

Périnatalité: de gros établissements eux-mêmes en difficulté en l'absence d'une restructuration de l'offre

Mots-clés : #gynéco #établissements de santé #congrès #obstétrique-périnatalité #pédiatrie #anesthésie #sages-femmes #sociétés savantes #ressources humaines #hôpital #clinique #Espic #CHU-CHR #qualité-sécurité des soins #accès aux soins #paramédicaux #réa-soins intensifs #Auvergne-Rhône-Alpes #Normandie #Pays de la Loire

(Par Carole DEBRAY, au congrès de la SFMP)

LYON, 20 octobre 2023 (APMnews) - L'absence de restructuration de l'offre de soins en périnatalité pèse maintenant sur de gros établissements, contraints de fermer ou suspendre certaines activités ou mis dans l'incapacité d'évoluer vers de soins plus spécialisés, ont témoigné les représentants des spécialités concernées, jeudi lors du congrès de la Société française de médecine périnatale (SFMP) à Lyon.

Les représentants de la périnatalité se sont exprimés lors d'une conférence de presse, organisée en écho à la tribune multidisciplinaire publiée en mars dans Le Monde appelant à la réorganisation du système de soins en périnatalité et au regroupement des activités dans des maternités mieux équipées (cf [dépêche du 06/03/2023 à 15:31](#)), et à l'audit de la Société française de néonatalogie (SFN) alertant sur la situation des soins critiques néonataux publié la semaine dernière (cf [dépêche du 10/10/2023 à 13:38](#)), et devant les chiffres inquiétants de la mortalité néonatale en France (cf [dépêche du 01/03/2022 à 18:29](#)).

"Les décrets de 1998 régissent encore le fonctionnement des centres. Les maternités de grande taille sont en extrême difficulté, il y a des regroupements et des volumes de naissance plus importants, par contre les ressources humaines de ces services n'ont pas été remis en adéquation avec le volume et la quantité de travail. Il y a une nécessité extrêmement importante à réviser ces décrets", a souligné le Pr Michel Dreyfus (CHU de Caen), président de la SFMP.

"Dans la région Auvergne-Rhône-Alpes, il y a encore cinq réseaux de périnatalité. On y est très attaché car ça permet un travail de proximité, la connaissance du terrain, des avantages de qualité et de proximité qui nous paraissent essentiels." Mais au cours des cinq dernières années, dans le seul territoire du réseau AURORE, "cinq maternités ont fermé au minimum", a évoqué le Pr Pascal Gaucherand, coordonnateur de ce réseau périnatal. Ce sont plutôt de petits établissements, "mais ce qui est beaucoup plus inquiétant, c'est que [désormais] on voit de gros établissements" qui sont "en extrême souffrance": le CHU de Saint-Etienne est contraint de fermer sa néonatalogie par manque de ressources humaines, a-t-il signalé. Des lits ont été fermés en juillet-août "par manque de médecins durant la période estivale", a confirmé l'établissement à APMnews vendredi. La moitié des lits ont réouvert en septembre et "l'objectif est d'avoir un capacitaire complet au début de l'année 2024", précise le CHU.

Le CH de Valence, "une très grosse structure de notre réseau, qui n'arrive pas à faire fonctionner sa pédiatrie néonatale, qui devait être en perspective de monter en maternité de type III selon les souhaits de l'ARS, est dans l'incapacité complète de le faire, faute de pédiatre néonatalogue pour faire tourner la réanimation néonatale", a également illustré le Pr Gaucherand.

"Entre Lyon et Nîmes il n'y a aucune maternité de type III. Cette notion de type III à Valence était donc d'une vraie importance", a-t-il souligné.

Si les difficultés existantes sur ce territoire il y a quelques années avec les effectifs de sages-femmes semblent se résoudre, "on a aussi d'énormes difficultés sur les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat [Iade]. [...]"

Actuellement, des blocs opératoires ferment pour manque d'Iade", a-t-il poursuivi.

"On est sur une pénurie de personnel. Les jeunes souhaitent des modalités d'exercice qui ne sont sans doute plus les mêmes que celles que nous avons acceptées au départ. Ils veulent être dans des conditions de travail qui leur apportent une sécurité personnelle de travail et un confort de vie qui mettent les petits établissements périphériques en situation très précaire", a-t-il résumé.

Pour le Pr Dreyfus, l'ouverture des tâches professionnelles pour les sages-femmes, avec une diversification des activités au sortir des instituts de formation, les éloigne aussi de leur "cœur de métier": une grande partie va s'installer en libéral, pour réaliser des échographies, du suivi de grossesse, de la rééducation périnéale, du suivi de la femme etc. "Cela impacte complètement le fonctionnement des maternités."

En Normandie occidentale, "en ce moment, le seul autre établissement de type III à part le CHU [de Caen], à Cherbourg, qui faisait à un moment 2.200 accouchements", n'en fait plus que 1.700 à 1.800 du fait de la baisse

de la natalité. "Mais surtout il y a une crise ouverte actuellement, avec trois ou quatre obstétriciens qui partent ou sont en difficulté -une personne est en arrêt de travail pour burn-out-, il y a une difficulté à faire tourner ce centre."

Avec 3.200 accouchements par an, "la plupart des médecins qui assurent la permanence des soins sont ou bien des chirurgiens gynécologues ou des gens qui font de la fécondation in vitro, qui sont certes gynécologuesobstétriciens, mais les obstétriciens dédiés [...], dans mon service, ne sont qu'au nombre de quatre", a-t-il ajouté.

"Ce n'est pas beaucoup. Ça impacte tout le monde. Il est fondamental de parler des hôpitaux de taille réduite, car c'est ceux-là qu'on veut restructurer et dont on veut regrouper les plateaux, mais si on ne renforce pas les ressources humaines des hôpitaux plus gros, moyens et très gros, on va de nouveau dans le mur".

La maternité d'Avranches, de type IIB, a également dû procéder à des fermetures partielles, pendant un jour, deux jours... "Donc ça impacte tous les étages", a-t-il insisté.

Un processus inéluctable dont il faut convaincre la société civile

Le problème de la permanence des soins est un point critique pour la périnatalité, a souligné le Pr Jean-Christophe Rozé du CHU de Nantes, président de la Société française de néonatalogie (SFN).

"Pour un plateau technique, il faut au moins trois types de médecin: gynécologue-obstétricien, anesthésiste et pédiatre. Deux enquêtes de qualité de vie auprès des jeunes, effectuées l'une par le CNGOF et une par la SFN, vont dans le même sens: les jeunes ne veulent pas faire plus de quatre à cinq gardes par mois et un week-end, au maximum deux. Or, on a plus de 50% de nos personnels qui font beaucoup plus que ça actuellement."

"Ils souhaitent travailler en sécurité donc dans des équipes suffisamment nombreuses, avec une confiance mutuelle entre professionnels au sein des équipes. Cela signifie qu'il faut des équipes de sept minimum par spécialité, soit 21 professionnels. On voit donc bien que ça ne peut être que des gros plateaux techniques, car ce n'est pas qu'un problème financier mais aussi un problème de pratique. Il faut exercer pour rester au bon niveau."

"Ce processus est inéluctable. Il a été anticipé en Suède ou en Finlande. Si on avait le [même] nombre de maternités par rapport à la population, on aurait 120 maternités en France selon le modèle suédois et 300 selon le modèle finlandais. La difficulté est qu'il faut le partager avec la société civile."

En ce qui concerne les soins critiques néonataux, "dans trois villes, pour trois types III, on a demandé aux autres types III d'aller y faire la garde. Ça ne devient plus possible", a-t-il relaté.

"L'augmentation de la mortalité infantile en France, c'est un indicateur qui n'est pas anodin. Les deux tiers sont de la mortalité néonatale et aux deux bouts de la chaîne: dans le[s grossesse à] bas risque -et c'est le problème des maternités insécures, mais ce discours d'insécurité ne passe pas, ça fait 20 ans qu'on l'explique, mais finalement la population accepte un excès de risque qui pour elle paraît peu important, pour garder une proximité, et ça bloque complètement le raisonnement. Et sur les soins critiques, notre audit montre qu'il n'y a pas assez de lits, ils sont mal répartis, et on a besoin de même de restructurer l'offre".

"Par exemple, à Valence, pour moi, c'est une erreur d'y mettre un type III, parce qu'on va rajouter un type III qui restera faible et donc ne sera pas attractif. On a déjà Metz, Le Mans en difficulté. Plus on multiplie les plateaux techniques, plus vous allez [être en difficulté]. Il faut plutôt beaucoup moins de plateaux techniques, mais anticiper et leur donner les moyens pour fonctionner en sécurité", estime le Pr Rozé.

"On joue la rustine en fermant quelques jours et en redirigeant, pendant ce temps-là, les femmes vers des centres qui n'ont pas plus de moyens. Le nombre de salles d'accouchement par exemple est limité. Ce n'est absolument pas anticipé."

"Il faut qu'on arrive à établir, pour ne pas mettre de nouveau la France dans la rue, un dialogue avec la société civile, mais pas autour de la sécurité, plutôt au niveau des ressources humaines, leur faire comprendre que nos jeunes ne veulent travailler que dans des équipes assez nombreuses pour ne pas faire plus de cinq gardes par mois et travailler un à deux week-ends maximum par mois. Je pense que c'est peut-être quelque chose qui est plus audible", selon le Pr Rozé.

Des discussions au point mort pour les maternités, mais pas pour les soins critiques néonataux

Les discussions sont toujours au point mort concernant le chantier de la réforme des autorisations en périnatalité, ont fait savoir les intervenants. Après la publication de la tribune en mars, des représentants de la périnatalité ont été reçus par François Braun, alors ministre en charge de la santé, en avril, a indiqué le Pr Dreyfus.

"Il pensait alors qu'il y avait une fenêtre pour parler aux édiles (maires, députés) et qu'il y avait donc moyen de faire quelque chose pour que les trois mondes (usagers, médecins, politiques) se parlent, s'écotent et fassent

des propositions." "Nous allons relancer l'association des maires des petites villes de France, c'est évident qu'il faut qu'on fasse la démarche. Nous comprenons mieux maintenant que les politiques ne prendront pas seuls la décision de dire 'j'ai bien compris', sur le plan sécuritaire voire sur l'idée que les jeunes médecins ne veulent plus des conditions d'avant, et donc de fermer [une maternité]", a-t-il ajouté.

"On a eu à l'époque une écoute plutôt intéressante, non minutée, qui semblait donner quelque chose mais il n'y a pas eu de suite. Depuis le changement de ministre (en juillet), je n'ai appris que depuis 15 jours le nom d'un éventuel interlocuteur au ministère qui s'occuperait de la périnatalité", a-t-il précisé.

Pour les soins critiques néonataux, les négociations devraient en revanche recommencer, indépendamment des soins périnataux en général, a fait savoir le Pr Rozé. "La réforme des autorisations pour les soins critiques pour l'adulte et la pédiatrie a abouti aux décrets d'avril 2022, mais pour les soins critiques néonataux on dépend toujours des décrets de 1998."

"Pour la mortalité infantile, on a fait de multiples interventions devant de nombreux décideurs, on avait l'impression de parler dans le désert. Finalement on a décidé de séparer le problème des soins critiques, qui ne pose pas du tout de problème politique, de celui des maternités. Parce que du fait qu'il y a un problème pour les maternités, nous n'avons toujours pas nos nouveaux décrets de soins critiques néonataux", a expliqué par ailleurs le Pr Rozé, lors d'une session jeudi où il s'est vu remettre le prix d'honneur de la SFMP.

"Là, comme on parle de financement de ces lits, ça devient très urgent. Il y a eu un grand nombre de travaux [comme l'audit de la SFN sur les soins critiques]. Là j'ai l'impression qu'on est un peu entendu des pouvoirs publics, je vous en dirai plus le mois prochain, ce n'est pas encore fait", a-t-il confié à l'assistance.