

L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

Mission d'information sur "L'avenir de la santé périnatale et son organisation territoriale"

Audition Sénat

Mesdames les sénatrices, messieurs les sénateurs. Nous vous remercions de l'intérêt que vous portez à la santé périnatale et vous remercions de nous avoir convié à une audition au Sénat.

Nous vous adressons *in extenso* l'analyse du SNPHARE sur la situation de l'anesthésie-réanimation obstétricale et nos propositions.

Afin de répondre précisément à votre questionnaire, nous avons reproduit ci-dessous le questionnaire et répondu aux questions en renvoyant aux chapitres concernés.

Nous espérons que cette modalité de réponse permettra de faciliter votre travail, et nous sommes à votre disposition pour toutes les précisions qui vous sembleraient nécessaires à ajouter.

Dr Anne Wernet
Présidente du SNPHARE

Dr Mathieu Brière
Secrétaire général du SNPHARE

Dr Eric Le Bihan
Secrétaire général du SNPHARE



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



Questionnaire de la rapporteure Véronique Guillotin

à destination du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs

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 l'anesthésie-réanimation en obstétrique et en néonatalogie ? Estimez-vous que les EIGS constituent un bon indicateur de suivi ? En envisagez-vous d'autres ?

Cette questions concerne davantage les sociétés savantes que les syndicats. Nous nous permettons de vous renvoyer à la contribution écrite qui vous sera fournie par le CARO-SFAR (Club d'anesthésie-réanimation obstétricale – Société Française d'Anesthésie-Réanimation) et le Comité National d'Etude de la Mortalité Maternel (CNEMM, INSERM).

- 2) Quels facteurs expliquent, selon vous, l'augmentation de la mortalité néonatale en France ?

Certes, l'augmentation de la morbidité maternelle a pour conséquence directe une augmentation de la morbidité néonatale. Cependant, le sujet des moyens humains mérite d'être étudié. Selon l'étude CONTRAMAR réalisée par le SNPHARE en 2018, le manque de moyens humains – rapporté par plus de la moitié des médecin anesthésistes-réanimateurs (MAR) hospitaliers – est source de sentiment d'insécurité. Un continuum est à envisager entre le manque de moyens humains et un défaut ou un retard de prise en charge des parturientes par les MAR, et de celle des nouveau-nés lorsque le pédiatre n'est pas sur place et que les premiers gestes sont réalisés par les MAR.

Cf. chapitre 1c



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

Prise en charge des parturientes et des nouveaux-nés

- 3) Quel regard portez-vous sur la prise en charge actuelle des accouchements, des mères et des nouveau-nés ? Quelles évolutions préconisez-vous ?

Cf. chapitre 2 :

- Réorganisation structurelle, définition de « types » de maternité selon la pathologie maternelle → maillage territorial et définition de parcours de soins
 - Hausse des effectifs sur le plan quantitatif (ratios / nombre de naissances) et qualitatif (présence impérative des IADE)
- 4) La formation à la réanimation du nouveau-né n'est pas obligatoire dans la maquette de la spécialité d'anesthésiste-réanimateur ? Êtes-vous favorable à son inscription ?

La réanimation du nouveau-né n'est pas la mission de l'anesthésiste-réanimateur (cf. argumentaire : absence de compétence, absence de disponibilité : <https://snphare.fr/fr/blog/posts/maternite-de-carcassonne--les-meres-et-les-bebes-en-securite--les-anesthesistes-reanimateurs-aussi->). En revanche, cette formation doit pouvoir être proposée, autant dans la maquette de la spécialité que dans le cadre de la formation continue : le SNPHARE souscrit pleinement à la position du CNP-ARMPO sur ce sujet :

Ce que le CNP d'AR ne veut pas :

- Que le MAR soit chargé de la réanimation du nouveau-né en salle de naissance : *L'anesthésiste-réanimateur ne peut être en 1^{ère} ligne pour assurer la prise en charge du nouveau-né en détresse*

Ce que le CNP d'AR veut :

- Dans chaque maternité, quel que soit le nombre d'accouchements, le type de la maternité, la réanimation du nouveau-né en salle de naissance ou de césarienne est de la compétence et de la responsabilité du pédiatre formé à la néonatalogie.
- En cas de situations maternelles et/ou fœtales à risque, la présence d'un pédiatre formé à la réanimation néonatale est nécessaire et doit être anticipée par l'équipe obstétricale.
- Dans les situations urgentes au cours desquelles la présence d'un pédiatre n'a pas pu être anticipée et si l'état du nouveau-né le nécessite, la réanimation initiale sera conduite



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

conformément à l'organisation interne définie par le pédiatre. Celui-ci est responsable de l'organisation de la formation des professionnels habilités à effectuer cette réanimation initiale.

- En dehors de toute complication maternelle, l'anesthésiste-réanimateur peut participer en renfort aux premiers soins effectués habituellement par la sage-femme et si besoin initier la réanimation du nouveau-né en attendant la prise en charge par l'équipe pédiatrique dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité, sous réserve que, le cas échéant, la prise en charge de la mère puisse être assurée par un infirmier anesthésiste (IADE), dans le cadre du décret de compétence des IADE de 2017. Dans les structures où l'anesthésiste-réanimateur est exposé à cette éventualité, il est souhaitable qu'il bénéficie d'une formation à la réanimation néonatale en salle de naissance.

5) Constatez-vous une évolution des demandes formulées par les patientes concernant la médicalisation de la prise en charge et le recours aux péridurales ? Parvenez-vous à y répondre ?

Le taux d'analgésie péridurale ne cesse d'augmenter. L'anesthésie péridurale a été à l'origine d'une réduction d'un facteur 17 de la mortalité anesthésique liée à l'anesthésie en obstétrique, et permet la précocité des gestes de prise en charge des hémorragies du post-partum. Elle permet aussi de réaliser les césariennes en cours de travail sans endormir – en général – la mère, ce qui permet de préserver au mieux le lien mère-enfant.

Dans les situations de pics d'activité, des patientes accouchent régulièrement sans anesthésie péridurale alors qu'elles l'auraient souhaité, par manque de disponibilité du médecin anesthésiste-réanimateur (MAR occupé) / de l'équipe d'anesthésie et/ou par absence de salle d'accouchement répondant aux impératifs de sécurité anesthésique (accouchement dans les salles de pré-travail ou salles d'urgence).

Organisation des soins et encadrement réglementaire

6) 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 patientes ?

Oui, c'est la proposition que nous avons portée lors de la réforme des autorisations de soins (2018-2020). **Cf. chapitre 2b.**



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

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

L'augmentation des ratios MAR / nombre de naissances, avec une définition des ratios pour les maternités de grande taille, et la présence obligatoire des IADE sont impératifs.

Cf. chapitre 2a et 2b.

Difficultés des professionnels de santé

- 8) Quelles sont les principales difficultés rencontrées par les anesthésistes-réanimateurs (avant la crise covid et depuis, si pertinent de distinguer) dans l'exercice de leur activité ? Comment renforcer l'attractivité hospitalière ?

Les difficultés préexistaient à la crise COVID, qui n'a fait que les mettre en lumière...

Les mesures générales d'attractivité hospitalière concernent en priorité les sujets de la permanence des soins, du temps de travail et des rémunérations.

Cf. chapitres 1a à 1e 2d

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

Cf. intégralité du document ci-après.



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

PÉRINATALITÉ ET ANESTHÉSIE-RÉANIMATION OBSTÉTRICALE : L'ANALYSE ET LES PROPOSITIONS DU SNPHARE

1. Constat

La prise en charge des situations critiques en obstétrique nécessite :

- une rapidité de prise en charge,
- la disponibilité immédiate de ressources humaines et techniques,
- un haut niveau d'expertise.

Au même titre que l'obstétrique et la néonatalogie, l'anesthésie-réanimation obstétricale dans les établissements de santé publics est sinistrée.

La réforme des autorisations des soins en maternité a été travaillée avec les Conseils Nationaux Professionnels (CNP), les Fédérations (FHF, FHP, FEHAP) et la DGOS en 2018-2019-début 2020. Elle a été alors interrompue, officiellement en raison de la crise sanitaire, officieusement en raison de graves désaccords entre professionnels de santé d'une part et fédérations hospitalières publiques et privées sur la définition des organisations de travail (classification des maternités, ratios de professionnels en maternité) d'autre part.

Si la dégradation de la morbi-mortalité maternelle et foetale est en partie expliquée par l'augmentation de l'âge des parturientes, l'augmentation des pathologies maternelles (diabète, cardiopathies, ...), elle est également probablement due à un problème organisationnel :

- ressources humaines insuffisantes,
- moyens techniques inadaptés,
- niveau de compétence inadapté,
- inégalité de répartition des patientes sur un territoire.



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

Toute insuffisance peut mettre directement en jeu la santé et la survie d'un nouveau-né et d'une mère.

a. Pénurie de médecins

Réputée depuis longtemps comme étant une hyper spécialité délicate, stressante, et difficile, l'AR obstétricale peinait déjà à attirer des MAR.

Depuis maintenant plusieurs années, s'ajoute également un manque cruel de moyens humains.

Les maternités font en effet face à de graves pénuries de médecins anesthésistes-réanimateurs qui désertent les salles de naissances, usés par des gardes de plus en plus lourdes, des patientes toujours plus nombreuses et des situations toujours plus lourdes et complexes, mais aussi las d'un manque de considération.

On ne compte plus les listes de gardes à trous, les fermetures ponctuelles ou définitives de petites maternités mais aussi de maternités plus importantes, indispensables à la prise en charge des patientes.

b. Augmentation de l'activité

Sur le plan qualitatif

Si la natalité a récemment enregistré une baisse, l'activité dans les maternités ne diminue pas, bien au contraire.

Les professionnels de la périnatalité doivent en effet faire face à :

- Une augmentation de l'âge des parturientes qui développent plus de complications,
- Une explosion de l'obésité responsable de la majoration des comorbidités maternelles comme l'hypertension ou le diabète qui ont pour conséquences de complexifier les prises en charges
- Une augmentation des naissances prématurées



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

Sur le plan quantitatif

Les fermetures des petites maternités ont eu pour objectif d'améliorer la sécurité des naissances « on ne fait bien que ce qu'on fait tous les jours ». Ces fermetures ont conduit à des regroupements dans des maternités de très grande taille (jusqu'à 4 à 5000 accouchements en métropole), alors que le décret de périnatalité de 1998 n'est pas adapté à ces structures, notamment en termes de moyens humains.

Par ailleurs, dans le cas de fermetures ponctuelles (pour pénurie d'une ou plusieurs catégories de profession médicale de la salle de naissance, généralement), des patientes sont amenées à changer *in extremis* de lieu d'accouchement. Ceci vient compliquer l'activité des plus gros centres qui les accueillent en urgence et voient leur activité déborder par l'afflux non prévu de patientes, en plus de leur activité habituelle (régulièrement surchargée, cf. supra), et sans avoir connaissance du dossier obstétrical et anesthésique de la patiente, ce qui représente une perte de temps et une prise de risque supplémentaire.

c. Sous-dimensionnement des équipes

En dehors, des problèmes de sous effectifs médicaux et de suractivités, on peut également parler des difficultés liées à des équipes sous dimensionnées.

✓ Ratios MAR / maternité

Ainsi, si la réglementation prévoit un anesthésiste dédié à l'activité obstétricale au-delà de 2000 naissances, aucun texte n'impose des effectifs minimums en cas d'activité importante. Dans les maternités qui dépassent parfois les 4000 naissances, les médecins peinent à obtenir des effectifs adaptés : l'absence de texte réglementaire étant parfois opposée par les directions.



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

Enquête CONTRAMAR

ce que les praticiens vivent au jour le jour

- Enquête SNPHARE auprès des MAR des hôpitaux publics, 1^{er} trimestre 2018
- Résultats disponibles sur le site du SNPHARE : snphare.fr
- **55 % des PH ont l'impression de prendre des risques pour les patients / de compromettre la sécurité anesthésique**
 - **Dont 63 % régulièrement**
- 69 % des PH constatent une dégradation de leurs conditions de travail sur les 5 dernières années
- 62 % des 30-49 % envisagent de modifier leur activité professionnelle



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

- 48 % des MAR font de l'AR obstétricale
- **56 % des MAR manquent de moyens la nuit** en cas de complication maternelle aiguë
- Extraction : conditions de travail des MAR en obstétrique

PRATICIENS	<2000	2000-3999	>4000
I	40	-	-
II a	45	11	-
II b	51	71	2
III	11	118	14
TOTAL	147	200	36

CH/CHU	<2000	2000-3999	>4000
I	30		
II a	35	11	
II b	38	34	2
III	7	46	19
TOTAL	110	91	21



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



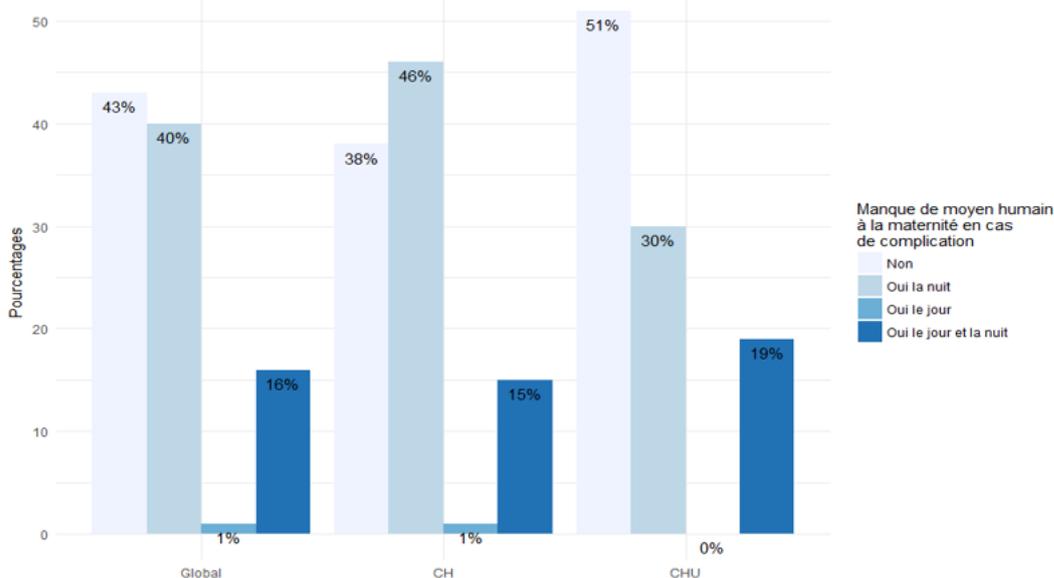
Contribution du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs, Elargi aux autres spécialités (SNPHARE) – Mai 2024

L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

56 % des MAR manquent de moyens la nuit en maternité
si complication maternelle aiguë

Répartition du manque de moyens humains en cas de complication maternelle aiguë
selon les PH travaillant en maternité en fonction du type de centre hospitalier



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE

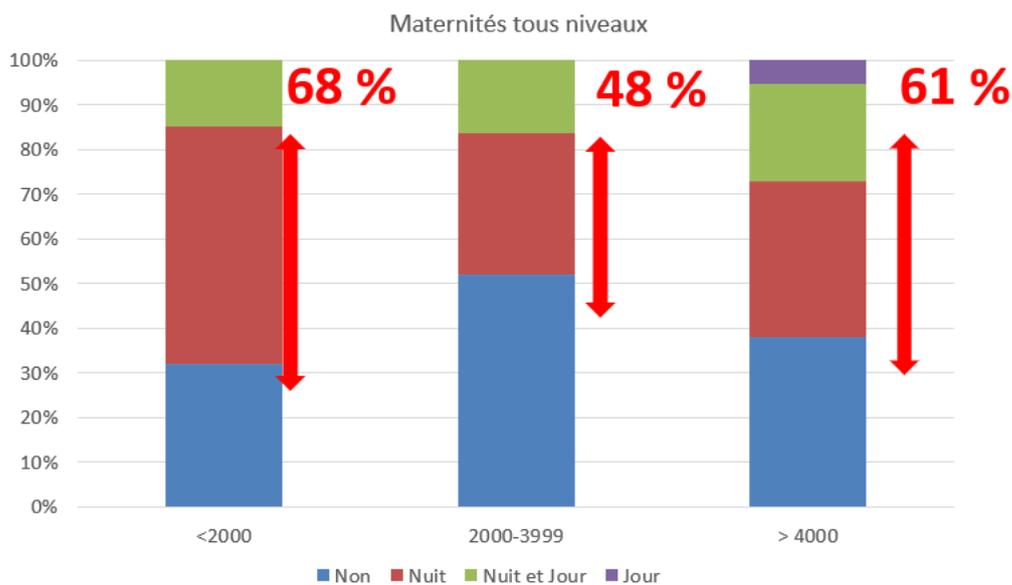


Contribution du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs, Elargi
aux autres spécialités (SNPHARE) – Mai 2024

L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

Manque de moyens humains : état des lieux



✓ Composition de l'équipe d'anesthésie-réanimation

Par ailleurs, la *composition* de l'équipe d'anesthésie-réanimation reste floue.

Ainsi, en fonction de l'activité - qui peut être lourde et/ou complexe - le médecin anesthésiste-réanimateur peut rapidement être en difficulté faute de ressources anesthésiques disponibles.

Aucun texte n'encadre la composition des ressources anesthésiques nécessaires, quel que soit le volume d'activité.

Si la notion de binôme est retenue, elle n'est cependant pas définie. La présence d'un interne en début de cursus ne peut pas être comparée à celle d'un docteur junior ou d'un IADE.



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

✓ Durée de la garde, temps de travail... et effectifs

Enfin, la durée actuelle des gardes dans un contexte d'activité croissante – et la durée totale du temps de travail d'un médecin hospitalier - doit être revue afin de garantir un niveau de prise en charge constant quelle que soit l'heure, d'autant plus dans le cadre d'une activité non programmable. Ceci n'est possible qu'en augmentant fortement la démographie en anesthésie-réanimation – l'arrivée d'une crise démographique en anesthésie-réanimation a pourtant été portée à la connaissance des tutelles dès la fin des années 1990.

d. Plateaux techniques et charge en soin variables

Classification des maternités

Les maternités ont été classés en type – de 1 à 3 – sur des considérations de risques pour l'enfant à naître. Aucune classification n'est réalisée en fonction de l'infrastructure minimale pour accueillir la femme qui va accoucher ou pour la prendre en charge secondairement.

- Le niveau « standard » est une salle de naissance (box de salle de naissance, salle de césarienne et salle de surveillance post-anesthésique)
- Des niveaux plus élevés comportent
 - Un plateau technique de radiologie interventionnelle (embolisation dans le cas d'hémorragie grave du post-partum)
 - Un bloc opératoire avec des compétences chirurgicales pour la chirurgie d'hémostase des hémorragies du post-partum
 - La disponibilité d'un laboratoire de biologie, d'un service de radiologie, d'un établissement de distribution de produits sanguins labiles
 - Une réanimation adulte.

Il n'y a ainsi aucun maillage territorial de l'offre de soins pour la prise en charge de la mère.

Notons que la réalisation de gestes à haute technicité nécessite des moyens humains supérieurs à la présence du seul MAR pour ce qui concerne l'anesthésie-réanimation.

Activité du médecin anesthésiste-réanimateur de garde en maternité

Le décret de périnatalité de 1998 prévoit une activité du médecin anesthésiste-réanimateur de garde différenciée selon le nombre annuel de naissances dans la maternité :



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

- ✓ Au-delà de 2000 naissances / an, l'activité du MAR est sanctuarisée pour l'activité d'obstétrique, et le MAR est présent sur place 24 h / 24. L'expérience montre que cette activité s'étend cependant dans de nombreux centres à une activité de chirurgie gynécologique urgente (fausse-couche hémorragique, grossesse extra-utérine avec indication chirurgicale – ces situations représentant régulièrement des urgences vitales immédiates -, torsion de kyste ovarien, abcès...) y compris pédiatrique (plaies vaginales notamment).
- ✓ Au-delà de 1500 naissances / an, mais en deçà de 2000, le MAR est présent sur place 24 h / 24, mais son activité n'est pas limitée à l'anesthésie-réanimation obstétricale. Il peut ainsi réaliser simultanément une activité de bloc opératoire (chirurgie urgente, adulte et pédiatrique), de radiologie interventionnelle, de soins critiques (soins continus, réanimation) ... dans des conditions de sécurité parfois discutables en raison des contraintes architecturales et des moyens humains (IADE) mis ou non à disposition du MAR.
- ✓ En deçà de 1500 naissances / an, le MAR n'est pas sur place (astreinte) et son activité n'est pas limitée à l'anesthésie-réanimation obstétricale.

Dans ces deux derniers cas, la notion de « disponibilité dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité » est pure hypocrisie, l'urgence obstétricale se situant régulièrement dans la minute...

En outre, cette activité est moyennée à l'année. L'activité de maternité est une activité essentiellement d'urgence, faite de pics d'activité et de creux. Les pics d'activité peuvent jusqu'à doubler l'activité moyenne des maternités, voire davantage pendant plusieurs heures, mettant en péril les ressources humaines et occasionnant des pertes de chances pour les patientes (nonaccès à l'anesthésie péridurale – qui réduit la mortalité liée à l'anesthésie, moindre surveillance – avec les risques de morbi-mortalité supplémentaires liées au retard de prise en charge d'une complication du per- et du post-partum).

Enfin, il est régulièrement demandé au médecin anesthésiste-réanimateur de réaliser la réanimation néo-natale, y compris de se substituer au pédiatre (qui, réglementairement, doit être disponible H24). Ceci représente un danger pour plusieurs raisons

- ✓ Il n'en a généralement pas la compétence



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

- ✓ Il n'a pas les moyens humains pour le faire : lors de situations critiques pour le nouveau-né, la mère est régulièrement elle-même dans une situation nécessitant une prise en charge par le médecin anesthésiste-réanimateur – quand il n'est pas occupé sur une autre urgence en salle de naissance (cf. argumentaire ici : <https://snphare.fr/fr/blog/posts/maternite-de-carca-ssonne--les-meres-et-les-bebes-en-securite--les-anesthesistes-reanimateurs-aussi->).

e. Rémunération

Enfin, le niveau de rémunération à l'hôpital public est un frein à l'attractivité. Etant donné :

- le niveau de compétence requis,
- le volume d'activité,
- l'augmentation des prises en charge complexes,
- la pression liée à l'activité obstétricale (prise en charge à haut risque de patientes qui ne sont pas « malades »)
- la pénibilité particulière de la permanence des soins nocturne en maternité
- l'écart avec les rémunérations dans le privé,
- la possibilité – pour tous les professionnels de la salle de naissance – de pouvoir exercer sa spécialité en dehors des maternités,

... les médecins anesthésistes-réanimateurs quittent les maternités et plus largement l'hôpital.

Les mesures récentes n'ont réglé ni le problème du coût de l'intérim, ni les difficultés de recrutement.

f. Formation initiale et continue

Formation initiale

L'augmentation du nombre d'internes à former s'oppose à la limitation des terrains de stages. Les internes, servant trop souvent de main d'œuvre pratique et à bas coût, voient leur formation passer au second plan. Ainsi, de plus en plus d'internes voient la durée de leur stage en anesthésie réanimation obstétricale réduit à 3 mois : durée clairement insuffisante.



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

Formation continue

La formation continue, pourtant obligatoire dans le cadre de la Certification Nationale Périodique, pose plusieurs problèmes :

- Le temps : le sous-effectif chronique en anesthésie-réanimation empêche de plus en plus les médecins de bénéficier de formations, de mises à niveau, de simulations... dans l'ensemble de la discipline. Malgré 15 jours de formation autorisés statutairement pour les médecins hospitaliers, l'utilisation de ces jours n'est pas obligatoire, bien plus qu'une interdiction en bonne et due forme par leurs supérieurs hiérarchiques, les médecins s'autocensurent sur le nombre de formations réalisées chaque année.
- Le financement : la prise en charge de congrès, DU est de plus en plus compliquée. Ces formations sont chères, la prise en charge par les établissements publics de santé (généralement via l'ANFH) n'est pas systématique et souvent incomplète (déplacements, hébergement...),
- La labellisation : les critères imposés pour labelliser DPC une formation sont de plus en plus complexes et lourds, réduisant le nombre de formations disponibles.

(cf. le rapport de l'IGAS)

g. Maisons de naissance (MDN) et accouchements à domicile (AAD)

Une partie de la population revendique actuellement une réduction de la médicalisation de l'accouchement, au profit des maisons de naissance (qui ont fait l'objet de décrets à la suite d'expérimentations dont le rapport est très discutable) ou des accouchements à domicile.

Dans le cadre de ces modalités de naissance, les MAR comme les autres professionnels de la périnatalité sont amenés à subir et gérer des situations catastrophiques qui auraient pu, dans la plupart des cas, être évitées.

- L'absence de recours rapide à un MAR, un GO, un plateau technique et une banque du sang peut être responsable d'une morbi-mortalité maternelle et foetale importante,



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

- La survenue d'une complication, mais aussi la demande d'analgésie péridurale doivent entraîner sans délai le transfert dans une salle de naissance classique
- Le recours aux MDN ne doit en aucun cas être imposé ou devenir une alternative au défaut d'offre de soins adapté,
- L'AAD représente un risque pour la mère et pour le bébé à naître trop important pour être acceptable. En outre, en cas de complication, il mobilise les services d'urgence médicalisés (SAMU +/- déplacement d'une sage-femme) qui sont déjà en grande difficulté, et impose la prise en charge de complication graves, d'urgences vitales immédiates à des équipes souvent déjà occupées en salle de naissance. L'accouchement à domicile ne peut se concevoir que dans le cadre d'un accouchement à domicile « inopiné », trop rapide pour avoir lieu à la maternité.

2. Propositions

● Réorganisation

Le regroupement de certaines structures semble nécessaire dans certaines situations et certains territoires afin de proposer une prise en charge adaptée aux patientes. En effet, il est difficile de prévoir une organisation et une compétence optimales dans un établissement où le nombre de naissances est faible.

La nécessaire réorganisation doit tenir compte de l'offre de soins maternelle, et donner lieu à un maillage territorial bien identifié, permettant l'organisation de parcours de soins et de possibilité de recours dès le début du suivi de la grossesse, jusqu'à la période du post-partum.

✓ Niveau adapté à la pathologie maternelle

Le niveau des maternités est actuellement corrélé aux risques néonataux uniquement.

Il est urgent de revoir cette graduation et de prendre en compte les risques maternels. En effet, le taux de comorbidités des parturientes étant de plus en plus élevé, il est nécessaire de pouvoir prendre en charge ces patientes dans des structures adaptées.



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

✓ Définition du plateau technique nécessaire

Si certaines patientes/situations à hauts risques peuvent être anticipées, de nombreuses complications obstétricales graves sont totalement imprévisibles.

Organiser la prise en charge obstétricale dans des structures offrant ressources et moyens paraît pertinent.

Un plateau technique optimal comprend :

- un accès rapide à l'embolisation,
- un accès rapide à un bloc opératoire,
- un accès rapide à un laboratoire de biologie, de radiologie, à l'EFS
- un accès rapide à un service de soins critiques maternels.

Cette organisation pourrait nécessiter le regroupement de certaines maternités afin de garantir un plateau technique minimal sécuritaire.

Par ailleurs, dans l'attente de la décision d'équipes dédiées, il faut absolument prendre en compte les contraintes architecturales des établissements dans la définition des effectifs. En l'absence de contiguïté entre la salle de naissance et les autres lieux d'exercices du médecin anesthésiste-réanimateur de garde (bloc opératoire, soins critiques), l'existence d'une équipe dédiée à la maternité est indispensable. Les constructions des nouvelles salles de naissance doivent être à proximité immédiate (même étage, même plateau technique) des blocs opératoires.

✓ Synthèse

La proposition ci-après a été faite par le Conseil National Professionnel d'Anesthésie-Réanimation Périopératoire (CNP-ARMPO), avec la participation du SNPHARE, et décrit 3 types de maternité (de M1 à M3) selon l'offre de soins maternelle.



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

	Type M1 Soins élémentaires (Ressources non sur site mais organisées)	Type M2 Soins intermédiaires	Type M3 Soins spécialisés
Gynécologue-obstétricien	+ à préciser	+ à préciser	+ à préciser
Anesthésiste-réanimateur	disponible + procédure de recours organisée	Sur place H24 + procédure de recours organisée	Sur place et dédié à l'obstétrique + procédure de recours organisée Temps dédié /implication dans la PEC multidisciplinaire (RCP)
Pédiatre cf gradation néonate en Px			
SSPI H24	+	+	+
soins critiques intermédiaires de proximité architecturale		+	+
Réanimation adulte			+
Imagerie	Accès organisé H24	Sur site H24	Sur site H24



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



Contribution du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs, Elargi
aux autres spécialités (SNPHARE) – Mai 2024

L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

radiologie interventionnelle	Accès organisé H24	Accès organisé H24	Accès organisé H24 et plateau technique sur place
Biologie	Hémocue en salle de naissance accès biologie organisé dans les délais compatibles avec urgence vitale (<= 30 min ?)	Hémocue en salle de naissance labo sur site H24	Hémocue en salle de naissance labo sur site H24
EFS	accès aux CGR dans un délai <30 min organisé Accès aux PSL supplémentaires organisé Procédure transfusionnelle urgence vitale	Dépôt de sang sur site Accès aux PSL supplémentaires organisé Procédure transfusionnelle urgence vitale	EFS sur site dans l'établissement Procédure transfusionnelle urgence vitale
Chirurgie viscérale/uro H24 chirurgie d'hémostase complexe	procédure de recours organisée	procédure de recours organisée	sur site (établissement)
Services médicaux spécialisés		+ impliqués dans les RCP	+ impliqués dans des RCP

NB :

- « organisé » veut dire qu'il faut un doc écrit disponible en sdn avec procédure, contacts, num de tel, etc
- Les notions de « soins critiques intermédiaires » ou de « proximité architecturale » se rattachent aux notions en cours de construction dans le GT soins critiques.
- La gradation en « Px » se réfère à la classification dédiée à la gradation selon le volume d'accouchement pour les risques périnataux.
- La chirurgie d'hémostase « complexe » est une chirurgie qui dépasse la chirurgie initiale de l'HPP qui doit être assurée dans toute maternité

• Dimensionnement des équipes

✓ Notion d'équipe d'anesthésie-réanimation obstétricale

Afin d'assurer une prise en charge anesthésique et réanimatoire obstétricale optimale, il est indispensable de clairement définir la composition de l'équipe anesthésique en salle de naissance.

- ✓ Présence anesthésique sur place 24 h / 24
- ✓ Dédiée à l'activité obstétricale, quel que soit le nombre de naissances
- ✓ Composée d'un (ou plusieurs) médecins anesthésistes-réanimateurs ET d'un (ou plusieurs) infirmier anesthésiste (IADE), le binôme MAR - IADE ayant depuis longtemps fait ses preuves pour la sécurité anesthésique.



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



Contribution du Syndicat National des Praticiens Hospitaliers Anesthésistes-Réanimateurs, Elargi aux autres spécialités (SNPHARE) – Mai 2024

L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

✓ Définition de ratios en fonction du nombre de naissances et de l'activité

Le nombre de personnels dédiés à l'anesthésie doit être revu, notamment dans les maternités à forte volumétrie et à forte activité. Les exigences exprimées par les anesthésistes-réanimateurs ont été, comme pour les autres professions médicales de la salle de naissance, un point majeur d'achoppement avec les tutelles lors des discussions sur la réforme des autorités de soins en périnatalité.

La présence des infirmiers anesthésistes (IADE) est impérative en maternité.

Le critère d'attractivité des maternités étant, en premier lieu, la sécurité qui est garantie pour y exercer correctement son métier (les maternités non sécuritaires ne seront pas attractives, cercle vicieux), le nombre de binômes MAR IADE devra ainsi être adapté :

- au nombre de naissances,
- au profil des patientes prises en charge
- au profil de la maternité (simple, ou maternité de recours équipé en plateaux techniques et réanimation)

En effet, en dehors de la charge de travail liée directement au nombre de naissance, la complexité des prises en charges à haut risque doit être prise en compte.

Enfin, afin de ne pas dilapider les ressources humaines et de maintenir un training suffisant pour l'ensemble des équipes, il semble raisonnable de fixer un seuil minimal autour de 1000 naissances / an par maternité.

Nb de naissances	Nb de binôme MAR-IADE dédié à la maternité (M1)	En cas d'activité complexe (M2-M3)
< 300	Fermeture de la maternité (pas de dérogation)	
300 - 1000 (dérogatoire)	1	



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

1000 - 2000	1	Possibilité d'aide par équipe non dédiée à l'obstétrique (binôme MAR-IADE d'astreinte, ou de garde sur plateau technique adjacent)
2000 - 4000	2	
4000 - 6000	3	

Cette proposition est mieux-disante que la proposition du CNP-ARMPO, et concerne les établissements publics de santé, qui accueillent les patientes aux pathologies les plus complexes et les patientes adressées au titre de recours en cas de complication grave.

✓ Temps de travail

Il est primordial de réévaluer la durée de temps de travail consécutif, en particulier dans un secteur d'activité tel que l'obstétrique.

L'activité dans les maternités étant difficilement contrôlable, et étant donnés les répercussions du manque de sommeil, il pourrait être envisagé de limiter la durée de la présence à 12h maximum (vs 24h à l'heure actuelle) et de limiter les obligations de service des médecins anesthésistes-réanimateurs à 39 heures par semaine.

• Formation

✓ Formation initiale

Le nombre de médecins anesthésistes présents dans les maternité doit être revu et adapté dans les structures à haute activité.

Il est indispensable de s'assurer d'un niveau de qualification adapté en obstétrique (spécialité à haut risque). Ainsi, un stage d'anesthésie réanimation obstétricale dans un centre agréé d'une durée minimale de 6 mois doit être imposé.

Afin de pouvoir former un plus grand nombre d'internes, il est nécessaire de revoir le nombre de terrains de stage à la hausse.



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

✓ Formation continue

Etant donné que :

- la pratique de l'anesthésie réanimation obstétricale nécessite un niveau d'expertise important,
- la démographie médicale actuelle et l'organisation des équipes entraînent des changements d'activités/ de secteurs réguliers et fréquents,

Une formation continue en AR obstétricale doit pouvoir être proposée aux médecins anesthésistes qui exercent en maternité.

Par ailleurs, il pourrait être utile d'imposer des mises à jour régulières aux médecins anesthésistes qui ont une activité mixte (obstétrique et autre activité) ou une activité obstétricale peu fréquente.

Ces formations doivent s'intégrer dans des jours de formation sanctuarisés, avec une prise en charge financière intégrale par l'établissement de santé.

• Attractivité des carrières médicales hospitalières - Rémunération et Temps de travail

De manière générale, la maternité étant un « repoussoir » aux recrutements médicaux des services d'anesthésie-réanimation, les critères communs d'attractivités des carrières médicales doivent être impérativement revus :

✓ Rémunération :

- Emoluments : restitution des 4 ans d'ancienneté spoliés aux praticiens hospitaliers nommés avant le 1^{er} octobre 2020, valorisation de la fidélité à l'hôpital public pendant la carrière, révision régulière de la grille salariale en fonction de l'inflation
- Rémunération de la PDS : si la rémunération des gardes a récemment été majorée de 50%, celle-ci reste insuffisante pour de nombreux praticiens (le souhait était un doublement de la rémunération) ; par ailleurs la revalorisation des astreintes, annoncée et financée à partir du 1^{er} juillet 2024, est repoussée aux calendes grecques...



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE



L'AVENIR DE LA SANTE PERINATALE ET SON ORGANISATION TERRITORIALE

MISSION D'INFORMATION DU SENAT
CONTRIBUTION DU SNPHARE

✓ Temps de travail

- Temps de travail additionnel TTA : compte tenu de la pénurie de MAR et le désintéressement pour l'activité obstétricale, les équipes participant au fonctionnement des maternités sont très souvent amenées à réaliser des heures supplémentaires (TTA). Or, le TTA est insuffisamment rémunéré (en dessous des émoluments de base). Une revalorisation très sensible du TTA est nécessaire.
- Décompte du temps de travail: le décompte horaire du travail des médecins anesthésistes-réanimateurs doit être systématiquement réalisé, conformément au rappel du Conseil d'Etat (22 juin 2022), y compris lorsque le temps de travail est décompté en « temps continu ».
- Obligations de service : compte tenu de la pénibilité de l'activité d'anesthésie-réanimation, et de la volonté légitime des praticiens d'observer un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle, le volume horaire des obligations de service doit être réduit à 39 heures par semaine (avec déclenchement du TTA dès la 40^{ème} heure).



MISSION D'INFORMATION
AVENIR DE LA SANTÉ PÉRINATALE

