ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

# Compte rendu de la réunion du lundi 18 décembre 2017 sur la néonatalogie

---

## Présents :

P$^{r}$ Pierre-Henri JARREAU ; D$^{r}$ Luc DESFRERE ; D$^{r}$ Noëlla LODE ; P$^{r}$ Laurence FOIX-L'HELIAS ; P$^{r}$ François GOFFINET ; P$^{r}$ Delphine MITANCHEZ ; P$^{r}$ Valérie BIRAN ; Hélène OPPETIT ; D$^{r}$ Élisabeth CARRICABURU

Poursuite des pistes de réflexion lancées par le groupe de travail se réunissant depuis septembre 2016 (voir comptes rendus précédents).

Il apparaît clairement que cette discipline est confrontée à un problème démographique de deux ordres : structurel, posant essentiellement un problème d'attractivité des postes, et conjoncturel, conséquence de la pénurie actuelle de néonatologistes. Pour le premier, il est nécessaire de trouver les moyens de rendre les postes de néonatologie plus attractifs. Pour le second, il convient de trouver des solutions dans l'urgence, dans l'attente de recrutements suffisants.

## 1/ Problème conjoncturel : l'attractivité

Elle repose sur 3 points : intérêt professionnel, conditions de travail, incitation financière.

**Le premier point justifie le regroupement des structures.**

Une enquête réalisée il y a 2 ans par le coordonnateur du DES de pédiatrie avait mis en évidence :

- que 15 à 20 % des internes étaient prêts ou souhaitait travailler en néonatologie ;
- mais qu'ils souhaitent le faire dans des centres périnatals de type III.

Le rattachement des unités de néonatalogie isolées à des services de réanimation néonatale/néonatalogie semble souhaitable à tous. Cela serait un facteur d'attractivité de ces unités, à la fois en raison de la taille des équipes, en termes de maintien des compétences mais également pour la formation des plus jeunes, qui ne sont pas tous destinés à rester dans des centres de type III. L'intégration des nouveaux praticiens à de plus grandes équipes multi-sites semble pouvoir être un facteur d'attractivité. Les nouveaux contrats devraient être élaborés en ce sens, en spécifiant dans la rotation entre secteurs (réanimation, SI, maternité, etc.) la rotation sur un autre site.

Les praticiens déjà présents sur les autres sites n'intègreraient des équipes mutualisées que sur la base du volontariat.

Enfin, il est indispensable de conserver sur chaque site des praticiens plus expérimentés qui ne participent pas à la rotation et qui joueront le rôle de référent et d'interlocuteur principal des obstétriciens.

Les regroupements proposés sont détaillés plus loin.

**Les conditions de travail reposent sur le nombre de praticiens.**

Il est nécessaire d'avoir des équipes en nombre suffisant pour assurer permanence et continuité des soins, et faire face aux absences inévitables (notamment congés maternité assez fréquents chez les jeunes praticiennes qui représentent 90 % des recrutements en néonatologie).

Le regroupement des structures n'est en aucun cas envisagé au détriment du nombre nécessaire pour faire tourner chaque site. Il n'est pas question de mettre en péril et la « petite équipe » en nombre insuffisant, et la « grande équipe » qui serait chargée de suppléer, notamment pour les gardes. Les regroupements et mutualisations envisagés n'ont pas pour but de faire plus avec autant ou moins de praticiens (ce qui aggraverait les conditions de travail), mais seulement de rendre les postes plus attractifs pour répondre à l'attente des plus jeunes.

L'objectif à atteindre en ÉTP devrait être de 6 à 7 ÉTP par site pour les centres de type IIa (activité de pédiatrie de maternité, hospitalisation de nouveau-nés, consultations). La grande équipe mutualisée doit être constituée du nombre de praticiens suffisant pour chaque structure si elle était isolée.

Dans un premier temps, la difficulté est de recruter sur les postes vacants (voir ci-dessous), mais l'affichage d'une cible permettant aux équipes un travail dans la sérénité devrait rendre ces postes plus attractifs. Par ailleurs, la répartition des différents statuts est très discutée, certains souhaitant accorder des statuts de PH à la majorité des praticiens et d'autres insistant sur la nécessité de garder de la souplesse et du renouvellement dans les recrutements avec des postes de PHC, ce qui permet également de maintenir une pyramide des âges adaptée à une spécialité à gardes. Le taux de PH pourrait varier entre 40 et 60 %. Par ailleurs, certains postes de CCA pourraient également être partagés entre les sites.

Enfin, le recours à l'intérim est fortement critiqué, compte tenu de la compétence très limitée des intervenants et de la possible concurrence pour les plus jeunes de ce modèle très lucratif d'exercice.

### Les mesures financières

Spécialité en grande tension, il est demandé que la néonatologie puisse bénéficier des mêmes dispositions que les autres spécialités ainsi reconnues (ex anesthésie).

- Ouverture des droits à temps additionnel dans tous les hôpitaux lorsque l'effectif n'est pas au complet
- Pour les PHC : recrutement au 4e échelon + 10 % ➔ action à mener auprès de la CME
- Contrats de PHC renouvelables plus de 3 ans, sans la limitation de temps actuel qui empêche de garder des praticiens avec un statut souple, mais suffisamment rémunéré (impossibilité de recruter sur le statut des praticien attaché, non attractif)➔ action de la collégiale et de l'administration
- Intégration des années de PHC dans l'ancienneté.
- Notons que les candidats sur des postes de praticiens hospitaliers en néonatalogie peuvent être éligibles à la PECH régionale de 20 000 €.

### Autres mesures à évaluer

Certaines équipes insistent sur l'allègement de la charge de travail qui pourrait être apportée par la mise à disposition de puéricultrices et/ou de sage-femme pouvant surveiller les nouveaux nés. Des organisations locales sont à proposer. Avant même d'envisager ce renfort, la vigilance est nécessaire concernant l'organisation dans certaines maternités de type IIa ou IIb des sages-femmes, infirmières puéricultrices, et auxiliaires. Les praticiens ont pu observer une réduction progressive de la présence en personnel soignant, avec des transferts de tache sur les néonatalogistes, amenés bien souvent à faire eux mêmes les prélèvements ; ce qui n'est pas normal en dehors de l'urgence ou d'une conjoncture exceptionnelle.

## 2/ Structures

Le rattachement des unités de néonatalogie isolées à des services de réanimation néonatale/néonatalogie semble souhaitable à tous. Ces rattachements se feraient dans le cadre de fédérations supra ou intra GH.

Depuis le début de nos travaux, **Beaujon et Bichat** ont été rattachés à Louis-Mourier dans le cadre du GH HUPNVS. Cette organisation à trois tient grâce à l'objectif d'un regroupement des maternités de Beaujon et Bichat dans le futur HN2.

À **Tenon**, l'unité fonctionnelle de néonatalogie est rattachée au service de néonatalogie du Pr Mitanchez à Trousseau, au sein d'un pôle mère-enfant bi-site. Si Tenon a rouvert ses lits de néonatalogie, les gardes sont assurées au prix d'un recours à l'intérim et les difficultés sont loin d'être complètement réglées.

L'unité de **la Pitié** est rattachée à Trousseau par le biais d'une fédération supra GH, en cours de création, et la Pitié a connu et va connaître plusieurs périodes de fermeture, au moins partielles, de lits de néonatalogie.

Reste **Lariboisière**, qui pourrait travailler avec Robert-Debré. Le service de Robert-Debré vient de connaître un changement de chef de service, avec un personnel médical en nombre insuffisant et une équipe à consolider. L'idée est acceptée mais le tempo de la mise en place reste à déterminer afin de ne pas déstabiliser l'équipe de Robert-Debré, actuellement fragile. Des rencontres entre les deux équipes pourraient débuter rapidement. Dans l'optique des rapprochements entre Robert-Debré et Lariboisière, un poste de chef de clinique ou d'assistant partagé entre les 2 sites de la même université pourrait permettre de débuter une nouvelle collaboration.

Il est rappelé que les projets médicaux de ces fédérations sont rédigés par les responsables de structures, qui doivent seuls définir précisément, tant dans le calendrier que dans le contenu, ce qu'ils souhaitent.

## 3/ Problème conjoncturel : que faire dans l'attente de recrutements suffisants ?

Il est important de mettre en place des mesures d'attractivité et d'envisager des mesures transitoires pour faire face à la pénurie de néonatalogistes, à mettre en regard d'un nombre de gardes qui est resté inchangé (pour mémoire, 16 gardes de néonatalogistes à l'AP-HP).

Une 1ère solution serait de fermer les unités de néonatalogie dans les maternités qui sont en difficulté. Cela a été fait ces dernières années (Beaujon, puis Tenon et transitoirement la Pitié), sans que cela n'ait généré de difficultés insurmontables pour la prise en charge des nouveau-nés à hospitaliser à Paris. On pourrait alors proposer de ne laisser qu'une astreinte dans des maternités devenues de type I. Cette solution « radicale » présente le risque de dégrader l'attractivité de celles-ci, tant pour les pédiatres que pour les gynécologues obstétriciens et les patientes. De plus, les maternités concernées sont situées dans le nord parisien, zone considérée par l'ARS comme en déficit de lits de néonatalogie.

Une 2e solution est , compte tenu du nombre de gardes prises chaque jour sur les différents sites par des intérimaires dont les compétences ne sont pas toujours à la hauteur de ce qui pourrait être attendu, de proposer de regrouper les gardes des 4 maternités de type IIA en 1 ou 2 gardes qui seraient prises par les pédiatres de ces. Les modalités de ces gardes seront à définir par les praticiens concernés : sur le site d'une maternité équipes et mutualisées avec moyen de transport à disposition, ou dans les locaux d'une équipe de SMUR, ou tout autre solution leur paraissant pertinente.

Cette évolution passe par un prérequis de formation des sages-femmes de ces équipes à la prise en charge en urgence des nouveau-nés en salle de naissance, quand une réanimation est nécessaire et n'a pu être anticipée (voir compte rendu précédent sur l'organisation de ces formations). Les urgences resteraient comme alors prises en charge par le SAMU. Dans ce cadre, les protocoles validés par les réseaux de périnatalité devront être élaborés entre les obstétriciens et les pédiatres afin de définir site par site le type de patiente pouvant ou non être prises en charge localement pour l'accouchement.

La répartition des listes de garde sur les différents sites sont du domaine des organisations internes et pourront varier en fonction des évolutions des structures.

## Actions

Les propositions du groupe vont être présentées au groupe structures de la CME qui avait eu une première présentation sur l'état des lieux et les difficultés en néonatalogie. Des réponses sont attendues sur les mesures d'attractivité.

Des discussions locales avec les responsables de structure, les praticiens et les directions hospitalières vont être initiées.