

BUREAU élu en 2022

Présidente

Margaux CREUTZ
Médecin santé publique
Réseau Périnatal Lorrain

Vice-Président

Jean-Louis SIMENEL
Gynécologue-Obstétricien
Réseau de Périnatalité de
Normandie

Secrétaire

Isabelle JORDAN
Pédiatre
Réseau AURORE

Laurence ABRAHAM
Infirmière
Réseau Périnatal des Deux
Savoie

Eliane BASSON
Pédiatre
Réseau AURORE

Bernard BAILLEUX
Gynécologue-obstétricien
Réseau OREHANE

Sylvie BOUKERROU
Sage-femme
Réseau Périnatal de La
Réunion

Jean COUDRAY
Gynécologue-obstétricien
Réseau de Périnatalité de
Normandie

Jeanne FRESSON
Médecin épidémiologiste

Sabrina HEDHILI
Sage-femme
Naître dans l'Est Francilien

Anne LEGRAND
Médecin santé publique
Réseau de santé en
périnatalité d'Auvergne

Blandine MULIN
Médecin santé publique
Réseau Périnatalité de
Franche-Comté

M. Emmanuel Macron
Président de la République
Palais de l'Élysée,
55 rue du Faubourg Saint-Honoré
75008 PARIS

Le 20/11/2023

Objet : Planifier une nouvelle organisation des soins en périnatalité en France est une nécessité et une urgence

Monsieur le Président de la République,

Cette lettre, cosignée par des experts, des représentants de sociétés savantes et d'usagers, fait suite à une table ronde organisée par la FFRSP (Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité) le 22 septembre 2023 sur la crise actuelle de l'offre de soins en périnatalité, au cours de laquelle s'est dégagé un large consensus tant sur l'origine de cette crise que sur les réponses qui pourraient y être apportées. Le débat s'est appuyé sur le rapport de l'Académie de médecine de mars 2023, dans lequel des préconisations étaient déjà déclinées et avaient suscité bien des polémiques reprises dans les médias.

Nos constats :

1) Une pénurie croissante en ressources humaines

Ni le virage sociologique des professions de santé, ni l'évolution des attentes des jeunes professionnels (désir d'effectuer moins d'heures hebdomadaires, moins de gardes par mois, plus de temps partiels...) n'ont été suffisamment appréciés et anticipés, ce qui met gravement en danger l'avenir de l'offre de soin en périnatalité.

- **Le nombre de gynécologues en formation est en augmentation mais seule la moitié d'entre eux envisagent de pratiquer l'obstétrique**, avec un souhait d'arrêt des gardes qui se majore dès 45 ans. Les jeunes médecins préfèrent exercer dans des maternités de type 2 ou 3, au sein d'une équipe stable et complète permettant de limiter le nombre de gardes sur place par mois. La connaissance de leur équipe (pédiatres, anesthésistes, sages-femmes) est pour eux primordiale. La majorité n'envisage pas de faire des gardes au-delà de 50 ans (avec une tendance actuelle encore à la baisse). Globalement la durée de vie opérationnelle d'un obstétricien en garde a une médiane d'à peine 11 ans. Cela est lié à la lourdeur des gardes en termes de sentiment d'insécurité, à leur nombre trop élevé et à leur faible valorisation financière. Force est de constater que **le système de santé ne correspond plus aux souhaits des obstétriciens et amène à un abandon rapide de l'exercice complet de la discipline**. La commission « démographie » du CNGOF (Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France.) a établi un rapport complet à ce sujet en 2022 : « Pérennité des équipes, quel avenir pour la continuité des soins en gynécologie-obstétrique ? ».
- La durée des études et les compétences des sages-femmes ont évolué. Sur les 23 451 en activité actuellement, un grand nombre ne veut plus faire d'accouchements, préférant les services autres que la salle de naissance ou l'activité libérale. **Les sages-femmes désertent les maternités** et l'on assiste à un abandon de la profession en raison des conditions d'exercice et non par manque d'intérêt du métier.
- Pour les pédiatres, l'insuffisance de formation en réanimation néonatale est souvent relevée. **Les surspécialités à gardes telle que la réanimation néonatale sont désertées par les internes**. Encore une fois, à cause des contraintes qu'elles comportent mais aussi souvent des conditions de travail difficiles (beaucoup de gardes, équipe instable). Les difficultés en lien avec les soins critiques néonataux ont, par ailleurs, été décrites dans le rapport de la SFN (Société Française de Néonatalogie) du 9/10/2023.

- **Pour les anesthésistes-réanimateurs particulièrement les plus jeunes, l'obstétrique est une activité très peu attractive**, particulièrement dans les maternités réalisant moins de 2000 naissances car leur activité n'y est pas exclusivement dédiée : elle est partagée en même temps avec les autres activités de l'établissement notamment au niveau au bloc opératoire. Cela rend cette activité compliquée et les gardes, chargées, fatigantes et stressantes. Contrairement au bloc opératoire, l'anesthésiste-réanimateur en maternité n'est que rarement assisté d'une infirmière anesthésiste pour faire face aux pics d'activités et aux situations complexes, comme le souligne l'Enquête Nationale Périnatale de 2021.
 - En conséquence cette crise des métiers de la périnatalité entraîne **un recours à l'intérim dans environ 70 % des maternités de type 1 et 80 % des maternités de moins de 1000 naissances**. Ceci impacte le travail en équipe, essentiel dans ce secteur et in fine la sécurité dans ces établissements.
- 2) **L'évolution du contexte de la natalité en France**
- **La diminution de la natalité a été et est encore insuffisamment prise en compte** alors qu'elle risque d'aggraver la situation déjà difficile de certaines maternités.
 - L'accélération de la fermeture parfois brutale des « petites maternités » a abouti à un **transfert d'activité non anticipé vers les maternités de type 2 ou 3**, qui peuvent elles-mêmes rencontrer des difficultés.
- 3) **Les nouvelles demandes des usagers**
- **Le manque de qualité, à la fois des relations humaines patient/soignant, des conditions globales d'accueil et d'accompagnement pour l'accouchement et des suites de couches ainsi qu'une prise en charge de la douleur insatisfaisante** sont les principaux griefs relevés par les femmes.
 - **Les patientes veulent accoucher de façon sécurisée** pour elles et pour leur enfant, **mais également : choisir** leur lieu d'accouchement, le professionnel qui assure leur suivi, **limiter** le nombre d'intervenants, avoir la possibilité de **suivre** une préparation à la naissance, **participer** aux décisions de soins, **décider** de la durée de l'accompagnement du postpartum individualisé et **avoir accès** à une analgésie perpartum. Revendications légitimes mais parfois **difficilement conciliables avec les organisations actuellement en place**.

Monsieur le Président, il nous paraît donc urgent, pour résoudre les difficultés présentes, qui ne disparaîtront pas mais risquent de nettement s'aggraver dans les 15 ans à venir, d'innover dans l'organisation des soins en périnatalité. Voici nos propositions.

Nos propositions :

1) **Regroupement des plateaux d'accouchement**

Il est indispensable d'envisager et d'organiser le regroupement **des plateaux techniques d'accouchement (salles de naissances, bloc opératoire, ...)** qui imposent une continuité des soins. Avec les moyens actuels et les standards attendus cela est humainement et matériellement trop lourd.

Ce regroupement permettrait d'**améliorer la sécurité** des soins, primordiale sur ces plateaux techniques et ainsi de **diminuer les inégalités** sociales d'accès aux soins. En effet, les maternités les moins sécuritaires sont déjà délaissées par les usagers les plus favorisés qui ont accès à l'information et aux moyens de locomotion ou organisationnels adaptés.

Repenser le parcours de soins en périnatalité implique de limiter le nombre de plateaux techniques de naissances, tout **en renforçant en moyens humains et matériels** ceux qui doivent perdurer et en accompagnant le déploiement des offres de suivi des grossesses et des nouveau-nés en proximité. La mise en place d'un dossier médical partagé ville / hôpital en périnatalité doit y être associée.

2) **Création de CPP (Centres Périnataux de Proximité)**

La restructuration du parcours de soins périnatal avec la création de centres périnataux de proximité, articulés autour de maternités de référence, est à envisager et **à construire en pluridisciplinarité et en évitant de le faire « dans l'urgence »**. Il sera indispensable

d'intégrer dans la réflexion toutes les maternités et les SAMU/SMUR, et de l'aborder conjointement par la sécurité et la qualité des soins.

Il n'est bien entendu pas question de fermer toutes les maternités de moins de 1000 naissances mais **qu'une réflexion soit menée pour identifier les structures indispensables** par leur situation géographique (bassins de naissances majeurs ou territoire très isolé) ou par leur niveau d'expertise, **quelle que soit leur taille**. La réflexion devra intégrer le fonctionnement optimal de ces maternités tant sur le plan de la sécurité (physique et psychique) que de la qualité des soins ressentie par les patientes et les professionnels.

Les fermetures temporaires brutales ou définitives des maternités ne devraient pas avoir lieu car par définition, elles ne sont ni choisies ni anticipées, elles **peuvent donc toucher des maternités « indispensables » engendrant de nombreux risques** pour les femmes mais aussi pour les organisations de soin périnatal de ces territoires.

L'implantation de CPP adaptés aux besoins territoriaux permettrait d'optimiser l'offre de soins pour le suivi périnatal en proximité et donc, participerait à la lutte contre les « déserts » médicaux et les inégalités territoriales d'accès aux soins.

3) Les acteurs indispensables à ce changement

Les dispositifs spécifiques régionaux en périnatalité (DSRP), par la connaissance du paysage périnatal de leur territoire, leur expérience en animation territoriale et coordination d'acteurs mais aussi en politique de santé, sont les plus à même d'amener tous les professionnels à réfléchir et à proposer une nouvelle organisation de l'offre de soins en périnatalité, à participer à la refonte des décrets de 1998 devenus obsolètes (refonte initiée en 2019 mais abandonnée depuis) et à collaborer, **en association étroite avec la société civile**, à l'émergence d'un nouveau plan périnatal.

Monsieur le Président, en tant que représentants des acteurs de santé et des usagers de la périnatalité en France, nous faisons le constat commun d'une organisation des soins en inadéquation avec les besoins de la population et les demandes des professionnels.

Un consensus existe sur la nécessité urgente d'innover, de proposer une autre offre de soins adaptée à chaque territoire, pour éviter la chronique d'une mort annoncée de la périnatalité en France. Nous demandons instamment à la Direction Générale de l'Offre de Soins de **rouvrir les discussions** avec les partenaires pour réviser les décrets de périnatalité de 1998. L'ancien Ministre de la Santé, monsieur le Docteur Braun, avait également évoqué la tenue d'**Assises de la périnatalité** qui nous semblent plus que jamais nécessaires aujourd'hui.

Nous vous appelons donc, Monsieur le Président, à impulser une véritable politique d'innovation en santé périnatale en France.

Veillez recevoir, Monsieur le Président, nos salutations respectueuses.

Mme Lucie ADALID, représentante d'usagers, pour le CIANE (Collectif Inter Associatif autour de la naissance)

Dr Margaux CREUTZ LEROY, présidente de la FFRSP (Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité)

Dr Catherine DENEUX, médecin épidémiologiste à l'INSERM

Pr Michel DREYFUS gynécologue-obstétricien, président de la SFMP jusqu'en octobre 2023 et Pr Delphine MITANCHEZ, néonatalogue, présidente de la SFMP (Société Française de Médecine Périnatale)

Dr Estelle MORAU, présidente du CARO (Collège d'Anesthésie Réanimation en Obstétrique)

Dr Joëlle BELAISCH ALLART, Pr Olivier MOREL et Pr Cyril HUISSOUD, gynécologues obstétriciens, pour le CNGOF (Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français)

Pr Jean- Christophe ROZE, président de la SFN (Société Française de Néonatalogie)

Pr René RUDIGOZ, professeur émérite, membre de l'Académie de Médecine