

Commission démographie

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

Rapport 2022

Pérennité des équipes

Quel avenir pour la continuité des soins en
gynécologie-obstétrique ?

Table des matières

<i>Composition de la commission commune CEGO – CNGOF.....</i>	4
Membres de la commission	4
Personnalités ressources.....	5
Groupe de rédaction du rapport	6
Relecteurs.....	6
<i>Rappel du contexte</i>	7
Démographie en Gynécologie-Obstétrique et formation : le CEGO.....	7
Démographie en Gynécologie-Obstétrique et offre de soin : le CNGOF	8
Mise en place d’une commission commune CEGO-CNGOF	8
<i>Objectifs de la commission.....</i>	11
Objectif de long terme	11
Objectif à court terme : l’avenir de la permanence des soins en gynécologie-obstétrique	11
Plan d’action.....	12
Méthodologie – organisation de travail	12
<i>Pilotage de la démographie médicale en France</i>	14
L’ONDPS	14
Le CNOM	14
Les fédérations	15
Difficultés spécifiques à la discipline GO - Données non suivies.....	15
Pilotage de la démographie médicale : au total.....	16
<i>Démographie des gynécologues-obstétriciens : données suivies par les instances</i>	17
Évolutions récentes du nombre de gynécologues-obstétriciens.....	17
Caractéristiques démographiques	18
Répartition territoriale.....	20
Modalités d’exercice.....	20
Données démographiques suivies par les instances nationales : au total	21
<i>Formation des gynécologues-obstétriciens : état des lieux et perspectives</i>	22
Évolution du nombre d’internes formés – répartition territoriale (2018).....	22
Attractivité pour les internes : les rangs de classement	24
Capacités de formation	25
Encadrement universitaire : quelles perspectives ?	29
Formation des futurs gynécologues-obstétriciens : au total	32
<i>Évolutions des modalités d’exercice</i>	33
Les souhaits des internes	33

La réalité des pratiques des jeunes praticiens	34
Évolutions des souhaits et modalités d'exercice : au total.....	39
<i>Le phénomène de burn-out en Gynécologie-Obstétrique</i>	40
<i>Démographie des gynécologues-obstétriciens : évaluation de l'état réel des maternités françaises</i>	44
<i>Pistes de travail – propositions de la commission</i>	47
Renforcer le pilotage de la démographie et de l'état des structures	47
Renforcer l'attractivité - Repenser l'organisation territoriale des équipes	48
Formation des internes	49
Impacts attendus sur l'organisation des soins	49
<i>Perspectives – travaux à venir.....</i>	51
État des lieux de la pédiatrie de maternité et de l'anesthésie obstétricale	51
Aspects interprofessionnels : gynécologues médicaux, médecins généralistes, sages-femmes ..	51
Approche de la santé de la femme au sens large : chirurgie, IVG, prévention, AMP... ..	51

Composition de la commission commune CEGO – CNGOF

Membres de la commission

- Professeur Olivier Morel, PU-PH de gynécologie-obstétrique, CHRU de Nancy, responsable de la commission commune CEGO-CNGOF
- Professeur Jean-Luc Brun, PU-PH de gynécologie-obstétrique, CHU de Bordeaux, co-responsable des questions démographie pour le CEGO
- Docteur Lydia Scemama, gynécologue-obstétricienne libérale, co-responsable des questions démographie pour le CNGOF
- Docteur Alexandre Boyer, gynécologue-obstétricien, représentant de l'Association des Gynécologues-Obstétriciens en Formation (AGOF) – jusqu'en 2021
- Professeur Ludovic Cravello, PU-PH de gynécologie-obstétrique, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM)
- Professeur Blandine Courbière, PU-PH de gynécologie-obstétrique, Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (APHM)
- Docteur Margaux Creutz, médecin de santé publique, secrétaire de la Fédération des Réseaux de Périnatalité
- Professeur Xavier Deffieux, PU-PH de gynécologie-obstétrique, Clamart (APHP)
- Docteur Frédéric Glicenstein, gynécologue-obstétricien, représentant de l'Association des Gynécologues-Obstétriciens en Formation (AGOF) – depuis 2022
- Professeur Véronique Houfflin-Debarge, PU-PH de gynécologie-obstétrique, CHU de Lille
- Professeur Cyril Huissoud, PU-PH de gynécologie-obstétrique, CHU de Lyon, secrétaire d'obstétrique du CNGOF
- Professeur Camille Le Ray, PU-PH de gynécologie-obstétrique, Maternité Port-Royal (APHP)
- Docteur Louis Marcellin, MCU-PH de gynécologie-obstétrique, Maternité Port-Royal (APHP)
- Professeur Jacky Nizard, PU-PH de gynécologie-obstétrique, la Pitié-Salpêtrière (APHP)
- Docteur Emilie Raimond, MCU-PH de gynécologie-obstétrique, CHU de Reims
- Professeur ChrysteLe Rubod, PU-PH de gynécologie-obstétrique, CHU de Lille

- Professeur Vassilis Tsatsaris, PU-PH de gynécologie-obstétrique, Maternité Port-Royal Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (APHP), président du CEGO
- Docteur Estelle Wafo, gynécologue-obstétricienne, Centre Hospitalier de Marne la Vallée

Personnalités ressources

- Docteur Mikaël Agopiantz, MCU-PH de gynécologie-médicale, CHRU de Nancy
- Docteur Isabella Chanavaz-Lacheray, gynécologue-obstétricienne libérale, Bordeaux
- Professeur Bernard Hédon, PU-PH de gynécologie-obstétrique, CHU de Montpellier, président du Conseil National Professionnel de Gynécologie-Obstétrique et Gynécologie-Médicale (CNP GO-GM)
- Professeur Loïc Sentilhes, PU-PH de gynécologie-obstétrique, CHU de Bordeaux

Groupe de rédaction du rapport

Professeur Olivier Morel, Professeur Jean-Luc Brun, Docteur Margaux Creutz, Professeur Véronique Houfflin-Debarge, Professeur Cyril Huissoud, Professeur Camille Le Ray, Docteur Louis Marcellin, Professeur Jacky Nizard, Docteur Émilie Raimond, Docteur Estelle Wafo.

Relecteurs

Docteur Joëlle Belaisch-Allart (présidente du CNGOF), Professeur Pierre Collinet (secrétaire du CNGOF), Professeur Alexandra Benachi (secrétaire du CNGOF), Professeur Vassilis Tsatsaris (président du CEGO), Professeur François Goffinet (président du CNU-GO).

Rappel du contexte

Démographie en Gynécologie-Obstétrique et formation : le CEGO

Dès la création du Conseil des Enseignants en Gynécologie-Obstétrique (CEGO), sous la présidence du Pr François Goffinet, les questions de démographie en gynécologie-obstétrique sont apparues comme étant un sujet de préoccupation majeure sur tout le territoire.

Le CEGO a pour mission d'accompagner les réformes des enseignements de la gynécologie-obstétrique (GO) des différents cycles des études médicales. Ces réformes sont mises en œuvre à l'échelle de chaque subdivision universitaire, chacune étant représentée au sein du CEGO par son coordinateur régional (ou son adjoint).

La réforme du Diplôme d'Études Spécialisées en Gynécologie-Obstétrique (DES-GO) a participé à mettre en avant les questions démographiques de la profession. Les constats partagés étaient les suivants :

- Difficultés générales de gestion des terrains de stage : nombre insuffisant d'internes dans certaines subdivisions à même d'offrir une formation de qualité, a contrario manque de terrains de stage formateurs (activité des structures trop faible - < 1000 naissances par an et/ou absence d'équipe encadrante stable) dans d'autres.
- Inadéquation entre formations et débouchés professionnels : quasi-absence d'installation dans les petites maternités, difficultés de recrutement dans de nombreuses structures malgré l'augmentation du nombre d'internes formés sur les deux dernières décennies.
- Difficultés à définir le nombre d'internes par promotion avec les Agences Régionales de Santé (ARS), à réguler les postes de stage (avec pression à l'ouverture d'agréments de stages au sein de petites structures isolées).
- Manque de données exploitables pour réfléchir à une régulation démographique coordonnée au niveau national.

A partir de 2019, les questions de démographie au sein du CEGO ont été confiées aux Professeur Olivier Morel (CHRU de Nancy) et au Professeur Jean-Luc Brun (CHU de Bordeaux).

Démographie en Gynécologie-Obstétrique et offre de soin : le CNGOF

De façon concomitante, les déficits démographiques en GO sont devenus un sujet de préoccupation majeur également pour le CNGOF (Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français). Les impacts immédiatement observables sont les difficultés de recrutement de nombreuses équipes (rapportés partout sur le territoire mais difficiles à évaluer objectivement), le recours de plus en plus important à l'intérim, le non-respect fréquent du repos de sécurité.

Ce constat, partagé par l'ensemble des professionnels représentés au CNGOF, ne fait cependant pas l'objet d'une quantification régulière ni d'un suivi spécifique. La GO ne fait pas partie des spécialités officiellement identifiées comme étant en forte tension, et la préoccupation publique (pouvoirs publics ou presse) quant à ce sujet paraît hétérogène sur le territoire. Le plus souvent, les difficultés démographiques en GO ne font l'objet d'une préoccupation publique qu'en cas de situations de tensions majeures amenant à des fermetures provisoires ou définitives de maternités.

Les questions sont pourtant multiples : quel état réel des structures autorisées sur le territoire, quel impact sur les GO (surcharge de travail, mise en insécurité, burn-out), quel impact sur la sécurité des patientes, quel impact sur l'offre de soin sur le territoire au-delà de la permanence des soins en gynécologie-obstétrique (suivi régulier, dépistage, chirurgie, médecine de la reproduction, accès à l'IVG...) ?

Mise en place d'une commission commune CEGO-CNGOF

Les questions de démographie médicale sont très complexes à appréhender. Il est cependant évident qu'elles ne peuvent être abordées qu'en associant les aspects formation et exercice professionnel. En effet, l'avenir d'une profession repose sur le renouvellement régulier des professionnels par la formation. Cependant, la régulation de la formation ne peut pas simplement reposer sur les projections de pyramides des âges avec comme seul objectif le renouvellement des départs en retraite. L'évolution des pratiques doit absolument être intégrée à cette réflexion.

La situation est particulièrement complexe en GO :

- Les modalités d'exercice sont très variées : les GO peuvent avoir des profils de compétences couvrant tout ou partie des différents aspects de la discipline –

obstétrique, médecine fœtale, échographie, chirurgie fonctionnelle et carcinologique, médecine de la reproduction, orthogénie, gynécologie médicale...

- Les modalités d'exercice sont variables dans le temps pour un même praticien, notamment pour la participation à la permanence des soins.
- Le cadre réglementaire a fortement évolué en termes de temps de travail et de repos de sécurité. Nous verrons ci-après que les importantes tensions démographiques sur le territoire impliquent encore aujourd'hui un respect impossible du repos de sécurité ou du temps de travail hebdomadaire dans de nombreuses structures.
- L'adéquation entre nombre de GO nécessaires et besoins de la population dépend fortement de l'organisation des structures sur un territoire donné, notamment pour la permanence des soins. Plus le nombre de structures est élevé, plus le nombre de lignes de gardes et astreintes sera également élevé. A contrario, si la permanence des soins (naissances, urgences obstétricales et gynécologiques) est concentrée sur moins de structures, moins de professionnels sont mobilisés H24.
- Il n'existe pas de norme réglementaire pour le dimensionnement des équipes, notamment en fonction du nombre et du type (part de grossesses pathologiques) de naissances. La charge de travail hors naissances (urgences gynécologiques et chirurgicales, consultations d'obstétrique non réglées, transferts inter-établissements, activité en secteur d'hospitalisation, consultations) n'est pas prise en compte non plus pour le dimensionnement des équipes.
- Certaines missions de soins relèvent exclusivement de la compétence des GO : permanence des soins en gynécologie-obstétrique (les grossesses et naissances compliquées ne peuvent pas être prises en charges par d'autres professionnels : sages-femmes ou autres spécialités médicales), chirurgie réglée ou en urgence. D'autres peuvent être partagées avec des professionnels de santé issus d'autres DES (gynécologues-médicaux, médecins généralistes) ou avec les sage-femmes.

Face à ces constats, le président du CEGO, le professeur François Goffinet, et le président du CNGOF, le professeur Israël Nisand, ont chargé fin 2019 le professeur Olivier Morel de coordonner une commission démographie commune au CEGO et au CNGOF. Cette mission lui a été confirmée en 2020 par le nouveau président du CEGO, le professeur Vassilis Tsatsaris, et en 2021 par la nouvelle présidente du CNGOF, le docteur Joëlle Belaisch-Alart. La

composition de la commission a été régulièrement validée lors des réunions plénières du CEGO et des conseils d'administration du CNGOF entre 2020 et 2022.

Objectifs de la commission

Objectif de long terme

L'objectif principal de la commission s'inscrit sur le long terme. Il s'agit pour le CEGO et le CNGOF d'éclairer et d'orienter les décideurs et les instances sur les questions de démographie médicale en GO, à la fois d'un point de vue universitaire et professionnel.

Objectif à court terme : l'avenir de la permanence des soins en gynécologie-obstétrique

Les problèmes sont multiples et concernent tous les aspects de la discipline et toutes les modalités d'exercice. Cependant, il est d'emblée apparu impossible pour les membres de la commission d'aborder l'ensemble des sujets.

La commission a choisi dans un premier temps de travailler sur le sujet de l'avenir de la permanence des soins en gynécologie-obstétrique. En effet, cette question nous est apparue comme prioritaire pour plusieurs raisons :

- Les GO sont indispensables à la sécurité des naissances. Il est impossible de maintenir une offre de soin sécurisée pour les naissances en France en l'absence de GO.
- Les sages-femmes ne sont pas à même de prendre en charge les complications de l'accouchement. Elles participent très largement au suivi des grossesses et à la gestion de l'accouchement physiologique. Leur activité ne peut être organisée que dans un cadre reposant sur un recours à un GO en cas de complication, y compris en contexte de maison de naissance.
- Les GO sont indispensables à la gestion des urgences en gynécologie-obstétrique.
- Ces missions prioritaires sont celles qui sont les plus déstabilisantes pour les structures et les équipes : la pénurie de GO assurant la permanence des soins amène à faire subir aux équipes une charge de travail non réglementaire dans de nombreux établissements, à un non-respect du repos de sécurité, à un recours massif à l'intérim.
- La pénibilité de la continuité des soins en gynécologie-obstétrique pose des questions majeures d'attractivité.
- L'activité de salle de naissance et la gestion des urgences en GO présente le risque médico-légal le plus élevé pour la profession.

- L'activité d'obstétrique de salle de naissance, ainsi que la majorité de la gestion des urgences GO, est réalisée dans des structures autorisées identifiables, ce qui constitue une base de travail solide.

Plan d'action

Ni le CEGO ni le CNGOF ne sont officiellement impliqués par les ministères de la santé et de l'enseignement supérieur sur les sujets de démographie sur une approche de long terme. Les sollicitations ne sont que ponctuelles, habituellement sous la forme d'auditions portant sur un sujet précis d'actualité politique pour le CNGOF ou sur la régulation du nombre de postes d'internes pour le CEGO.

Aucune de ces deux instances, universitaire et professionnelle, ne dispose donc d'un état des lieux précis de l'état de la démographie GO en exercice ou en formation en France. La commission a donc mis en place le plan d'action suivant :

- Identification des différentes instances impliquées dans le suivi et la régulation de la démographie en GO.
- État des lieux des données disponibles.
- Identification des données nécessaires à une approche analytique de la situation démographique, et recueil des données manquantes.
- Analyse des données, mise en perspective des différents déterminants démographiques (professionnels diplômés, modes d'exercice, état des structures, nombre d'internes formés et souhaits de carrière).
- Propositions de la commission.

Méthodologie – organisation de travail

La commission démographie a été organisée sur la base de réunions plénières trimestrielles. Les axes de travail ont été définis, les données collectées discutées et les objectifs régulièrement ajustés. Un groupe de rédaction (présent rapport) a été défini début 2022.

Les observations et axes de travail ont été régulièrement partagés et validés avec le CEGO et le CA du CNGOF entre 2020 et 2022. La commission a également pu bénéficier d'auditions régulières auprès de l'ONDPS, de l'ORDPS Grand-Est, de l'ORDPS Hauts-de-France,

de l'ORDPS Nouvelle-Aquitaine, de la FFRSP, de la FHF (FHF grand-est et FHF – nationale), du CNU de Gynécologie-Obstétrique, de l'Académie de Médecine et du CNOM.

Pilotage de la démographie médicale en France

L'ONDPS

L'ONDPS est l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Le champ de cet observatoire créé en 2003 auprès du ministre de la Santé couvre la promotion, la synthèse et la diffusion des connaissances relatives à la démographie et à la formation de l'ensemble des professions de santé. L'équipe permanente, dont la secrétaire générale en 2022 est Mme Agnès Bocognano, est restreinte à quatre personnes, incluant le président du conseil d'orientation, le professeur Emmanuel Touzé (Doyen de la faculté de médecine de Caen). L'ONDPS s'appuie sur des comités régionaux (ORDPS) coordonnés par les Agences Régionales de Santé (ARS).

Il propose au ministre chargé de la santé et au ministre chargé de l'enseignement supérieur, à partir des propositions des comités régionaux, le nombre et la répartition des effectifs de professionnels de santé à former, par profession et par spécialité, et par région ou subdivision.

Les interlocuteurs GO sont les coordonnateurs de subdivision pour les comités régionaux et le président du CEGO depuis 2020 pour l'ONDPS. La discipline n'était précédemment pas directement représentée. La GO n'ayant pas été identifiée comme discipline en forte tension démographique, les questions de nombre d'internes GO par subdivision étaient gérées dans un cadre commun à l'ensemble des spécialités chirurgicales.

Le CEGO et la commission démographie commune ont pu bénéficier de 2 auditions dans le cadre de la réalisation de ce rapport.

Le CNOM

Le Conseil National de l'Ordre des Médecin (CNOM) dispose, via les inscriptions obligatoires au tableau de l'ordre, de données démographiques pour la GO. Les données sont cependant limitées à la nature de la spécialité et à quelques grandes modalités d'exercice : temps partiel ou complet, libéral ou salarié. La commission démographie a bénéficié de deux auditions en 2022.

Les fédérations

Trois fédérations sont directement concernées par les problématiques démographiques :

- La Fédération Hospitalière de France (FHF). La commission a pu bénéficier de deux auditions nationales et d'une audition en Grand-Est dans le cadre de la réalisation de ce rapport. La FHF partage les fortes préoccupations du CEGO et du CNGOF quant à la démographie en GO. La FHF ne dispose pas de données de suivi démographique et confirme un grand décalage entre la situation réelle des structures et les offres d'emploi.
- La fédération des cliniques et hôpitaux privés de France (FHP) (pas d'audition dans le cadre de ce rapport).
- La fédération française des réseaux de santé en périnatalité (FFRSP) (associée à la commission démographie). La commission a pu bénéficier de deux auditions dans le cadre de la réalisation de ce rapport. Les constats et préoccupations majeures sont également partagés. La FFRSP ne dispose d'aucune information démographique précise.

Difficultés spécifiques à la discipline GO - Données non suivies

L'état des lieux a permis de mettre en évidence des lacunes importantes dans le suivi démographique de la gynécologie-obstétrique, en lien avec les spécificités de la profession.

Type d'exercice au sein de la discipline

La discipline est vaste en termes de compétences spécifiques, et chaque GO individuellement peut avoir des types d'exercices très variés, exceptionnellement exhaustif de la discipline. Connaître le nombre de GO inscrits à l'ordre ou titulaires d'un poste de praticien ne permet donc pas d'appréhender l'état réel de l'offre de soin sur le territoire.

Modalités d'exercice

De plus, les modalités d'exercice, en termes de temps pleins, temps partiels, temps partagés salarié-libéral ou entre structures sont très variables.

Participation à la permanence des soins

Il n'existe aucune information quant à la participation individuelle à la permanence des soins. Il n'est pas possible d'extrapoler cette information des données disponibles. En effet un praticien salarié temps plein peut ne pas participer à l'activité de garde, alors qu'un médecin

libéral peut y participer sur un mode intérimaire ou contractuel. Par ailleurs, un praticien peut être amené à réaliser des gardes ou astreintes au sein de plusieurs structures.

État démographique des structures

Nous n'avons pas pu identifier de données fiables quant à l'état démographique des structures. En effet, en l'absence de normes réglementaires définissant le nombre d'équivalents temps pleins en fonction de l'activité, comme cela existe en réanimation par exemple, le nombre de postes vacants publiés dans les structures publiques n'est pas un indicateur fiable et exploitable. Par ailleurs, seuls les directeurs d'établissements disposent des chiffres, qui ne sont pas collectés de façon systématique par les ARS. Ni l'ONDPS ni les fédérations ne disposent de ces informations.

Pilotage de la démographie médicale : au total

L'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 GM – MG et SF – rapport ONDPS publié en mai 2021). Le CNOM dispose également d'informations, très partielles, via les inscriptions obligatoires. Les différentes fédérations, sociétés savantes et collèges professionnels ne collectent pas d'indicateurs démographiques.

Démographie des gynécologues-obstétriciens : données suivies par les instances

Les données présentées ont été collectées auprès de l'ONDPS et du CNOM.

Évolutions récentes du nombre de gynécologues-obstétriciens

Au global, le nombre de GO en exercice en France métropolitaine est en augmentation régulière depuis 2012. En 2020 (données consolidées disponibles les plus récentes) les GO étaient 5112 (Tableau 1).

		Médecins en activité en gynécologie-obstétrique								
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Effectif total		4 050	4 189	4 302	4 490	4 612	4 731	4 858	5 002	5 112
	Part des femmes	40%	42%	45%	48%	48%	50%	52%	54%	56%
	Part des hommes	60%	58%	55%	52%	52%	50%	48%	46%	44%
Âge moyen		47	47	47	47	47	47	47	47	47
	Part des moins de 35 ans	16%	16%	15%	15%	15%	15%	15%	17%	17%
	Part des 55 ans et plus	26%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%	30%

Tableau 1 : médecins en activité en gynécologie-obstétrique entre 2012 et 2020, pour la France entière (source ONDPS).

Les projections à horizon 2030 sont également positives avec une perspective de plus de 6600 GO alors en activité (Figure 1).

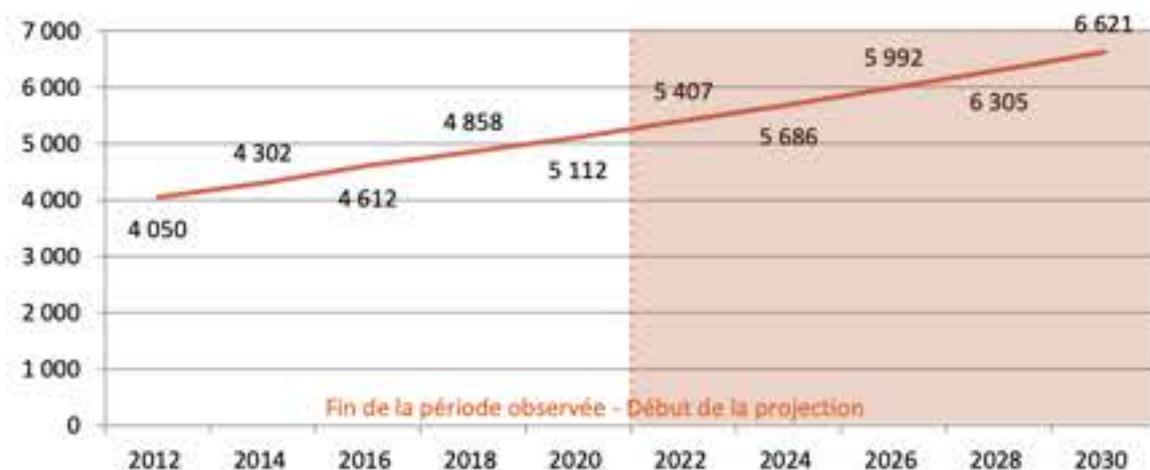


Figure 1 : effectifs et projections à 10 ans de médecins en gynécologie-obstétrique (source ONDPS).

De même, la densité projetée de GO devrait augmenter sur la même période, passant de 7,6 / 100000 habitants en 2020 à 9,4 / 100000 habitants en 2030 (Figure 2).



Figure 2 : densité et projection à 10 ans de médecins en gynécologie-obstétrique (source ONDPS).

Caractéristiques démographiques

Depuis 2018, les GO sont majoritairement des femmes : elles représentaient 56 % de la profession en 2020 (Tableau 1 et Figure 3).

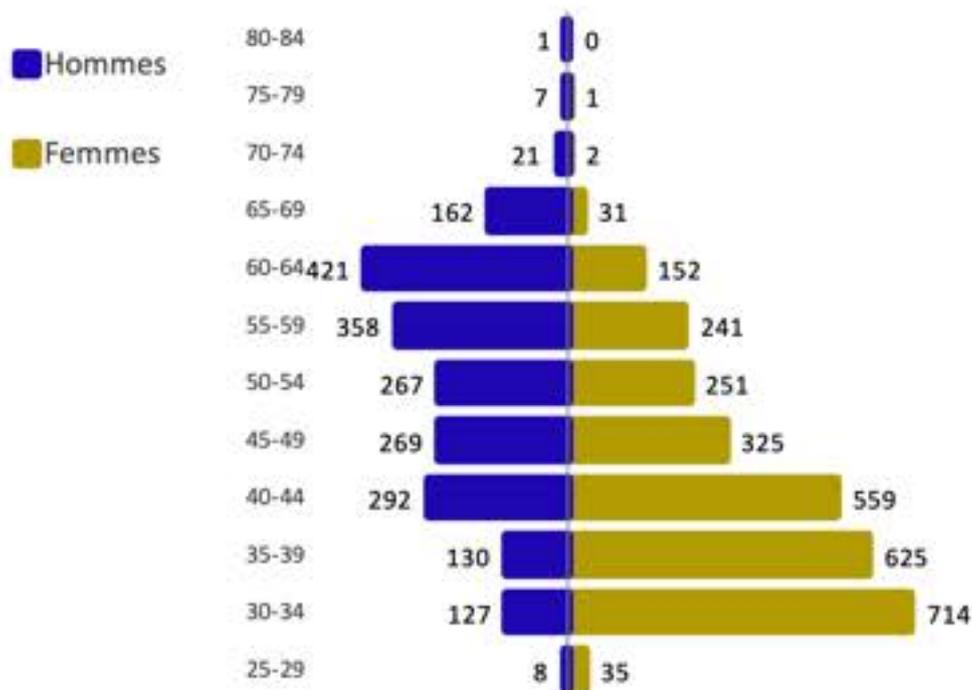


Figure 3 : répartition hommes-femmes de médecins en gynécologie-obstétrique en 2020 (source CNOM).

La féminisation de la profession va se poursuivre, la GO faisant partie des trois disciplines les plus féminisées lors des choix à l'internat (Figure 4). En 2021, 85% des internes de GO issus des ECNi étaient des femmes. Les choix de carrière des femmes GO, y compris cursus universitaire, ont fait l'objet d'évaluations spécifiques qui seront détaillées ci-après. Au-delà de ces éléments, et des éventuels congés spécifiques en lien avec la maternité, il n'est pas possible d'évaluer précisément si la féminisation de la profession a ou aura un impact spécifique au-delà de l'impact de l'évolution générationnelle des modalités d'exercice.

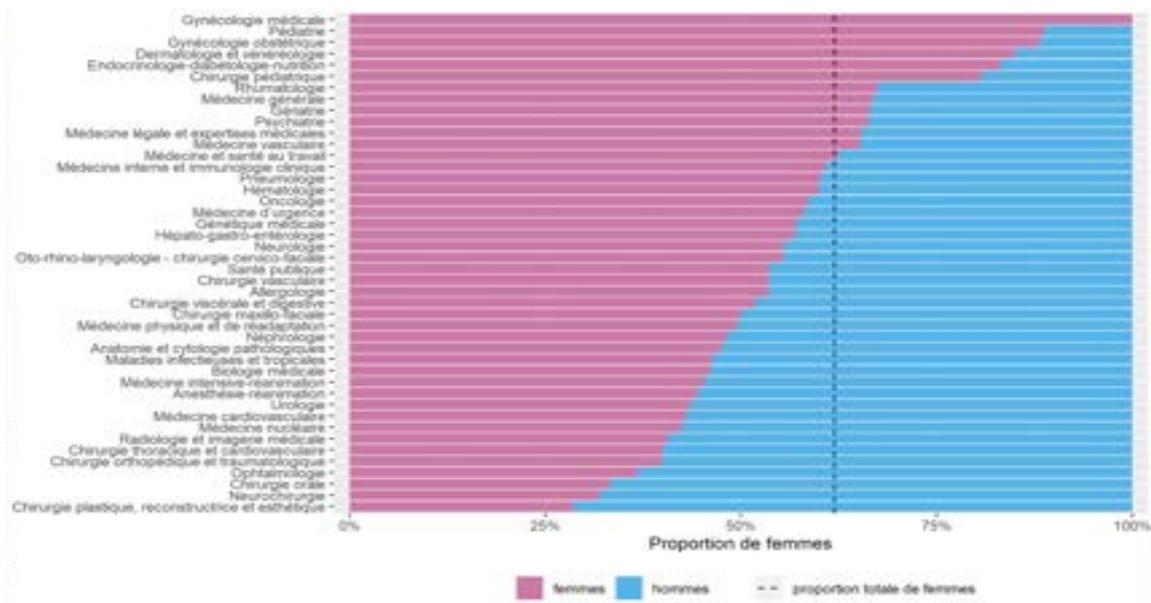


Figure 4 : répartition par sexe et par spécialité – ECNi 2021.

Il n'est pas constaté de vieillissement de la pyramide des âges des professionnels en activité, avec une part des moins de 35 ans qui est même en légère augmentation (Tableau 1 et Figure 5).

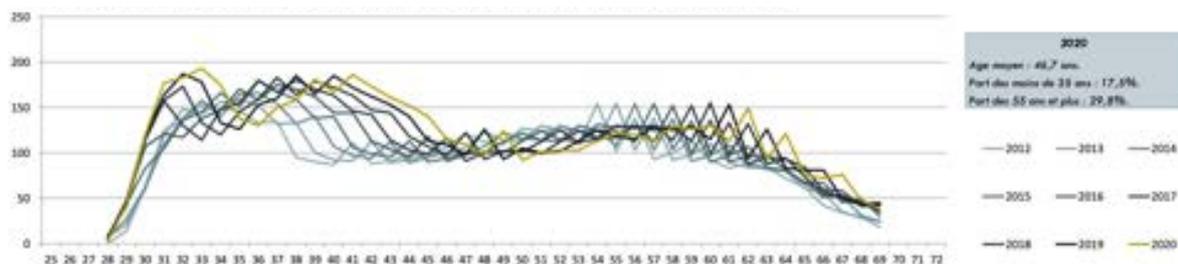


Figure 5 : évolution de la pyramide des âges de médecins en gynécologie-obstétrique en activité entre 2012 et 2020 (source ONDPS).

Répartition territoriale

Les inégalités territoriales sont importantes, et risquent de s'aggraver si l'on compare la répartition des moins de 40 ans et plus de 60 ans (Figure 6).

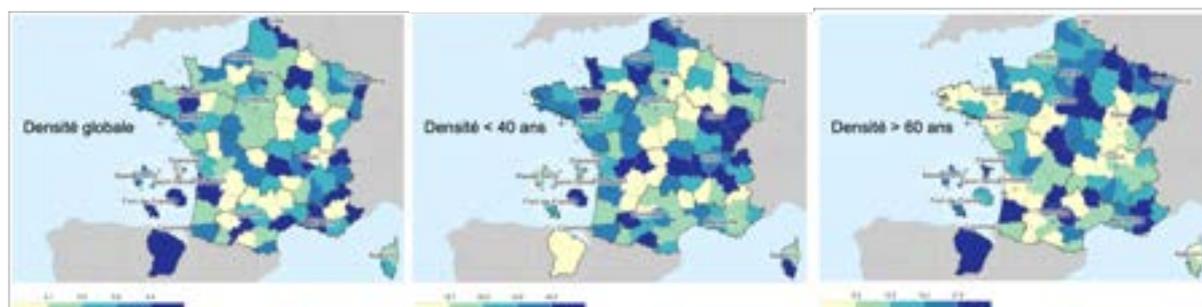


Figure 6 répartition territoriale des médecins en gynécologie-obstétrique par classe d'âge (source CNOM).

Modalités d'exercice

Les seules données disponibles concernent les modes d'exercice libéral, salarié ou mixte (CNOM). Les données ne sont pas quantitatives : répartition exacte de l'activité ou quantité de travail hebdomadaires ne sont pas renseignées. Il n'existe pas d'information quant à la participation à la permanence des soins. La répartition par mode d'exercice apparaît relativement stable depuis 2012 (Tableau 2).

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Libéral	1 520	1 560	1 602	1 634	1 664	1 643	1 718	1 750	1 815
Salarié	1 717	1 729	1 734	1 818	1 891	1 958	2 000	2 086	2 132
Salarié non-exclusif	15	26	25	30	37	49	51	56	56
Salarié hospitalier exclusif	1 653	1 654	1 652	1 719	1 774	1 834	1 854	1 912	1 938
Salarié non-hospitalier exclusif	49	49	57	69	80	75	95	118	138
Mixte	813	900	966	1 028	1 057	1 130	1 140	1 166	1 165
TOTAL	4 050	4 189	4 302	4 480	4 612	4 731	4 858	5 002	5 112

Tableau 2 : modalités d'exercice des médecins en gynécologie-obstétrique depuis 2012 (source ONDPS).

Données démographiques suivies par les instances nationales : au total

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.

Formation des gynécologues-obstétriciens : état des lieux et perspectives

Évolution du nombre d'internes formés – répartition territoriale (2018)

En France, 28,53 millions de femmes de plus de 15 ans ($M^{\circ} > 15$ ans) étaient recensées sur le territoire en 2018 pour 4869 GO, soit un ratio de 171 GO par million ($M^{\circ} > 15$ ans) de femmes. Le nombre de postes de DES de GO ouverts sur le territoire chaque année était de 204, soit un ratio de 7,1 internes par $M^{\circ} > 15$ ans de femmes, alors que la demande faite par les ARS – ORDPS après analyse des besoins en formation était de 215.

Des disparités de ratio de GO en formation étaient observées au sein du territoire. Les ratios de GO en formation n'étaient pas corrélés de manière évidente aux ratios de GO installés sur le même territoire (Figure 7).

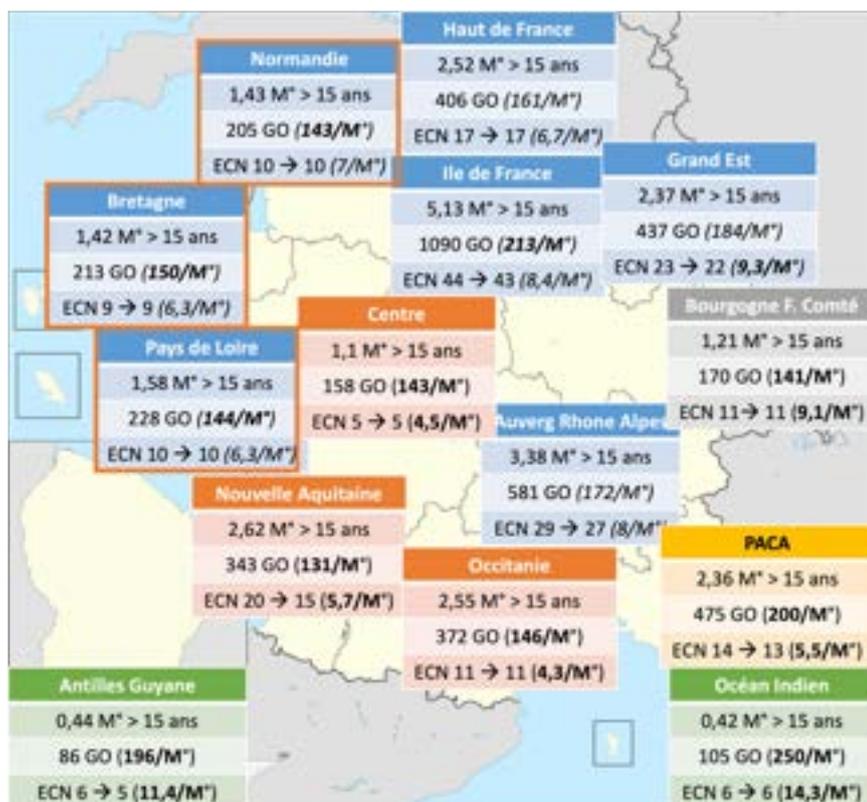


Figure 7 : répartition territoriale des femmes de plus de 15 ans (première ligne, par millions ; $M^{\circ} > 15$ ans), des gynécologues-obstétriciens en activité (deuxième ligne, N et n/millions de femmes de plus de 15 ans), des postes ouverts aux ECN (Pr JL Brun, étude réalisée en 2019 sur les données de 2018).

Ainsi, les régions IDF, PACA et les territoires ultramarins se démarquent par une forte densité relative de GO recensés ($> 200/M^{>15}$ ans), alors que dans les régions de la moitié ouest de la métropole, le ratio de GO est inférieur à $150/M^{>15}$ ans. Le ratio des internes en GO est également élevé dans les territoires ultramarins ($> 10/M^{>15}$ ans), intermédiaire en IDF et dans les régions de la moitié Est de la métropole (8 à $9/M^{>15}$ ans) et bas dans les régions centre et grand sud-ouest ($< 6/M^{>15}$ ans).

Dans certaines subdivisions, lors des commissions annuelles des besoins en formation, les coordonnateurs peuvent être sollicités pour définir le nombre d'internes souhaités en phase socle. La gestion du nombre de postes à ouvrir repose sur les informations transmises par les ORDPS à l'ONDPS. En l'absence de coordination au sein de la profession, la commission a réalisé en 2021 une enquête auprès des coordonnateurs. Elle sera détaillée par la suite.

Depuis 2006, le nombre de postes ouverts pour les internes de spécialités augmente régulièrement et le nombre de postes en spécialités médicales toutes confondues a plus que doublé en 10 ans (figure 8).

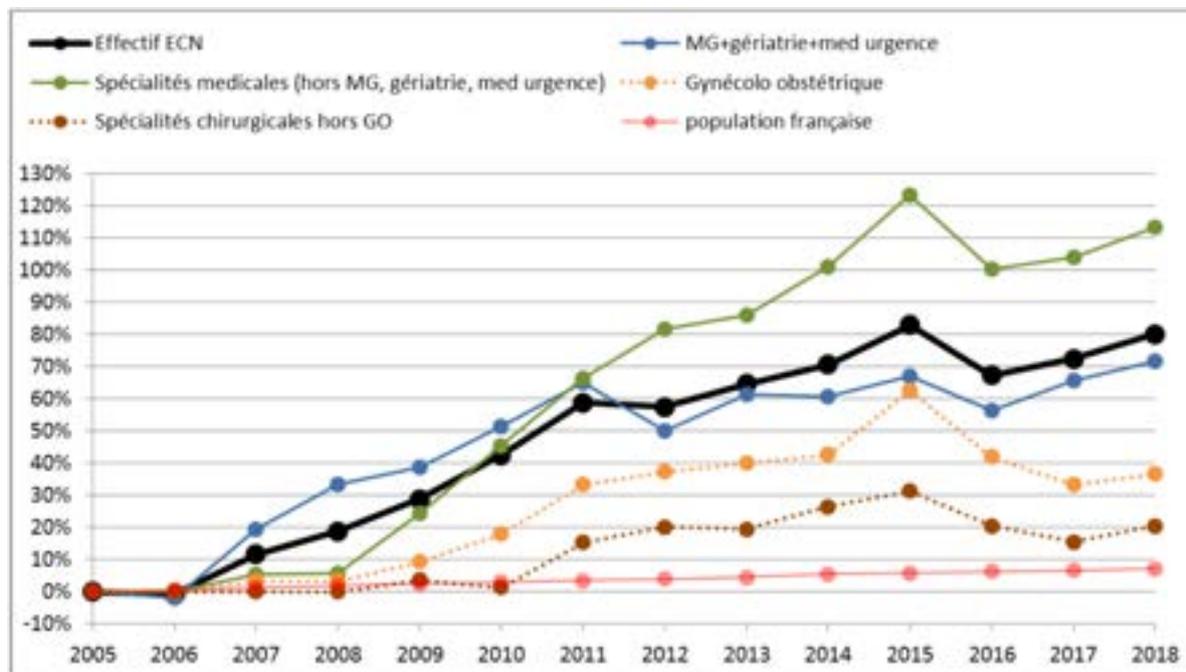


Figure 8 : postes ouverts aux ECN entre 2005 et 2018 (source ONDPS).

Cependant, pour le DES de GO, bien qu'une augmentation sensible du nombre de postes ait été observée entre 2009 et 2014 (+30%), il n'y a plus d'évolution significative depuis 2016, comme pour les autres spécialités chirurgicales de façon globale.

Entre 2017 et 2018, l'augmentation du nombre de postes ouverts en GO n'était que de 3%, alors qu'en gynécologie médicale elle était de 28% (figure 9).

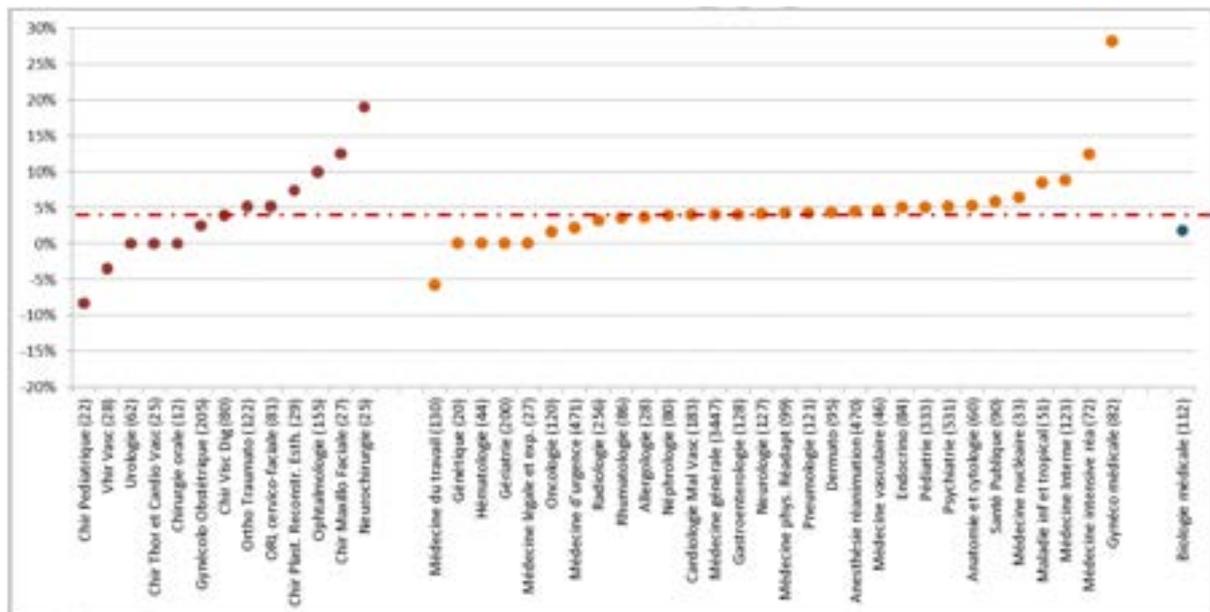


Figure 9 : évolution du nombre de postes par spécialité entre 2017 et 2018 (source ONDPS).

Une augmentation significative du nombre d'internes en GO paraît nécessaire. Elle doit cependant être adaptée à la densité médicale et aux spécificités des populations constituant les différentes régions, ainsi qu'à la capacité pédagogique pour chaque subdivision à proposer des terrains de stage formateurs.

Attractivité pour les internes : les rangs de classement

Aux ECNi2021, le rang de classement 50 % (correspondant au rang auquel 50 % des postes ouverts ont été pourvus) était de 2799. Le premier classé ayant choisi la GO était 81^{ème} et le dernier était 4717^{ème}. La GO était ainsi choisie au 22^{ème} rang des spécialités, sur 44. La Gynécologie-Médicale, au 20^{ème} rang, était plus attractive.

Capacités de formation

La commission a réalisé une enquête auprès des coordonnateurs de chaque subdivision (limitée à la métropole) entre mars et avril 2021. Les résultats de cette enquête ont été présentés et validés dans le cadre de la réunion du CNU élargie à l'ensemble des enseignants de la discipline (27 septembre 2021).

Les réponses ont été obtenues pour 24 subdivisions, représentant 186 postes / 210 ouverts en novembre 2020. Nous rapportons ici les principaux résultats de cette enquête.

Attractivité du DES

Tous les postes ouverts ont été pourvus en 2020. Au-delà du rang de choix de la discipline, les postes ont été pourvus sur la décennie 2010-2020.

Le nombre d'arrêts définitifs apparaît relativement faible. Dans un rapport de l'ONDPS publié en 2021 et portant sur les promotions 2015-2016, le taux d'arrêts définitifs en discipline GO était de 0,8 %, pour une moyenne toutes disciplines confondues de 2,4 %.

Cependant, le taux de droits au remord (changement de discipline) analysé sur les cohortes d'internes des promotions 2017-2018 était élevé, à 8,6 % toutes disciplines confondues, et a augmenté depuis la réforme du DES. La GO était une des spécialités comptant plus de 100 internes par promotion présentant un taux élevé de droits au remord. En 2017-2018, la perte était de 17 internes sur deux promotions, soit 4,2 % des effectifs initiaux.

Dialogue avec les comités régionaux de l'ONDPS

Les coordonnateurs ont obtenu l'ouverture du nombre de postes attendus dans 16 subdivisions sur 24 (66 %). Le différentiel était de moins 1 poste pour 4 subdivisions et moins 2 à moins 4 postes pour 4 autres subdivisions. Au total, le différentiel entre postes ouverts et postes demandés était de moins 15 postes en 2020 (soit 8 % rapportés aux subdivisions étudiées).

Évaluation du nombre de postes d'internes en théorie nécessaires

Cette question est éminemment complexe. En effet le nombre d'internes formés ne peut pas simplement correspondre aux départs en retraite attendus : les remplacements ne se feront pas poste à poste, ni activité à activité, en particulier concernant la permanence des soins.

Par ailleurs, les coordonnateurs font le constat unanime de l'absence difficilement surmontable d'attractivité de certaines maternités (les plus petites et les plus isolées, ces

constats seront étayés et confirmés dans le cadre de l'évaluation des aspirations des plus jeunes, ci-après).

Les coordonnateurs ont finalement indiqué quel leur semblait être le nombre d'internes à former par promotion pour espérer renouveler les équipes attractives de leur subdivision (les plus grandes maternités uniquement, par conséquent). A cette question précise, qui ne permet pas de proposer de solution pour les petites maternités non attractives et repose sur un principe théorique (et que l'on sait erroné) d'installation des internes au sein de leur subdivision de formation, les constats sont les suivants :

- Le nombre d'internes paraissait adapté pour 13 subdivisions.
- Pour l'Île-de-France le différentiel était estimé à 15 internes manquants.
- Pour les 10 subdivisions étudiées restantes le différentiel moyen était de 1,4 internes manquants.

Au total, le nombre d'internes jugés nécessaires pour maintenir *a minima* la stabilité des grandes maternités les plus attractives était de 29 supplémentaires. Il existait donc un différentiel entre postes jugés nécessaires, postes demandés et postes ouverts. Il apparaît que les coordonnateurs avaient d'emblée demandé 14 postes de moins que le nombre jugé nécessaire, en raison de limites de capacités de formation.

Des capacités de formation limitées

Lors des entretiens avec les coordonnateurs, des limites majeures de capacité de formation ont été mises en avant pour la majorité des subdivisions. Elles sont essentiellement la conséquence de deux facteurs :

- Un nombre d'universitaires GO trop faible pour assurer un encadrement de qualité dans de nombreuses subdivisions.
- Un nombre trop faible de maternités à même d'accueillir des internes GO dans de bonnes conditions pédagogiques.

Ces conditions pédagogiques reposent essentiellement sur la présence d'une équipe GO stable à même d'encadrer les étudiants et l'existence d'un niveau d'activité minimal (1000 naissances / an). Par ailleurs, la maquette du DES impose un nombre de 5 passages en CHU obligatoire : cet élément, nécessaire par ailleurs à la qualité de formation, est également limitant, la majorité des subdivisions ne disposant que d'un seul établissement universitaire.

Le nombre total de maternités agréées était inférieur à 5 pour 16 subdivisions. Pour 13 subdivisions, les coordonnateurs estimaient avoir atteint le nombre maximum d'internes

pouvant être formés. Seules 5 subdivisions ont agréé plus de 10 maternités : Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille et Paris.

La majorité des capacités de formation supplémentaires se concentre sur ces 5 subdivisions (dont plus de la moitié sur l'Île-de-France) pour atteindre un maximum d'internes supplémentaires par an estimé à 53 en conservant de bonnes conditions pédagogiques (ce qui permettrait d'en former environ 260 par an au total).

Liens entre capacités de formation et organisation de l'offre de soin

Le travail réalisé auprès des responsables universitaires a permis de mettre en évidence un lien fort entre structuration de l'offre de soin et formation. En effet, les maternités de moins de 1000 naissances ne peuvent pas accueillir à temps plein des internes pour des raisons évidentes de niveaux d'activité trop faibles pour garantir une formation de qualité (critère inscrit dans la réforme du 3^e cycle). Des stages à temps partagé sont possibles lorsque les contraintes de distance sont compatibles – ils doivent être acceptés par les internes et ne peuvent être imposés – et qu'une équipe stable permet de garantir un encadrement permanent et adapté. Par ailleurs, les difficultés démographiques rapportées semblent plus marquées dans ces mêmes maternités assurant moins de 1000 naissances où il est donc souvent impossible de proposer un projet pédagogique s'appuyant sur une équipe stable (le travail présenté ci-après, réalisé avec l'aide de la FFRSP, le confirme).

Au total, les maternités de moins de 1000 naissances, les plus touchées par les difficultés démographiques, n'ont pas la capacité d'accueillir des internes à temps plein et participent donc à limiter nos capacités de formation tant quantitativement que qualitativement. Il s'agit d'un véritable cercle vicieux du point de vue démographique : plus une subdivision a une proportion élevée de maternités de moins de 1000 naissances, plus l'attractivité à l'installation et plus les capacités de formation s'en trouvent limitées.

Les situations sont variables entre les subdivisions. Moins de 50 % des structures remplissent les critères nécessaires à l'accueil d'internes dans 16 subdivisions métropolitaines. Le quart Nord-Est (Grand-Est et Bourgogne-Franche-Comté) est particulièrement concerné avec moins de 25% des structures adaptées à la formation des internes dans 4 des 5 subdivisions (Besançon, Dijon, Nancy et Reims).

Déficits démographiques et nombre d'internes : l'avis des coordonnateurs

Pour l'ensemble des coordonnateurs, l'augmentation du nombre d'internes de DES en GO apparaît nécessaire. Malgré l'augmentation régulière du nombre de GO depuis 2012, les tensions démographiques vont en s'aggravant. Plusieurs pistes de réflexion ont été mises en avant lors des entretiens individuels et dans le cadre de réunion du CNU-GO (22 juin et 27 septembre 2021) :

- Les modalités d'exercice évoluent rapidement à la fois d'un point de vue quantitatif et qualitatif : les nouvelles générations de GO semblent rechercher un environnement professionnel garantissant une charge de permanence des soins et une durée globale de travail hebdomadaire répondant aux obligations réglementaires. Par ailleurs, il est constaté une forte augmentation de demandes de postes à temps partiel. Il apparaît dès lors qu'un GO sortant (départ en retraite), le plus souvent à temps plein avec une activité réglée et de permanence des soins dépassant largement les obligations réglementaires, ne pourra dans la plupart des cas pas être remplacé poste à poste. Pour une quantité de travail comparable, plus de GO seront nécessaires dans l'avenir.
- Toutes les structures ne sont pas attractives : hors postes à temps partagé (lorsque les distances sont compatibles), les structures de moins de 1000 naissances ne sont pas attractives, d'autant plus lorsqu'elles sont éloignées des grands pôles urbains. Sur ce point, les coordonnateurs sont unanimes : l'augmentation du nombre d'internes ne peut pas constituer en soi une solution. Cette hypothèse institutionnelle (non écrite mais intégrée dans les réflexions des ORDPS) dite du « ruissellement » repose sur le principe théorique d'un remplissage des postes des maternités les moins attractives qui se ferait dès lors que les postes ne seront plus disponibles dans les plus attractives (alors remplies...). Elle est rejetée par l'ensemble des coordonnateurs. Le constat est celui du renoncement à l'activité hospitalière publique ou privée et à la participation à la permanence des soins en l'absence de poste dans les maternités les plus attractives.
- Ces éléments permettent de comprendre pourquoi les subdivisions avec la plus forte densité de grandes maternités, à même d'accueillir les internes pour leur formation et de proposer des postes attractifs, sont les seules pour lesquelles les coordonnateurs envisagent la possibilité d'accueillir significativement plus d'internes (pour mémoire Bordeaux, Lille, Lyon, Marseille et surtout Paris).

Encadrement universitaire : quelles perspectives ?

Les hospitalo-universitaires, acteurs majeurs de la démographie médicale

Le faible nombre d'universitaires de la discipline GO constitue un des freins importants pour une augmentation significative du nombre d'internes. En effet, une majorité des coordonnateurs questionnés en 2021 indiquaient qu'ils n'avaient pas la capacité d'encadrer plus d'internes notamment pour ce motif.

Absence de lien évident entre prospective HU et besoins de formation

Nous avons mis en évidence une absence de corrélation entre déficits démographiques en GO et nombre de postes d'internes ouverts par subdivision (enquête réalisée par JL Brun en 2019). Cette absence de corrélation est également constatée pour les HU.

Un pilotage strict de la répartition des postes n'apparaît ni faisable ni souhaitable pour les membres de la commission démographie et le président du CNU : une telle politique ferait peser une contrainte supplémentaire sur des cursus en perte d'attractivité et restreindrait les perspectives aux questions de formation, alors que le dynamisme hospitalier et de recherche des équipes constituent également des éléments fondamentaux. Cependant, un suivi d'indicateurs simples (tels que ratios HU / internes) pourrait permettre d'encourager les politiques locales de subdivisions sous-dotées. Par ailleurs, il serait souhaitable que l'augmentation majeure du nombre d'étudiants en médecine et d'internes en GO sur les 20 dernières années s'accompagne également *in fine* d'une augmentation du nombre de HU de la discipline.

Attractivité des carrières HU en GO

Une enquête réalisée en avril 2022 par le CNU-GO a mis en évidence une diminution du nombre de PU-PH, passé de 140 il y a 10 ans à 126 actuellement (avec un ratio hommes / femmes de 108 / 18), le nombre de MCU-PH restant stable. Il a été constaté 12 démissions de PU-PH sur les 10 dernières années.

Le CNU estime qu'au moins 160 postes seraient aujourd'hui nécessaires. La majorité des UFR étaient en difficulté au moment de l'enquête, avec des perspectives de renouvellement des postes négatives à court terme. Les principales causes à l'origine du défaut d'attractivité des carrières HU étaient la charge de travail, les difficultés spécifiques de la discipline GO, une rémunération et un statut jugés non attractifs et des difficultés spécifiques à la réalisation du cursus HU pour les femmes.

Attractivité des carrières HU pour les femmes GO

Données internationales

De plus en plus de femmes exercent la profession de médecin, or elles restent sous-représentées dans les postes hospitalo-universitaires, quel que soit leur spécialité (*Ash et al., 2004, Jena et al., 2015, Kvaener et al., 1999, Sadeghpour et al., 2011, Tesch et al., 1995, Waljee et al., 2015, Wright et al., 2003, Zhuge et al., 2011*). En gynécologie obstétrique, le constat est le même dans les études publiées dans différents pays (*Baecher-Lind, 2012, Hofler et al., 2015, Hofler et al., 2016, Seltzer, 1999*).

Ceci est également vrai en France puisqu'actuellement sur les 126 PUPH de Gynécologie-Obstétrique, seules 18 sont des femmes. En revanche, sur les 14 MCUPH, 8 sont des femmes ce qui laisse penser à une potentielle évolution de la représentation des femmes aux postes HU.

Les hypothèses soulevées pour expliquer la moindre présence des femmes dans les carrières universitaires sont loin d'être consensuelles (*Edmunds et al., 2016*). Cette publication dans le Lancet a motivé 2 travaux de recherche par des internes de Gynécologie-Obstétrique ces dernières années.

Enquête parisienne en 2019

Laura Berlingo (interne DES GO) a fait « l'état des lieux » des motivations et aspirations d'une génération d'internes, en formation à Paris, dans une perspective de genre (*Berlingo et al., 2019*). Parmi les 390 internes réalisant alors leur internat à Paris, 204 (66%) ont répondu au questionnaire, dont 170 femmes (83,3%) et 34 hommes (16,7%) (sex-ratio respecté). Il n'y avait pas de différence significative entre femmes et hommes pour l'ensemble des prérequis à une carrière universitaire (projets ou réalisations de Masters 2, thèses d'université, publication et mobilité). Cependant, les femmes envisageaient significativement moins que les hommes la réalisation d'un post-internat en milieu universitaire ou la poursuite d'une carrière HU. Les femmes avaient moins souvent un « mentor », doutaient plus que les hommes de leurs capacités à mener à bien un cursus HU et déclaraient (pour 40,6 % d'entre elles) avoir subi des discriminations de genre.

Les freins observés sont intéressants à considérer, pouvant permettre de travailler à des leviers d'attractivité : importance d'un mentorat fiable et stable, nécessité de rendre les carrières HU compatibles avec une vie privée équilibrée (charge de travail, intégration des

projets de grossesses), valorisation des missions cliniques en premier lieu (avant les missions de recherche et d'enseignement puis de management).

Enquête lilloise en 2019

Un travail faisant suite à l'étude de Laura Berlingo a été réalisé à Lille en 2019 par Alice Cathelain (*Cathelain et al., 2019*). Parmi les 73 internes sollicités, 63 (86,3%) ont répondu au questionnaire, dont 53 femmes (84,13%) et 10 hommes (15,87%) (sex-ratio également respecté). Les résultats étaient tout à fait comparables. Il a cependant été observé que les internes GO de sexe féminin envisageaient encore moins à Lille qu'à Paris de réaliser une carrière hospitalo-universitaire.

Propositions de la commission

- L'instauration du tutorat dès le début de l'internat devrait permettre de promouvoir les carrières HU et favoriser l'émergence de « mentors – modèles » HU. Ces tuteurs devraient encourager les femmes sur leur légitimité à réaliser une telle carrière, mettre en avant leurs capacités à enseigner, participer à des travaux de recherche et leur proposer des formations adaptées pour les former aux profils requis.
- Des sessions d'information auprès des internes dès le début de leur internat pourraient être organisées pour promouvoir les carrières HU, avec si possible l'intervention de femmes MCU-PH ou PU-PH qui pourraient décrire leur parcours, leur accomplissement professionnel, leur organisation dans la vie quotidienne et familiale...
- Des formations au management pourraient être proposées dès l'internat. Il faudrait promouvoir des formations de management d'équipe comme au sein de certaines entreprises.

Une autre piste de changement serait de repenser le système en clarifiant les temps dédiés à la triple voire quadruple activité, clinique / recherche / enseignement / management, qui caractérise le profil d'un médecin HU. C'est la gestion du temps nécessaire à cette triple/quadruple activité qui fait douter les femmes. Cette dissociation permettrait de diminuer le temps de travail de ceux (hommes ou femmes) qui ne s'engagent pas dans ce type de carrière par crainte de ne pouvoir garantir un équilibre vie privée / vie professionnelle stable ; mais aussi de motiver les femmes qui (dans les différentes enquêtes) sont plus intéressées par l'enseignement que par la recherche et le management.

Formation des futurs gynécologues-obstétriciens : au total

Le nombre d'internes en formation a fortement augmenté depuis le début des années 2000, avec une stagnation relative depuis 2010. La répartition territoriale est objectivement inégale rapportée à la densité de population ou au nombre de naissances des différentes subdivisions. Cependant, l'enquête nationale réalisée auprès des coordonnateurs de DES métropolitains a permis de montrer que le nombre d'internes affectés correspondait dans la majorité des cas aux demandes d'ouvertures de postes formulées aux ORDPS.

Tous les coordonnateurs estiment malgré tout qu'une augmentation du nombre d'internes est nécessaire en raison des évolutions des modes d'exercice des nouvelles générations (quantitativement moindre que pour les générations sortantes). Mais la majorité des subdivisions n'a pas la capacité d'accueillir plus d'internes dans des conditions pédagogiques satisfaisantes en raison d'un nombre insuffisant d'HU dans la discipline et d'une trop forte proportion de petites maternités ne répondant pas aux prérequis de terrains de stage. Seules 5 parmi les plus grandes subdivisions ont aujourd'hui la capacité d'accueillir significativement plus d'internes, dont le nombre pourrait être porté de 210 à 260.

L'ensemble des coordonnateurs alerte sur le fait que l'augmentation du nombre d'internes n'apportera pas de solution aux déficits démographiques des plus petites maternités, aujourd'hui déjà les plus en difficultés, en raison d'un problème majeur d'attractivité.

Évolutions des modalités d'exercice

Les souhaits des internes

Enquête nationale auprès des internes GO en 2018

Une enquête nationale a été réalisée auprès des internes de gynécologie-obstétrique en 2018 (*Honoré et al., 2018*). Au total 207 internes avaient répondu au questionnaire. Leurs réponses confirmaient les observations formulées par les coordonnateurs de DES.

Cette enquête a permis de dégager les éléments suivants, en lien direct avec la problématique de la continuité des soins :

- Type d'exercice : seuls 57 % des internes envisageaient de poursuivre une activité obstétricale, et la poursuite d'une activité de permanence des soins (nuits et week-ends) n'était envisagée que par 50 % d'entre eux au-delà de 50 ans.
- Mode d'exercice : 88,5 % des répondants n'envisageaient pas du tout de travailler en type 1 ; 80 % n'envisageaient pas de travailler dans des structures de moins de 800 naissances (seuil arbitraire utilisé par les auteurs, avec le recul le seuil de 1000 aurait été plus instructif) ; 85 % n'envisageaient pas d'assurer une continuité des soins en obstétrique sous le format d'astreintes à domicile mais uniquement en étant de garde sur place ; 97 % voulaient un anesthésiste sur place, 90 % un pédiatre.
- Quantité de travail : la grande majorité des répondants ne voulait pas assurer plus de 4 à 5 gardes par mois.
- Environnement : 90 % souhaitaient s'installer pour leur cadre de vie et leur cadre professionnel majoritaire dans un environnement citadin (les critères évoqués correspondant à la définition actuelle des métropoles).

L'analyse des réponses montre que la faible attractivité des petites structures est d'origine multifactorielle :

- Aspects professionnels qualitatifs : les plus jeunes souhaitaient conserver une activité variée incluant une part de recours, ils souhaitaient également pouvoir échanger avec des collègues surspécialisés dans différents domaines. Les type 1 et les plus petites structures ne remplissent pas ces exigences.
- Aspects quantitatifs : un nombre de gardes contenu en-dessous de 5 par mois était une grande priorité, de même que le respect du repos de sécurité. A nouveau, seules

des équipes étoffées (plus de 7 praticiens participant de façon équitable à la permanence des soins) peuvent garantir ces prérequis.

- Sécurité des soins : le système d'astreinte à domicile (en première ligne – à différencier de l'astreinte de sécurité de deuxième ligne venant compléter une ligne de garde) était rejeté par la majorité d'entre eux, il en était de même pour l'éventuelle collaboration avec des anesthésistes et pédiatres eux-mêmes d'astreinte.

Finalement, les souhaits des internes se portaient sur les maternités de type 2 et 3 avec des équipes de taille suffisante pour garantir un nombre contenu de gardes sur place.

Résultats d'une enquête ARS en 2020 chez les internes de GO des Hauts-de-France

En 2020, une enquête a été menée chez les internes de GO des Hauts-de-France, 33 d'entre eux avaient répondu. Seuls 18 % envisageaient une activité obstétricale exclusive et 33 % une activité mixte alors qu'ils étaient 39 % à souhaiter une activité exclusive en chirurgie. Le taux de 51 % d'internes envisageant de poursuivre une activité obstétricale était ainsi en cohérence avec la précédente enquête nationale. Plus que la proximité avec leur lieu de résidence, les facteurs les plus importants concernant le choix d'établissement pour leur exercice futur étaient la cohésion d'équipe, la charge de travail et de permanence des soins et la rémunération.

[La réalité des pratiques des jeunes praticiens](#)

Les jeunes générations de gynécologues-obstétriciens ont un profil, des aspirations et un parcours différents de leurs aînés. Alors que les gynécologues-obstétriciens amenés à prendre leur retraite dans les 5 prochaines années sont le plus souvent de sexe masculin avec une pratique de l'obstétrique et une participation à la permanence des soins jusqu'à leur fin de carrière, les jeunes praticiens, plus souvent de sexe féminin, aspirent à un meilleur équilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée et changent souvent d'activité après quelques années de pratiques de l'obstétrique. Selon l'Atlas de la démographie médicale de l'Ordre des Médecins publié en 2018, les femmes représentent actuellement 51 % des gynécologues-obstétriciens (47 % des effectifs de médecins). Ainsi la GO fait partie des spécialités chirurgicales les plus féminisées. L'âge moyen des gynécologues-obstétriciens en exercice en France (47 ans en moyenne) est plus faible chez les femmes que chez les hommes (42 versus 53 ans).

Enquête nationale auprès de jeunes gynécologues-obstétriciennes en 2020

Dans sa thèse, soutenue en 2020, le Dr Breteau (Rouen) a réinterrogé des femmes GO sur leur parcours professionnel après une première enquête réalisée 17 ans plus tôt, alors qu'elles étaient en début d'internat. L'âge moyen des 206 femmes de cette étude était de 47 ans avec un taux de réponses à l'enquête de 67 %. Cette enquête ne portait que sur le parcours des femmes. Néanmoins, les femmes représentant plus de la moitié des gynécologues obstétriciens aujourd'hui, et plus de 90 % des gynécologues obstétriciens en formation, ce travail apporte des données très intéressantes pour comprendre les difficultés des maternités, présentes et à venir.

La majorité des répondantes avaient une activité libérale exclusive (43.2 % des femmes), 28.6 % d'entre elles une activité publique exclusive et 18 % une activité mixte publique et libérale. Les modes d'exercice étaient différents de la population générale des gynécologues-obstétriciens puisque l'on comptait au moment de l'enquête 40 % de gynécologues-obstétriciens salariés, 36 % installés en libéral et 23 % ayant une activité mixte. Les femmes, en seconde partie de carrière, s'installent donc plus souvent en libéral. Cette installation en libéral est souvent exclusivement dans un cabinet de consultation. Ce mode d'exercice est aussi différent de celui qu'elles envisageaient lors de leur internat. En 2003, les internes s'orientaient majoritairement vers le secteur public ou une activité mixte. Le secteur privé ou libéral n'attirait qu'une minorité d'entre elles (12.8 %).

Par ailleurs, 45.6 % des femmes ayant répondu à l'enquête ne pratiquaient plus d'accouchements. En moyenne, elles ont arrêté l'obstétrique 11.4 années (écart-type \pm 4.4 ans) après avoir été reçues à l'internat, à l'âge moyen de 36.6 ans (écart-type \pm 4.7 ans). De plus, 23 % des répondantes envisageaient d'arrêter la pratique de l'obstétrique dans un futur proche et une majorité de femmes envisageaient d'arrêter les gardes avant leur fin de carrière (43.4 %). Pour 58 % des femmes qui avaient arrêté l'obstétrique, le motif étaient qu'elles trouvaient cette pratique trop contraignante ; 18,4 % ont arrêté l'obstétrique car c'était un aspect de la spécialité qu'elles n'appréciaient pas dès leur internat ; 7.1 % ont arrêté par crainte du médico-légal. Pour 26.5 % des femmes, l'activité d'obstétrique a été arrêtée car leur installation ne leur permettait pas de poursuivre.

La très grande majorité des femmes interrogées déclaraient que la pratique de l'obstétrique était moyennement compatible avec une vie de famille épanouie (67 %) et 8.7 % d'entre elles pensaient qu'elle était même totalement incompatible. Enfin, les femmes

interrogées ont déclaré subir des pressions fréquentes de leur entourage qui leur reprochait une vie professionnelle trop prenante : 76,2 % ont subi de telles pressions (de leurs enfants dans 22,8 % des cas, de leur mari dans 14,1 %, des deux dans 40,3 % et d'une autre personne dans 12.6 % des cas). Même si les mentalités ont évolué, les femmes demeurent donc encore souvent dans l'obligation de choisir des orientations de carrière spécifiques leur permettant de trouver un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

Même si cette enquête était ciblée sur les femmes, elle donne des renseignements sur l'évolution de l'exercice de la gynécologie-obstétrique. En effet, les internes de sexe féminin sont majoritaires actuellement (plus de 90 %) et la profession va donc continuer à fortement se féminiser. Enfin, la remise en question de l'ancien modèle du médecin dévoué corps et âme et constamment disponible pour ses patientes est observée quel que soit le sexe et quelle que soit la spécialité dans les jeunes générations. La qualité de vie, l'accomplissement personnel, la réduction du temps de travail influent énormément sur les choix de carrière professionnelle pour des médecins qui n'hésitent plus maintenant à changer de mode d'exercice en cours de carrière. Certains modes d'exercice qui permettent d'échapper aux contraintes de la spécialité sont de plus en plus choisis en milieu de carrière mais aussi dès la fin de l'internat. La permanence des soins et l'activité d'obstétrique étant perçues comme particulièrement contraignantes, les gynécologues-obstétriciens s'orientent vers une pratique plus compatible avec un épanouissement personnel comme l'installation dans un cabinet libéral avec une activité de consultation exclusive.

Enquête auprès des jeunes praticiens des Hauts-de-France en 2021

En 2021, une autre enquête a été réalisée dans les Hauts-de-France sur les internes formés dans la région de 2003 à 2019 : 162 gynécologues obstétriciens ont répondu sur les 199 sollicités. L'âge médian de la population était de 37 ans (34-40) avec une durée médiane d'exercice de 7 ans. Les femmes représentaient 83 % de la population ; 96,3 % ont pris un poste dans une maternité publique après leur internat (majoritairement dans une maternité de type 3 (60,4 %) ou de type 2 (32 %)). La proportion de gynécologues-obstétriciens travaillant dans une maternité publique baissait au cours du temps. Ils n'étaient plus que 69,2 % après leur post internat et 41 % lors de leur 3^{ème} poste. Il était observé un taux de mobilité important (changements de structures) dès les premières années d'exercice. Les maternités de type 1 étaient peu attractives (1,9 % des postes choisis après l'internat), de même pour les structures de moins de 1000 naissances (10,5 % des choix de postes).

Au moment de l'étude, 79,63 % des gynécologues-obstétriciens interrogés faisaient encore de l'obstétrique. Néanmoins, plus leur carrière avançait, plus l'obstétrique était abandonnée (95 % au moment du post-internat contre 43 % lors de leur 4^{ème} poste) au profit essentiellement de la gynécologie médicale (27 % en post internat / 49,23 % lors de leur 3^{ème} poste). De même, on notait une réduction du temps de travail. Alors qu'ils étaient tous à 100 % après leur internat, 16 % d'entre eux avaient réduit leur temps de travail dès leur second poste et 30 % au troisième poste. Concernant la permanence de soins, 79,6 % prenaient encore des gardes au moment de l'étude. Néanmoins, 21,7 % avaient le souhait d'arrêter et 18,6 % l'envisageaient. Parmi eux, 42 % le déclaraient souhaiter le faire dans les 5 ans ; 50 % avaient arrêté les gardes moins de 5 ans après la fin de leur internat et 37,5 % entre 5 à 10 ans.

Enquête ARS Hauts-de-France 2020

D'autres données ont été recueillies par l'ARS des Hauts-de-France en 2020, concernant les praticiens travaillant en périnatalité dans les établissements publics de la région (n=31) (gynécologues-obstétriciens, anesthésistes et pédiatres) : 190 praticiens ont répondu dont 154 praticiens titulaires. Les femmes représentaient 69 % des praticiens titulaires (PH, PUPH) contre 89 % chez les praticiens non titulaires (CCA, assistants) ; 47 % signalaient vouloir quitter leur établissement dans les 3 ans. Ils étaient plus souvent insatisfaits de : 1. La charge de travail et de gardes, 2. La rémunération, 3. L'équilibre entre la vie professionnelles et la vie privée, 4. La qualité de vie au travail. Les principales causes de leur souhait de quitter l'établissement étaient la charge de travail et de gardes (76 %), la rémunération (56 %), le manque de reconnaissance de leurs compétences (46 %) et les difficultés relationnelles avec leur administration (43 %).

La permanence de soins était vécue comme une contrainte et serait plus facile à accepter pour 70 % des praticiens s'ils avaient moins de garde le WE ou les jours fériés et si la rémunération était plus importante (62 %). Parmi les répondants, 39 % signalaient la présence d'un interne en garde et 29 % moins de gardes par mois comme facteur de meilleure acceptation de la PDS ; 54% des praticiens avaient changé au moins une fois d'établissement dans leur carrière. Les raisons du changement étaient différentes s'ils avaient changé il y a plus de 5 ans ou non. Pour ceux qui avaient changé d'établissement, les éléments qui auraient pu les faire rester dans leur établissement auraient été une charge de travail et de PDS moins lourde, une meilleure reconnaissance de leurs compétences et une meilleure rémunération.

Par ailleurs, parmi les praticiens qui n'avaient jamais changé d'établissement, le facteur le plus important était pour eux leur bonne intégration à l'équipe (80 %) et la diversité de l'activité clinique (69 %).

Au total, après une activité obstétricale en établissement public dans le début de carrière les gynécologues-obstétriciens s'orientent ensuite souvent vers une activité moins contraignante. La charge de la permanence de soins est la principale cause de l'arrêt de l'activité obstétricale dans un souci de trouver un meilleur équilibre entre la vie personnelle et professionnelle. La qualité de vie au travail et l'amélioration des conditions de la permanence de soins (lourdeur, fréquence et activité pendant la garde) et une meilleure rémunération sont donc des facteurs essentiels pour fidéliser les praticiens dans leur établissement et permettre la poursuite de l'activité d'obstétrique.

Évolutions des souhaits et modalités d'exercice : au total

Les données collectées auprès des praticiens et des internes sont concordantes et 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.

Il apparaît dès lors absolument nécessaire de renforcer l'attractivité :

- De la participation à la permanence des soins. Les deux axes d'amélioration principaux sont une forte revalorisation financière et la garantie d'un nombre modéré de gardes, atteignable uniquement par le redimensionnement des équipes.
- De l'activité hospitalière au sein d'équipes publiques ou privées : par une réflexion managériale visant à améliorer la qualité de vie au travail (charge de travail, management médical et administratif, souplesse des organisations, stabilité des équipes) et une revalorisation financière.

Le phénomène de burn-out en Gynécologie-Obstétrique

Burn-out : définition, situation en GO

Le nombre de professionnel de santé en arrêt de travail ou se suicidant ne cesse d'augmenter chaque année du fait du syndrome d'épuisement professionnel ou burn-out, qui est un état de stress chronique lié au travail. Le suicide est la seule cause de décès qui soit plus élevée chez les médecins que chez les non-médecins. Comparativement aux non-médecins, les médecins hommes présentent un risque accru de 40 % de décès par suicide (OR : 1,41), et les femmes médecins un risque multiplié par plus de 2 (OR : 2,27). Or comme nous l'avons souligné précédemment il existe une féminisation de la profession médicale, qui est beaucoup plus marquée en GO, pouvant expliquer l'incidence plus élevée de burn-out dans cette spécialité. En effet, le taux de burn-out est de 50 à 75 % en milieu obstétrical, un des plus élevés (pour 30 à 62,3 % chez les anesthésistes-réanimateurs par exemple).

Le burn-out a particulièrement été décrit chez les professionnels impliqués dans l'aide à autrui. Les symptômes sont variés et non spécifiques : fatigue, irritabilité, trouble du sommeil, anxiété. Il comprend 3 composantes précises résultant d'un stress chronique au travail : un épuisement émotionnel, une dépersonnalisation avec le développement d'une attitude cynique, et une diminution de l'accomplissement personnel. Le burn-out est évalué par un score validé, le Maslach Burnout Inventory (MBI) et correspond à un déséquilibre entre les efforts fournis dans le travail et les récompenses, avec des réactions pathologiques sur les plans émotionnel et physique.

Les causes de burn-out

Le burn-out est l'état évolutif d'un mal-être progressif pris en charge souvent trop tard. Les facteurs de risques de burn-out peuvent être divisés en 3 groupes : les stressors organisationnels, les stressors inter-individuels, les facteurs individuels.

- *Les stressors organisationnels*

Parmi les stressors organisationnels, on retrouve principalement le contenu de l'activité avec une surcharge de travail. Sur ce plan, 63 % des gynécologues-obstétriciens travaillent 50 heures et plus par semaine. Les interruptions de tâche, les responsabilités, le rythme des tâches à effectuer, la pression du temps, les horaires imprévisibles qui entraînent une impossibilité de contrôler son activité sont également des causes de burn-out retrouvées dans

52,6 % des cas chez les GO. A cela se surajoute l'activité de permanence des soins faite de gardes de nuit, avec 5 à 7 gardes par mois pour 46,8 % des GO, entraînant un score élevé de burnout pour 43,2 % d'entre eux. A noter, que 13,9 % des GO assurent plus de 8 gardes par mois (*étude SESMAT 2009*).

Les solutions à mettre en œuvre pour limiter l'exposition des professionnels aux stressors organisationnels sont cohérentes avec les précédentes observations. La majorité de ces facteurs sont en lien avec une charge de travail global et de permanence des soins trop élevées. Les plus jeunes font le choix de structures suffisamment grandes pour que le dimensionnement des équipes leur apporte des garanties suffisantes en termes de contrôle des charges de travail. Lorsque les conditions ne sont pas réunies, ils renoncent à l'activité de garde et/ou hospitalière via l'installation en cabinet.

- *Les stressors inter-individuels*

Le milieu hospitalier actuel est le lieu d'une cohabitation entre différentes générations pouvant être à l'origine de facteurs de risque de burn-out inter-individuels. En effet, les services font cohabiter les générations X (1960), Y (1980) et Z (1990). On retrouve principalement des difficultés de communication à l'origine des conflits, avec un poids de la hiérarchie, une dévalorisation du travail, des différences de conditions de travail homme-femme pouvant être à l'origine de burn-out. Tout cela est influencé par le contexte, en particulier les rôles mal définis dans une équipe, l'isolement et le manque de soutien social, les conflits entre la vie privée et professionnelle, l'insécurité.

La qualité du management des équipes paraît également primordiale et n'est pas garantie par la taille de celles-ci : organisation générale, responsabilités, contrôle de son activité sont des éléments majeurs à prendre en compte. Il apparaît d'emblée illusoire d'imposer un cadre organisationnel rigide aux nouvelles générations de GO.

- *Les stressors individuels*

L'hyper-connectivité est aujourd'hui un stressor individuel majeur. En effet, un professionnel de santé hyperconnecté va être plus vulnérable au burn-out car cette sollicitation permanente va l'empêcher de se reposer. Les réseaux sociaux permettent également aux patientes de parler de leur prise en charge et de donner un avis sur les professionnels. Ces dernières années le gynéco-bashing a été extrêmement important et a beaucoup ébranlé la spécialité (« violences obstétricales », « Le livre noir de la gynécologie obstétrique »...). Il s'agit d'un important stressor individuel, auquel il va falloir être attentif pour le bien-être des jeunes

GO. Il faut également mettre en avant l'effet miroir auquel sont sujets les professionnels de santé confrontés à l'état de détresse des patients, en particulier en obstétrique et en chirurgie, qui pourrait être un facteur déclenchant de burn-out. En effet, jusqu'à présent aucune formation n'était dispensée au cours des études médicales pour apprendre à gérer les annonces difficiles et graves. Cela commence à évoluer avec la réforme du second cycle des études médicales et la réalisation plus fréquente de séances de simulation à l'annonce au cours du 3ème cycle. Selon les médecins, la dernière situation stressante qu'ils ont vécue est un incident avec un patient dans 68 % des cas. Il existe une explosion du nombre de conflits portés devant les tribunaux, avec un prix croissant des assurances juridiques, une approche contestataire et procédurière des patientes entraînant un stress et une perte de repères des professionnels.

Burn-out en GO : au total

Lorsque l'on considère les facteurs de risque de burn-out, il est logique que les GO soient particulièrement exposés : charge de travail globale trop élevée, nombre de gardes, instabilité organisationnelle en lien avec les déficits démographiques, management des équipes souvent rigide et inadapté aux aspirations des nouvelles générations, gynéco-bashing, pression des réseaux sociaux (y compris par des patientes à titre individuel), gestions de situations à charge émotionnelle élevée, engagement fort de la responsabilité individuelle des praticiens, risque médico-légal.

Les choix ou souhaits d'exercice des plus jeunes peuvent être considérés comme une prévention ou un éloignement de ces facteurs de risque. Cela peut expliquer que seuls 57% des internes envisagent de poursuivre une activité obstétricale et que parmi eux seuls 50% poursuivront l'activité de permanence des soins au-delà de 50 ans. Tout cela va dans le sens des résultats de l'enquête nationale réalisée auprès des internes de GO puisqu'un nombre de garde inférieur à 5 par mois est pour eux une priorité absolue.

Les futurs GO refusent de s'installer dans des petites structures du fait des faibles effectifs de celles-ci engendrant un grand nombre de facteurs de risque de burn-out (surcharge de travail, responsabilités, activité de permanence des soins avec un nombre de gardes de nuit supérieures à 5 par mois).

Une enquête réalisée par Margaux Merlier (Lille) auprès des membres du CNGOF en 2022 a recueilli 461 réponses. Les facteurs de risques principaux de burn-out ont été confirmés : faible nombre de praticiens au sein de l'équipe, faible salaire, charge de gardes.

Au final, chaque situation de burn-out a une solution différente, mais qui comprendra toujours une approche organisationnelle visant une diminution des stress dans son environnement de travail (durée et surcharge de travail, nombre de garde/mois), une approche collective prenant en compte le fonctionnement du groupe et une approche individuelle centrée sur les stratégies d'adaptation personnelle. Tout cela est en lien avec les désirs des internes souhaitant travailler dans des structures avec des équipes en nombres (maternité de niveau 2 et 3) et un management sécurisant.

Démographie des gynécologues-obstétriciens : évaluation de l'état réel des maternités françaises

Les auditions auprès des différentes instances ont permis de confirmer l'absence de pilotage organisé de l'état des équipes au sein de chaque maternité. Seules les directions d'établissements disposent des informations, qui ne sont collectées de façon systématique ni par les ARS ni par les réseaux.

Une enquête a été réalisée de juin 2020 à juillet 2021 auprès de toutes les maternités métropolitaines de type 1, 2 et 3, publiques, privées, ou mixtes, pour obtenir les informations suivantes : nombre d'accouchements au cours de l'année 2018 ; nombre et type d'équivalents temps plein (ETP) en activité sur la structure ; nombre de gardes sur place ou d'astreintes ; nombre de gardes par sénior par mois ; ratio du nombre d'accouchements en fonction du nombre d'ETP ; recours à l'intérim de façon ponctuelle ou régulière pour remplir le tableau de garde ; nombre de séniors de plus de 50 ans ; nombre de postes vacants ; nombre de départs à la retraite dans les 5 ans ; fermeture de la structure si celle-ci était prévue ; types d'agrément de formation des internes.

L'objectif principal de cette enquête était d'évaluer les tensions démographiques au sein des structures. Le critère de jugement principal était un critère composite formé de 3 items : 1) recours aux intérimaires (même ponctuel) ; 2) plus de 5 gardes par mois par gynécologue-obstétricien senior ; 3) Moins de 5 (tension sévère) à 7 ETP (tension modérée) en gynécologie-obstétrique. Une maternité en tension démographique modérée ou sévère présentait au moins deux de ces critères.

Les résultats ont pu être collectés pour 142 maternités totalisant 245854 accouchements, ce qui représentait 30 % des maternités en France et 35 % des accouchements. Ils ont été traités et présentés dans le cadre de la thèse d'exercice de Sophia Ouarghidi (Bordeaux) en 2021. Cet échantillon était représentatif des maternités françaises en termes de type de structure et de nombre d'accouchements : 33 % de types 1 assurant 40996 accouchements (17 % de l'échantillon étudié), 49 % de types 2 pour 123999 accouchements (50 % de l'échantillon étudié) et 18 % de types 3 pour 80 859 accouchements (33 % de l'échantillon étudié).

Une tension démographique sévère était rapportée pour 40 % des maternités, ce qui correspondait à 22 % d'accouchements réalisés au sein de maternités en tension sévère. Une

tension démographique modérée à sévère était rapportée pour 48 % des maternités, soit 27 % d'accouchements en maternité en tension modérée à sévère.

Des disparités importantes existaient selon le type de maternité et le nombre d'accouchements (Tableau 3). Trois quarts des maternités de type 1 étaient en tension démographique, pour 90 % des maternités faisant moins de 1000 accouchements par an. Près de la moitié des maternités de type 2 étaient en tension modérée à sévère. A l'inverse les grosses maternités (type 3 et/ou déclarant plus de 2000 naissances) ne semblaient que peu impactées.

	Tension sévère	Tension modérée à sévère
Types de maternité		
1 (n=47)	34 (72 %)	37 (79 %)
2 (n=70)	22 (31 %)	30 (43 %)
3 (n=25)	1 (4 %)	1 (4 %)
Nombre d'accouchements		
< 1000 (n=45)	38 (84 %)	41 (91 %)
1000 – 2000 (n=48)	16 (33 %)	23 (48 %)
> 2000 (n=49)	3 (6 %)	4 (8 %)

Tableau 3 : tensions démographiques au sein des maternités par type et nombre d'accouchements.

Si l'on considère isolément les 3 composants du critère de jugement, 44 % des maternités faisaient appel à des intérimaires pour assurer la permanence des soins : 68 % des types 1, 40 % des types 2 et 8 % des types 3 ; 76 % des maternités assurant moins de 1000 accouchements, 42 % de celles en assurant de 1000 à 2000 et 16 % de celle en assurant plus de 2000. Un nombre de gardes par senior et par mois supérieur à 5 était observé dans 62 % des maternités. Le nombre moyen de gardes par senior et par mois était de 7.9 pour les types 1 et de 4.8 pour les types 3. Concernant les ETP, 42 % des maternités en avaient moins de 7 27 % moins de 5. Les maternités de type 1 avaient un nombre d'ETP en moyenne 3 fois plus faible que celles de type 3.

Si l'on considère les 11 maternités de moins de 500 accouchements (363 en moyenne), dont 10 de type 1, toutes étaient en tension démographique avec une moyenne de 2,5 ETP (1,5-3,6) et un nombre moyen de gardes par mois par praticien de 10 (5-15).

Lorsque l'on étudiait la démographie sur le plan territorial, 18 % des maternités répondantes d'IDF étaient en tension démographique sévère contre 45 % dans le Nord et 48 % dans le Sud.

Au total, la tension démographique des maternités était inversement proportionnelle à leur type et à leur nombre d'accouchements. Les régions de province étaient significativement plus touchées par les difficultés démographiques que l'IDF, et il n'apparaissait pas d'impact directement liée à une meilleure attractivité territoriale du Sud supposée par rapport au Nord de la France.

Pistes de travail – propositions de la commission

Renforcer le pilotage de la démographie et de l'état des structures

Le suivi démographique devrait être renforcé à la fois d'un point de vue qualitatif et quantitatif. En effet, les données habituellement recueillies par les instances nationales ou régionales ne permettent pas d'appréhender la situation réelle des structures et les pratiques individuelles des médecins GO, notamment leur participation à la permanence des soins. En l'absence d'un recueil prospectif organisé, il est impossible de collecter ces données de manière exhaustive. Nos travaux et conclusions reposent ainsi sur des données représentatives (et tout à fait cohérentes avec le vécu des différents professionnels auditionnés) mais parcellaires.

L'ONDPS n'a pas la capacité de collecter et traiter les données manquantes. Le champ de ses missions permet certes de disposer d'une vue d'ensemble et interdisciplinaire, mais est incompatible avec une analyse fine de chaque discipline ou parcours de soin.

Le CNOM et les fédérations partagent nos conclusions et manifestent le souhait de disposer d'informations régulièrement mises à jour, mais n'ont pas la capacité de nous accompagner (moyens humains et financiers) dans la réalisation de ces travaux à court terme.

Les solutions envisagées, qui chacune nécessitent un engagement politique fort et la mise à disposition de moyens adaptés, sont :

- Suivi individuel des praticiens : mise en place d'un questionnaire démographique permettant de disposer d'informations précises quant au type, au mode et au(x) lieu(x) d'activité à remplir obligatoirement lors du renouvellement d'inscription annuelle à l'ordre de médecine par chaque GO. Le traitement de ces données nécessitera cependant un renforcement des moyens du CNOM.
- Suivi de l'état des structures : renseignement d'un questionnaire de ressources humaines détaillées et d'organisation de la permanence des soins pour toutes les maternités autorisées (à remplir de façon conjointe et détaillée par la direction et les médecins responsables d'équipes), à renouveler annuellement et à transmettre à l'ARS et au réseau périnatal local.
- Mise en place d'un suivi spécifique pour les trois disciplines de médecins de la périnatalité (GO, pédiatres et anesthésistes) et les sage-femmes au sein de chaque

ORDPS, avec association systématique d'un professionnel de chaque discipline, désigné par les réseaux de périnatalité.

- Mise en place d'un groupe de travail permanent sur la thématique de la périnatalité au sein de l'ONDPS, associant des représentants de chaque discipline.

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

Les freins sont bien identifiés. Afin de renforcer l'attractivité, les axes proposés par la commission sont :

- 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.

Formation des internes

Le nombre d'internes GO doit encore augmenter. Il est aujourd'hui impossible de proposer un chiffre cible reposant sur des projections démographiques, pour les multiples raisons développées dans ce rapport. 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. Les pénuries déjà existantes, mais également l'évolution des pratiques, du temps de travail, de la charge de gardes acceptable et de l'arrêt des gardes à mi carrière pour une part importante des internes rend cette augmentation absolument nécessaire.

Il faut également renforcer l'attractivité de la participation à la permanence des soins dès l'internat en activant les mêmes leviers d'attractivité que pour les GO seniors.

Enfin, l'attractivité des carrières HU doit être également renforcée afin de garantir nos 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).

Perspectives – travaux à venir

État des lieux de la pédiatrie de maternité et de l'anesthésie obstétricale

Nous constatons au quotidien des difficultés au moins comparables en termes de ressources médicales pédiatriques et anesthésiques au sein des maternités. Les points communs avec la GO sont multiples, notamment la pénibilité et la faible attractivité du travail en maternité en grande partie liées à la permanence des soins. Un travail spécifique doit cependant être également réalisé pour ces deux disciplines. Nous rencontrerons les responsables de la SFN (Société Française de Néonatalogie), de la SFAR (Société Française d'Anesthésie Réanimation) et du CARO (Club d'Anesthésie Réanimation en Obstétrique) au dernier trimestre 2022.

Aspects interprofessionnels : gynécologues médicaux, médecins généralistes, sages-femmes

L'interface majeure pour le sujet de la permanence des soins (naissances et urgences gynécologique) est avec les sage-femmes. Leur profession connaît également d'importants problèmes de tensions démographiques avec également des fermetures provisoires en lien avec le manque de sage-femmes dans certaines maternités. La question du renforcement de l'attractivité de l'activité de soins en maternités et notamment en salle de naissance est ici aussi primordiale. Il est absolument nécessaire de réaliser en commun un travail de fond sur le dimensionnement des équipes en fonction des types et tailles de maternités, en prenant en compte la part des urgences gynécologiques et activités de recours.

Les interfaces avec gynécologues-médicaux et médecins généralistes concernent des activités majoritairement ambulatoires (suivi, prévention, mais également prises en charge de pathologies médicales de la femme) et n'ont pas été abordées dans ce premier rapport centré sur la problématique de la permanence des soins. Elles feront l'objet des travaux à venir.

Approche de la santé de la femme au sens large : chirurgie, IVG, prévention, AMP...

L'offre de soins de maternité et d'urgences gynécologiques doit être adaptée aux évolutions de la médecine, de la sécurité attendue en termes de moyens humains et techniques, tous deux en liens avec les aspirations des nouvelles générations de GO. Leurs aspirations doivent

être entendue dans une approche pragmatique et réaliste du point de vue de la démographie médicale.

Les autres champs de compétence des GO doivent également faire l'objet d'un tel travail afin d'aborder de manière plus exhaustive la question de la santé des femmes au sens large du terme.