



Pérennité des équipes, quel avenir pour la continuité des soins en gynécologie-obstétrique ?

Collège des Enseignants
en Gynécologie-Obstétrique (CEGO)
et Collège National
des Gynécologues-Obstétriciens
Français (CNGOF)

18
novembre
2022

Commission démographie
Rapport 2022

**résumé des observations
et recommandations**



Démographie en Gynécologie-Obstétrique (GO) : l'inquiétude des professionnels et des universitaires

La commission démographie est le seul groupe de travail commun au CNGOF (Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français) et au CEGO (Collège des Enseignants en Gynécologie-Obstétrique). Il est apparu indispensable aux présidents de ces deux collèges d'aborder les questions de démographie médicale en associant les aspects de formation et d'exercice professionnel. En effet l'avenir de la profession repose à la fois sur le renouvellement régulier des professionnels par la formation et la prise en compte de l'évolution des pratiques des nouvelles générations.

La situation est particulièrement complexe en GO : multiplicité des missions, modalités d'exercice variées, nombreuses interactions interprofessionnelles avec compétences partagées mais également compétences exclusives, notamment pour la charge de permanence des soins (accouchements, urgences obstétricales et gynécologiques) au sein des maternités.

Les questions sont nombreuses. La commission, mise en place fin 2019, a d'abord concentré ses efforts sur la question aujourd'hui la plus urgente pour la sécurité des femmes : la permanence des soins en gynécologie-obstétrique, relevant par ailleurs de la compétence exclusive des gynécologues-obstétriciens. Les principales observations et recommandations sont ici présentées.



Un pilotage de la démographie médicale en gynécologie-obstétrique à coordonner et à renforcer

Plusieurs institutions collectent des données de démographie. L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) est l'organisme central de pilotage de la démographie médicale en France. L'observatoire collecte les données disponibles et conseille les ministres délégués à la Santé et à l'Enseignement Supérieur sur les différentes problématiques, notamment le nombre d'internes et les interfaces entre professionnels (pour la GO, interfaces avec la Gynécologie-Médicale, la médecine Générale et les Sage-Femmes –rapport ONDPS publié en mai 2021). Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) dispose également d'informations, très partielles, via les inscriptions obligatoires. Les différentes fédérations, sociétés savantes et collègues professionnels ne collectent pas d'indicateurs démographiques.

L'état des lieux a permis de mettre en évidence des lacunes importantes dans le suivi démographique de la GO, en lien avec les spécificités de la profession : absence de données précises quant au type d'exercice et aux modalités d'exercice, à la participation à la permanence des soins, à l'état démographique des maternités.

Les données disponibles montrent que le nombre de GO est en augmentation régulière depuis 2012, avec une pyramide des âges tendant au rajeunissement, et une féminisation progressive. De fortes inégalités territoriales sont confirmées, avec des perspectives de dégradation.

Ces éléments peuvent paraître contradictoire avec les situations de tensions observées sur tout le territoire. Cependant ces données sont très incomplètes : aucune information n'est disponible quant à la participation à la permanence des soins, l'état démographique au sein des structures, et les informations sont très partielles pour les modalités et types d'exercice.



Observations de la commission

Afin de documenter les déterminants de la situation démographique en GO, la commission a collecté des données par le biais d'enquêtes auprès des professionnels, auprès des responsables universitaires, auprès des internes et a pu bénéficier d'auditions auprès des principales institutions nationales et régionales impliquées.

Formation des gynécologues-obstétriciens

Le nombre d'internes formés chaque année a fortement augmenté depuis le début des années 2000. La répartition territoriale est très inégale et ne correspond pas de façon évidente aux besoins de la population et aux capacités de formation. Le nombre d'internes reste cependant insuffisant en raison de l'évolution des pratiques des nouvelles générations, avec notamment une importante diminution du temps de travail et de la participation à la permanence des soins. Une nouvelle augmentation du nombre d'internes est absolument nécessaire, elle ne permettra cependant pas de combler les défauts structurels d'attractivité de la profession et des maternités les plus en difficulté.

Évolutions des modalités d'exercice

Les évolutions sont majeures, inquiétantes et toutes les enquêtes sont cohérentes. Seulement 50 % des internes formés à la gynécologie-obstétrique souhaitent poursuivre et poursuivent effectivement une activité de garde. L'arrêt de la participation à la permanence des soins survient à peine quelques années après l'internat. Une part importante des jeunes gynécologues-obstétriciens n'est pas satisfaite de l'environnement hospitalier public ou privé et renonce à toute activité hospitalière pour une activité exclusive de consultations en cabinet. La majorité des jeunes praticiens s'oriente vers une activité à temps partiel. Les gardes présentent un défaut majeur d'attractivité : la contrainte de permanence des soins est de moins en moins acceptée par les plus jeunes, notamment pour les week-ends. La rémunération actuelle semble tout à fait insuffisante pour maintenir l'attractivité. La qualité de vie au travail est un élément majeur dans le choix d'exercice.

L'ensemble de ces éléments permettent de mieux comprendre les difficultés actuelles au sein des maternités. Elles doivent absolument être prises en compte.



Observations de la commission *(suite)*

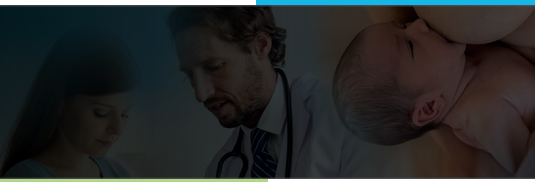
Une profession très exposée au burn-out

Les GO présentent un des taux les plus élevés de burn-out parmi les professions médicales. Les principaux facteurs de risque sont la charge de travail trop importante, un nombre élevé de gardes, une instabilité organisationnelle des équipes, la charge émotionnelle et le risque médico-légal.

Dès lors, les choix de modalités d'exercice des plus jeunes peuvent être considérés comme une prévention et un éloignement des facteurs de risque : arrêt précoce des gardes, choix de travailler au sein d'équipes comportant un nombre élevé de praticiens, travail à temps partiel.

L'état réel des maternités françaises

Les données démographiques au sein des maternités ne sont pas collectées en routine. Une enquête nationale menée par la commission a permis d'observer des tensions démographiques (nombre de praticiens insuffisants, nombre de gardes trop élevé, recours régulier à l'intérim) pour 91 % des maternités de moins de 1000 naissances, 48 % des maternités de 1000 à 2000 naissances et 8 % pour celles assurant plus de 2000 naissances. Ces chiffres confirment une situation d'une particulière gravité. Les tensions apparaissent directement liées à la taille et au type des structures (79 % des types 1 en tension), en cohérence avec l'évolution constatée des modalités d'exercice.



Propositions de la commission

Un nécessaire renforcement du suivi démographique

Les données actuellement recueillies sont insuffisantes. Elles ne permettent pas d'analyser et de suivre correctement la réalité de l'exercice des GO inscrits à l'ordre et de la situation des maternités. Par ailleurs, il apparaît absolument nécessaire de renforcer également le suivi des autres professionnels de la périnatalité : anesthésie, pédiatrie et sage-femmes.

Renforcer l'attractivité -repenser l'organisation territoriale des équipes

- Revalorisation financière significative et pérenne des gardes et astreintes.
- Revalorisation des salaires dans le public.
- Revalorisation des carrières HU.
- Évoluer vers une permanence des soins de première ligne reposant uniquement sur des gardes sur place. Les astreintes de sécurité devraient être par ailleurs développées (sécurisation des GO par la possibilité d'un renfort).
- Dimensionner progressivement les équipes de façon à garantir un maximum de 5 gardes par mois. Un nombre de 7 praticiens paraît un minimum.
- Garantir une durée maximale de travail hebdomadaire de 48 heures en accord avec la réglementation.
- Faciliter les possibilités de participation à des activités de recours pour chaque praticien, si besoin via un exercice territorial, permettant le rattachement à une équipe de référence dans le domaine concerné.
- Sécuriser la charge de travail, via un nombre de praticiens adaptés y compris en garde en prenant en compte le nombre de naissances, le type de maternité (lourdeur de la prise en charge des grossesses compliquées) et les urgences gynécologiques.
- Renforcer la cohésion des équipes en investissant sur le management médical (formation, temps dédié valorisé) et en luttant contre l'intérim et le recours ponctuel à des médecins à diplôme étranger, incompatible avec une implication au sein d'une équipe et une homogénéité des prises en charge.
- Accompagner les équipes afin de prévenir et identifier précocement les situations à risque de burn-out.



Propositions de la commission *(suite)*

Formation des internes

Il faut a minima aller le plus vite possible à la cible de 260 par an en adaptant la répartition territoriale des internes aux capacités de formation.

Impacts attendus sur l'organisation des soins

La crise démographique est profonde, et va certainement s'aggraver encore malgré l'augmentation attendue du nombre de GO sur la prochaine décennie. En effet, les modalités d'exercice et de participation à la permanence des soins font que les GO « sortants » ne peuvent pas être simplement remplacés poste à poste pour des questions de charge de travail et de pénibilité. Par ailleurs, une part très significative des maternités existantes n'est absolument plus attractive en l'état.

Contraindre les GO à une participation à la permanence des soins ou à une installation dans une maternité non attractive serait une approche délétère et ne ferait qu'aggraver le défaut d'attractivité de la profession.

Il faut en premier lieu refondre les modalités de financement de la permanence des soins (publique et privée) et celles des équipes GO. La priorité devrait être l'attractivité par une meilleure rémunération et un meilleur dimensionnement des équipes, deux axes impliquants des surcoûts évidents. Des économies sont cependant à attendre en termes de recours à l'intérim.

Ensuite, il est également nécessaire de poursuivre la concentration des sites nécessitant une permanence des soins (naissances et urgences gynécologiques). Cette concentration doit reposer sur une réflexion adaptée à chaque territoire et répondant à la question de l'accessibilité pour les naissances et les urgences gynécologiques. Cette approche n'est en aucun cas celle de la proximité. La question de l'accès aux soins réglés, de suivi, de prévention, ne justifiant pas de permanence des soins, peut être traitée différemment (il est en effet beaucoup plus acceptable pour un praticien de participer à une activité territoriale réglée). Il n'est pas ici question de concentrer les soins urgents au sein de quelques très grandes maternités, certains sites isolés seront certainement à maintenir en raison de problèmes d'accessibilité. Il faudra alors construire des équipes territoriales attractives (par leur dimensionnement et la valorisation financière).



Coordonnées et contacts

CNGOF

91 Bd de Sébastopol, 75002 Paris

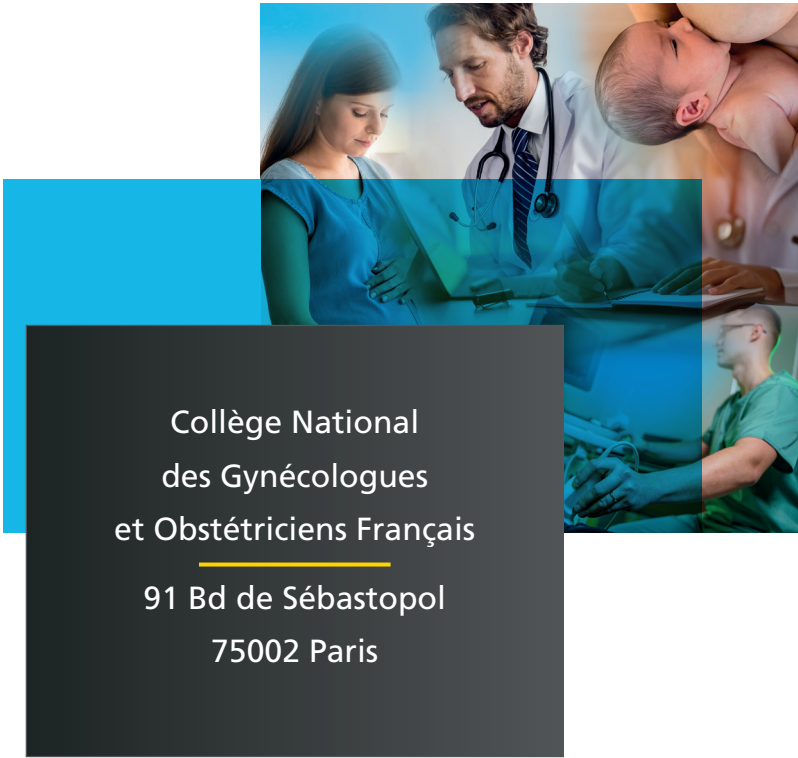
Communication et relations presse

FINN PARTNERS - sante@finnpartners.com

Marie-Hélène Coste - 06 20 89 49 03

Véronique Simon-Cluzel - 06 68 86 32 30

Aurélia Adloff - 06 89 38 94 70



Collège National
des Gynécologues
et Obstétriciens Français

91 Bd de Sébastopol
75002 Paris



Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français