

Compte-rendu de la réunion du groupe de travail «périnatalité» du 4 juillet 2001

Présents : dhos : Mmes D. Toupillier, Cretin, Freteau, SYNGOF : drs Cousin, Marty, Collège G.O. : Dr B. Maria, SNARF : drs Levy, Dumeix, FHF : D. Quillier, Syndicat des Pédiatres : Dr M. Grunberg, et beaucoup de représentants des différents regroupements de sages-femmes, d'autres syndicats médicaux (SNAM, CHG- dont Dr Churlet-), de mutuelles, de la CNOSS, de fédérations de cliniques privées. En somme, une petite réunion de travail qui devait regrouper 20 personnes au maximum métamorphosée en grande messe regroupant au bas mot 50 participants, dont les s.f. qui n'étaient pas prévues au départ. Compte-tenu de l'absence de Dr D. Réa, j'étais le seul représentant des A.R. des hôpitaux publics.

Début 9h ; fin 13h30 ; ambiance oscillant entre la morosité et la colère.

Préambule sollicité par **B. Maria** :

« Nous voulons des réponses aux moyens qui nous seront attribués pour l'organisation de notre travail (tableaux de garde, consultations, programmes opératoires) ».

Dr Chaberneau (hop A. Béclère/ syndicat x de pédiatres) : « l'été commence et sera difficile ; certains services sont en menace de fermeture ; et la rentrée sera encore plus dure... »

Réponse de D. Toupillier : c'est au ministre d'apporter les réponses. D'ailleurs il va venir (!), et notre réunion est «conclusive».

Ordre du Jour proposé par D. Toupillier :

Réunion organisée pour regrouper les médecins spécialisés dans la naissance (G.O., Pédiatres, A.R.), les sages-femmes du public et du privé, et les fédérations d'hospitalisation publique et privée.

- I. Définition des places et rôles de chacun ;
Elaboration de référentiels de bonnes pratiques en fonction des niveaux de maternités ;
Travail en réseau ;
Valorisation des métiers et relais à concilier.
- II. Questions touchant au secteur privé.
- III. Réflexions sur l'avenir de la périnatalité (cs du 3^e mois, pbs de l'échographie, ...).
- IV. Problèmes liés à l'information et à la communication.

I Intro D. Toupillier.

Le « plan périnatalité » est à normaliser avec effectifs minimums et locaux à standardiser. Certes, rôle des médecins spécialistes dans l'application du P.P., mais ne pas oublier que les sages-femmes sont des praticiens au sens réglementaire du terme, que les s.f. du secteur public sont intégrées dans la fonction publique hospitalière, que ce ne sont pas des P.H. comme les autres, mais elles ont une compétence légale, d'où les places à redéfinir entre les médecins spécialistes et les « P.H. à compétence limitée ». Les s.f. ne sont pas placées sous l'autorité de la Direction des Soins Infirmiers. (DSI)

Il nous faut sortir d'un système mis en place dans les années 50, très médicalisé. On ne peut pas continuer dans ce schéma, qui n'a pas prouvé qu'il était meilleur qu'un autre.

Il faut définir le rôle propre de la s.f. : démarche de prévention médicale (la s.f. est une professionnelle médicale), démarche de prévention sociale, travail de collaboration complémentaire par rapport au médecin (avec financement à revoir – des actes de s.f.- dans le secteur privé).

Discussion :

A . Dumeix, Levy, +JB : **gros problème de responsabilité médicale** des médecins non gynécologues-obstétriciens lorsqu'ils travaillent avec les s.f. Exemple des A.R., qui sont considérés par la jurisprudence comme « maître d'œuvre » de l'accouchement en l'absence de G.O. , sans avoir les compétences requises, dès lors qu'ils ont commencé à intervenir au bloc obst.(surtout pour l'analgésie péridurale), ce qui entraîne la possibilité d'une responsabilité pénale induite en cas d'accident. Et ce parce que le Code de Santé Publique (CSP) impose la responsabilité d'un « médecin » en cas de dystocie. En effet, les s.f. sont des P.H. dont les compétences sont limitées par la loi.

Il faut donc modifier le CSP, et négocier avec le Conseil de l'Ordre (des discussions ont lieu à l'heure actuelle) pour que le champ de compétences de l'obstétrique soit limité aux obstétriciens et aux s.f.

B. Churlet : réclamera plusieurs fois que des salles de césarienne soient installées dans les Blocs Obst. (il semblerait que cette salle fasse défaut dans 70% des blocs obst) et plaide la cause des **généralistes** (avec formation adéquate) dont le rôle doit s'accroître avant et pendant (!) l'accouchement.

C. Maria : proteste sur le rôle des généralistes. Il existe une différence de responsabilité des généralistes entre prévention et suivi du post-partum d'une part et actes techniques liés à l'accouchement d'autre part.

D. d'autres interventions vont opposer les supporters des M.G. ('qui connaît très bien la famille') et les s.f. qui revendiquent le suivi en amont et en aval, et ne veulent pas laisser dire quelles M.G. sont mieux aptes à suivre une grossesse qu'une s.f. (Mme Baranger-Adam UNSSF)

E. Enfin, dans le rôle du jésuite de service, dr. Cousin (SYNGOF) affirme que le problème est « d'assurer la sécurité dans la France entière », et de laisser libre le choix à la femme entre un gynéco med., un G.O., un M.G. , et d'utiliser toutes les compétences existantes (s.f)

F. Mme Myriam. Revel (DHOS) évoque la **mise en place de réseaux M.G. /secteur natalité**, la nécessité d'infos à faire passer à l'intervenant qui suit la grossesse en priorité, la nécessaire rédaction de protocoles sur qui et quand transférer, la mise en place d'un « dossier multidisciplinaire de réseau », .

Il faut éviter les redondances dans les prises en charge et cela doit retentir sur le financement.

G. dr.Marty (?) : il faut **une circulaire de la DHOS** réaffirmant que **la DSI n'a pas autorité sur les s.f.**, s'interroger sur quelles responsabilités reviennent en propre au G.O., et pour le privé fait le rappel d'une proposition de tarification des actes (G.O. et S.F.)

H. la FHEP évoque le problème de **rémunération du personnel** (en l'occurrence les s ;f ;) 30% de différence de rémunération entre public et privé, surtout perceptible au fil du déroulement des carrières.

Suite à une nouvelle intervention de Dumeix, affirmant que **le point de départ de la discussion est celui de la responsabilité médicale**, nous sommes gratifiés d'autres

interventions par les s.f. (« les jurisprudences sont aléatoires »), les pédiatres (responsabilité du pédiatre ou de la s.f. en cas de réanimation du nouveau-né), et dr Maria (mauvaise définition des rôles de chacun, circulation insuffisante de l'information sur les parturientes, rôle des experts dans la confection de la jurisprudence).

Mme. Revel clôt cette première partie en annonçant la création d'un **groupe de travail** sur ces problèmes de responsabilité médicale (rôle et responsabilités des différents professionnels, rafraîchissement du CSP), de l'élaboration de référentiels de bonnes pratiques professionnelles (lui envoyer tous textes de réunions de consensus), de textes réglementaires sur la prise en charge des femmes enceintes (normes raisonnables, encadrement souple, pas de boîtes juridiques trop serrées).

Le SNMARHNU s'inscrit dans ce groupe qui débutera son travail en Octobre.

II. Questions relatives au secteur privé

- A. Demande du SYNGOF d'augmentation du forfait accouchement ;
Les s.f. font valoir que le suivi d'une grossesse comprend 3 périodes : ante, per, et post natales et souhaitent que le forfait soit donc divisé en 3, avec un déplacement des honoraires des médecins vers la s.f..
Le SYNGOF affirme que cette proposition est contre-productive car limitera le nombre de jeunes qui choisiront la spécialité.
- B. SYNGOF+ CNGOF : se référer aux travaux de refonte de la nomenclature pour tout ce qui est revalorisation, et voir avec une commission ad hoc pour la division éventuelle des forfaits.
- C. Débat sur plusieurs points : accès au plateau technique des SF libérales ; « le paiement à l'acte est pervers » (Baranger-Adam) ; réseaux hôpitaux-cliniques face à la crise démographique...

Un groupe de travail particulier sera mis en place.

III. Information-Communication

L'état est responsable de la mise en place du plan périnatalité

Le message autour de la périnatalité a été « validé » et il faut mettre en place une communication mixte professionnels-institutionnels, et une communication en direction du public.

Discussion : A.Churlet : il faut associer les M.G., et éduquer les directeurs d'hôpitaux qui font de la « rétention » sur leur activité.

B. S.F. x : adapter le niveau de médicalisation à la nécessité obstétricale (donc ne pas privilégier systématiquement le niveau 3 au niveau 1).

D. dr Le Pors (syngof) : humaniser le métier de G.O. en leur « permettant » de faire aussi des accouchements eutocytiques ;

E. d'autres :

- augmenter les moyens pour permettre l'application des textes ;
- assurer un transfert de moyens (Sprivé vers Spublic) accompagnant un transfert d'activité, avec « fongibilité des enveloppes » ;

- assurer, lors de la fermeture d'un établissement, un transfert d'autorisation qui seul permet le transfert de crédits (mais alors va-t-il y avoir un réel transfert d'activité ? Facile s'il n'existe que 2 'offreurs', moins s'il en existe plusieurs) .

La discussion est interrompue vers 12h (et le point III n'aura pas été abordé) par l'arrivée de Monsieur le Ministre de la Santé, Bernard Kouchner (BK) accompagné de E. Couty ('mon ami Edouard'). Il est clair que la présence de tous a été motivée par sa venue et les annonces qu'il doit faire, et que nous devons répercuter.

Discours de B.K. (35mn) :

Rappel des décrets périnatalité (DP), que l'Etat veut voir appliqués.

Leur but était de faire diminuer la mortalité et la morbidité périnatales.

Ils étaient l'émanation des souhaits des professionnels, et donc ont été bien accueillis.

1^{er} décret : définition des niveaux de maternité, et mise en place de réseaux (orientation avant l'accouchement) ;

2^e décret : précise les conditions techniques de fonctionnement (locaux, présence des personnels médicaux spécialisés) ;

L'échéance de mise en place des décrets, pour les établissements qui avaient reçu leur autorisation à l'époque de leur publication, était de 3 ans. **NOUS Y SOMMES.**

Il y a eu recomposition du tissu hospitalier (synergie des établissements, seuil de 300 acc./an pour maintenir une autorisation). Le bilan des 3 ans fait apparaître un malaise, avec quelques difficultés techniques de fonctionnement. Les décrets périnatalité sont difficiles à appliquer, avec déplacement d'activité en cas de fermeture SROSS, et des problèmes démographiques, associés à une absence de moyens supplémentaires.

A. L'Etat doit intervenir : DHOS et DGS ont été réunis.

1. Les Etablissements de Santé sont loin d'avoir mis en œuvre les DP. Un délai supplémentaire de 3 ans est accordé pour se mettre aux normes, par la recomposition hospitalière.
2. Une enquête périnatale française nouvelle va être mise en route, et un Observatoire Permanent d'Obstétrique mis en place avec l'aide de l'INSERM et de la DRES (?) ;
3. Le réseau ODIPOG sera actualisé ;
4. Regroupement des travaux des Directions Régionales de naissance.

B. Organisation de la naissance :

- 1 On constate des difficultés des femmes à s'inscrire dans les maternités de leur choix, la durée de séjour de la parturiente en post-partum est trop courte (parfois 2 jours), l'absence d'application des normes de sécurité, et on constate un transfert d'activité. **Il faut donc promouvoir la qualité des soins autour de la naissance.**

Engagements fermes : renforcement des effectifs dans un programme d'action de 3 ans pour :

- Assurer la sécurité des naissances (qualité du travail, effectifs suffisants) ;

- S'assurer de « l'opérationnabilité » des services d'obstétrique (surtout gardes de nuit et du week-end) sur la base de besoins que les professionnels et leurs organisations feront remonter (**en particulier meilleure rétribution des gardes**)
- La loi de financement de la S.S. ouvrira des postes médicaux au titre de la périnatalité

2. **Imagination dans l'organisation générale du dispositif :**

- Il faut un équilibre entre les 3 niveaux de maternité, et éviter l'appel injustifié vers les mat. de niveaux 2 et 3. Il faut repenser les réseaux et orienter les femmes vers les niveaux 1 ;
- Il faut favoriser les échanges de professionnels entre niveau 1 d'une part et niveaux 2 et 3 d'autre part.. Donc développer réseaux .
- Repenser la place des centres périnataux de proximité (consultations de SF et avancées d'obstétrique) ; et en aval : transfert pour hospitalisation de post-partum. Tout tourne autour de la sécurité du post-partum : cahier des charges des centres périnataux (ce qui permet de redonner vie à des établissements de proximité).
- Développer la prévention materno-infantile dans une approche de réseau. Les réseaux doivent être qualifiés par pathologie, ou par bassin de population, ou par secteurs publics ou privés. Un patient peut se retrouver au sein de plusieurs réseaux.
- Les réseaux ne peuvent fonctionner avec les seuls PH, l'hôpital doit s'ouvrir avec développement des temps partiels. Les DP rendent obligatoires la participation des maternités publiques aux réseaux mais d'autres acteurs doivent participer: proposer des prises en charge forfaitaires.

3. **Pour le secteur privé**

L'accord tarifaire d'avril 2001 est de 100 MF qui permet

- Le maintien de certaines maternités,
- L'augmentation significative du salaire des SF, les SF verront leurs compétences augmentées (Référentiels de bonnes pratiques) ;
- Augmentation du forfait de nuit pour le privé (passe à 565.00 F)
- Revalorisation de l'acte d'APD
- Revalorisation des actes de pédiatrie en urgence

La CNAM doit analyser la faisabilité des revalorisations, qui se feront selon un plan étalé.

4. **Pour la démographie,**

Augmentation du numerus clausus pendant quelques années, régulation de la production de spécialistes à l'entrée de l'internat (obst./anesth./péd.), partage des compétences entre G.O. et S.F., reprise d'ancienneté pour passerelles privé vers public.

EN CONCLUSION/ un plan périnatalité 2 est à mettre en chantier.

Des **Etats Généraux de la Périnatalité** sont prévus pour **novembre 2001**: BK souhaite y participer

Une discussion est entamée sur les problèmes généraux de la périnatalité.

BK fait part des conseils émanant des experts G.O. l'encourageant à passer d'un niveau minimum d'acc./an de 300 à 500 pour obtenir l'autorisation, et des pressions inverses émanant des présidents de C.A. (il cite le cas de Pithiviers). « Ce ne sera pas possible facilement mais il le faut ».

Il se montre réticent à la création de « maison de naissance » prônées par certaines S.F. libérales, car elles seraient un projet ou une proie facile pour certaines sectes (il aurait reçu des info des R.G.)

Dr Churlet évoque pour la dixième fois l'absence de salle de césarienne dans les blocs obst. , ce qui a l'air de surprendre BK, mais, en baissant la tête, E. Couty valide l'info.

Les représentants du SYNGOF, du Collège des G.O., des syndicats de pédiatres, se plaignent de l'absence de moyens humains, et drs Maria et Le Pors disent ouvertement que tout ce qu'il vient d'annoncer ne servira pas à rendre l'hôpital attractif pour les jeunes, qui veulent des salaires plus élevés de beaucoup et une extension du secteur privé à l'hôpital. Ils réclament aussi un plus grand rôle pour le médecin à l'hôpital, et se contredisent les uns les autres à propos de la RTT. En bref, ils réussissent à mettre en colère le BK, qui se met comme d'habitude à évoquer l'altruisme des médecins qu'il a côtoyés en Bosnie, et quand enfin j'ai la parole parmi la forêt de bras levés, c'est pour m'entendre dire : « je n'en prend qu'une dernière ; et vous ,de quoi voulez-vous vous plaindre ? » Mais j'arrive à le calmer en lui faisant comprendre que nous comprenons qu'il est avec nous, que nous sommes tous ensemble même si la passe est difficile, que nous avons confiance, etc... que nous exerçons un beau métier etc... et puis quand il se sent enfin reconnu, que quand même 60 heures/semaine, ça suffit et que nous A.R. du secteur public et surtout des hôpitaux généraux on veut le RS, une bonne RTT, et, pourquoi pas la retraite à 60 ans à taux plein pour les métiers difficiles, et s'il veut nous aider à recruter des jeunes c'est des bonnes conditions de travail et l'arrêt des horaires sans fin qu'il nous faut.

Calmé, il répond que le RS c'est lui, (mais je lui fait un signe indiquant que ce n'est pas encore signé) et que ça sera signé très bientôt, que 'Edouard' mène des négociations pour la RTT qui vont aboutir. Puis, il s'en va.

E.Couty reprend enfin quelques éléments :

- Le RS est dans le circuit de la signature,
- La durée 'RTT' choisie par la DH est de 48h/semaine moyennée sur 4 mois,
- Augmentation des places à l'internat en anesth, ped, obst, conformément aux conclusions du rapport Nicolas,
- 100 MF pour l'obstétrique (privé+public me semble-t-il) avec augmentation des tarifs clinique pour 2001, et réajustement annuel.
- Démarche qualité par l'accréditation.

FIN à 13H30

Dr J. Brodeur