



SYNDICAT NATIONAL des MEDECINS
ANESTHESISTES REANIMATEURS
des Hopitaux Non Universitaires

Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins Réunion du 21 12 2000

- Ordre de Jour prévu :**
- le plan périnatalité
 - organisation du travail
 - charte de fonctionnement des activités entre les maternités de niveau I, II, et III.
 - Problème de démographie médical.

A cette réunion étaient convoqués les gynéco obstétriciens privés et publics, ainsi que les représentants administratifs des établissements privés et publics.

Lors de notre entrevue avec Mr Obrecht du jeudi 14 décembre, nous nous étions étonnés que, sur des problèmes concernant la périnatalité, les médecins anesthésistes privés comme public ne soient pas invités. Ce fut certainement la raison de cette invitation tardive(la veille) à cette réunion.

Etaient présents:

- Des représentants du SYNGOF (syndicat des gynécologues obstétriciens français)
Dr Le Pors, Dr Marty
- Cercle des Gynécologues obstétriciens:
Dr Robinet, Dr Churlet (nouveau président de la FNAP ex fédération Mallard)
Dr Belaisch-Allart, Dr Chabert, Dr Dauptain.
- Collège National des gynécologue obstétriciens français CNGOF
Dr Maria, Dr Carbonne.
- Intersyndicale des Anesthésistes Réanimateurs: SNARF: Dr Dumeix, Dr Levy, SNPHAR: Dr Réa,
SNMARHNU: Dr Goumard
- Représentants la FEHAP: Mme Charvet
l' UHP: Mme Rusquet, Mr Deslypper
UNIOPSS
- Représentants la FHF : Mr Richard accompagné du Dr Chaussinaud (anesthésiste)
- Représentants de la DHOS: Mme Toupillier et 4 autres représentants des Directions.

.....

Il a été rappelé par Mme Toupillier que ce groupe n'est pas un groupe de négociations mais un groupe de travail permettant d'appréhender de façon globale toute problématique concernant la profession de gynécologues obstétriciens, depuis la démographie médicale, les passerelles privé-public, l'organisation du travail dans les maternités, l'application du Plan Périnatalité.

Il est prévu 2 à 3 réunions afin que les réflexions soient terminées fin février.

Les pédiatres et les sages femmes n'ont pas été invités mais le seront lors de la prochaine réunion.

Un tour de table rapide est fait où l'on retrouve:

- Actuellement dans certaines localités , la situation est dramatique.
- Il faudrait dissocier les mesures urgentes, à moyen terme, et long terme
- Un manque d'information est manifeste que ce soit au niveau de la population, comme du personnel.

On abordera ensuite l'ordre du jour avec :

- le plan périnatalité
- charte de fonctionnement des activités entre maternités de niveau I, II, III.
- l'organisation du travail et les problèmes de démographie médical.

I° Mise en application du plan Périnatalité

Présenté par Caroline Créatin (remise d'un dossier)

☞ Actuellement les SROSS II sont en train d'être mis en place, afin de connaître l'état des lieux actuels , des indicateurs ont été demandés aux ARH, sur l'accessibilité, l'organisation, l'activité, les mise en œuvre des réseaux, les conventions, les chartes de transfert.

☞ Les demandes d'autorisation sont en cours d'élaboration, déjà cloturées pour certaines régions, elles s'étalent sur 2001 pour d'autres.

Sur le territoire:	150 à 170 maternités	Niveau III avec réa néo nat
	200 à 250 maternités	Niveau II
le reste	350 environ	Niveau I
	70 à 80 environ	Centres de Proximité
<i>Sur ce nombre < à 800 il est attendu 60 arrêts d'activité</i>		

☞ 350 maternités font 250 000 accouchements

40 font moins de 300 accouchements / an

10 moins de 130- 190

260 Etablissements sont en cours de réflexion pour réorganisation:

100 dans le public

20 PSPH

75 privés

la complémentarité se fait actuellement entre 2 établissements.

Ce premier bilan sera envoyé courant 1^{er} trimestre 2001

☞ Quelques commentaires des membres présents:

- la comptabilité en nombre de lits n'a plus d'intérêt.
- dans certaines localités, la prise en charge des patientes doit être faite en urgence avant la fermeture des structures.
- Les médecins sont à sécuriser sur l'emploi pour les établissements en voie de fermeture.
- Les profils de carrière doivent être revus.

II° Charte de fonctionnement des activités entre les maternités de niveau I, II,III:

Le Ministère n'est pas demandeur d'une sur réglementation.

Les chartes doivent s'adapter au contexte local, il ne doit pas y avoir de contraintes réglementaires, la liberté doit être laissée aux professionnels, des "modèles" peuvent être distribués.

- Il doit y avoir une charte interne entre les professionnels considérés (gynéco obs, sage femmes, anesthésistes réanimateurs)
- Et une charte de réseau.
- A été évoqué la relation Medecins- Directeurs

On sait actuellement que environ **3% des grossesses nécessitent un Niveau III**
9% **un Niveau II**

Les établissements de niveau III doivent obligatoirement accepter les patientes adressées:

Prévoir * soit de surdimensionner (calcul de lits arbitraire)

* soit de définir le pourcentage de grossesses normales que le niveau III peut accepter (mais a aussi une mission locale).

Les règles sont à définir et doivent apparaître dans la charte des réseaux pour chaque niveau.

III° Organisation du travail et problèmes de démographie médicale:

Statistiques de la DRESS : En France 382 maternités publiques
352 maternités privées.

Statistiques de la DHOS:

Gynéco obst : *Publics ETP: 2088 gynéco obs (TP, Tpartiel, assistants, attachés, contractuels)

*Privés ETP: 3400 gynéco obs (salariés, libéraux exclusifs et non exclusifs)

*PH TP de Gynéco obs : 1046 (dont 15% CHU=150) soit 30% de la discipline chirurgie (3300 PH TP chirurgiens)

*nb de postes restés vacants au tour de juin 2000 = 178

Anesthésistes Réanimateurs:

* PH TP : 4500 mais tous n'exercent pas l'anesthésie (DIM, hémovigilance, Clin, douleur...)

* nb de postes restés vacants au tour de juin 2000 = 740 soit 16%

* privés : 2913 (nb en diminution 1996=2955)

Il devient très difficile de recruter des anesthésistes dans les maternités privées.

Pédiatres:

* PH TP : 945 dont 30% en CHU

* 12% de postes vacants

Problème de la filière en gynéco obs qui risque de diminuer le nombre dans les autres spécialités

Problème de la féminisation.

Mesures attendues à court terme:

CNGOF: Dr Maria

Le statut est unique , mais la charge de travail n'est pas équivalente. Il faut créer une attractivité vers ces pôles plus difficiles, il propose une modification indiciaire (NBI).

Souhaitent une révision de la tarification des vacations des attachés particulièrement pour les attachés effectuant des IVG.

UHP: Demande de revalorisation des tarifs pour le surcoût des effectifs.

Soulève une nouvelle fois le problème des assurances, particulièrement lorsqu'il existe une maternité. A noter que certains établissements comme les médecins se voient refuser

par certaines compagnies d'assurance et ne sont plus assurés.

PSPH: l'écart de rémunération entre le public et PSPH s'est réduit d'où un problème de recrutement, encore accentué du fait du passage aux 35H sans augmentation du nombre de postes.

SYNGOF: Démotivation des gynéco obstétriciens pour revenir dans le public; actuellement même dans les cliniques ouvertes, le tarif d'un accouchement revient à 300F tous frais déduits. Ne pas imposer la garde sur place quand les effectifs sont de 4 ou 5.

Cercle des Gynéco obs:

Il existe un malaise des GO surtout dans les maternités de 800 accouchements.

Du fait des mutations de plus en plus difficiles, souhaitent la suppression des avis locaux (Dr Churlet).

Ils souhaitent un anesthésiste affecté à la maternité, disent qu'il est difficile de faire face à la réduction du temps de travail.

Ne sont pas favorables à l'application du repos de sécurité, sont même tout à fait contre.

Réponses de Mme Toupillier sur certains points:

* Le nombre de 7 médecins pour la garde a été avancé, les chiffres du ministère sont inférieurs (5,7 à 6) suite à un travail d'un groupe composé d'urgentistes et d'anesthésistes réanimateurs. (à revoir!!)

* le repos de sécurité est intégré dans le décret, le texte d'application est préparé, mais n'est pas applicable partout.

En même temps, l'arrêt de novembre 2000, à la cour d'Espagne établit que la notion de garde disparaît, on parle de travail effectif.

L'idée n'est pas acquise de la sortie d'un texte transitoire, les négociations sur la RTT sont annoncées par GUIGOU.

* Un anesthésiste affecté à la maternité : serait irréalisable dans toutes les maternités. DHOS pas favorable .

* les attachés sont au nombre de 32000, augmenter leur rémunération paraît difficile, mais ce sujet débouche sur la réorganisation du temps de travail.

* L'intégration des libéraux dans le public: le texte est prêt mais non négocié. En 1999, il ya eu la suppression de la limite d'âge, tous peuvent passer le concours de type I ou II.

Une reprise d'ancienneté sera faite, mais une recherche est faite de l'unité de comptabilité du temps effectif médical passé pour les privés.

* Intérêt ++ de l'information à faire au niveau de la population et aux membres de la profession

* Revoir le problème relations médecins-directeurs.

* Faire arrêter les mercenaires des gardes.

* S'attacher au problème du niveau III, c'est une question de fond.

* Le point particulier des IVG sera travaillé.

Rapporteur: Dr GOUMARD