



COMMISSION NATIONALE DE LA NAISSANCE (CNN)

Compte rendu de la réunion du 29 juin 2007

J. Lansac (CNGOF), C. Dognin (Fédération des cercles des hôpitaux généraux)

INTRODUCTION

Monsieur Didier Houssin, Directeur général de la Santé

- Rappel des missions de la CNN, en particulier qu'elle doit être un comité de suivi et d'évaluation des actions menées et du Plan périnatalité.
- La DGS prépare une évaluation externe de ce plan et sera composée en particulier de deux membres de la CNN.
- L'arrêté concernant le nouveau carnet de santé a été signé, avec parution au Journal officiel prochaine ; ce carnet - qui dépend des Conseils généraux - doit être distribué en début de grossesse par les médecins traitants en particulier avec le dossier médical de réseau.
- Réunion des Etats généraux de la prévention à la demande du ministre, avec 5 priorités et 15 mesures intéressant en particulier les femmes enceintes, les risques génétiques et environnementaux. Le but est de réduire l'inégalité à la santé, avec aussi la lutte contre le tabagisme et la lutte contre l'alcoolisme pendant la grossesse qui restent des points forts de prévention.
- Le ministre est très attentif à la santé des jeunes et des enfants (en rappelant que le ministère de la Santé devient aussi celui de la Jeunesse et des Sports).

Madame Annie Podeur, Directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins

- Rappel des mesures déjà prises pour le Plan périnatalité et son financement.
- La prochaine étape importante est celle de l'évaluation, avec la DHOS, du bénéfice de ce plan sur les modifications de la prise en charge et sur l'amélioration de la qualité ; en résumé, comment ce plan a été mis en œuvre et quelles modifications il a entraînées dans les établissements.
- Cette action d'évaluation se fera le plus vite possible.
- Le financement de ce plan a porté sur 224 millions d'euros entre 2005 et 2007 pour un montant total de 270 millions.
- Ce financement comprend aussi les mesures nouvelles dans les tarifs.

- Les axes du plan :

- Renforcement de la sécurité et la modernisation
 - Par action sur l'environnement médical autour de la grossesse et de la naissance, par une remise aux normes, par organisation des transports périnataux.
 - Par réforme de la réanimation pédiatrique (mise en conformité des structures, planification des réa sur le territoire qui n'est pas encore finalisé, revalorisation des tarifs de réanimation pédiatrique, nécessité d'une taille critique (400 enfants/an), normes techniques plus exigeantes).
 - Rôle important des ARH dans la réanimation pédiatrique.
- Proximité et humanité de la prise en charge des femmes enceintes
 - Il n'y a pas de risque zéro.
 - Prise en compte d'un schéma global avant, pendant et après la grossesse avec les notions d'éducation à la santé.
 - Cahier des charges des réseaux établis, doit être écrit ; difficulté d'entraîner les professionnels qui doivent ressentir un service tangible pour les femmes.
- Environnement psychologique
 - Création de postes de psychologues.
 - Entretien dit du quatrième mois.
 - Carnet de santé qui doit être un outil.
 - Importance du fonctionnement en réseau.
 - Le financement a été accordé et doit faire partie de l'évaluation ; l'organisation a-t-elle été optimisée ?
- Système d'information en périnatalité.
 - Le dossier médical partagé est un outil d'évaluation mais il doit aussi y avoir un dossier médical personnel.

- Évaluation :

- Il s'agit de faire une évaluation des résultats plus que celle des moyens alloués. Elle doit être faite par le ministère et par le Collège.
- Faire une évaluation de ce qui a été fait et de ce qu'il reste à faire (évaluation secondaire et à distance).
- Pour les normes et les dotations en personnel dans les grossesses à risque, le seul référentiel utilisé actuellement est le nombre de naissances. La HAS étudie actuellement la réalisation d'une RPC sur les grossesses pathologiques. Il y a une étude actuelle des critères et de l'état des lieux en matière de grossesses pathologiques.
- Les réseaux de proximité sont en faible nombre actuellement (44 réseaux conformes au cahier des charges en périnatalité sur 61 réseaux au total, ce qui fait penser que les autres sont des réseaux de proximité ayant une certaine spécialisation en amont et peu en aval).
- Monsieur Patrick Ambroise est en charge de la santé des populations à la DGS et gère toute la périnatalité. (organigramme sur le site du ministère).

1) FINANCEMENT DU PLAN PÉRINATALITÉ

- 270 millions d'euros, dont 209 pour établissements publics et 30 pour les privés.
- La réanimation pédiatrique (31,8 sur 43 millions) et l'environnement psychologique de la grossesse (9,9 sur 12 millions) doivent faire l'objet d'un complément de versement en 2008 (la réanimation pédiatrique est décalée d'un an car le budget est alloué mais il n'y a rien sur place).
- Depuis 2005, utilisation d'enveloppes différentes avec par ordre chronologique DAC, MIGAC et tarifs.
- En 2006, il y a eu une enquête auprès des ARH afin de mesurer le nombre de postes créés en 2006 et le niveau de recrutement sur ces postes. Enquête faite en avril 2007 sur des données recueillies au 31/12/2006. 3 régions sur 26 ont des données inexploitable ou partielles.
- Entre 2005 et 2006, il y a eu 2589,3 postes créés tous statuts confondus (médecins, sages-femmes, puéricultrices, IDE, auxiliaires, AS, psychologues, etc.). 61 % de ces postes ont fait l'objet d'un recrutement sans que l'on puisse connaître la qualité de celui-ci.

2) COMPTE-RENDU JOURNÉE DE LA CRN (12/12/06)

Jacqueline Patureau

- Se tiendra tous les deux ans, doit faire le bilan annuel des CRN.
- 4 tables rondes : précarité, IVG, PMI et partage des données au niveau régional.
- 4 CRN non fonctionnelles : Martinique, Guyane, Picardie et Ile de France (elle s'est sabordée récemment).
- Missions des CRN :
 - o Appui au développement des réseaux.
 - o Adaptation de la politique régionale de périnatalité.
 - o Impulsion d'actions, de formations et d'une réunion annuelle d'information.
 - o Apporter son concours à l'évaluation des actions.
 - o Instance de communication, d'information.
 - o Elles ont un rôle d'alerte et d'avis.
- De plus en plus, ce sont les réseaux ou les associations de formation des sociétés savantes qui s'impliquent dans les formations.
- Les CRN doivent faire le suivi régulier de la mise en conformité des plateaux techniques, des créations de réseaux et de la mise en place de l'entretien du 4^e mois.
- Mais partage flou des compétences entre les CRN et les réseaux, ce d'autant plus que ce sont souvent les mêmes acteurs qui s'impliquent au niveau médical.
- Implication forte des CRN dans l'élaboration des SROS.
- Il faut une définition claire des rôles des CRN (administratif et politique) et des réseaux qui sont des réseaux de soins.

3) LA FILIÈRE DES INTERNES EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

Loïc Marpeau

- Le nombre d'internes en fonction était de 110 par an en 1999 et 200 par an en 2002, ce qui est encore le cas actuellement, tout en sachant qu'ils seront ce nombre pendant 5 ans jusqu'à la fin de leur internat.
- 876 en formation, dont 60 % de femmes. 154 seront chefs de clinique assistants, 103 auront un poste d'assistant spécialiste régional (ASR).
- Si l'on compte 2 ans de post-internat, 44 % seront CCA et 73 % feront un post-internat.
- Grosses disparités régionales, avec moins de 28 % de CCA et moins de 50 % de post-internat à Amiens, Brest, Grenoble, Lille, Nantes et Tours, alors qu'il y en aura 100 % à Paris, Poitiers Angers, etc.
- Solutions :
 - o Formation à deux vitesses : NON.
 - o Diminution du nombre d'internes : c'est trop tard et paradoxal.
 - o Harmoniser l'accès au clinicat : pas plus de deux ans sauf affinités, répartition homogène voire préférentielle sur le territoire à moyens constants, repérage des CHR et CHU formateurs pour des financements dédiés et des créations de postes.
 - o Établir une passerelle entre le CCA et l'ASR, car le fait de faire 1 an de l'un et 1 an de l'autre est défavorisant pour les jeunes (pas de secteur II).
- Il y a urgence à réagir, mais le gros problème est la réticence des jeunes à aller faire de l'assistantat en région, sauf à Paris.
- Un autre gros problème est que le poste de CCA est avant tout un poste budgétaire de l'Education nationale alors que l'ASR est un partenariat entre le CHU et le CHR et dépend du ministère de la Santé.
- Jacques Lansac souligne qu'il y a beaucoup de postes d'assistants spécialistes très formateurs dans de nombreux hôpitaux généraux qui ne sont pas pris par les internes. Les chefs de service de ces hôpitaux, souvent anciens CCA, sont très demandeurs. Jacques Lansac et Christian Dognin proposent de lancer rapidement une enquête auprès des CHR afin de recenser les postes et les faire connaître à l'AGOF.

4) ACTIVITÉ DES CENTRES PLURIDISCIPLINAIRES DE DIAGNOSTIC ANTÉNATAL

Pr Lemery

- Depuis octobre 2006, cotation des actes selon T2A.
- Nécessité d'évaluation des besoins.
- Plus de 107 000 prélèvements par an sur 800 000 naissances !!!!!
- La dotation annuelle ne tient pas compte des parcours de soins et du temps passé sur chaque cas, qui est souvent très long et totalement sous-estimé.
- Il faut une évaluation d'une enveloppe pour 2008 (arbitrage en cours).

5) POINTS D'INFORMATION

Jacques Lansac rappelle le problème des assurances

L'échographie obstétricale prénatale joue un rôle très important dans le dépistage et le diagnostic des malformations ou des pathologies du fœtus pendant la grossesse. Ces examens, qui sont au nombre de trois pour la majorité des 800 000 grossesses françaises annuelles, sont effectués par des médecins gynécologues-obstétriciens, radiologues, généralistes ou des sages-femmes formés spécialement à ces techniques.

Ces praticiens abandonnent progressivement cette pratique - ainsi d'ailleurs que la pratique des accouchements - en raison des problèmes assurantiels qu'ils rencontrent pour couvrir leur responsabilité civile professionnelle.

Monsieur Xavier Bertrand avait demandé à l'IGAS un rapport sur ce sujet, qui lui a été remis en février 2007.

Ce rapport conclut : « Après les mesures récentes de juillet et décembre 2006 visant à une prise en charge d'une part importante (55 à 65 %) des primes d'assurances des spécialités à risque, la situation de l'assurance en responsabilité civile médicale n'appelle pas d'initiatives nouvelles. En effet, les nombreuses dispositions déjà prises pour socialiser le coût des primes d'assurances (augmentation des tarifs, aide à la souscription d'assurances, écrêtement de fait en raison d'un plafond de garantie) ont compensé les charges supplémentaires liées à l'augmentation des primes ».

Nous contestons fortement ces conclusions car :

- Les compagnies nous assurent pour des sinistres ne dépassant pas 3 ou 6 millions d'euros, ce qui est insuffisant si un enfant naît avec un handicap grave obligeant à provisionner pour une espérance de vie de 80 ans. Plusieurs décisions de justice ont déjà accordé aux familles des sommes dépassant largement les 6 millions d'euros.
- L'accréditation, qui permet au praticien de bénéficier d'une prise en charge de 55 à 65 % du montant des primes, ne s'applique qu'aux praticiens exerçant dans des établissements de santé. Or, nombreux sont les échographistes obstétricaux qui pratiquent en cabinet libéral hors d'un établissement de santé. De ce fait ils ne bénéficient pas de réduction et payent des primes allant jusqu'à 30 000 euros, ce qui représente 20 % du chiffre d'affaires moyen et est très supérieur à celui des autres disciplines chirurgicales ou d'imagerie.
- Ces primes d'assurances très élevées sont dissuasives pour les échographistes libéraux qui pratiquent 500 échographies obstétricales par an. Ils représentent un tiers des échographistes. Ils abandonnent donc cette activité, ce qui crée des « déserts échographiques » obligeant les femmes enceintes à faire plusieurs centaines de kilomètres pour avoir leur échographie, ou pire les empêchant de bénéficier de l'échographie du premier trimestre prévue à 12 semaines d'aménorrhée. Il s'en suit une grande inégalité entre les femmes qui, habitant dans une importante agglomération, bénéficient de l'examen et celles qui, habitant dans un département rural, n'y ont pas accès ou dans des délais incompatibles avec les recommandations de bonnes pratiques professionnelles.
- Ces primes très élevées sont également dissuasives pour la pratique des accouchements (dont le tarif conventionnel est de 313 euros), soit en début de carrière soit en fin de carrière, périodes au cours desquelles on pratique peu d'accouchements par an. L'abandon de la pratique obstétricale libérale risque de poser de graves problèmes aux hôpitaux publics.
- L'IGAS prend position contre un dispositif d'écêtement (prise en charge par l'ONIAM et la solidarité nationale des indemnités supérieures à 3 millions d'euros) pour contenir l'augmentation des primes et préfère que « l'assurance maladie prenne en compte ces hausses des primes au travers de la tarification des actes médicaux sous réserve de disposer des données de contrôle afférentes sur la sinistralité et les coûts associés ». Nous faisons remarquer qu'entre 2000 et 2007 la tarification n'a pas changé, alors que le prix des appareils a augmenté et le montant des primes décuplé !

Monsieur Xavier Bertrand s'était engagé auprès du Comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal, du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, du Syndicat des gynécologues-obstétriciens de France pour signer avant le premier avril 2007 un décret indiquant que l'ONIAM ne pouvait se retourner contre le praticien si le sinistre dépassait 3 millions d'euros, plafond de son contrat. Nous souhaitons que cette mesure promise avant et pendant la campagne électorale soit enfin prise. Elle rassurerait les praticiens et stabiliserait le marché des assurances professionnelles.

Jacques Lansac rappelle également le problème des urgences en gynécologie-obstétrique et les demandes faites par le CNGOF

Comme pour les urgences « porte » (SAU-UPATOU-POSU) (JO du 23/03/2006), nous proposons de segmenter en tranches de 2 500 passages, soit :

- 2 500 à 5 000 : 0,5 poste de SF 24h/24, 0,5 IDE de jour (8h-20h), pas de secrétaire ;
- 5 000 à 7 500 : 0,5 poste de SF 24h/24, 0,5 IDE 24h/24, 0,25 poste de secrétaire ;
- 7 500 à 10 000 : 1 poste de SF 24h/24 (soit 5,80 ETP), 1 AS 24h/24, 1 IDE de jour (8h-20h), 0,5 secrétaire ;
- 10 000 à 12 500 : 1 poste de SF 24h/24, 1 AS 24h/24, 1 IDE de jour (8h-20h), 1 secrétaire ;
- plus de 12 500 : idem, plus 1 IDE 24h/24.

En temps médical nous proposons, sur la base de 10 000 venues : un PH temps plein (ou assistant de jour) et un interne de DES de gynécologie-obstétrique le relais étant pris par la garde, ce qui peut nécessiter une deuxième garde de sécurité pour les établissements qui ont 4 000 accouchements ou plus et plus de 10 000 venues.

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

Nous souhaitons bien sûr 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, permettrait en principe de financer les postes compte tenu des masses financières dégagées par la T2A ainsi appliquée.

Il s'en suit une discussion avec Madame Krazack, qui remplace Madame Revel. Celle-ci indique qu'il paraît difficile d'individualiser les urgences dans les services de gynécologie-obstétrique. Nous contestons fortement cette assertion. Il semble qu'il faille à la rentrée reparler des urgences car rien n'avance !!!!

Jacques Lansac, qui doit rencontrer la ministre le 4 septembre, se propose de lui parler et des assurances et des urgences.

A 17h30, la séance est levée.