



COMMISSION NATIONALE DE LA NAISSANCE

Compte-rendu de la réunion du 2 février 2007

J.LANSAC (CNGOF), C.DOGNIN (Fédération des Cercles des Hôpitaux Français)

1) Sages-femmes

- Le numerus clausus n'a toujours pas été fixé pour 2007, en soulignant qu'il y a une augmentation importante des emplois à temps partiel, qui sont passés en quelques années de 12.5% à 35%.
 - Depuis 2004, les étudiantes sages-femmes font PCEM1 plus 4 ans plus un mémoire.
 - Avant et après l'accès aux études par le PCEM1, il y a le même taux d'attrition (10%) avec en 2006, 900 admissions et 814 diplômées.
 - Le Conseil National demande que la reconnaissance de la formation à 5 ans soit effective ainsi que son intégration à l'Université.
 - Dans les pistes de réflexions, on peut proposer que la dernière année soit un stage interné avec étude de la pathologie, échographie et réalisation d'un mémoire.
- Notons enfin que les 24 postes de postes de monitrices demandés n'ont pas été créés pour la rentrée 2006. Ils le seront en principe pour la rentrée 2007

Monsieur Thibaut du Ministère délégué à l'Enseignement supérieur

- On étudie actuellement l'intégration de la formation des professions de santé dans le cursus LMD.
- Il est décidé de séparer les professions médicales et de pharmacie du paramédical.
- Le principe de départ, c'est l'approche des connaissances et des compétences à acquérir pour faire son métier.
- Il faut partir du métier, en faire une analyse et définir le cahier des charges ou le référentiel de formation (connaissances et compétences)
- Il faut que cette formation soit professionnalisante en intégrant connaissances et compétences.
- Le référentiel de formation sera fixé par Arrêté et sera un document à partir duquel les formations doivent être organisées.
- Il faut supprimer l'obsolescence et améliorer le passage à l'acquisition des compétences (moins de théorie et plus de pratique)
- Le principe du LMD doit être appliqué aux professions de santé ; ce qui compte, c'est le niveau de compétence final. Mais il n'y aura pas remise en cause du diplôme d'état ; le Ministre de la Santé prend toujours la responsabilité de dire si quelqu'un peut exercer ou non. Il y aura une offre de formation directe où pas par convention sur le type universitaire.

- Le futur professionnel de santé s'engage dans un cursus qui mène au diplôme d'état mais qui peut mener plus loin jusqu'au doctorat de l'université. S'il y a un engagement pour le LMD, il y aura inscription à l'université avec donc un statut étudiant.
- Cette discussion qui a déjà débutée, est sous la double responsabilité de la DHOS et de la direction générale de l'enseignement supérieur.
- Quels sont les problèmes ?
 - : La durée de formation qui dépend du référentiel des connaissances
 - La première année (Actuel P1) serait une année de préparation commune aux professions de santé : médecin, dentistes, sages femmes) et l'actuel P2 serait la première année de licence.
 - : Il faudra demander une habilitation de formation (avec un projet de formation, un projet pédagogique)
 - : Cette habilitation sera de durée déterminée (4 ans) et assujettie à une évaluation confiée à l'Agence d'évaluation de la recherche et de l'enseignement supérieur.
- Pour les sages-femmes, c'est une coquille vide, car le Conseil de perfectionnement ne s'est pas réuni depuis 2005.
- En réponse, l'état d'avancement des discussions pour les sages-femmes est en retrait par rapport à d'autres spécialités

Dr Hedon

- Que le Conseil de Perfectionnement se réunisse ; il faut reconnaître 5 ans d'étude pour les sages-femmes (P1 + 4 années d'études professionnelles)
- Il faut augmenter le niveau de sélection par le PCEM1
- D'accord sur la demande vers l'universitarisation.

Madame Keller

- Pour créer le référentiel, il faut un engagement de la profession et un désir que le processus soit universitaire avec reconnaissance par convention ou toute autre solution.

Docteur Roze demande que des pédiatres soient présents au Conseil de Perfectionnement.

Dr Hedon

- Il faut éviter l'extrémisme, car le LMD est une chance mais il faut éviter l'obscurantisme et éviter la création d'une Faculté des Sages-femmes.
- Par contre, il faut créer un département de maïeutique au sein des facultés de médecine par convention.

Dr Fryedman demande si l'ouverture du LMD préfigure l'ouverture à un poste de Professeur des Universités de Sage-femme et à un CNU SF ?

Réponse de Monsieur Thibault

- Il ne connaît pas les délais.
- Il y a un déficit de communication sur ce qu'est le LMD (il n'y a pas de P1, mais une première année de licence avec numerus clausus par sélection préalable)

- L'inscription en LMD est une inscription universitaire avec convergence pour avoir un diplôme d'état mais différent du diplôme d'université (80% de figures imposées et 20% de figures libres)
- Il faudra un engagement dans la recherche
- Il est d'accord que les pédiatres doivent être représentés dans le Conseil de Perfectionnement.

2) Responsabilité Civile Médicale

- Après la parution des textes de juillet et de décembre 2006, est instauré une aide à la souscription d'assurance en responsabilité civile pour les médecins accrédités ; l'aide est calculée au premier euro et non 4000 comme avant, dans une limite de 18000 euros, couvrant les 2/3 du secteur I et 55% du secteur II.
- Il y a une mission IGAS sur la responsabilité médicale
- Quid des assurances des retraités qui reprennent une activité ?
- Quid de l'aide aux médecins accrédités dans les hôpitaux publics ?
- Quid du trou de garanti, car le plafond est fixé à 3M euro alors que plusieurs jugements fixent des indemnités supérieures à 6M d'euros ?
- La prise en charge de l'ONIAM sera-t-elle supérieure au plafond ?

3) Urgences Gynécologiques et obstétricales

Le dossier est à l'étude après la réponse du CNGOF et de la Fédération ci dessous :

Nous avons étudié avec des cadres sages femmes et des directeurs de pôle les personnels qui seraient nécessaires pour les urgences de Gynécologie obstétrique comme vous nous l'avez demandé.

Il nous semble qu'il ne faut pas caller les demandes sur le nombre d'accouchements mais sur le nombre de "venues" aux urgences de gynécologie obstétrique.
Comme pour les urgences porte (SAU-UPATOU- POSU), *(JO du 23/03/2006)*

Nous proposons de segmenter en tranches de 2500 passages soit :

- 2500 à 5000: 0,5 poste de SF 24/24 ,0,5 poste d' IDE +0,5 IDE de jour(8H-20H) pas de secrétaire
- 5000-7500: 0.5 poste de SF24/24, 0.5 poste d'IDE 24/24, 0,25 de secrétaire
- 7500-10 000: 1 poste de SF 24 h/24 (soit 5.80 ETP), 1 AS 24/24, 1 IDE de jour(8H-20H) , 0.5 secrétaire
- 10 000- 12500: 1 poste de SF 24/24, 1 AS 24/24, 1 IDE de jour(8H-20H) , 1 secrétaire.
- Plus de 12500: idem plus 1 IDE 24/24.

En temps médical nous proposons sur la base de 10 000 venues 1 PH temps plein ou assistant de jour et un interne de DES de G/O le relais étant pris par la garde ce qui peut nécessiter une deuxième garde de sécurité pour les établissement qui ont 4000 accouchements ou plus et plus de 10 000 venues.

Ce temps médical serait à moduler en fonction du nombre de venues.

Nous souhaitons bien sur que les consultations d'urgence soient identifiées, que les actes d'échographie que nous réalisons soient comptabilisés et que nous bénéficions si la femme n'est pas hospitalisée des 25 euros de majoration de tarif ce qui d'après nos calculs permet en principe de financer les postes compte tenu des masses financières

dégagées par le T2A ainsi appliquée.

4) Point d'information sur le projet d'expérimentation des maisons de naissances.

- Cette expérimentation proposée par le Plan Périnatalité est à l'étude depuis novembre 2005.
- L'objet est de rendre possible un choix pour le physiologique, tout en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant.

Cahier des charges des maisons de naissances

- : Elles ont l'autonomie juridique, avec et sous la responsabilité de sages-femmes libérales.
- : Elles doivent signer une convention avec un service de gynécologie obstétrique.
- : Elles doivent fournir un règlement intérieur (ouverture, suivi, dossier etc.)
- : Elles assurent le suivi global par volontariat des patientes, dans le respect des consultations prévues par les textes
- : L'accouchement se fera par une sage-femme libérale avec la référente de la maison de naissance.
- : Les patientes doivent rester 2 heures après l'accouchement et les maisons de naissances ne sont pas des lieux d'hébergement.
- : Le suivi du post-partum sera fait par la sage-femme (mère et enfant)
- : L'examen de l'enfant sera fait dans les 8 jours par un médecin.
- : Les sages-femmes qui travaillent dans cette maison de naissance participent aux réseaux de périnatalité de la région.

Conditions de sécurité

- : Elles doivent être attenante à un service de gynécologie obstétrique, avec possibilité de transfert non motorisé.
- : Il faut une sélection des patientes (on attend les travaux de l'HAS sur les bas risques)
- : Il faut un protocole de prise en charge
- : La consultation avec l'anesthésiste doit être systématique bien qu'il n'y aura pas de péridurale dans les maisons de naissance
- : Il doit y avoir visite de la maternité attenante.
- : Les conditions de transfert seront arrêtés en commun avec les service de gynécologie obstétrique pour la mère et l'enfant.

Evaluation rigoureuse

- : Sur les conditions expérimentales et sur les résultats, cette évaluation doit être continue avec des indicateurs à définir et à renseigner.

Conditions juridiques

- : Elles seront considérés comme des établissements de santé, sur un statut privé avec des sages-femmes libérales. Il s'agit d'établissements de santé autonomes sur le plan juridique même si la maison est dans un hôpital financé par un forfait et des actes qui s'inscriront dans la CCAM.
- : Il n'y a pas de statut fixé pour les sages-femmes hospitalières.

- Le décret sera pris en Conseil d'Etat en 2007, avec appel à projets, choix des projets et expérimentation sur 3 ans.
- Dr Hedon demande quel sera l'intérêt pour les services de GO de passer convention avec une maison de naissance ? En effet, la T2A est plus intéressante pour les accouchements normaux, donc ce sera une perte pour les CH, donc pas d'intérêt. L'intérêt médico-économique doit faire partie de l'évaluation.
- Il ne faut pas qu'il y ait de délai important pour les transferts !!
- Quels critères de choix pour qualifier de bas risques ?
- Avis des assureurs ?
- Les médecins généralistes n'étant pas formés à la néonatalogie et sur la prise en charge ces nouveaux-nés, il faut une coopération avec les pédiatres du plateau technique de proximité.