



**Questionnaire de la rapporteure Véronique Guillotin
à destination de la Société française de médecine périnatale**

Transmis le 22 mars 2024

Réponses écrites attendues pour le 15 avril 2024 à mi-santeperinatale@senat.fr

Mortalité et morbidité périnatale

1) Quelles sont les *principales causes d'événements indésirables graves d'accès aux soins (EIGS)* dans le champ de la gynécologie-obstétrique et de la néonatalogie ?

• **Dans le champ de la néonatalogie** : la principale cause d'événements indésirables graves est liée à l'organisation territoriale des transports pédiatriques. Il s'agit de **la prise en charge non optimale de l'asphyxie périnatale**, événement imprévisible qui peut survenir dans tout type de maternité et aboutir à de très lourdes séquelles pour l'ensemble de la vie de l'enfant. En effet, **un délai de 6h maximum est requis pour la mise en hypothermie, seul traitement ayant montré son efficacité pour limiter le risque de lésions cérébrales irréversibles**. En raison des distances à parcourir, les délais aller-retour pour aller chercher un nouveau-né peuvent être supérieurs à 6h. Exemple : en région Centre - Val de Loire, il existe une seule antenne de SMUR pédiatrique, basée à Tours, qui dessert toute la région de Dreux-Chartres à Châteauroux, depuis la fermeture de l'antenne d'Orléans par manque d'effectif médical en néonatalogie, service qui assurait l'activité SMUR sur le nord de la région.

• **Dans le domaine de la gynécologie-obstétrique** : la principale cause d'événements indésirables graves est la **dispersion des plateaux techniques**. Celle-ci est liée à la pénurie des ressources humaines et aux nouveaux besoins des professionnels, qui contribuent à fragiliser la taille et l'expérience des équipes dans les maternités de petite taille. Ainsi, **les compétences font défaut pour gérer les situations d'urgence**, par exemple la recherche d'une anémie fœtale par Doppler (en cas de diminution des mouvements du fœtus ressentis), ou bien la pratique d'un geste chirurgical à type de ligature des artères utérines ou hystérectomie d'hémostase (en cas d'hémorragie maternelle sévère à l'accouchement). **Dans ces structures, comme le montre le dernier rapport sur la mortalité maternelle (Avril 2024 – INSERM/Santé Publique France), les retards à la prise en charge associés à la difficulté d'accès aux stocks de produits dérivés du sang** majorent le risque de décès maternel.

2) Comment expliquez-vous que le suicide soit devenu la première cause de mortalité maternelle dans le mois suivant la naissance ? Constatez-vous une évolution post-Covid s'agissant de la santé mentale des patientes ?

Les explications sont multiples concernant cette émergence des suicides comme première cause de mortalité maternelle. **La première est d'ordre méthodologique** : depuis 2013, l'Enquête Nationale Confidentielle sur la Mortalité Maternelle (ENCMM) pilotée par l'équipe INSERM EPOPé - avec le soutien de Santé Publique France - **a élargi la période d'enregistrement des décès maternels par suicide**. Ceux-ci sont désormais enregistrés **jusqu'à un an après la naissance** (alors que pour les autres causes de décès dans le post-partum, le délai pour caractériser une mort maternelle est de 6 semaines, soit 42 jours, comme le préconise l'OMS).

Cependant, ces données concernant les suicides maternels sont concordantes avec les données de l'Enquête Nationale Périnatale de 2021 qui indiquent que **16% des femmes françaises présentent une authentique dépression dans la période du postpartum**.

Les autres raisons concernant l'émergence des suicides comme première cause de mortalité maternelle sont en lien avec un **retard au diagnostic de ces dépressions** (pas de dépistage collectif structuré/organisé dans les maternités), à **des défauts organisationnels** (pas de communication entre maternité, généralistes, psychiatres,) et à **des pénuries en ressources humaines en psychiatrie** (peu de pédopsychiatres ou psychiatres, peu de professionnels de la santé mentale pour le suivi à domicile postpartum).

3) Quels facteurs expliquent, selon vous, l'augmentation de la mortalité néonatale en France ? La diminution du recours aux IMG en cas d'indication médicale en ce sens et l'augmentation de l'extrême prématurité vous semblent-ils être des facteurs explicatifs ?

L'article publié en mai 2022 dans *The Lancet* par l'équipe du Pr Chalumeau montre que l'augmentation de la mortalité infantile en France entre 2012-2019 est **essentiellement due à l'augmentation de la mortalité néonatale précoce (entre jour 0 et jour 6)**. Du fait de l'absence de registre des naissances et de l'existence de bases de données multiples mais non reliées entre elles, nous ne disposons pas de moyens objectifs pour connaître l'origine précise de cette surmortalité. Les raisons sont probablement multiples et pourraient concerner :

- **L'augmentation de l'extrême prématurité** qui reste à chiffrer (taux de naissances entre 22 et 27 SA stable entre l'enquête périnatale de 2016 et celle de 2021 à 0,4%) et du nombre de nouveau-nés avec malformations sévères (ce sont les seules que l'on peut considérer à risque de décès augmenté), avec une diminution du recours aux interruptions médicales de grossesse pour malformation qui reste à objectiver précisément et semble marginale ;
- **La dégradation de la santé maternelle: un âge maternel plus élevé** (âge maternel ≥ 40 ans en augmentation entre 2016 et 2021 de 3,9 à 5,4%), **une dégradation de la santé mentale** (les femmes déclarant aller assez mal ou mal étaient 10,1% en 2016 et 12,3% en 2021), **une augmentation de l'obésité et de son corollaire le diabète gestationnel** (taux

de femmes avec un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ passé de 11,8 à 14,4 de 2016 à 2021 et pour la même période le taux de femmes avec diabète gestationnel passé de 10,8 à 16,4%.

Ces éléments sont porteurs de risques concernant les anomalies de la croissance fœtale (bébé trop petit ou trop gros), augmentation du risque de malformations et d'asphyxie périnatale. **Le rapport REMI publié par l'INSERM sur la mortalité infantile et périnatale en Seine Saint Denis a montré que 50% des mères de nouveau-nés décédés étaient en surpoids ou obèses.** L'impact important et indépendant de l'obésité et du surpoids sur le risque de mortalité périnatale et néonatale a été démontré (risque multiplié par 1,8 pour le surpoids et par 2,2 pour l'obésité).

- **L'organisation territoriale de soins en périnatalité** : qualité du suivi de la grossesse, rôle des PMI qui sont de moins en moins nombreuses, qualité et efficacité des transferts *in utero* et postnataux.

4) Quelles sont les principales lacunes que vous identifiez dans la prise en charge des femmes et de leurs bébés en prénatal, lors de l'accouchement et en post-natal ?

• En prénatal

Le nombre de professionnels formés pour suivre les femmes est influencé par la formation et l'intérêt porté par les généralistes à ce suivi prénatal. Les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes **ont peu tendance à s'éloigner des métropoles.**

- En ce qui concerne les ***grossesses à bas risque***, il existe des **déficits éparpillés sur le territoire national**, ce d'autant que les médecins généralistes sont souvent débordés, moins investis dans le suivi des grossesses que par le passé, avec des Gynécologues Médicaux (GM) qui ont pratiquement disparu (Exemple : 1 seul gynécologue libéral dans une préfecture comme Alençon dans l'Orne). L'arrivée des Sages-Femmes Libérales (SFL) a été très utile mais s'est jusqu'ici plutôt concentrée dans les métropoles.
- En ce qui concerne les ***grossesses à haut risque***, ces déficits sont encore plus visibles, notamment pour les femmes en précarité, migrantes ou non, qui n'ont que peu de structures où elles sont réellement et totalement prises en charges (PMI, staffs médico-psycho-sociaux...) d'autant que ces populations à très haut risque tant sociaux que psychologiques ET somatiques nécessitent souvent un suivi très spécialisé. Exemple des patientes subsahariennes avec pathologies cardiovasculaires à haute prévalence, addictions, accès aux soins limités notamment en lien avec la barrière de la langue ...

• A l'accouchement

L'éparpillement des structures de soins fait que les structures de petite taille sont peu prisées par les gynéco-obstétriciens (GO) : éloignement des métropoles, nombre de gardes élevé, **nombre d'actes techniques rares trop faible pour garder une compétence suffisante** au long cours (ligature des artères utérines en cas d'hémorragie, manœuvres en cas de dystocie

des épaules, hystérectomies), insécurité en cas d'urgence vitale. Ces structures ont souvent recours – de manière coûteuse et peu efficace – à des médecins intérimaires plus ou moins bien formés, ne respectant pas toujours les protocoles en vigueur, situation délétère notamment en cas d'urgence maternelle ou fœtale (hémorragie maternelle, embolie amniotique...)

• En postnatal

La réanimation en salle de naissance est un exercice complexe pour lequel il faut avoir une formation solide, que tout pédiatre – même avec une grande expérience – n'a pas. Il faut, en effet, avoir été formé auprès d'une maternité, puis avoir eu des mises à niveau régulières par le biais de formations par la simulation.

Il existe des lacunes importantes concernant le niveau de compétences des pédiatres en salle de naissance dans certaines maternités, et certains services commencent à travailler sans pédiatre accessible 24h/24h (3 maternités sur 30 sont dans cette situation en ex Nord Pas de Calais). Il est possible qu'une partie de la surmortalité néonatale observée dans notre pays soit en rapport avec ces lacunes, mais nous ne disposons pas de données qui puissent explorer ce point (cf supra). Les compétences sont d'autant plus difficiles à maintenir que les interventions sur un nouveau-né en détresse à la naissance sont rares.

Au cours de la formation des pédiatres (5 années d'internat), **il n'existe pas de parcours/formation spécifique pour ceux qui seront amenés à travailler en maternité**, ni de **programme de contrôle et d'entretien des connaissances** pour les pédiatres susceptibles d'intervenir en salle de naissance.

5) Les modalités d'adaptation de la prise en charge des femmes et de leurs bébés selon les pathologies préexistantes ou le niveau de précarité vous semblent-elles satisfaisantes ? Quelles évolutions vous semblent souhaitables ?

La prise en charge des nouveau-nés est adaptée dès lors qu'ils naissent ou qu'ils sont soignés dans un centre adapté à leur pathologie. Cela soulève la question de la pertinence des transferts *in utero* et des transports pédiatriques. En revanche, il existe des lacunes certaines sur la prise en charge de la précarité et le soutien psychologique des mères en difficulté. On note un **manque crucial de temps d'assistante sociale dans les services de néonatalogie**, avec un temps dédié insuffisant, en particulier au regard du nombre croissant des situations de précarité (notamment le nombre croissant de femmes migrantes sans logement, sans moyen financier). De plus, **il manque sur le territoire des structures d'accompagnement mère-enfant** pour assurer le soutien à la parentalité dans les situations psycho-sociales fragiles en permettant une hospitalisation temporaire de la mère et de son enfant.

Les propositions de la SFMP :

1. **Redimensionner les équipes d'assistantes sociales**, créer des structures d'accueil mère-enfant périnatales sur l'ensemble du territoire.
2. **Développer les Centres Périnataux de Proximité** (CPP encore appelés "Maternités sans accouchement") avec équipes dédiées pour tout le suivi prénatal et post-natal, y compris

celui des femmes à haut risque du fait de leur précarité psychologique et/ou sociale. Cela permettrait de faire les suivis à proximité des lieux de vie, dans les bassins de population, d'identifier les femmes à risques pour les adresser en amont dans les centres référents et anticiper les complications potentielles de la naissance.

3. **Renforcer les ressources humaines dans les maternités de type 2 et 3** (obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, IADE, néonatalogues, puéricultrices) **pour permettre l'accueil en sécurité des femmes**, quelles que soient leurs demandes et leur niveau de risque, sachant que certaines souhaitent une prise en charge physiologique, la moins médicalisée possible (concept de maisons de naissances CONTIGUES aux plateaux techniques).

Le regroupement des plateaux techniques est inéluctable et impliquera une organisation des modes de transport permettant aux femmes d'accéder à ces structures au moment de l'accouchement (un délai d'une heure semble raisonnable). Pour les femmes les plus éloignées, des solutions adaptées d'hébergement devront être mises en place (hôtels maternels à proximité des hôpitaux, hospitalisation deux semaines avant terme, déclenchement si la patiente le souhaite, puis retour à la maison, comme en Suède).

Voir également à ce sujet les propositions formulées en réponse à la question 8.

- 6) **Constatez-vous une évolution des demandes formulées par les patientes (concernant la médicalisation de la prise en charge, le recours aux péridurales, l'élaboration de projets de naissance, le souhait d'un suivi renforcé, etc.) ? Les réponses faites à ces demandes vous semblent-elles satisfaisantes ?**

Une tendance actuelle vers la démedicalisation est décrite, mais force est de constater dans le même temps que **les taux d'anesthésie per-partum restent élevés** (80 % d'analgésie loco-régionale, ENP 2021).

Par ailleurs, les demandes d'accouchement « à la maison » (insécurisé) ou en « Maison de naissance » (sécurisée car adossée à une maternité avec plateau technique) restent assez marginales (moins de 1%) dans tous les pays, dont le nôtre.

De manière cohérente, les patientes demandent à la fois « plus de nature » mais aussi plus de sécurité physique et affective, moins de douleurs, et dans le même temps d'avoir en face d'elles **des professionnels qui leur donnent plus de choix** : projets de naissances suivis et discutés, péridurale ambulatoire ou alternative, baignoire de dilatation et lianes d'étirement, prise en charge non médicamenteuse de la douleur, suivi complet par des sages-femmes si bas risque, convention avec des sages-femmes libérales venant effectuer les accouchements de leurs patientes sur le plateau type 3 (ex : CHU de Caen). Les attitudes « dirigistes » qui existent encore sont en train de disparaître car elles étaient vécues comme de véritables « violences gynécologiques et obstétricales ».

On notera au passage que la grande taille des maternités n'empêche pas ces structures dotées de personnels formés et en nombre suffisant de répondre à ces demandes légitimes des mères. Le terme d' « usines à bébés » utilisé par les détracteurs de ces maternités n'est pas approprié car les exemples étrangers et français de grands centres alliant humanité et technicité sont légion.

7) L'articulation entre hôpital, médecine de ville (généralistes et pédiatres), sage-femmes et PMI dans le suivi prénatal comme post-natal vous semble-t-elle satisfaisante ? Comment l'améliorer ?

L'articulation entre ville et hôpital est généralement assez bonne mais peut varier selon les régions. Elle est d'autant meilleure que l'histoire du réseau périnatal régional est forte et bien ancrée dans le territoire. La principale problématique est d'anticiper les prises en charge à risque et cela relève de la formation initiale et de la formation continue tant des généralistes que des spécialistes d'organe (pathologies préexistantes chroniques mal orientées pendant les grossesses). Les liens entre les acteurs sociaux qui devraient être en nombre, la PMI et les maternités doivent être harmonisés en développant des filières de prise en charge bien identifiées. Les liens avec la santé mentale (psychiatres d'adultes, pédopsychiatres, psychologues) doivent être travaillés et améliorés pour que les communications d'informations soient plus fluides.

Il existe un manque de visibilité sur le parcours de soins des nouveau-nés à la sortie de maternité. Ce point a été mis en lumière lors du déploiement de la prévention de la bronchiolite par le Beyfortus à l'automne 2023. Il était impossible d'envisager des consignes et une organisation à l'échelle nationale pour réaliser l'injection de ce produit si elle n'était pas réalisée au cours du séjour en maternité. **De plus en plus de pédiatres ne prennent plus de nouveaux patients, les PMI sont moins nombreuses** et n'apparaissent plus comme des acteurs majeurs sur le plan médical pédiatrique. Le recours au médecin généraliste, ou médecin traitant, est sûrement une alternative possible pour les parents. Il faut souligner cependant l'inquiétude des différentes sociétés pédiatriques, dont la Société Française de Pédiatrie, sur la réforme de la formation des médecins généralistes limitant le temps de stage en pédiatrie. Le suivi d'un nouveau-né (c'est-à-dire jusqu'à 28 jours de vie) requiert des compétences spécifiques.

Proposition : le rôle des PMI doit être renforcé.

8) Au regard des impératifs de sécurité des soins comme des difficultés persistantes constatées en matière de ressources humaines et de disponibilité des professionnels de santé, le maillage territorial actuel vous semble-t-il cohérent, pertinent et viable ? Comment pondérer selon vous les critères de proximité et de sécurité ? En particulier, quel avis portez-vous sur les recommandations de l'académie de médecine de concentration des maternités en de grands établissements ?

Le maillage territorial actuel n'est ni cohérent, ni pertinent, ni viable. Il existe une inadéquation entre les exigences du système de soins tel qu'il est organisé actuellement, la disponibilité en ressources humaines et les aspirations des jeunes professionnels de la périnatalité.

Les jeunes professionnels souhaitent conserver un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle. Ils n'acceptent plus d'assurer des gardes au-delà de 4 à 5 par mois, et si possible pas plus d'un week-end par mois (cf rapport du CNGOF « Pérennité des équipes, quel avenir pour la continuité des soins en gynécologie-obstétrique ? », et enquête de la SFN sur la qualité de vie au travail). Ces professionnels souhaitent aussi arrêter les gardes de plus en plus tôt au cours de leur carrière.

Comme les urgences, les maternités et services de néonatalogie doivent assurer une permanence des soins 365 jours par an, 7 jours sur 7, 24h sur 24. Selon les règles actuelles, la constitution des équipes en nombre suffisant pour répondre à cette exigence implique **10 ETP par liste de garde (obstétrique, anesthésie et pédiatrie), soit au total 30 ETP pour une maternité** (ce nombre de 10 ETP par liste de garde correspond à ce qui se fait dans les pays scandinaves). Il se démontre aisément et tient compte des congés annuels, repos de sécurité, avec environ 55 h travaillées / semaine, sans compter les congés de maternité fréquents parmi des professions majoritairement féminines). **Cela n'est pas envisageable pour l'ensemble des maternités du territoire au regard de la pénurie actuelle et croissante des ressources humaines.**

Ces difficultés observées sur tout le territoire national conduisent :

- **A des demandes de soutien** auprès de certains centres référents de proximité (le plus souvent de type 3) : l'aide apportée pour assurer la permanence des soins augmente alors la charge d'équipes qui sont tout juste en nombre pour faire fonctionner leur propre structure et entraîne une perte de motivation des professionnels qui quittent leur établissement pour un autre mode d'exercice. **On est donc confronté à un "effet domino" auquel il faut absolument mettre un terme sous peine de voir s'effondrer tout l'édifice.**
- **Au recours à l'intérim** qui pose un problème de qualité et de sécurité des soins, indépendamment des qualités des médecins intérimaires. Un aspect majeur du bon fonctionnement de la salle de naissance est, en effet, le travail en équipe, qui est bien plus efficace lorsque les professionnels se connaissent et ont l'habitude de travailler ensemble.
- **A des fermetures intempestives** de maternités pour quelques semaines, qui ne sont ni acceptables pour les femmes laissées sans prise en charge, ni pour les structures de recours qui doivent augmenter leur volume d'accouchements sans en avoir les moyens.

La fermeture des services va se poursuivre sans que l'on puisse prévoir exactement lesquels, ni quand. De plus en plus de territoires vont donc se trouver privés d'offre de soins périnatale de proximité et seront en situation de "désert périnatal" : les inégalités entre territoires vont se creuser au détriment des territoires ruraux.

Les propositions de la SFMP

- 1) **Regrouper les plateaux d'accouchement** afin de garantir la permanence des soins, de constituer des équipes en nombre suffisant pour assurer cette permanence et offrir des conditions de travail mettant fin à l'hémorragie des ressources humaines, d'assurer à toutes les femmes l'accès aux plus hauts standards de soins.

Nous ne validons pas pour autant les propositions de l'Académie de Médecine et le seuil de 1000 accouchements pour décider d'une fermeture. Car les décisions de fermeture doivent impérativement tenir compte de la singularité de chaque territoire et se fonder sur des critères objectifs de sécurité et d'accessibilité.

Toutes les femmes doivent avoir accès à un plateau d'accouchement dans un laps de temps d'environ une heure.

- 2) **Plutôt que de fermer des maternités, nous proposons de les transformer en "maternités sans accouchement"** quand cela est nécessaire. Ces services continueraient ainsi d'assurer le suivi de proximité avant et après l'accouchement, garantissant aux usagers un accompagnement individualisé tout au long de leur parcours de soins périnatal.

Ces maternités sans accouchement devront travailler en coordination avec les plateaux d'accouchement. Des conventions pourraient être établies afin que les professionnels de ces maternités continuent de travailler s'ils le souhaitent en salle de naissance, afin de maintenir leurs compétences techniques.

- 3) **Revoir le maillage territorial des transports médicalisés (SMUR, VSL et taxi...)** et s'assurer de son efficacité sur l'ensemble du territoire pour garantir l'accès à un plateau d'accouchement dans un laps de temps d'une heure partout sur le territoire national.

- 4) **Développer les hôtels maternels** à proximité des maternités assurant les accouchements.

9) Quel regard portez-vous sur l'orientation des femmes enceintes entre les maternités selon les risques liés à leur grossesse ? Les mécanismes de répartition entre les établissements d'un même réseau de périnatalité selon les profils de risques vous semblent-ils pertinents et compris des parents des nouveau-nés ?

Lorsque les situations sont anticipées (au mieux en préconceptionnel mais au moins au cours des deux premiers trimestres de grossesse sauf urgence de fin de grossesse), les parents comprennent parfaitement bien les prises en charge améliorant leur sécurité ou celle de leur enfant (malformation grave nécessitant réanimation ou chirurgie pédiatrique, mais aussi placenta praevia ou accreta, ou pathologie maternelle requérant un plateau technique et éventuellement une réanimation adulte). En réalité, dans ces situations à haut risque et de stress parental, les couples sont redevables aux équipes de faire du mieux possible pour une prise en charge adaptée à leur situation personnelle.

Là encore, l'orientation sera d'autant plus fine et adaptée au risque materno-fœtal que le réseau périnatal régional (DRSP récents) aura tissé des filières régionales adaptées au plus grand nombre de situations obstétricales, néonatales ou maternelles (transfert in utero en cas de risque de grande prématurité, placenta accreta, mais aussi obésité morbide ou pathologie maternelle préexistante comme une hémophilie, une cardiopathie, ou une drépanocytose...)

Seul bémol, les décrets de 1998 en trois types de structures ne reposent QUE sur des critères néonataux et il serait bien d'envisager de reconsidérer cette typologie en **incluant des critères maternels au vu des risques somatiques ou psychiatriques de la mère** (présence d'une réanimation adulte, secteur de psychiatrie ou de spécialités requises).

10) Quelles évolutions des décrets de 1998 relatifs aux conditions de fonctionnement des services de néonatalogie vous paraissent souhaitables ? En particulier quelles évolutions en matière d'encadrement, par catégorie de personnels ?

Les ratios en nombre d'infirmières définis par les décrets de 1998 ne sont plus adaptés.

Pour la réanimation, ils sont inférieurs à ce qui est appliqué dans des pays où la mortalité néonatale est inférieure à celle de la France. Ce ratio doit considérer non pas le nombre de patients par IDE/PDE, mais la charge en soins pour chaque enfant. Un extrême prématuré à 24 SA ou un enfant porteur d'une malformation grave, mobilisent plus de temps infirmier qu'un nouveau-né en réanimation moins prématuré, et sans malformation grave. Une enquête réalisée par la SFN en 2023 a montré que les effectifs infirmiers recommandés par les décrets de 1998 étaient inadéquats à la charge en soins réelle dans 90% des cas. Le plus souvent, ils sous-estimaient les besoins. Des propositions pour baser le quota infirmier en fonction de la lourdeur des patients (charge en soins) pris en charge dans chaque centre sont faites par la SFN.

Dans l'unité de néonatalogie ne pratiquant pas les soins intensifs, le ratio d'une IDE/PDE pour 6 enfants est insuffisant au regard des soins de puériculture importants dans ce type d'unité, du temps d'accompagnement et de conseils aux parents, mais aussi du temps nécessaire pour alimenter les nouveau-nés qui ont souvent des troubles de l'oralité. De nombreuses unités ont recours à des auxiliaires de puériculture pour aider au travail de l'IDE/PDE, ce qui est nécessaire pour la qualité et la sécurité de prise en charge des nouveau-nés. Mais, cette catégorie professionnelle n'a pas été considérée par les décrets de 1998. De ce fait, il existe une inégalité de moyens entre les établissements car les effectifs en auxiliaires de puériculture sont laissés au bon vouloir des directions de hôpitaux.

Difficultés des professionnels de santé

11) Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les professionnels de santé en médecine périnatale (avant la crise Covid et depuis, si pertinent de

distinguer) dans l'exercice de leur activité ? Comment renforcer l'attractivité hospitalière ?

Lourdeur de la permanence des soins, respect du temps de travail des PH de 48h/semaine très difficile voire impossible à tenir avec la permanence des soins. Cela génère des comptes épargne temps très lourds dont la récupération n'est pas anticipée par les hôpitaux. **Cela conduit, lorsque ces récupérations sont prises juste avant la date de départ à la retraite, à l'absence prolongée (plusieurs mois) de praticiens** qui ne sont pas remplacés car toujours sur les effectifs, ce qui contribue encore à la fragilisation des équipes.

Difficultés engendrées également par les congés de maternité et maintenant par les congés de paternité, qui déstabilisent les équipes déjà en nombre limite ou insuffisant. Comment intégrer ces éléments dans la cible des effectifs nécessaires à la permanence des soins ?

L'attractivité sera renforcée si le temps de travail est respecté, si les professionnels travaillent dans des équipes stables et correctement pourvues, tant sur le plan médical que paramédical avec le sentiment de travailler dans un environnement sécuritaire.

Les rapports du CNGOF et de la SFN sur la démographie médicale l'ont bien montré. **Les évolutions sociétales des jeunes générations ne pourront être freinées.** Les collègues parlent de « temps continu » à l'hôpital, de plages de « temps additionnel » et « compte épargne temps ». Comme dans toute profession, chaque charge mérite salaire et les permanences de soins sont sous-évaluées et sous-valorisées en termes de stress, de lourdeur médicolégale et de temps dévolu.

La **féminisation des équipes** doit être prise en compte avec nombre de demandes de temps partiel, ce qui nécessite pour compenser d'augmenter les ressources humaines (mais délai avant d'arriver au renouvellement générationnel).

La **sous dotation en ruralité** est indéniable et ne s'arrangera pas (en Normandie sur tous les obstétriciens dont la formation sera terminée dans les 3 ans, aucun ne souhaite s'installer dans l'Orne ni dans une maternité de type 1 voire 2a faisant moins de 1000 à 1500 accouchements ; depuis 25 ans, aucun jeune obstétricien issu de la faculté locale ne s'est installé dans l'Orne).

12) Avez-vous d'autres éléments de réflexion ou de préconisations à porter à l'attention de la mission d'information ?

Considérer les maternités comme des secteurs d'urgence et de soins critiques c'est-à-dire, assurant « la prise en charge des patients qui présentent ou **sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aigües** mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance. » (Article R6123-33 du Code de Santé Publique).

Les décrets de 1998 doivent être revus car les regroupements des plateaux, et déjà la taille des maternités de type 3 existantes, requièrent une **réactualisation des normes des ressources**

humaines dans ces domaines (obstétriciens, anesthésistes, sages-femmes, pédiatres). En 2019, une commission constituée de représentants du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR), de la Société française de néonatalogie (SFN), de la Société française de médecine périnatale (SFMP), du Collège national des sages-femmes de France (CNSF) et de la Fédération française des réseaux de soins de périnatalité (FFRSP) **ont établi des préconisations professionnelles très détaillées** en fonction de l'activité des maternités afin d'adapter les moyens humains pour la sécurité des soins non programmés en gynécologie-obstétrique. Ce texte a été publié (*Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie* 47 (2019) 63–78), mais est resté « lettre morte ».

Replacer des **puéricultrices** dans les maternités en secteur de suites de couches pour améliorer l'accompagnement et les conseils aux parents (notamment sur la prévention de la mort inattendue du nourrisson) dans le temps très court des séjours post-partum.