

11. Redéfinir les métiers de la périnatalité, et proposer des pistes pour répondre à la crise démographique.

La DHOS a procédé à une évaluation des besoins nécessaires en personnel médical pour la mise aux normes des Décrets de 1998, en précisant que n'étaient pas pris en compte les besoins générés par l'ARTT et le Repos de Sécurité obligatoire.

Ces besoins sont évalués à 6266 postes à créer qui se répartissent en : 1130 médecins (gynécologues-obstétriciens, pédiatres-néonatalogues, anesthésistes-réanimateurs), 1193 sages-femmes, 2035 infirmières. Lorsque l'on inclut les postes vacants les besoins sont 7451 postes soit : 1610 médecins, 1471 sages-femmes, 2257 infirmières, 2113 auxiliaires de puéricultures et aides soignantes.

La nouvelle réglementation qui introduit le Repos de Sécurité et la Réduction du Temps de Travail rencontre des difficultés d'application insurmontables dans un grand nombre de structures car elle augmente très significativement le nombre de praticiens nécessaires par unité. Dans l'état actuel de la mise en place de ces mesures, il est difficile, sinon hasardeux, de quantifier ces nouveaux besoins. Ceci impose un recensement régulier des professionnels de la naissance et, autant que faire se peut, des prospectives à long terme des effectifs nécessaires. Appliquée avec les effectifs existants, cette nouvelle réglementation ne peut donc être mise en place que par des regroupements et par des mutualisations de moyens, tant en équipements qu'en personnels.

Cette évolution de la politique périnatale ne peut se faire que par une redéfinition des missions des différents professionnels de la naissance.

- **Les Gynécologues Obstétriciens**

La profession de gynécologue-obstétricien a beaucoup évolué depuis les trente dernières années. L'apparition de moyens de surveillance du fœtus par l'échographie, la surveillance du rythme cardiaque fœtal, pendant la grossesse et l'accouchement, l'accès direct au fœtus par diverses techniques, le développement du diagnostic anténatal ont à eux seuls bouleversé le métier d'obstétricien qui demande de larges compétences médicales. L'apparition puis le développement de l'assistance médicale à la procréation, le développement de techniques de plus en plus sophistiquées, après l'apparition de la coelioscopie et de la microchirurgie puis de la coeliochirurgie où les gynécologues obstétriciens ont été toujours les promoteurs ont là encore radicalement changé ce champ de la spécialité.

L'attractivité de l'obstétrique demandant par ailleurs de larges compétences médicales est actuellement menacée par la judiciarisation de la pratique, l'évolution des mentalités recherchant à éviter la pénibilité, le stress.

C'est ainsi que le gynécologue obstétricien a la tentation de se tourner plus volontiers vers le versant gynécologique de son métier, voire d'abandonner totalement l'obstétrique, ce que nombre d'entre eux font à partir d'un certain âge. 43 % ont 50 ans et plus, en secteur public la grande majorité pratiquent des accouchements, en libéral seulement 48 % pratiquent des accouchements, au total on peut estimer qu'actuellement moins de 25 % prennent des gardes d'obstétrique.

Il est nécessaire pour maintenir une attractivité suffisante dans l'exercice de l'obstétrique de :

- continuer de donner, à la femme enceinte, la possibilité de se confier au soignant de son choix y compris le gynécologue-obstétricien quel que soit le niveau de risque de la grossesse

- d'améliorer les conditions de travail des professionnels et leur donner la possibilité de pouvoir choisir leur mode d'exercice et leur secteur d'activité et éventuellement d'en changer :

pour le secteur libéral, l'une des réponses est l'organisation d'une "mobilité" des professionnels de la naissance entre le secteur privé et le secteur public.

Cependant, il est souligné que cette mobilité est potentiellement porteuse d'une fuite des professionnels du secteur privé vers le secteur public dans un cadre juridico-économique où pour le moment l'assurance responsabilité civile médicale est difficilement supportable pour les professionnels du secteur privé. Résoudre les difficultés assurantielles pourrait participer à enrayer la désaffection de la profession qui a pu être constatée ces dernières années.

De surcroît, la "rigidité des conditions d'emploi", empêche l'intégration de praticiens libéraux au sein d'hôpitaux publics dans des conditions salariales correctes. Ce point est un frein majeur aux propositions de fonctionnement en réseau. Des aménagements sont prévus pour que puisse être pris en compte l'ancienneté des pratiques.

Il est indispensable que les gynécologues-obstétriciens aient une formation obstétricale et chirurgicale pour pouvoir faire face à toutes les urgences (tenant de cette spécialité) pouvant survenir chez une femme enceinte. La maquette de formation prévoit en ce sens sur les 10 semestres de formation : 5 semestres en gynécologie-obstétrique, 2 semestres en chirurgie, 2 semestres en Centre Hospitalier.

- **Les sages-femmes**

Les missions

L'activité des sages-femmes a considérablement évolué depuis 15 ans. Les sages-femmes possèdent un statut de personnel médical à compétence définie et encadrée. Elles sont formées pour assurer de façon autonome le suivi et l'accompagnement de la grossesse normale et l'accouchement normal. Dans les grossesses à risque et la pathologie, la sage-femme est la collaboratrice du médecin et actrice d'un réseau de prise en charge coordonnée.

La pratique témoigne cependant d'un décalage progressif entre les objectifs professionnels qui leur sont assignés et l'exercice réel de leur métier.

La pénurie entraîne dans les établissements publics la disparition de cette offre de soins. Pour assurer l'urgence obstétricale, des consultations sont supprimées, ce qui entraîne une augmentation des grossesses non suivies en particulier chez les femmes en situation de précarité. La diminution de la surveillance entraîne une augmentation des consultations d'urgence qui incombent le plus souvent aux sages-femmes qui voient ainsi augmenter leur charge de travail. La préparation à l'accouchement n'est plus assurée dans tous les établissements.

Ce décalage pose la question de l'articulation de la profession avec les autres intervenants que sont les obstétriciens, les pédiatres et les puéricultrices.

L'organisation des soins doit permettre, comme dans les autres secteurs d'activité, en identifiant le bas risque et le haut risque dès le début de la grossesse :

- de réserver en priorité aux sages-femmes la surveillance et l'accompagnement des femmes enceintes tout au long de leur grossesse quand elle est physiologique et de leur préparation à la naissance,

- d'organiser la consultation du 4^{ème} mois,
- de faire une large part au respect de la physiologie de l'accouchement.

Les modalités d'organisation des pratiques revenant aux sages-femmes doivent être définies au sein de chaque service grâce à la collaboration entre les médecins et les sages-femmes.

Leurs effectifs doivent être adaptés au-delà des normes prescrites par les décrets de 1998 qui ne tiennent pas compte des activités consacrées aux grossesses pathologiques, en consultation prénatale, en préparation à la naissance et à la présence des sages-femmes en Suites de Couches.

Le principe du libre choix des patient(e)s de leur praticien doit être respecté, conformément à la loi du 4 mars 2002. Dans cette optique, la possibilité de prise en charge des grossesses et des accouchements par les sages-femmes en secteur libéral doit être effective.

En particulier, des solutions doivent être trouvées pour permettre, dans les faits, l'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales.

Cette activité libérale en établissement privé doit être régie par une charte définie conjointement par les sages-femmes concernées, la direction de l'établissement et l'équipe médicale.

Les sages-femmes salariées travaillant dans les cliniques privées se plaignent de leurs conditions de travail. La reprise de la réflexion par la DHOS semble indispensable pour trouver une solution ayant l'agrément des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes et de l'hospitalisation privée.

Pour les deux modes d'exercice, il faut :

- Modifier le code de santé publique sur les droits de prescription qui sont totalement obsolètes
- Donner la possibilité à la sage-femme de faire la déclaration de grossesse et de faire l'examen post-natal
- Quantifier l'activité effectuée par les sages-femmes

Il existe une forte demande de réforme des études. Cette réforme pourrait aboutir à la reconnaissance du diplôme à BAC+5 en transférant les écoles de Sages-femmes au sein des UFR médicales. Il doit être possible de faire un doctorat après une formation complémentaire.

La démographie des sages-femmes est actuellement très insuffisante pour assurer les missions qui pourraient leur incomber en fonction des propositions précédentes. Les effectifs de formation doivent être révisés, bien au-delà des normes prescrites par les décrets de 1998, en fonction de la mise en application de cette nouvelle politique. Une planification sur 10 ans devrait être mise en place.

- **Les Anesthésistes-Réanimateurs**

Le médecin anesthésiste-réanimateur exerce quatre missions : l'anesthésie, la réanimation, la prise en charge de la douleur et le traitement des urgences. Son rôle dans les maternités consiste à assurer les anesthésies et les analgésies en salle de naissance, mais aussi à participer à la prise en charge de la réanimation des patientes (hémorragies, pré-éclampsies sévères), de plus selon les structures sa participation à la prise en charge du nouveau-né n'est pas anecdotique.

L'activité d'anesthésie est réglementée par le décret 94-1050 du 5 décembre 1994, et pour ce qui concerne les maternités par le décret 98-900 du 9 octobre 1998, qui prescrit que l'établissement de santé autorisé à pratiquer l'obstétrique met en place une organisation permettant d'assurer au début du 3ème trimestre de la grossesse la consultation pré-anesthésique prévue à l'article D. 712-41 par un anesthésiste-réanimateur de l'établissement, mais aussi les modalités de garde en fonction du nombre d'accouchements annuels.

On note de fortes inégalités de charge de travail entre les établissements et de fortes disparités démographiques entre les régions.

Il est nécessaire de maintenir un nombre suffisant de postes d'interne en anesthésie réanimation pour éviter une crise démographique qui entraînerait un recentrage des anesthésistes vers d'autres activités. En l'absence de restructurations des maternités, un déficit en anesthésistes-réanimateurs est à prévoir.

- **Les pédiatres**

Le pédiatre a une place pleine et entière dans le système de soins périnataux. Les décrets "Dienesch" de 1972, ceux du 7 août 1975 et du 9 octobre 1998, ont progressivement défini la place du pédiatre. Le pédiatre intervient à différentes étapes de la périnatalogie.

- En anténatal, au sein des centres multidisciplinaires de diagnostic anténatal et dans les staffs anténataux où sont discutés les dossiers de grossesses pathologiques
- En maternité, l'activité de pédiatrie est une activité qui est maintenant bien structurée.
- En soins intensifs de néonatalogie et en réanimation
- Dans les réseaux de soins périnataux

Cette place est incontournable et la présence d'un pédiatre avec une expérience attestée en néonatalogie est obligatoire pour tout lieu de naissance. Cette profession a cependant des problèmes de reconnaissance : l'activité de pédiatrie de maternité est mal décrite dans le système PMSI et les autres systèmes d'information hospitaliers, le statut des pédiatres de maternité en secteur public est extrêmement précaire et repose dans une grande majorité de cas sur des vacations au statut très peu attractif. Dans le secteur privé, l'activité d'astreinte n'est pas rémunérée. Si bien que ce métier rencontre un problème d'attractivité du fait non pas du non - intérêt de ce métier mais essentiellement du fait de l'absence de reconnaissance institutionnelle.

La mission propose une meilleure prise en compte de l'activité de pédiatrie de maternité dans les systèmes d'information médicale hospitaliers, une amélioration du statut des pédiatres de maternités publiques, une reconnaissance financière de l'astreinte pédiatrique dans les maternités du secteur privé.

- **Les puéricultrices**

Une crise identitaire secoue la profession de puéricultrice, le manque de reconnaissance de leur année de spécialisation dans les structures hospitalières contribue à cette crise. Un renforcement de leur formation et de leur qualification pourrait grandement répondre à cette crise en se référant au modèle anglais de "Nurse practitioner" avec des compétences médicales limitées qu'elles utiliseraient en coopération avec les pédiatres.

- **Les médecins généralistes**

Les données récentes font état d'environ 95000 médecins généralistes dont environ 75 % travaillent en libéral. Sans modifications du numerus clausus, l'évolution se fera vers la diminution (80000 en 2020).

Avant que ne soit organisée une collaboration ville-hôpital qui est indispensable à mettre en place les médecins généralistes voient revenir les femmes enceintes pour leur suivi de grossesse par manque de place en consultation hospitalière. Les services hospitaliers débordés par le nombre de femmes à suivre délèguent maintenant volontiers ce suivi à la médecine de ville. Ce retour s'est réalisé sans amélioration de la communication ce dont se plaignent les médecins généralistes.

Il est donc important que s'organise de façon coordonnée le développement de réseaux ville-hôpital pour le suivi de la grossesse. Cette mise en place devrait permettre le développement de la communication et de restaurer la place du médecin de famille.

Il faut mettre à la disposition des médecins volontaires des outils de formation et de communication, comme le carnet de santé de la femme enceinte ou le dossier commun ville-hôpital, des réunions de concertation rémunérées pour les médecins et les sages-femmes libéraux, des moyens de formation continue (séminaires et soirées, courriers scientifiques, sites internet ...) et favoriser les échanges entre les différents intervenants, dans le respect du choix du lieu de soins et du secret médical pour les usagers ...

La création récente d'un DIU de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique pour les médecins généralistes devrait permettre leur intégration dans des réseaux labellisés, la formation continue étant assurée par le même réseau pour assurer une culture périnatale commune.

- **Pour l'ensemble des médecins**

Un certain nombre de pistes peut être proposé ou renforcé :

- Maintenir les filières spécifiques à la pédiatrie, gynécologie-obstétrique, et à l'anesthésie-réanimation qui ont eu un effet bénéfique sur les vocations dans ces trois disciplines.
- Assurer un post internat qui est actuellement le goulot d'étranglement de ces filières en augmentant le nombre de postes de CCA dans ces filières ou créer des postes d'assistantat dans les CHU. A titre d'exemple, une évaluation récente a été faite pour la spécialité de gynécologie-obstétrique. La création d'une filière spécifique de formation par l'internat en gynécologie-obstétrique il y a 2 ans a permis d'envisager une meilleure couverture mais elle ne s'est pas accompagnée des moyens nécessaires et des mesures financières pour assurer les capacités de formation ce qui fait que les effets positifs de l'augmentation du nombre d'internes sont actuellement obérés par ce problème.

D'autre part, en ce qui concerne maintenant le post internat, il n'y a actuellement que 150 postes de Chefs de Clinique Assistants des Hôpitaux en gynécologie-obstétrique, d'ailleurs très inégalement répartis sur toute la France. Il manque actuellement 65 postes de gynécologie-obstétrique pour offrir un clinicat à 3 internes sur 4 (le ratio postes de CCA/postes d'internes allant de 1/20 à 1/2,7). Il est donc nécessaire de créer en 2004 30 postes de CCA en les répartissant en urgence aux CHU les plus défavorisés.

Les autres solutions sont :

- créer des postes d'Assistants de Spécialité ouverts aux CHU
- créer des postes d'Assistants partagés et même des Chefs de Clinique Assistants partagés
- créer des postes de Praticiens Hospitaliers Contractuels
- développer des mesures incitatives pour attirer des praticiens dans des régions démedicalisées.