatologist	certified pediatrician with $\geq 12$ months of experience in a level III unit	certified pediatrician with $\geq 12$ months of experience in a level III unit
	100%	$\geq 80\%$	$\geq 80\%$
Additional consultants/attendings	certified neonatologists	certified pediatricians	certified pediatricians
	$\geq 200\%$	see total physician staff	see total physician staff
Fellows	neonatologists in training	experienced pediatric residents ( $\geq 3$ years of experience)	experienced pediatric residents ( $\geq 3$ years of experience)
	$\geq 200\%$	see total physician staff	see total physician staff
Total staff physicians and fellows	$\geq 600\%$	$\geq 300\%$	$\geq 300\%$
In house physician coverage 24/7	certified neonatologist or neonatology fellow	resident (preferably pediatric resident)	resident
Emergency physician back-up	certified neonatologist within 15 min	certified neonatologist / pediatrician within 15 min	certified neonatologist / pediatrician within 30 min
<b>Nurse staffing</b>			
Appropriate number for patient days and weighted shifts	500% per 2 NICU beds 500% per 3 IMC beds 500% per 4 SC beds	500% per 3 IMC beds 500% per 4 SC beds	500% per 4 SC beds
Certified nurses with postgraduate diploma in intensive care	not specified in detail	not specified in detail	not specified in detail
Certified nurses with CAS or equivalent formation in neonatology	not specified in detail	not specified in detail	not specified in detail
Certified nurses with basic diploma only	not specified in detail	not specified in detail	not specified in detail
<b>Additional staffing</b>			

# Recommandations américaines pour les soins périnataux

Guidelines for perinatal care US 2017

(page 51), ratio IDE/nouveau né

1 to 3-4	Newborns requiring continuing care
1 to 2-3	Newborns requiring intermediate care
1 to 1-2	Newborns requiring intensive care
1 to 1	Newborns requiring multisystem support
1 to 1 or greater	Unstable newborn requiring complex critical care
1	At least one nurse available at all times with skills to care for newborns who may develop complications or need resuscitation

11

L'American Academy of Pediatrics dès 2002 avait pour recommandations : 1 IDE pour 3-4 nouveaux nés for continuing care, 1 : 2-3 for intermediate care, 1 : 1-2 for intensive care, 1 : 1 for multisystem support, and 1 : 1 or greater for unstable newborns requiring complex critical care. Ces ratios ne prennent pas en compte la disparité des patients. Les IDE peuvent avoir en charge des patients de « lourdeur » variable. Des scores ont été développés pour adapter les ratios à la charge en soins (*Journal of Nursing Management, 2009, 17, 84-91*)

Si l'effectif n'est pas adapté la mortalité des 7 premiers jours de vie augmente (American Journal of Perinatology 2020 Charlotte Lemieux-Bourque et al)

Dans le périnatal immédiat, les **recommandations de l'association américaine des infirmières AWHONN** (J Obst Gyn Neonatal Nurs 2022, 51 (4) : S5-S98 sont les suivantes :

- 1 IDE pour un maximum de 3 femmes ayant des complications de l'antepartum
- 1 IDE par femme en travail ayant des complications
- 1 IDE par femme en travail recevant de l'oxytocin
- 1 IDE au chevet de toute femme recevant du sulfate de magnesium pendant la première heure de perfusion et pas plus d'une autre femme à surveiller
- 1 IDE au chevet de toute femme dans la deuxième phase du travail (poussée)
- 2 IDE à chaque naissance dont une des deux à la seule responsabilité de l'enfant
- 1 IDE au chevet de toute femme dans les 2 heures du post partum
- 1 IDE pour 6 à 8 nouveaux nés en bonne santé dont les mère ne souhaitent ou ne peuvent pas s'occuper immédiatement : aucun enfant laissé sans attention dans la chambre de la mère dans le post partum immédiat.
- Un minimum de 4 IDE présentes pour prendre en charge en toute sécurité une femme se présentant avec une urgence obstétricale et requérant une césarienne : « one nurse circulator; one scrub nurse, one baby nurse and one nurse to care for any other patient, who may present for care »

## European Standards of Care for Newborn Health

EFCNI, Poets CF, Helder O et al. Nurse staffing in neonatal intensive care. 2018.

Les recommandations sont de 1 infirmière par patient en réa/soins intensifs, 1/2 pour les soins « intermédiaires », 1/4 dans les soins spécialisés avec une infirmière de coordination avec un niveau de compétence adéquate (3 ans d'exercice pour acquérir l'expertise). Ces chiffres sont repris dans les recos UK « *The British Association of Perinatal Medicine Service and Quality Standards for Provision of Neonatal Care in the UK November 2022* » dans lesquelles il est signalé qu'entre les soins, la formation et l'encadrement, la PDES.. il doit y avoir un minimum de 8 temps plein médicaux dans chaque unité de réa.

# Comparaison internationale : étude !Neo

portant sur le soin aux prématurés de moins de 29 semaines dans 680 unités néonatales de 13 pays à travers le monde, des variations importantes d'effectif soignant sont relevés avec un impact sur la prise en charge des grands prématurés.

## Ratio d'infirmière par patient

	Network Ratio	ANZNN n=21	BNN n=20	CNN n=30	FinMBR n=5	FRA n=68	INN n=23	NRNJ n=108	Poland n=55	SEN1500 N=30	SNN n=9	SNQ n=9	TuscanNN n=4	All n=382
Continuing care	1:1	0 (0%)	0 (0%)	2 (7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (5%)	2 (2%)	0%	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (2%)
	1:2	2 (9%)	1 (5%)	8 (26%)	3 (60%)	4 (6%)	1 (5%)	8 (8%)	7 (14%)	2 (7%)	0 (0%)	1 (11%)	0 (0%)	37 (10%)
	1:3	6 (26%)	2 (10%)	15 (50%)	2 (40%)	8 (12%)	5 (23%)	49 (45%)	12 (23%)	3 (10%)	3 (33%)	0 (0%)	0 (0%)	105 (28%)
	≤1:4	13 (56%)	16 (80%)	5 (17%)	0 (0%)	53 (82%)	15 (67%)	47 (45%)	32 (63%)	24 (83%)	6 (67%)	8 (89%)	4 (100%)	223 (60%)
Intermediate care	1:1	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (1%)
	1:2	3 (14%)	0 (0%)	14 (47%)	5 (100%)	5 (8%)	3 (14%)	10 (9%)	7 (14%)	2 (7%)	1 (11%)	1 (11%)	0 (0%)	51 (14%)
	1:3	13 (57%)	4 (20%)	13 (43%)	0 (0%)	31 (48%)	4 (18%)	53 (50%)	22 (42%)	5 (16%)	8 (89%)	5 (56%)	1 (25%)	159 (42%)
	≤1:4	5 (29%)	16 (80%)	3 (10%)	0 (0%)	29 (44%)	16 (68%)	41 (39%)	23 (44%)	23 (77%)	0 (0%)	3 (33%)	3 (75%)	162 (43%)
Intensive care	1:1	3 (14%)	0 (0%)	8 (27%)	3 (60%)	0 (0%)	1 (4%)	7 (7%)	2 (4%)	1 (3%)	0 (0%)	1 (11%)	0 (0%)	26 (7%)
	1:2	18 (86%)	8 (40%)	22 (73%)	2 (40%)	26 (40%)	11 (48%)	25 (23%)	34 (66%)	21 (73%)	9 (100%)	6 (67%)	2 (50%)	184 (48%)
	1:3	0 (0%)	5 (25%)	0 (0%)	0 (0%)	37 (57%)	9 (39%)	71 (66%)	13 (24%)	6 (21%)	0 (0%)	2 (22%)	2 (50%)	145 (38%)
	≤1:4	0 (0%)	7 (35%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (3%)	2 (9%)	3 (3%)	3 (6%)	1 (4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	18 (5%)
Complex Critical Care	1:1	19 (95%)	4 (20%)	29 (97%)	5 (100%)	18 (29%)	11 (50%)	35 (33%)	30 (60%)	22 (73%)	8 (89%)	8 (89%)	3 (75%)	192 (53%)
	1:2	1 (5%)	10 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	43 (69%)	10 (46%)	23 (22%)	17 (34%)	5 (17%)	1 (11%)	1 (11%)	0 (0%)	111 (30%)
	1:3	0 (0%)	3 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (2%)	1 (4%)	45 (43%)	3 (6%)	2 (7%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (25%)	56 (15%)
	≤1:4	0 (0%)	3 (15%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (2%)	0 (0%)	1 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (2%)

## Présence en semaine de personnels paramédicaux transversaux

	ANZNN (n=21)	BNN (n=20)	CNN (n=30)	FIN (n=5)	FRA (n=68)	INN (n=23)	NRNJ (n=108)	POL (n=55)	SEN1500 (Spain) (n=30)	SNN (Swiss) (n=9)	SNQ (Sweden) (n=9)	TuscanNN (n=4)	All (n=382)
Dedicated resuscitation nurse	9 (43%)	10 (50%)	21 (70%)	4 (80%)	19 (28%)	15 (65%)	25 (23%)	34 (62%)	10 (33%)	7 (78%)	7 (78%)	2 (50%)	156 (41%)
Patient flow coordinator	13 (62%)	13 (65%)	17 (57%)	5 (100%)	12 (18%)	4 (17%)	45 (42%)	24 (44%)	17 (57%)	5 (56%)	9 (100%)	3 (75%)	94 (25%)
Discharge coordinator	17 (81%)	12 (60%)	11 (37%)	1 (20%)	14 (21%)	13 (57%)	60 (56%)	18 (33%)	12 (40%)	7 (78%)	5 (56%)	3 (75%)	120 (31%)
Social worker	20 (95%)	18 (90%)	30 (100%)	4 (80%)	51 (75%)	21 (91%)	90 (83%)	36 (65%)	23 (77%)	8 (89%)	6 (67%)	2 (50%)	273 (71%)
Dietitian	13 (62%)	18 (90%)	27 (90%)	4 (80%)	28 (41%)	16 (70%)	57 (53%)	20 (36%)	8 (27%)	8 (89%)	7 (78%)	2 (50%)	208 (55%)

## Proposition de ratio

Les ratios doivent être considérés comme minima réglementaires, non comme des plafonds. Ils doivent s'ajuster à la charge réelle (une donnée mesurable quotidiennement via un score d'acuité et de dépendance) pour garantir la sécurité des soins.

Cf grille WANNNT adaptée par la Société Française de Néonatalogie, juin 2023

**L'acuité correspond au niveau de gravité clinique et au risque immédiat d'instabilité et repose sur l'existence de :**

- 1/ ventilation invasive ou non invasive
- 2/ support hémodynamique
- 3/ oxygénation extracorporelle éventuelle
- 4/ nombre de défaillances d'organes
- 5/ extrême prématurité
- 6/ état neurologique instable
- 7/ risque infectieux sévère.

La dépendance correspond à la quantité et la fréquence des actes de soins nécessaires et inclut la fréquence des surveillances (monitoring continu, gaz du sang répétés) perfusions multiples alimentation entérale ou parentérale soins de développement individualisés manipulations fréquentes éducation parentale intensive soins techniques répétés (aspirations, gestion cathéters, etc.)

**L'encadrement de l'expérience professionnelle doit être intégrée à la définition des ratios.**

- 1/ une formation spécifique doit être obligatoire pour tout professionnel de l'unité
- 2/ il y a la nécessité de 6 mois d'expérience supervisée avant autonomie complète
- 3/ un maximum de 30% de professionnels novices (moins de 2 ans) par équipe
- 4/ la désignation d'une infirmière référente formation dans chaque unité

**La charge en soins est identique jour et nuit, les ratios d'IDE ne varient pas sur le nyctémère**

## Un observatoire national des soins critiques néonataux sera mis en place dans l'année suivant l'instauration des ratios afin de mesurer

- 1/ Taux d'occupation des unités
- 2/ Sous-effectif quotidien
- 3/ Taux de soins manqués
- 4/ Turn-over IDE
- 5/ Mortalité ajustée au case-mix

### Synthèse des recommandations internationales en matière de staffing néonatal

Les recommandations internationales en matière de staffing infirmier en néonatalogie reposent sur un principe commun : adapter les effectifs au niveau de gravité des patients et à la charge en soins, dans le cadre d'une organisation structurée en niveaux de soins.

- Convergence sur les ratios en soins critiques

Les standards européens, notamment ceux de l'European Foundation for the Care of Newborn Infants (EFCNI), recommandent des ratios infirmiers adaptés au niveau de soins, avec 1 infirmière pour 1 patient en réanimation néonatale, 1 pour 2 patients en soins intensifs, et 1 pour 4 patients en soins spécialisés, ainsi qu'une infirmière dédiée à la coordination d'équipe (EFCNI 2022).

Ces ratios sont repris dans les standards britanniques (BAPM 2022), qui insistent également sur l'importance d'une organisation en réseau régionalisé, du maintien de volumes d'activité suffisants pour garantir l'expertise, et d'un dimensionnement global des équipes, intégrant au-delà des effectifs au lit du patient les besoins en coordination, formation et continuité des soins.

Les standards suisses confirment cette approche, avec des ratios de 1:1 à 1:2 en réanimation néonatale et de 1:3 à 1:4 en soins intensifs/intermédiaires, associés à des exigences élevées en termes de qualification des équipes, d'encadrement et d'accès à des ressources pluridisciplinaires (Suisse, 2019).

En Allemagne, la réglementation *nationale (QFR-RL : Directive de garantie de la qualité pour la prise en charge des nouveau-nés prématurés et à terme)* s'inscrit dans la même logique de soins adaptés au risque, avec une organisation en niveaux de centres périnataux et des exigences réglementaires contraignantes sur les ratios infirmiers, incluant notamment :

- un ratio minimal de 1 infirmière pour 2 patients en soins intensifs néonataux
- un renforcement à 1:1 pour les patients les plus instables ou à très haut risque
- une obligation de respect des ratios à chaque shift, avec mécanismes de contrôle et conséquences organisationnelles en cas de non-conformité

(Allemagne QFR-RL\_2025)

Les recommandations américaines, fondées sur le concept de risk-appropriate care, convergent également vers ces niveaux, avec des ratios de 1:1 pour les patients instables, 1:1 à 1:2 en soins intensifs, et 1:2 à 1:3 pour les patients stabilisés, soulignant la nécessité d'adapter les effectifs à la gravité et à la complexité des situations cliniques (AAP, 2017 ; AAP 2023).

- Apport du modèle canadien : une approche fondée sur la charge en soins

Le modèle canadien se distingue par une approche moins normative, centrée sur l'évaluation de la charge en soins et des outcomes. Les données issues du Canadian Neonatal Network montrent que le niveau de staffing ajusté à l'acuité est associé à la mortalité, à la morbidité et au risque d'infections nosocomiales.

Dans ce cadre, les pratiques canadiennes reposent sur des ratios observés comparables aux autres pays ( $\approx 1:1$  en réanimation néonatale et  $\approx 1:2$  en soins intensifs), mais privilégient l'utilisation d'outils d'évaluation de la charge en soins, tels que le WANNNT, permettant un ajustement dynamique des effectifs.

- Enseignements pour l'organisation des soins

L'ensemble de ces recommandations converge vers plusieurs principes structurants :

- un ratio élevé en soins critiques, avec un consensus international autour de 1:1 en réanimation néonatale et proche de 1:2 en soins intensifs
- une organisation des soins en niveaux (risk-appropriate care), permettant d'orienter les patients vers des unités adaptées à leur gravité
- une variabilité importante de la charge en soins au sein d'un même niveau, nécessitant d'adapter les effectifs au-delà des seuls ratios théoriques
- la nécessité d'un dimensionnement global des équipes, intégrant les effectifs au lit du patient mais aussi les besoins en formation, coordination et continuité des soins
- et, de manière croissante, l'intégration d'une approche dynamique basée sur la charge en soins, en complément des ratios fixes

Ainsi, les données internationales confirment la pertinence d'un modèle combinant ratio plancher en soins critiques et ajustement des effectifs à la charge réelle en soins, en cohérence avec l'organisation française des soins critiques néonataux.

## Argumentaire pour un modèle de staffing dynamique en service de soins critique néonatal:

### 1. Impact du staffing infirmier

Le niveau de staffing infirmier constitue un déterminant majeur de la qualité et de la sécurité des soins en néonatalogie. La littérature internationale montre que le sous-staffing entraîne une augmentation de la charge de travail infirmière, exposant à un risque accru de soins manqués, définis comme des soins nécessaires omis ou retardés.

Dans une large étude nationale américaine portant sur 303 unités de soins intensifs néonataux, 36 % des infirmières rapportaient avoir omis au moins un soin essentiel lors de leur dernière journée de travail. Ces omissions concernent principalement l'accompagnement parental, l'éducation des familles, les soins de confort et certaines surveillances cliniques. Le risque de soins manqués augmente significativement avec la charge de travail, l'acuité des patients et la dégradation de l'environnement de travail (*Lake20*)

Une étude multicentrique récente a montré que des ratios de 3 patients par infirmière étaient associés à une augmentation significative des soins manqués dans la majorité des dimensions de soins, tandis que des ratios supérieurs à 2 patients par infirmière restaient associés à des altérations de certaines activités critiques. Par ailleurs, la charge de travail perçue constitue un déterminant majeur indépendant du risque de soins manqués, soulignant les limites d'une approche basée uniquement sur les ratios (*Tubbs-Coolley25*)

Ces altérations de la qualité des soins se traduisent par une augmentation des complications cliniques. En néonatalogie, plusieurs études ont montré qu'un niveau de staffing insuffisant est associé à une augmentation des infections nosocomiales, notamment chez les prématurés (OR  $\approx 1,4$  en cas de sous-staffing) (*Rogowski13*), ainsi qu'à une augmentation des infections liées aux cathéters (OR 1,47) (*Leistner13*) et des bactériémies (*Cimiotti06*).

Le sous-staffing est également associé à une augmentation des événements indésirables, notamment en ventilation mécanique, avec un risque multiplié par près de 3 en cas de surcharge de travail (*Lamy\_Filho11*), et à une moindre maîtrise des paramètres critiques tels que l'oxygénation (*Sink11*).

Une étude multicentrique du Canadian Neonatal Network a montré qu'un niveau de staffing plus élevé, ajusté à l'acuité, est associé à une réduction du risque de mortalité ou de morbidité sévère (OR 0,93 dans les premières 24 heures), tandis qu'une occupation élevée des unités, reflet d'une inadéquation entre charge et ressources, est associée à une augmentation du risque de complications (*Beltempo23*).

Ces résultats sont cohérents avec la littérature internationale, qui montre qu'une exposition répétée à des périodes de sous-staffing est associée à une augmentation de la mortalité hospitalière (*Needleman11*), et que l'augmentation du nombre de patients par infirmière constitue un facteur indépendant de mortalité (*Aiken02*). Une revue systématique récente confirme l'existence d'un lien causal probable entre faible staffing infirmier et mortalité (*DallOra22*).

Enfin, les facteurs organisationnels, en particulier le taux d'occupation des unités, jouent un rôle aggravant en augmentant la charge de travail et en réduisant les ressources disponibles. Les situations d'overcrowding ont ainsi été associées à un risque accru d'infections nosocomiales, en lien avec la dégradation des ratios et la promiscuité accrue (*Fischer19*).

Ainsi, l'ensemble de ces données montre que la sécurité des soins en néonatalogie dépend non seulement du ratio infirmier, mais de l'équilibre dynamique entre charge en soins, effectifs disponibles et organisation des unités, et que le sous-staffing constitue un facteur de risque majeur de morbidité et de mortalité.

## 2. Limites des ratios fixes et intérêt des outils d'acuité

Les ratios infirmiers fixes apparaissent insuffisants pour refléter la charge réelle en soins en néonatalogie, en raison de la variabilité importante de l'acuité des patients et de l'intensité des soins requis. Des travaux récents montrent que la charge infirmière dépend de multiples dimensions, incluant le support respiratoire, la complexité des soins, les interactions avec les familles et les contraintes organisationnelles, soulignant les limites d'une approche fondée uniquement sur le nombre de patients par infirmière (*Barnette24; Tubbs-Cooley18*).

Dans cette perspective, Feldman et Rohan proposent un modèle intégratif du staffing en néonatalogie, considérant que celui-ci dépend simultanément de facteurs liés aux patients (acuité, intensité), aux professionnels (expérience, compétence) et à l'organisation (taux d'occupation, flux, architecture). Les auteurs soulignent que les ratios fixes constituent un socle minimal mais ne permettent pas de capturer la complexité réelle du travail infirmier, justifiant le recours à des modèles dynamiques basés sur la charge en soins (*Feldman22*).

Les outils d'évaluation de la charge en soins basés sur l'acuité (Patient Classification Systems) permettent précisément d'objectiver ces besoins en traduisant les caractéristiques cliniques des patients en temps infirmier requis. Leur utilisation est recommandée pour améliorer la planification des effectifs et la qualité des soins (*Daraiseh16*).

Les soins non techniques (éducation, coordination, relation) représentent une part significative du travail infirmier, souvent sous-estimée mais directement liée aux risques de soins manqués.

Le **Winnipeg Assessment of Neonatal Nursing Needs Tool (WANNNT)** constitue à ce jour l'un des outils les mieux validés en néonatalogie. Il permet de classer les patients selon plusieurs niveaux d'acuité pondérés, facilitant la constitution d'assignations équilibrées entre patients hétérogènes (*Hart19*). Sa validité et sa fiabilité ont été démontrées, avec une excellente reproductibilité inter-évaluateurs et une forte concordance avec l'estimation clinique des équipes, (*Sawatzky-Dickson09*).

L'intérêt clinique du WANNNT est renforcé par son association aux outcomes néonataux. Une étude récente a montré que le ratio entre effectifs disponibles et besoins calculés à partir du WANNNT est significativement associé au risque de mortalité ou de morbidité sévère chez les grands prématurés, en particulier durant les premiers jours de vie (*Lemieux-Bourque21*).

Dans ce contexte, l'adaptation du WANNNT proposée par la Société Française de Néonatalogie constitue une évolution pertinente, intégrant les spécificités des pratiques françaises et des dimensions insuffisamment prises en compte par les outils historiques, notamment les soins de développement, l'accompagnement parental et la complexité des parcours de soins.

### 3. Analyse du modèle

Les travaux récents soulignent donc la nécessité d'un modèle combinant ratio plancher et ajustement dynamique fondé sur la charge réelle en soins.

Conformément aux recommandations issues des modèles d'acuité, ce ratio doit être ajusté quotidiennement en fonction de la charge en soins, à l'aide d'un outil standardisé tel que la grille WANNNT. Cette approche permet de tenir compte :

- De l'acuité clinique des patients,
- De l'intensité des soins techniques,
- Des soins de développement et du soutien parental,
- Des contraintes organisationnelles (admissions, transferts, taux d'occupation).

Les travaux de Feldman soulignent en particulier que les soins non techniques (éducation parentale, coordination, soins de développement) représentent une part significative du travail infirmier, souvent non captée par les modèles traditionnels, mais fortement contributive à la charge en soins et aux risques de soins manqués. (*Feldman22*)

Dans ce cadre, la présence de 4 auxiliaires de puériculture par équipe permet de prendre en charge une partie de ces activités (soins de confort, soutien parental, logistique), contribuant ainsi à augmenter la capacité effective des infirmières à assurer les soins critiques.

Cette proposition doit être considérée comme un niveau intermédiaire, visant à concilier les exigences de qualité et de sécurité des soins issues de la littérature internationale avec les contraintes actuelles de ressources humaines et financières, dans un contexte de tensions majeures de recrutement en néonatalogie. Elle constitue ainsi un socle organisationnel réaliste, susceptible d'être mis en œuvre à court terme, tout en s'inscrivant dans une trajectoire d'amélioration progressive des ratios vers les standards internationaux les plus exigeants.

Par ailleurs, ces recommandations ne peuvent être pleinement opérationnelles sans une réflexion concomitante sur le dimensionnement des autres professionnels paramédicaux essentiels au fonctionnement des unités de soins critiques néonataux, notamment psychologues, kinésithérapeutes, psychomotriciens et diététiciens, dont les interventions participent directement à la qualité des soins, au développement de l'enfant et au soutien des familles. L'absence de référentiels nationaux structurés pour ces professions constitue à ce jour un angle mort de l'organisation des soins.

## Adaptation de l'offre de soins en périnatalité

### 1. Constat : une évolution majeure des besoins en périnatalité

Le secteur de la périnatalité est aujourd'hui confronté à des mutations profondes. Malgré la qualité globale du système de santé français, la France se situe désormais au 23<sup>e</sup> rang européen en matière de mortalité infantile, avec une vulnérabilité accrue des nouveau-nés prématurés.

Parallèlement, les pratiques en néonatalogie ont significativement évolué. La présence parentale continue (24h/24) auprès de l'enfant hospitalisé est désormais la norme, impliquant:

- un accompagnement renforcé des familles,
- des soins individualisés et chronophages,
- le développement de pratiques spécifiques (soins de développement, soins à « quatre mains »),
- une prise en charge globale intégrant la triade parents–nouveau-né.

Ces évolutions augmentent mécaniquement les besoins en ressources humaines qualifiées, expertes et en temps soignant.

### 2. Limites du cadre réglementaire actuel

Le décret de périnatalité de 1998, qui régit encore l'organisation des soins, apparaît aujourd'hui inadapté aux réalités de terrain.

Plusieurs limites sont identifiées :

- Inadéquation des profils recrutés : initialement centré sur des professionnels expérimentés (puéricultrices ou infirmières spécialisées), le recrutement s'est progressivement élargi à des infirmières récemment diplômées, sans formation spécifique en néonatalogie.
- Fragilisation des compétences : la formation repose majoritairement sur la transmission informelle entre pairs, dans un contexte de tension sur les effectifs de puéricultrices.
- Absence d'exigence réglementaire sur la présence des puéricultrices : aucun texte n'impose aujourd'hui leur présence minimale dans les équipes, ce qui conduit à une hétérogénéité des pratiques et à un risque pour la qualité des soins.
- Écartement des auxiliaires de puériculture : pourtant essentielles dans les soins de base, l'accompagnement quotidien et le soutien à la parentalité, leur place a été réduite dans les services spécialisés.

Ces constats posent des enjeux majeurs en termes de qualité, de sécurité et de continuité des soins.

### 3. Proposition de réorganisation des équipes et adaptation des ratios

Afin de répondre aux besoins actuels, une révision des ratios soignants apparaît indispensable, accompagnée d'une redéfinition des rôles au sein des équipes.

Principe structurant :

- La présence de puéricultrices doit être rendue obligatoire par voie réglementaire dans l'ensemble des secteurs de périnatalité.
- Cette obligation ne signifie pas une exclusivité : les équipes restent pluri-professionnelles, mais doivent impérativement intégrer des puéricultrices en nombre suffisant.
- 1 infirmière puéricultrice référente / formatrice, détachée du ratio,

21

#### Proposition de ratios cibles intégrant cette exigence :

##### Maternité (post-partum et suites de couches)

- 1 puéricultrice obligatoirement présente dans chaque unité et par équipe
- 1 puéricultrice pour 6 à 8 dyades parent–enfant
- 1 auxiliaire de puériculture pour 6 à 8 dyades

##### Néonatalogie (soins courants et intermédiaires)

- Présence obligatoire de puéricultrices dans chaque équipe
- 1 puéricultrice ou infirmière expérimentée en néonatalogie pour 3 nouveau-nés
- dont au moins une puéricultrice référente par secteur
- 1 auxiliaire de puériculture pour 4 nouveau-nés

##### Soins intensifs néonataux

- Présence majoritaire et obligatoire de puéricultrices
- Ratio : 1 puéricultrice ou infirmière expérimentée pour 2 nouveau-nés
- 1 auxiliaire de puériculture pour 4 nouveau-nés

##### Réanimation néonatale

- Présence majoritaire et obligatoire de puéricultrices
- 1 puéricultrice ou infirmière expérimentée pour 1 nouveau-né (ratio 1:1),
- 1 auxiliaire de puériculture pour 2 à 3 nouveau-nés

#### *4. Reconnaissance et valorisation des compétences spécifiques*

La prise en charge des nouveau-nés, en particulier les plus prématurés ou en situation critique, requiert un haut niveau d'expertise.

À ce titre :

- Les puéricultrices doivent être reconnues comme professionnelles de référence en néonatalogie, avec une présence rendue obligatoire légalement dans tous les secteurs et un rôle structurant dans l'organisation des soins, la formation et la qualité.
- Les auxiliaires de puériculture doivent être pleinement réintégrés dans les équipes spécialisées, leur rôle étant nécessaire pour :
  - o les soins de développement,
  - o l'accompagnement des parents,
  - o la continuité des soins du quotidien.

#### *5. Conclusion : une nécessité d'adaptation structurelle*

L'évolution des pratiques et des besoins en périnatalité rend indispensable une actualisation du cadre réglementaire et organisationnel.

La mise en œuvre :

- de ratios soignants adaptés, basés sur le principe d'acuité
- de l'obligation réglementaire de présence de puéricultrices,
- de la reconnaissance des compétences spécialisées,
- et de la réintégration des auxiliaires de puériculture,

constitue un levier majeur pour :

- améliorer la qualité et la sécurité des soins,
- répondre aux attentes des familles,
- contribuer in fine à la réduction de la mortalité infantile.