

FERMETURE DE LA MATERNITE de DECAZEVILLE

Docteur Maurice ANDRIEU, cardiologue

ancien praticien hospitalier à temps partiel à l'hôpital de DECAZEVILLE, activité libérale poursuivie, Conseiller Municipal à Decazeville, **délégué de « DECAZEVILLE COMMUNAUTE » au conseil de surveillance de l'Hôpital.**

REFLEXIONS SUR LA MATERNITE , APRES DECISION DE FERMETURE

*RÉSUMÉ : ceci n'est pas un plaidoyer pour l'ARS, mais un **essai d'explication** de son attitude.*

*En raison d'un **mauvais classement de la France** en matière de mortalité foeto-maternelle (13^{ème} sur 14 pays européens de développement comparable au début des **années 90**), l'état représenté par l' ARH puis l'ARS (agence régionale d'hospitalisation , devenue ensuite agence régionale de santé) a renforcé l'encadrement de l'activité obstétricale : par exemple les **décrets de 1998** classaient les maternités en 3 niveaux et on considérait dès cette date que le chiffre de 300 accouchements par an était un chiffre seuil minimal.*

*En 2003, un mieux était constaté, la France s'était hissée au **8^{ème} rang** ; les **réformes étaient poursuivies** : formation, évaluation des pratiques professionnelles, rédactions de protocoles, prise en compte de l'aspect psycho social de la grossesse etc.*

***L'ARS est garante de la sécurité** et exige donc la **continuité sans faille des soins** ; continuité de plus en plus **difficile à organiser** du fait de la baisse du nombre d'obstétriciens et de pédiatres ; organiser un tour de garde et rémunérer plus judicieusement les astreintes a conduit à regrouper les maternités dont le nombre a été réduit au moins des 2/3.*

*Dans notre cas, l' **ARS fait fi de l'exception géographique**, du moins actuellement ; il n'y aurait qu'un drame, aussi médiatisé que le nôtre et survenant chez une parturiente pendant un long transport, pour qu'elle envisage de réviser son attitude ; rappelons qu'en 2016 l'agrément avait été reconduit pour 5 ans, mais à la **condition de satisfaire dans les 6 mois à tout un cahier des charges** : "e learning", protocoles, dossiers médicaux...etc. lorsqu'est survenu l'accident nous étions loin de la mise à niveau exigée ; or, à partir de cette date les conditions requises avaient encore été renforcées, et nous n'avons pas été en mesure de montrer un organigramme complet du personnel , le personnel requis par l'ARS étant en capacité de faire beaucoup plus d'accouchements que ce que nous faisons ou pouvions escompter faire...*

Il va falloir se battre, en l'état actuel, pour sauvegarder l'existant , ceci passe par un maintien et si possible un développement de la chirurgie non seulement ambulatoire mais aussi avec hospitalisation, qui va de pair avec le maintien du service de soins continus.

Nos craintes

la problématique de l'ARS ; Explication et Historique des mesures prises par l'ARS :

L'ARS doit avoir comme principe le souci de la couverture, de la continuité et de la sécurité des soins au coût optimal.

Un pays mal classé

Au début des années 90, la France est très mal classée en matière de mortalité foetale et maternelle, puisque sur 14 pays européens de développement comparable, elle se situe au 13^{ème} rang pour la mortalité infantile périnatale (8.2/1000 soit plus de 6000 décès) et au 11^{ème} rang pour la mortalité maternelle (8.8 pour 100 000 accouchements), soit environ 70 décès.

Décrets de 1998

En 94, un haut comité de santé publique étudie ce problème et propose un plan de périnatalité ; il prend corps sous forme de **2 décrets du 9/10/98**, qui fixent les **règles à respecter pour être autorisé à pratiquer l'obstétrique**, avec une gradation qui va de l'obstétrique simple à la réanimation néo-natale ; c'est alors que sont définis **3 niveaux** de maternités.

*Un de ces décrets a trait aux équipements matériels, l'autre au fonctionnement (normes en matière de personnel) ; dès cette époque est fixé un **seuil de 300 accouchements minimum** au-dessous duquel la maternité est remplacée par un centre de péri-natalité, centre fonctionnant en réseau avec une maternité pratiquant l'obstétrique (exemple de Figeac, lié à Villefranche) ; sont définies les règles de complémentarité, (comme le « transfert in utero ») entre deux maternités de niveaux différents ; vers 98, Xavier PATIER directeur de l'ARH (avant l'ARS) vient à Decazeville qui comptabilise environ 200 accouchements/an à l'époque, pour proposer un centre de péri natalité mais aussi dans la foulée, le passage à la chirurgie ambulatoire....il s'en suit une grande réaction populaire ; c'est l'époque de la **création du « tous ensemble »**.*

Niveau 1 : (Decazeville, Villefranche, et Figeac jusqu'à sa fermeture)

- accouchement **au 9^{ème} mois**
- capacité et autorisation à n'assumer que **certaines urgences** : fausse couche, grossesse extra utérine, césarienne, hémorragie de la délivrance, ce qui suppose une sage femme 24h/24, un obstétricien disponible 24h/24 à compétence chirurgicale ou couvert par un chirurgien, un anesthésiste réanimateur et un pédiatre d'astreinte rapidement mobilisables.

Niveau 2 : suppose un **centre de néonatalogie** : le cas de Rodez, classé **2 B** (un niveau 2 renforcé)

- Capacité, outre la prise en charge bien sûr des accouchements « ordinaires » à prendre en charge les prématurés jusqu'au début du **8^{ème} mois** (32 à 36 SA SA= semaines d'aménorrhée), de **1,5 à 2,5 kg** ; cela suppose une certaine capacité de réanimation néo natale.

Le classement en **2 B** suppose un service de **soins intensifs néonataux** et une **réanimation pour adultes** dans l'hôpital pour assumer le risque maternel.

Niveau 3 : (exemple de la maternité « Paule de Viguier à Toulouse) suppose une **réanimation néo-natale pour grands prématurés (6^{ème}-7^{ème} mois)** ou pour **maladies graves** , avec proximité de **réanimation adulte pour** des grossesses menées par des mères malades, avec par ailleurs proximité de **radiologie interventionnelle** (prise en charge par exemple dès la naissance de malformations cardiaques du nourrisson dépistées pendant la grossesse.

2003 : Des Résultats sont obtenus, la France est mieux classée

En 2003 , la mortalité maternelle avait baissé de 30%, et la mortalité périnatale infantile de 20% (passée de 8.2/1000 à 6.7/1000), la France **passant du 13^{ème} au 8^{ème} rang** sur 14 dans le domaine infantile (les extrêmes de mortalité allant selon les pays de 4.5/1000 à 9.5/1000).

2005- 2007 :Nouveau plan

Des « **états généraux de la naissance** » sont « convoqués » en 2003 qui vont aboutir en 2005 et 2007 à un **nouveau plan de périnatalité**,

- Il a l'ambition d'une **prise en charge aussi globale que possible de la mère et de l'enfant**, il essaie d'impliquer dans le réseau de péri natalité un maximum d'acteurs : **sage femmes , PMI, généralistes ; acteurs psycho sociaux**, l'accent étant mis sur les problèmes psycho- sociaux liés à la grossesse (entretien individuel en début de grossesse , suivi psychologique et proposition même de consultation pré-conceptionnelle),
- **Il tend à « protocoliser l'activité** (transferts in utero...etc),
- Il prévoit **l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP)**, la **gestion des risques**, en mettant l'accent sur la morbidité maternelle ; le but étant de réduire la morbi - mortalité en dépit d'une « désertification obstétricale », qu'il est prévu de compenser par des soins de proximité structurés,
- Il prévoit des **registres** pour évaluer les résultats.

Problèmes liés à la continuité des soins, astreintes ; pour une organisation « rationnelle », tendance à la suppression des petites structures.

La continuité des soins en général, et en obstétrique en particulier suppose des astreintes qui impliquent repos de sécurité et récupération : une ligne d'astreinte en SF (sage femme) ou Aide –puéricultrice , représente environ 4 ETP (équivalents temps plein) ces astreintes ont un coût qui ne paraît supportable que lorsqu'il y a activité effective pendant l'astreinte ; il y a en fait une grande difficulté à rémunérer l'astreinte à son vrai coût.

Les textes gérant le personnel des maternités ne sont pas adaptés aux petites structures ; on nous a placé la barre très haut.

En ce qui concerne **Sages-Femmes et Aide Puéricultrices**, le seuil discriminant en besoins se situe à **1000** naissances : à moins de 1000, il faut au moins une Sage-femme dédiée uniquement au secteur naissance, et donc une autre SF pour le secteur hébergement ; ce n'est qu'à moins de 500 naissances qu'une SF du secteur naissance est autorisée, en l'absence d'accouchement, à intervenir aussi en secteur d'hébergement.

En ce qui concerne les **obstétriciens**, il doit y avoir « continuité obstétricale » quel que soit le nombre de naissances ; à plus de **1500** naissances, l'astreinte opérationnelle de l'obstétricien doit être effectuée sur place, **l'anesthésiste réanimateur (AR) et le pédiatre** doivent également être de garde dans l'établissement ; à plus de **2000** naissances, l'AR doit être dédié à l'obstétrique seule ;

il n'y a pas de passe droit pour les petites structures, et c'est ainsi qu'on nous impose **10 SF, 10 aide puéricultrices**, au moins **2 ETP d'obstétriciens** à compétence chirurgicale, **2 ETP de pédiatre**, alors qu'on a fonctionné avec quelques vacations de pédiatres routhénois ; **il faut un obstétricien** ou au moins un **chirurgien formé** au traitement conservateur lors d'accidents hémorragiques (formation qui avait été effectuée par le Dr THOMSEN ; il a quitté l'établissement au 1^{er} juillet) ; on nous a demandé un ascenseur prioritaire pour aller en urgence de la maternité au bloc opératoire (les travaux viennent d'être effectués)...etc, etc.).

La législation actuelle du travail organisant la récupération après astreinte, pour faciliter l'établissement du tableau de garde, **la tendance est à la création de grosses structures de soins** et donc à la disparition des petites unités (ceci aux dépens de la diffusion de l'offre de soins) ;

Quelle est la **logique de ce « grossissement des structures »** : une activité plus importante, et soutenue par un plus grand nombre d'acteurs :

-réduit le risque d'insécurité par **pratique insuffisante**,

-réduit le risque de **non continuité des soins** liée par exemple à un arrêt de travail inopiné,

-garantit une **activité soutenue lors des astreintes** , ce qui légitime le **repos de sécurité** et la **rémunération** ; à contrario, dans une petite structure, pour d'éventuels pics d'activité, il peut y avoir relatif calme pendant l'astreinte, ce qui rend très onéreux repos et rémunération ; tout ceci est difficile à quantifier ; les petites structures, en raison de la continuité des soins qui leur est imposée, ont de lourds frais de personnel,

-évite dans la période actuelle de **pénurie en obstétriciens et en pédiatres**, **que** ceux qui sont disponibles soient absorbés par de petites unités , sachant que les grandes structures font déjà, elles aussi, de plus en plus appel à des intérimaires ; ces intérimaires sont moins impliqués dans la marche d'un établissement, leur efficacité n'est pas garantie ; une réalité : ils sont devenus très chers car le rapport « offre-demande » est déséquilibré ; les prix demandés sont à la hausse, souvent prohibitifs.

Il n'est pas étonnant qu'une bonne partie du personnel hospitalier , « surbooké » dans les autres services , en ait assez de faire les frais de la rigueur budgétaire quand ils voient à côté d'eux la charge financière que suppose le maintien de la maternité et la charge de travail de son personnel.

Jusqu'à maintenant nous nous sommes « arc boutés » sur le problème de la maternité ; c'était légitime,

- 1) car nous avons été durement et injustement stigmatisés , avec publicité abusive des médias ;(on n'ôtera pas de la tête des Decazeillois que c'était le faux pas attendu par l'ARS pour forcer, concrétiser la fermeture de la maternité et qu'on ne ferme pas les autres maternités pour des accidents analogues) , fermeture motivée selon l'ARS par le non respect du cahier des charges , devenu au fil des ans de plus en plus exigeant ; c'est du fait de normes de plus en plus contraignantes que la fermeture a été imposée à des centaines d'autres maternités,
- 2) car nous avons des raisons de craindre que cette fermeture soit le premier pas vers un démantèlement des « services actifs » de l'hôpital,

oui d'une table ronde sur le devenir de l'ensemble des « services actifs » de l'hôpital, alors qu'on a un déficit cumulé de 3.5 millions d'euros,

oui à de l'aide pour organiser un **pôle péri natal qui marche**, ce qui est loin d'être acquis dans notre contexte,

Oui pour un pôle **SSR (soins de suite et de réadaptation) renforcé** en reprenant le projet qui n'a jamais vu le jour lors de la fermeture de l'accueil au château de **Bournazel**,

Oui à un **SSR pneumo** ,

Oui à un **pôle gériatrie**,

Oui bien sûr à un service de médecine de qualité,

La Chirurgie, point crucial pour l'avenir de l'hôpital

Le point crucial, et non gagné d'avance, est le **développement de la chirurgie** non seulement **ambulatoire**, mais aussi **avec hospitalisation**, service essentiel pour notre population âgée et esseulée, et passage quasi obligé pour conserver un **pool suffisant d'anesthésistes-réanimateurs** ; le maintien d'un **service de soins continus, et des urgences de qualité sont à ce prix**, c'est-à-dire passant par un nombre suffisant d'anesthésistes réanimateurs , assumant des astreintes, et pas seulement dédiés à de la chirurgie ambulatoire, où, à partir de 18 h anesthésistes et chirurgiens ne sont plus d'astreinte,

Nos urgences avaient été déclassées (classées « D » , le code suivant « E » signifiant la fermeture) ; déclassement du fait de la présence d'un seul urgentiste et donc de l'absence d'un second urgentiste en cas de sortie SMUR ; une **deuxième ligne**

d'urgentistes, maintenant effective, doit faire modifier ce classement médiocre, qui nous a été rappelé à la CSOS en juin (commission spécialisée dans l'offre de soins); cette deuxième ligne nous coûte 350 000 euros par an , sachant qu'elle fait souvent appel à des remplaçants exagérément rétribués (jusqu'à 1500 euros de salaire net par 24 h, soit en 3 jours, plus que le salaire mensuel d'un PH (praticien hospitalier) démarrant dans la carrière hospitalière,

Comment **développer l'activité chirurgicale**, c'est bien là **notre problème** dans le cadre du **projet médical du GHT** ; ce développement est indispensable,

Seuil critique

Nous sommes à un **seuil critique où tout se tient** ; si nous n'hospitalisons plus en chirurgie les urgences comme les fractures, les syndromes abdominaux aigus, etc. en soins continus les troubles du rythme cardiaque courants relevant de notre compétence, les insuffisances respiratoires etc. devant toute pathologie sérieuse, les patients se présenteront spontanément ou seront amenés aux urgences ailleurs, notre service des urgences se transformant en une permanence de soins servant à suppléer l'absence de disponibilité immédiate de médecin généraliste ; le recrutement des patients de l'hôpital, qui se fait pour une bonne part aux urgences, sera dès lors sévèrement réduit, et c'est tout l'hôpital qui va décliner.