



**SYNDICAT NATIONAL  
des MEDECINS ANESTHESISTES REANIMATEURS  
des HOPITAUX NON UNIVERSITAIRES**

**COMPTE RENDU DE LA REUNION PERINATALITE au MINISTERE**

**Le 14 janvier 2003**

Objet de la réunion : Aménagement des décrets périnatalité

Les décrets du 9 et 10 octobre 1998 ont prévu un délai de 3 ans à compter de la notification des autorisations pour la mise en conformité des établissements.

Les autorisations ont été délivrées entre octobre 2000 et décembre 2001. La mise en conformité doit être acquise entre fin 2003 et fin 2004 selon les établissements.

Le ministère souhaite apporter des aménagements permettant une plus grande souplesse, dans leur mise en œuvre, particulièrement en ce qui concerne les normes afférentes au personnel.

Etaient présents :

- pour le ministère : Mme REVEL, Nathacha LEMAIRE, Bénédicte THIARD, et d'autres personnes (environ 8)
- des représentantes des Sages Femmes : Conseil de l'Ordre de SF, Syndicat des SF, Collège des SF ( 5 personnes en tout)
- des représentants de la FHF et de la FHP
- des représentants des gynéco-obstétriciens : SYNGOF, Collège des GO, Fédération des GO des hopitaux non universitaires
- des Pédiatres : Dr Roze, Dr Lejeune
- des Anesthésistes – Réanimateurs :  
SNPHAR : D. Réa  
SNARF : M. Levy  
SNMARHNU : D. Goumard  
SFAR : M. Palot

\*\*\*\*\*

Mme REVEL explique que cette réunion, à la demande du cabinet, se situe dans le cadre de l'hôpital 2007 ; son but est de déterminer une simplification des normes des décrets des Urgences et des décrets périnatalité.

En effet ils posent des problèmes d'application sur tout le territoire.

Plusieurs thématiques sur les maternités : la néonatalité avec soins intensifs  
la néonatalité sans soins intensifs  
la réanimation néonatale

les gardes ouvertes aux internes  
l'hospitalisation de suites de couches  
les locaux , les équipements.

Tour de table :

### Sages Femmes

-Conseil de l'Ordre des sages femmes : les normes ne peuvent pas être mise en place uniformément partout car il ne faut pas oublier que certaines régions sont difficiles d'accès, prévoir des dérogations pour ces maternités.

-Syndicat des SF : pense que les avancées sont bonnes au niveau du décret, qu'il faut sortir des mécanismes habituels et travailler sur des fonctionnements différents. Les politiques doivent prendre parti pour mettre le personnel là où il doit être. Ne souhaite pas de diminutions dans les normes.

-Collège des SF : pense que la majorité des grossesses sont normales. Les problèmes posés sont surtout sur la répartition des effectifs ; une réflexion doit être entamée sur le couple maman – bébé.

### Gynécologues obstétriciens :

-Syngof : depuis juin 2002 la démographie médicale est toujours aussi mauvaise, si dans le privé on a assuré les départs à la retraite, l'intégration des libéraux dans le public n'a pas avancé. 40 postes de PH ont été budgétés , mais rien n'a été fait.

Il y a une lassitude et un mécontentement dans les hôpitaux publics, **ne voit pas où il ya quelque intérêt dans cette réunion si il n'y a pas de résultats !!**

-Collège des GO : pense qu'il ne faut pas remettre en cause les décrets. **L'assouplissement des délais n'est pas intéressant.** Les GO insistent pour dire qu'ils doivent être « Chirugiens ».

Dans 50% des maternités de niveau II, il n'y a pas de chirurgien gynéco- obstétricien

-Fédération des GO des Hôpitaux non universitaires: il revient aux politiques de prendre la décision car depuis 98 il y a des réunions au ministère qui n'ont jamais abouti à quoi ce soit. **Ces décrets doivent être appliqués dans les plus brefs délais.**

### Syndicat des Pédiatres :

Pas intéressant d'allonger les délais, car la pression se relachera, et on reviendra au même point à l'aboutissement des délais.

**Actuellement 25 à 30% des lits de réanimation néonatale sont fermés en Ile-de - France faute de personnel !!**

### Les représentants des directeurs :

-FHF : insistent du fait qu'il y a un problème de délai pour pallier à la démographie.

Souhaitent des regroupements du fait de la raréfaction des moyens, et une augmentation de l'hospitalisation à domicile.

La notion de niveau est abordée, il ne reste plus actuellement que 50 maternités faisant moins de 300 accouchements. Il y a un effet de seuil pour les lits de réanimation .

La FHF insiste lourdement car ils veulent repousser les délais.

- 1- il y a une cohérence dans les calendriers des différents groupes de travail  
( mission du Pr Bréa)
- 2 - la seule solution préconisée est le regroupement , donc il faut du temps pour cela.

### Les Anesthésistes :

Insistent sur le rôle préventif de l'APD, ce sont les réanimateurs obstétricaux ; veulent concentrer les moyens. Il faut donc étudier la typographie, et non pas la géographie ( Pithiviers à 20 km d'Etampes !!).

Trois types de professionnels se côtoient dans les maternités :

- les gynéco-obstétriciens, les sages femmes
- les anesthésistes réanimateurs
- les pédiatres

Souhaitent un renforcement des réseaux par la mise en place de protocoles particulièrement sur l'état de la mère.

**Ne souhaitent pas du tout d'aménagement du décret périnatalité, sont contre l'allongement des délais.**

Ont insisté pour redire qu'ils n'avaient pas été convoqués pour la rédaction des décrets, alors que les pédiatres y étaient. En sont contents quand même.

**Ne souhaitent pas une substitution à la réanimation du nouveau né à la place du pédiatre.**

Ils ont 3 actions importantes : l'anesthésie et l'analgésie, la prise en charge des patientes graves et le nouveau né.

**Ne souhaitent pas du tout l'assouplissement, ni une mutualisation des gardes.**

Il est à noter que l'enquête 3 jours en anesthésie relevait que les urgences étaient liées particulièrement aux maternités.

**Regrette que la segmentation en niveau évoque seulement le risque du nouveau né et non pas le niveau du risque maternel, et que cette segmentation existe en nombre d'accouchements, mais non pas en termes de risques maternels non plus.**

### **Réponses de Mme REVEL :**

Il avait été évoqué pour les locaux un allongement de 5 ans.

A bien compris qu'il convenait d'insister sur les niveaux de prise en charge maternel, à sortir dans les décrets.

Prévoir des circulaires, faire une analyse des pratiques. Ceci sera imposé par une volonté politique de faire l'évaluation des pratiques.

- D. Réa met en garde contre les maternités de 4000 à 5000 accouchements difficiles à gérer. Il faut réfléchir à l'échelon et à la gradation de la prise en charge.

- Rozé (pédiatre) insiste sur le fait que le niveau de sécurité n'est pas le même dans toutes les maternités ; **il est important qu'une information existe pour les patientes.**

- **L'information doit aussi se faire sur les niveaux afin de ne pas encombrer les niveaux supérieurs.**

Il faut qu'une articulation existe avec les décrets en cours , Urgences et les décrets réanimation.

En conclusion : les médecins quelque soit leur spécialité sont tous unanimes pour ne pas allonger les délais. Seuls les directeurs sont contre.

Réflexions personnelles : Les directeurs sont les seuls fautifs, encore une fois ( cf les salles de réveil ) depuis l'autorisation des maternités, ils ont attendu sans rien faire. Si refection de locaux et achats de matériel étaient indispensables, ils ne l'ont pas fait alors que l'on sait bien que ce n'est pas ce qui coûte le plus. Ils sont non seulement

incapables d'anticiper mais ils attendent toujours et encore plus de « rallonge », pour mettre en place ce qui est indispensable.

Est joint à ce compte rendu le papier que Maryse Palot a adressé au ministère sur notre position.

**POSITION DES ANESTHÉSISTES-RÉANIMATEURS CONCERNANT  
L'ASSOULISSEMENT DES DÉCRETS PERINATALITÉ ET  
L'ALLONGEMENT DES DÉLAIS IMPARTIS À LEUR APPLICATION.**

Maryse Palot (SFAR)  
Didier Réa (SNPHAR)  
Danièle Goumard (SNARMHU)  
Michel Lévy (SNARF)

L'analyse du décret 98-900 du 10 octobre 1998 par les anesthésistes-réanimateurs est la suivante :

Les points forts en sont

- La gradation du niveau de risque pédiatrique
- L'incitation forte au transfert néonataux
- La définition des réseaux
- La définition du rôle et du nombre des personnels

Les ponts faibles en sont

- La prise en compte très mince de l'état maternel, les niveaux sont pédiatriques et ne prennent pas en compte les pathologies maternelles
- La définition du rôle et du nombre des personnels, celle-ci n'est plus établie en fonction du niveau de risque mais en fonction de l'activité, tendant ainsi à sous doter les maternités accueillant les patients les plus complexes.
- Le rôle peu actif des pédiatres au détriment des anesthésistes-réanimateurs (cf. Arrêté d'application).

Ils rappellent également les rôles exercés par les médecins anesthésistes-réanimateurs (MAR) dans les maternités :

- Analgésie obstétricale, qui correspond à une demande forte des patientes puisque 72% demandent une analgésie péridurale
- Anesthésie relative à l'accouchement (césarienne, anesthésie après la naissance)
- Activité de réanimation par la prise en charge des patientes complexes avant la naissance (pathologies de la grossesse ou pathologies associées à la grossesse) et après celle-ci (réanimation des hémorragies par exemple)
- Activité de prise en charge du nouveau-né défaillant en l'absence de pédiatre ou en association avec un pédiatre peu formé à la néonatalogie.

En conclusion:

L'assouplissement du décret concernant la présence des MAR n'est pas souhaitable.

La mutualisation des gardes regroupant l'activité des urgences chirurgicales

et des urgences obstétricales est illogique en raison de la forte demande d'analgésie obstétricale (les analgésies obstétricales ne peuvent être à ce jour réalisées que par un médecin anesthésiste-réanimateur) et en raison aussi de la répartition des urgences obstétricales (75% des actes d'anesthésie débutant après minuit sont le fait des urgences obstétricales)

De plus il nous paraît important d'introduire, dans les obligations de présence des personnels médicaux, la notion de complexité de l'état maternel, et donc de proposer une garde d'anesthésie spécifique pour les maternités accueillant ce type de patiente (niveau IIb ou III ).

L'intrication de l'action des pédiatres et des anesthésistes-réanimateurs nécessite l'établissement de protocoles de soins validés, l'établissement des modalités d'appel et le rôle de chacun, sachant que l'anesthésiste-réanimateur, lorsqu'il donne des soins à la mère, ne peut pas quitter celle-ci pour s'occuper de l'enfant.

L'allongement des délais pour l'application des décrets ne feraient que repousser les problèmes de mise en application sans pour autant que l'évolution de la démographie médicale permette de les résoudre.