



PARI(S) SANTÉ FEMMES

11-12-13 MAI 2022

Paris Convention Center - Porte de Versailles

Le congrès scientifique de référence de la Santé des Femmes

DOSSIER DE PRESSE

Contacts presse :

MHC – FINN Partners

sante@finnpartners.com

Marie-Hélène Coste 06 20 89 49 03

Véronique Simon-Cluzel 06 68 86 32 30

Aurélia Adloff 06 89 38 94 70

Programme - Conférence de presse 11 Mai 2022

- **Loi de bioéthique en pratique : entre progrès et casse-tête**, par **Joëlle Belaisch Allart** (Saint-Cloud), présidente du CNGOF
- **Maternités en danger**, par **Cyril Huissoud** (Lyon), secrétaire général du CNGOF et **Olivier Morel** (Nancy), président de la commission démographie du CNGOF
- **IVG et allongement du délai, quelles questions et quelles implications ?** par **Geoffroy Robin** (Lille), secrétaire général du CNGOF



PARI(S) SANTÉ FEMMES

11-12-13 MAI 2022

Paris Convention Center - Porte de Versailles

Le congrès scientifique de référence de la Santé des Femmes

La loi de bioéthique en pratique : entre progrès et casse-tête

Par Joëlle Belaisch-Allart (Saint-Cloud)

Présidente du CNGOF

Après une très longue gestation, la loi dite de bioéthique a enfin été adoptée par l'Assemblée nationale le 29 juin 2021 puis **promulguée le 2 août 2021**. Certes, le Covid a tout ralenti mais, pour rappel, la première version du projet de loi avait été présentée en Conseil des ministres le 24 juillet 2019 et adoptée par l'Assemblée nationale à l'automne 2019, soit presque 2 ans plus tôt. Pourquoi un tel délai ? La loi a fait des allers et retours entre l'Assemblée nationale et le Sénat ; celui-ci, majoritairement opposé au gouvernement, prenant un malin plaisir à détricoter les mesures phares chères au gouvernement. Il n'y a pas eu d'accord possible entre les 2 chambres et, les députés, ayant le dernier mot, ont adopté le projet de loi en troisième lecture. Puis, une saisine du Conseil Constitutionnel par 80 députés a encore retardé la promulgation au 2 août 2021 et la publication au Journal officiel au 3 août 2021. Il manque encore quelques décrets d'applications mais beaucoup ont déjà été publiés.

Même si, petit à petit, la loi commence à s'appliquer, nombre de professionnels de l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) restent dubitatifs, circonspects, voire déçus par cette loi. En théorie, la mesure phare de la loi - celle qui a quasiment masqué tous les autres points - **l'accès à l'AMP pour les couples de femmes et les femmes seules** - dénommées femmes non mariées dans le texte - est actée et ces femmes commencent à être prises en charge. En pratique, celles-ci consultent leurs gynécologues, les centres d'AMP ou parfois directement les banques de sperme (en France seuls les 31 CECOS sont autorisés à cette activité). Ils réalisent le bilan, jugent si une simple insémination avec sperme de donneur suffit, ou bien s'il est préférable de recourir directement à la FIV. Ensuite, ces femmes seront adressées au CECOS le plus proche pour obtenir la précieuse paillette de sperme. Actuellement, lorsque nous adressons nos couples hétérosexuels aux CECOS, le délai moyen d'attente pour obtenir des paillettes est de 1 an, voire 18 mois. L'Agence de Biomédecine (ABM) avait estimé que l'ouverture aux couples de femmes ou aux femmes seules allait entraîner 2000 demandes supplémentaires. En fait, elle a annoncé depuis dans les comptes de suivi de l'application de la loi, qu'au 31 décembre il y avait eu **6 800 nouvelles demandes, dont 47% provenaient de couples de femmes et 53 % de femmes seules, dites non mariées**.

Avec quelles réserves les CECOS vont-ils pouvoir faire face à ces demandes sans allonger les délais ? Nul n'imagine que ces femmes seraient prioritaires sur les couples hétérosexuels. On devine que nombre de femmes, notamment les plus âgées, pour ne pas attendre et perdre des chances de grossesse vont continuer à prendre le Thalys pour bénéficier d'une insémination en Belgique avec du sperme qui provient bien souvent des banques... danoises ! Dans ces banques, les donneurs sont rémunérés, ce qui reste interdit en France, mais ils ont beaucoup de donneurs.

Autre pseudo ouverture : **l'autorisation de l'autoconservation ovocytaire**. La loi l'autorise, ou plutôt, lui entrouvre la porte. Seuls les établissements publics ou privés non lucratifs pourront, *lorsqu'ils y sont autorisés*, la pratiquer. Il s'agit de nouvelles autorisations cliniques et biologiques que les centres d'AMP devront demander aux ARS : des autorisations distinctes de l'autorisation de préservation de la fertilité pour raisons médicales que détiennent seulement une quarantaine de centres en France et des autorisations soumises aux SROS qui limitent le nombre de centres d'AMP dans notre pays, ce qui ne sera revu qu'en 2023. En attendant, un décret paru le 30 décembre 2021 a donné des autorisations provisoires aux centres ayant déjà l'autorisation de préservation pour raisons médicales et aux centres ayant l'autorisation de don d'ovocyte qui étaient déjà habilités à l'autoconservation d'une partie des ovocytes, pour les donneuses qui le souhaitent. Pourquoi éliminer les centres privés qui réalisent plus de la moitié des tentatives d'AMP en France et qui auraient pu assurer une grande partie de ces autoconservations sans raisons médicales ? Pour restreindre encore plus cette autorisation d'autoconservation, elle n'est possible que dans une tranche d'âge définie par décret du 28 septembre 2021, soit à partir de 29 ans et avant 37 ans. Là encore, le tourisme procréatif en Espagne ou en Belgique vers des centres privés (ceux qui n'auront pas le droit en France de réaliser l'autoconservation) a de beaux jours devant lui. Cette limite d'autorisation risque d'encourager les femmes de 37 ans et plus, momentanément seules, à tenter de faire un enfant tout de suite (puisque la loi les y autorise jusqu'à 43 ans par FIV et 45 ans par insémination) de peur de ne jamais en avoir.

Enfin, la **différence de limite d'âge entre FIV et insémination** est incompréhensible pour les professionnels. Les ponctions d'ovocyte en vue de FIV ou d'ICSI ne sont autorisées que jusqu'au 43ème anniversaire de la femme car les résultats sont trop mauvais après, les ovocytes devenant de plus en plus chromosomiquement anormaux avec l'âge. Le problème est que les résultats des inséminations sont, eux aussi, catastrophiques après 40 ans. On a le sentiment que

le gouvernement a cédé aux pressions des couples de femmes ou des femmes non mariées les plus âgées sans tenir compte de la chute inéluctable avec l'âge des résultats de tous les traitements. La quasi-totalité des professionnels affirment qu'ils ne feront pas d'inséminations après 43 ans. Il faudra proposer à ces femmes le recours au double don d'ovocytes et spermatozoïdes pour qu'elles aient de réelles chances d'obtenir une grossesse.

Passons sur les multiples **refus de la loi** : pas de diagnostic pré-implantatoire pour les femmes de plus de 38 ans ; on continuera donc à privilégier les marqueurs sériques puis la recherche d'ADN fœtal circulant dans le sang maternel, puis l'amniocentèse puis, en cas d'anomalie, l'Interruption Médicale de Grossesse. Mieux vaut, semble-t-il, détruire un fœtus anormal qu'un embryon anormal de quelques cellules, sans compter les multiples transferts inutiles d'embryons chromosomiquement anormaux des femmes de 40 ans et plus.

Pas de **GPA** bien entendu, pas de **ROPA** - cette jolie solution pour les couples de femmes qui consiste à ce que l'une des partenaires donne son ovocyte et que l'autre porte l'enfant. Un homme peut donner son sperme à sa conjointe pour une insémination mais une femme ne peut pas donner son ovocyte à sa conjointe ; pourquoi ?

La levée de l'**anonymat des donneurs de gamètes**, véritable révolution, était attendue. A l'heure des tests génétiques, il était illusoire de vouloir à tout prix conserver l'anonymat mais, en pratique, de nombreuses questions subsistent. Toute personne conçue par AMP avec tiers donneur peut, si elle le souhaite, accéder à sa majorité à l'identité et aux données non-identifiantes du tiers donneur. Seules les personnes qui consentent à la communication de ces données et de leur identité pourront procéder à un don de gamète ou d'embryon. Combien de donneurs de sperme ou d'ovocyte vont d'emblée accepter de donner dans ces conditions ? Ne parlons même pas du don d'embryon qui va probablement cesser. Il est déjà très difficile (et pourtant très généreux) pour les couples qui ont eu leurs enfants avec nous de donner le ou les embryons congelés restants à un autre couple infertile. Mais s'ils savent que l'enfant pourra venir les voir et leur reprocher de ne pas lui avoir donné la même vie que ses frères et sœurs biologiques, comment pourront-ils encore céder leurs embryons ? Jouer *La vie est un long fleuve tranquille* *¹ et l'échange d'enfant entre la famille Groseille et les Le Quesnoy risque

¹ Dans ce film, dans une petite ville du nord de la France, deux familles, les Le Quesnoy et les Groseille, d'origines sociales différentes, n'auraient jamais dû se rencontrer si une infirmière n'avait pas échangé leurs deux bébés...

fort de ne pas tenter nos couples. Les données relatives aux tiers donateurs et aux personnes nées de ces dons ainsi que l'identité des couples receveurs seront conservées dans un registre par l'ABM. La personne, à sa majorité, qui sait (ou croit) qu'elle est issue d'un don, pourra contacter une commission qui fera appel à l'ABM. Si le donneur n'est pas présent dans le registre (parce qu'il a fait ce don avant la loi), la commission pourra quand même contacter le donneur par le biais des centres d'AMP pour savoir s'il accepte de communiquer ses données à l'ABM. Tout ceci entrant en vigueur un an après la promulgation de la loi soit, en septembre 2022. Voilà qui promet de belles discussions sur le respect des libertés, l'éthique d'un tel registre des enfants nés d'un don, le respect du consentement passé...

Clairement, cette loi est un compromis. On autorise mais pas trop, on entrouvre la porte mais pas trop.

Maternités en danger

**Par Cyril Huissoud (Lyon), secrétaire général du CNGOF
et Olivier Morel (Nancy), président de la commission démographie**

Le moral des soignants et l'état de bon nombre de services de soins, sont au plus bas. Il ne s'agit pas là d'un énième cri d'orfraie ou d'un positionnement stratégique destiné à obtenir des moyens supplémentaires, mais bien d'une douloureuse réalité qui se traduit notamment par la fermeture de 20% de lits hospitaliers, non par manque d'activité, mais parce que le personnel n'est plus là. Et, à vrai dire, si la COVID a joué un rôle de catalyseur, elle n'en est pas à tout à fait à l'origine puisque les causes sont en réalité plus profondes, plus anciennes. Le rapport Claris s'en est fait l'écho et a dressé des axes d'amélioration pour l'hôpital. Tout cela est su et relayé dans les médias.

Ce qui l'est moins, c'est que **les maternités Françaises, grandes oubliées du Ségur de la santé, sont dans une souffrance indicible et les gynécologues-obstétriciens, souvent taiseux et loin de l'esprit de victimisation ambiant, dans une colère froide. Parce qu'elles concentrent dans leur tâche et leur fonctionnement toutes les difficultés et tous les maux des services de santé, les maternités Françaises sont, pour beaucoup, au bord de l'implosion.**

Effectivement, **les maternités réunissent malgré elles les difficultés générales de l'hôpital ou de certains établissements privés et des difficultés spécifiques qui ont trait à la périnatalité.** Les difficultés générales concernent comme ailleurs - et probablement plus encore compte-tenu de la pénibilité - le personnel médical (*i.e.* gynécologues-obstétriciens, pédiatres, anesthésistes-réanimateurs, sages-femmes) et le personnel non médical entraînant en particulier de trop nombreux arrêts de travail, des démissions en cascade et des difficultés au recrutement sans précédent. Ces difficultés générales concernent aussi l'administration qui, de nécessaire, est devenue pléthorique, paralysant l'efficience d'un système aux abois. Plus spécifiquement, c'est **l'organisation des soins qui n'est plus adaptée** à l'évolution des besoins, à la démographie médicale et surtout aux attentes des femmes. **Les décrets de périnatalité régissant notre fonctionnement datent ... du siècle dernier !**

Nos maternités souffrent aussi du manque de reconnaissance pour leur engagement dans la continuité des soins et l'accueil 24h/24h des urgences gynécologiques et obstétricales, ce qui

contribue aussi aux difficultés de recrutement du personnel médical. Pourtant, les urgences représentent jusqu'à 75% de l'activité de nos services. **Ce manque de considération conduit notamment à des durées de travail pouvant dépasser les 90 heures par semaine** pour les médecins qui ne bénéficient pas de statut spécifique et à l'absence de prime d'urgence pour les sages-femmes hospitalières.

Enfin, notre profession touche à **l'intimité psychique et physique des femmes**. Cette particularité nous expose plus particulièrement dans ce contexte où le temps et le personnel sont contraints, alors qu'**au contraire, l'évolution de la relation médecin/patient demanderait plus que jamais une attention toute particulière**. Et, sans nier certaines réalités, les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes ont un sentiment amer d'incompréhension face au « *gynéco-bashing* » relayé parfois de manière mensongère, y compris par des instances d'Etat et face aux accusations de maltraitance proférées sans discernement.

Mais nous, gynécologues-obstétriciens, n'abnèquerons pas. Quelle que soit la situation, **nous suivrons encore les femmes**, en dehors ou pendant leur grossesse et les soignerons, encore, parfois mère et fœtus. En petit nombre **nous nous relayerons, jour après jour, nuit après nuit** pour aider les femmes à accoucher quand elles en auront besoin. Seulement, malgré le dévouement et le professionnalisme de nombreux soignants, nous faisons le constat que **nous ne pouvons plus remplir notre mission de façon satisfaisante** et, comme beaucoup de sages-femmes, en de mêmes termes, nous sommes inquiets. Inquiets pour l'avenir de notre profession, inquiets pour la sécurité des naissances en France. Inquiets pour la santé gynécologique des femmes en général.

Toutes les maternités sont aujourd'hui en danger

Le nombre et la localisation des maternités en France ne fait l'objet d'aucune planification réellement réfléchie depuis plusieurs décennies, ni pour les femmes ni pour les soignants. En effet, l'organisation historique reposait essentiellement sur le principe de proximité, avec de très nombreuses structures assurant moins de 1000 naissances par an, dites de type 1, c'est-à-dire disposant de moyens limités à la prise en charge des enfants nés à terme.

Ces maternités ont été doublement fragilisées :

- Elles ont subi une perte progressive d'activité, conséquence de la baisse de la natalité et des évolutions démographiques, avec une concentration progressive des femmes et des couples dans les grands centres urbains, à proximité des plus grandes structures.
- Leur attractivité pour les soignants n'a fait que s'affaiblir. A la fois conséquence des faibles niveaux d'activité, impliquant de ne pouvoir y recruter que des équipes en nombre restreint : la charge de travail en termes notamment de permanence des soins y est progressivement devenue inacceptable. Mais aussi conséquence de l'évolution de la sécurité des soins attendue par les nouvelles générations de soignants, qui ne veulent plus travailler en périnatalité sans permanence sur place de tous les acteurs, les structures de moins de 1500 naissances fonctionnant sur un principe d'astreinte à domicile.

Nombre de maternités ont ainsi fermé au cours des deux dernières décennies. **Ces fermetures sont toujours médiatisées, et se font toujours dans un contexte plus marqué par des arguments politiques que de santé publique.**

Le plus souvent, le problème n'est pas en soi la fermeture, mais le contexte de fermeture. Dans la majorité des cas, les décisions sont prises dans des situations catastrophiques, soit par suite d'accidents pour les mères ou les enfants, soit parce que les équipes ne tiennent plus, souvent après des années de travail en sous-effectifs.

Les conséquences sont multiples et délétères pour l'ensemble des maternités, y compris les plus grandes. Même si la majorité des fermetures depuis 20 ans n'a en fait posé que rarement de problèmes d'accessibilité pour les parturientes, les fermetures n'étant pas planifiées, il est arrivé et il arrivera encore que des maternités réellement isolées ne tiennent plus. Par ailleurs, après une fermeture, les femmes se répartissent sur les maternités existantes : le Ministère des Solidarités et de la Santé et l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux ont imposé depuis des années des taux d'activités très élevés aux plus grandes maternités. Celles-ci se retrouvent alors souvent en difficulté en cas d'augmentation subite d'activité. Le nombre de soignants, lui aussi soumis à des règles de taux d'activité élevés, y est régulièrement insuffisant.

Les évolutions démographiques et de pratiques médicales vont nous imposer d'autres fermetures de maternités, nombreuses. **Ces fermetures, aujourd'hui subies, non planifiées, non coordonnées, sont une véritable source de tensions pour les femmes et les soignants.** Mais s'il est nécessaire de concentrer les soins pour la sécurité des femmes et la qualité de vie au travail des soignants, les restructurations doivent se faire de façon réfléchie pour garantir une accessibilité optimale à la plus grande majorité.

Un tiers des maternités disparu en 20 ans

Le nombre de maternités Françaises est passé de 721 en 2000 à 478 en 2021². Cette réduction du nombre de maternités de 33% sur la période peut interpeller mais elle ne pose pas problème partout. Certaines maternités ont fermé pour des raisons de sécurité et avaient un volume d'activité souvent minime. Cela a pu néanmoins toucher l'accessibilité aux soins, en particulier dans certains départements comme le Lot, la Nièvre et le Cantal mais, globalement, ces fermetures n'ont que légèrement influé sur les délais d'accès aux maternités : entre 2000 et 2017, le temps médian d'accès à une maternité restait très court passant de 7,9 minutes à 9,1 minutes et la part des femmes en âge de procréer résidant à respectivement plus de 30 minutes et plus de 45 minutes d'une maternité était passée de 4,9% à 6,4% et de 0,6% à 0,9% respectivement³.

Ce constat de la DREES résulterait de deux effets de sens contraires : « l'évolution de la répartition des femmes en âge de procréer sur le territoire a plutôt conduit à un rapprochement des femmes vers les maternités quand, dans le même temps, la fermeture des maternités s'est accélérée ». **La conséquence principale est que beaucoup de petites maternités ont disparu quand les plus grosses sont devenues de plus en plus grosses !** Entre 1995 et 2016, le nombre de maternités effectuant plus de 2000 accouchements par an a été multipliée presque par 4 sur la période. Cette concentration de la prise en charge des parturientes a conduit à voir émerger des maternités effectuant plus de 4000 accouchements par an : il en existait 15 en 2019.

Un rapport sénatorial du 21 janvier 2015 a souligné avec force l'importance de ce bouleversement sans précédent : « **c'est la restructuration la plus profonde qu'ait connu**

² CDP DRESS 29/11/2021 : Liste des maternités de France au 31 décembre 2020.

³ La part des femmes en âge de procréer résidant à plus de 45 minutes d'une maternité augmente entre 2000 et 2017. Enquête et Résultats. DREES, Juillet 2021.

notre secteur hospitalier dans les années récentes »⁴. Malheureusement, **cette restructuration** est semble-t-il passée inaperçue et **ne s'est pas accompagnée des mesures nécessaires** au bon fonctionnement des maternités notamment avec des effectifs qui, en bien des endroits, sont restés faméliques. La conséquence de cette incurie est qu'**il a donc fallu** dans de nombreuses maternités répondre à deux impératifs contradictoires : le premier, **accueillir l'afflux de nouvelles patientes** sans avoir jamais eu le plus souvent ni les locaux ni le personnel *ad hoc*, et le deuxième, **mieux répondre aux légitimes attentes des femmes** à l'accouchement en termes de **sécurité médicale et de qualité** dans les soins d'accompagnement. Ces deux impératifs se télescopent et créent des **conditions explosives avec des soignants qui ont un sentiment désolant de prévarication**, écrasés par le manque de temps et le poids croissant d'un travail dont la part administrative, elle aussi, s'accroît sans jamais fléchir.

Les décrets de périnatalité de 1998 sont obsolètes

Les décrets de périnatalité régissant actuellement le fonctionnement des maternités ont été établis dans l'objectif d'amélioration de la qualité des soins. Ils sont parus en 1998 et reposent donc sur des standards du début des années 1990. Ils ont été complétés ultérieurement par des textes organisant la coordination des soins entre les maternités en instituant et formalisant des réseaux de soins en périnatalité dont les missions sont cadrées désormais par la circulaire ministérielle de juillet 2015. **Ces textes ont défini quatre types de maternité reposant sur des critères de niveaux de soins néonataux** (type I, IIA, IIB, III) mais **sans jamais aborder les capacités de prise en charge spécifiquement maternelles** (pathologie de la grossesse, soins de recours, réanimation adulte...). Un établissement est dit de type I s'il possède un service d'obstétrique sans néonatalogie, de type IIA s'il y a un service de néonatalogie sur le même site que le service d'obstétrique, de type IIB s'il a aussi un service de soins intensifs néonataux et de type III s'il dispose d'un service de réanimation néonatale. Il existe, de fait, un lien évident entre la taille de la maternité et le type de maternité : en 2019, 73% des maternités réalisant 3 500 accouchements ou plus étaient de type III et les maternités réalisant moins de 500 accouchements par an étaient quasiment toutes de type I.

⁴ Vanlerenberghe JM. Rapport d'information sénatorial n°243 du 25 Janvier 2015. Enquête de la Cour des comptes relative aux maternités.

Cette restructuration de l'offre de soins menée avec impéritie a fragilisé directement l'organisation de la continuité des soins : la présence sur place 24h/24h des gynécologues-obstétriciens est passée de 39% en 2003 à 61% en 2016 (100 % pour les maternités de niveau III). La présence d'un anesthésiste-réanimateur était de 81 % des établissements en 2016 et de 17% pour les pédiatres. Dans les salles de naissances, les sages-femmes sont en première ligne et, malheureusement, leur nombre moyen a diminué dans ce secteur pour les maternités réalisant moins de 1 500 accouchements par an, passant de 1,7 en 2010 à 1,4 en 2016. A l'inverse, ce chiffre a augmenté dans les maternités de plus de 2 000 accouchements par an (de 3,4 en 2010 à 3,8 en 2016) mais pas de manière proportionnée à l'augmentation de l'activité observée dans ces structures, faute de normes d'effectifs adaptées dans les décrets de 1998.

Les décrets de 1998, outre le fait qu'ils **n'ont pas anticipé ou même suivi l'évolution des standards attendus dans l'accompagnement des femmes, ne prennent pas en compte les caractéristiques spécifiques des centres obstétricaux** (activités de recours, transferts en urgence, normes d'effectif pour les gros centres non définies...). Ils **ne prennent pas en compte non plus l'accueil et la gestion des urgences gynécologiques**, représentant dans certains établissements parfois plus de 20 000 passages par an et générant trop souvent des temps d'attente interminables et un nombre important de chirurgies inopinées. C'est pourquoi il devient **impératif désormais de définir, sans palinodie, des normes d'effectif en fonction du volume d'activité programmée et non programmée en gynécologie et en obstétrique**.

Actuellement, **en l'absence de normes liées à ces activités, les équipes de périnatalité voient les ressources humaines qui leur sont allouées dépendre des organisations et des directions locales**. Dans le contexte de fortes restrictions budgétaires imposées depuis plusieurs années, la pression s'exerçant sur les directions d'établissements de soins conduit souvent à des **sous-effectifs patents et des variations importantes** de personnel d'un établissement à l'autre. La conséquence est la **tension quasi-permanente dans certaines maternités qui pèse sur les patientes et les soignants**, comme le souligne le rapport détaillant les propositions du CNGOF 2018 sur les ressources humaines en maternité⁵. Ces variations peuvent être importantes d'une structure à l'autre (à activité égale), au sein d'un même département ou d'une même région créant indiscutablement des inégalités de qualité et de sécurité des soins périnataux. Il en résulte surtout, et trop souvent, **des situations**

⁵ Ressources humaines pour les activités non programmées en gynécologie-obstétrique. Propositions élaborées par le CNGOF, le CARO, le CNSF, la FFRSP, la SFAR, la SFMP et la SFN. http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252FCNGOF-RH-activites-non-prog-GO_2018-FINAL3.pdf&i=24553

insupportables pour les mamans qui se trouvent parfois séparées durablement de leur nouveau-né quand ils sont transférés dans d'autres établissements, y compris parfois de régions différentes **ou qui doivent payer le prix de maternités débordées** (départs ultra précoces, accouchement sur des brancards ...). **Elles créent enfin des conditions de travail calamiteuses participant à la fuite de médecins, de sages-femmes et d'infirmières** que nous connaissons actuellement, obligeant certaines maternités sollicitées par les patientes à fermer ou à d'improbables désinscriptions de dernière minute qui ne suffisent pas toujours à garantir des soins de qualité et en toute sécurité.

Fuite de personnels et difficultés de recrutement

Le fonctionnement des maternités repose sur l'implication de nombreux professionnels, chacun jouant à son poste et dans sa discipline un rôle fondamental dans les rouages de la prise en charge et du parcours de soins des mamans et des nouveau-nés. Quand il manque un élément, c'est tout l'édifice qui peut être ébranlé. Toutes les maternités, comme tous les services, sont exposés à ces difficultés d'ordre général, souvent chroniques et que la pénibilité et des évènements inopinés viennent parfois amplifier. Au-delà de ces considérations générales s'ajoutent des spécificités locales mais on peut tout de même distinguer schématiquement deux types de situations :

- D'un côté, des petites maternités qui ont plutôt du mal à trouver des médecins, gynécologues-obstétriciens et des anesthésistes (gardes et astreintes fréquentes, environnement jugé comme non sécurisé eu égard à l'évolution des standards de soin...). Pour répondre à ces carences, certaines maternités font appel à **des intérimaires souvent payés à prix d'or** (plus de 100 € de l'heure *versus* 18,9€ de l'heure de nuit sur place et 3€/h pour une astreinte opérationnelle, déplacement compris pour un gynécologue-obstétricien titulaire). D'autres, mais les deux systèmes co-existent souvent, voient leur survie suspendue à l'implication de praticiens attachés intervenant dans plusieurs établissements ou à celle de médecins étrangers exerçant parfois en alternance en France et dans leur pays d'origine. Dans les maternités réalisant moins de 1000 accouchements par an, une étude de la « commission démographie » du CNGOF rapporte **plus de 91% de tensions sévères sur ces effectifs médicaux**. Ces tensions se sont accrues encore avec la perspective de blocage de certains contrats

d'intérim initialement prévus par le Ministère des Solidarités et de la Santé en 2022 et **qui allait conduire à la fermeture du jour au lendemain de nombreuses petites maternités, sans aucune réflexion d'amont quant aux solutions à proposer aux patientes.** Finalement, l'application d'une nouvelle loi interdisant la pratique du « mercenariat » a été reportée après... l'élection présidentielle ! Désormais, **que va-t-il advenir de ces maternités** et des patientes qui y sont inscrites en vue de leur accouchement ?

- De l'autre, de grosses maternités y compris universitaires, qui, parvenant un peu moins difficilement à recruter des médecins (des tensions existent néanmoins), rencontrent des difficultés notamment liées aux départs de nombreuses sages-femmes et infirmières, souvent spécialisées (IADE et IBODE). L'extension du champ de compétence des sages-femmes a sans nul doute créé un appel d'air vers la pratique de ville, en cabinet, y compris dans le dépistage gynécologique, éloignant un peu les sages-femmes de leur cœur de métier alors que, heureusement, l'hubris de certains accouchements à domicile n'attire qu'une minorité d'entre-elles. **La cause principale des difficultés dans ces maternités tient plus souvent en réalité à des conditions de travail éprouvantes voire dangereuses qu'une activité croissante et taylorisée vient dégrader** pour finalement annihiler parfois les dernières ambitions d'accoucher les parturientes dans les conditions adaptées à la sérénité attendue d'une naissance.

Une évolution profonde des modalités d'exercice

Dans notre spécialité médicochirurgicale, les perspectives ne sont pas meilleures. Malgré une forte augmentation du nombre d'internes dans la discipline entre 2000 et 2010 (avec une stagnation relative depuis), et un nombre de gynéco-obstétriciens inscrits à l'ordre en augmentation régulière depuis 2012, de nombreux postes restent vacants et le recours à l'intérim demeure nécessaire dans de très nombreuses structures. **Les nouvelles générations de gynéco-obstétriciens n'acceptent plus les conditions de travail qui étaient la règle par le passé et qui permettent encore sur certains sites d'assurer la continuité des soins, quitte à tordre la réglementation du droit du travail avec l'assentiment d'une direction toute à la fois contrainte et complice.**

L'exercice dans les petites structures déjà en difficulté est de plus en plus rejeté par les jeunes comme le montrent les enquêtes menées. Tout d'abord, pour des raisons avancées de sécurité : **ils sont très majoritaires (88%) à n'envisager une pratique de l'obstétrique qu'en étant de garde sur place**, et non d'astreinte à domicile, avec la présence d'un pédiatre et d'un anesthésiste, envisageant préférentiellement de s'impliquer dans des maternités de type II au minimum. Ensuite, pour des raisons de qualité de vie : ils refuseraient pour la plupart d'assurer plus de 4 à 5 gardes par mois, ce qui n'est compatible qu'avec une activité au sein d'une équipe étoffée. Enfin, pour des raisons personnelles, parce que la plupart des petites structures de type I sont situées hors des métropoles, cadre de vie le plus plébiscité par les plus jeunes...

Les conditions d'exercice évoluent donc et l'implication dans la continuité des soins est désormais plus fragile que jamais. Dans une thèse soutenue en 2020 à Rouen portant sur le devenir de **femmes gynéco-obstétriciennes, qui sont désormais largement majoritaires** dans la profession, P. Breteau rapporte que presque **la moitié d'entre elles ont abandonné l'activité d'obstétrique en garde au bout de 17 ans** et qu'elles travaillent moins de quatre jours par semaine. Ces données vont dans le sens de celles du Conseil National de l'Ordre des Médecins qui indiquent une très forte augmentation du travail à temps partiel. Plus généralement, les enquêtes auprès des internes soulignent que **les nouvelles générations de gynéco-obstétriciens ne feront pas plus de 4 à 5 gardes par mois, en plus du travail quotidien**, et que la moitié envisage déjà d'arrêter de participer à la permanence des soins à 50 ans, à mi-carrière, quand **25% estiment s'arrêter cinq ans seulement après la fin de leurs études**.

Difficile de jeter l'opprobre sur les plus jeunes qui inscrivent leur carrière dans une société qui évolue et qui privilégie le confort personnel et familial aux obligations professionnelles permanentes. **Difficile aussi, quand on sait que la rémunération horaire de nuit pour une astreinte opérationnelle avec déplacement est 3,5 fois inférieure au SMIC horaire et souvent inférieure aux grilles du personnel non médical !** Difficile aussi, quand on sait que ces gardes s'ajoutent à des journées et des semaines déjà bien remplies. Difficile aussi, quand on sait la pénibilité de l'enchaînement de gardes éprouvantes physiquement et psychologiquement parfois. Ces difficultés conjuguées au conditionnement sociétal ont conduit à suspecter un **burn-out chez plus de 50% des obstétriciens** (E. Raimond) et à ce que 15% des Praticiens Hospitaliers n'effectuent plus du tout de garde dans certains endroits (Hauts de France, par exemple).

L'attractivité passe donc par une restructuration majeure du système de soin qui doit inclure notamment un recrutement massif et une revalorisation des actes médicaux, des salaires et des gardes quitte à les indexer sur l'activité réelle : il en va de la survie de nombreuses maternités.

Quelle place pour les gynécologues-obstétriciens dans le système de soin et la société ?

Cette question aujourd'hui n'a malheureusement rien de philosophique... Si les conditions de travail et de rémunération sont des enjeux majeurs pour l'avenir et l'attractivité de la profession, le sens de nos missions l'est plus encore. Et chacun comprendra à la lumière des conditions d'exercice qu'**on ne s'y engage pas sans passion et dévotion chevillées au corps**. Ce métier dans sa formation et dans son exercice nous façonne, nous, gynécologues-obstétriciens, **comme seuls spécialistes compétents pour prendre en charge et traiter tour à tour l'infertilité, les pathologies gynécologiques (endométriose, fibromes, cancers féminins, prolapsus etc...) et les complications obstétricales ou fœtales.**

Alors, sauf à vouloir délibérément brader la santé des femmes, **comment comprendre que notre profession ne soit pas soutenue dans son œuvre et ses actions auprès des femmes par nos tutelles ? Qu'elle ne soit pas sollicitée** officiellement pour avis - seule la COVID nous a ressuscités auprès des tutelles - comme sur le développement des maisons de naissance (dont les médecins ont été exclus) ou **pour repenser l'organisation des soins ou les décrets de périnatalité ?** On peut s'interroger aussi sur les motivations réelles de nos **instances tutélaires mutiques face au développement de pratiques dangereuses ou illégales**, comme l'accouchement à domicile autonome ou avec des sages-femmes non assurées ?

Quelle place est et sera la nôtre pour la santé de la femme ? Nos 12 ans de formation sont justifiés par le recours obstétrical et chirurgical mais il est primordial de garantir à l'avenir la possibilité pour un gynéco-obstétricien de réorienter son activité professionnelle vers des consultations réglées, de l'échographie, de la médecine de la reproduction, notamment pour répondre aux attentes. Ces compétences sont aujourd'hui partagées avec d'autres acteurs indispensables : gynécologues médicaux, médecins généralistes, sages-femmes. **Mieux définir**

la place de chacun paraît indispensable et il est mensonger de laisser penser qu'une sage-femme, même avec un titre de docteur, aurait toutes les compétences d'un médecin.

Enfin, comment motiver les étudiants en médecine pour notre spécialité dans un contexte de communication négative systématique sur la thématique des violences obstétricales et des alternatives à l'accouchement « trop médicalisé » « imposé » dans les maternités ? **Il n'est pas question de remettre en cause la question des violences liées à l'accouchement et le principe d'une démedicalisation ordonnée et réfléchie** : il faut démedicaliser ce qui peut l'être et médicaliser ce qui devrait l'être. **Améliorer la qualité des soins et notamment le vécu de l'accouchement est une préoccupation permanente dont le CNGOF s'est emparé** depuis cinq ans (Commission Probité, Charte de l'examen gynécologique et obstétrical, Labellisation des maternités engagées vers la bientraitance...). Le CNGOF estime néanmoins que **de nombreux progrès restent à accomplir** notamment dans le domaine de l'écoute et de la bienveillance en renforçant l'accompagnement des femmes enceintes durant leur parcours quelle que soit sa trajectoire, de la physiologie à la pathologie. La qualité et l'accompagnement dans les soins sont sans conteste une priorité que **les femmes** reconnaissent puisqu'elles **sont encore très majoritairement satisfaites de leur prise en charge dans les maternités Françaises**^{6 7 8}.

A l'implosion annoncée des maternités, nous préférons une révolution. Une révolution dans le soin. Les ressources humaines médicales ne sont qu'un élément de cette révolution : il faut repenser l'organisation et l'architecture des structures. Les maternités Françaises ont donc besoin de moyens humains et matériels **pour offrir des espaces d'accouchements physiologiques adaptés aux demandes des mères, tout en maintenant de bonnes conditions de sécurité.** Il est également absolument nécessaire et urgent de **redéfinir les besoins de la population en termes d'implantations : l'existence de nombreuses maternités dites de proximité ne se justifie plus. L'évolution des soins doit nous amener à concentrer les actes techniques sur des sites moins nombreux, mais de**

⁶ Women's dissatisfaction of inappropriate behaviour by healthcare workers during childbirth care in France: a survey study. Gaucher L, Huissoud C, Ecochard R, Rudigoz RC, Cortet M, Bouvet L, Bouveret L, Touzet S, Gonnaud F, Colin C, Gaucherand P, Dupont C et le Groupe Aurore. Birth 2021; 00:1–10.

⁷ Le vécu de la prise en charge en salle de naissance : une étude qualitative comparative. Devos C, Gaucher L, Cortet M, Gonnaud F, Ecochard R, Gaucherand P, Dupont C, Huissoud C Périnatalité 2021 ; 142-149.

⁸ Violence au bloc obstétrical : une enquête prospective multicentrique auprès des femmes dans les maternités de Bourgogne. Malet S, Choux C, Akrich M, Simon E, Sagot P. Gynecol Obstet Fertil Senol 2020 ;48:70-799.

manière planifiée et réfléchie. Les maternités les plus isolées, alors indispensables en termes d'accessibilité sont aussi les plus fragiles et les plus à risque de fermeture forcée. Il faut à la fois définir quelles maternités doivent être consolidées en raison de leur isolement, et renforcer les moyens matériels et humains des plus grandes maternités qui voient et verront encore leur activité augmenter.

Mais, dans l'immédiat, **la question centrale est la survie de nombreuses maternités** car beaucoup sont sur le point de fermer ou sont dans une agonie qui occulte ces projets d'avenir. **Les maisons de naissance ne répondront pas à ces enjeux... Elles doivent être adossées à des maternités classiques.** Le temps doit maintenant venir où nous devrions pouvoir assurer un fonctionnement apaisé dans nos maternités et les structurer pour répondre au mieux aux attentes des femmes. Une réflexion globale et générale doit se tenir pour organiser le suivi des grossesses et prendre en charge les naissances en lien avec tous les intervenants libéraux ou salariés en dehors de nos établissements. Les maternités doivent être au cœur de ce système ante-, per- et post-natal et **il faut leur donner les moyens de se mettre pleinement au service des patientes et de tous les acteurs de soins.**

Il est temps désormais pour les maternités de renaitre de nouveau.

L'allongement du délai légal de l'IVG de 12 à 14 semaines de grossesse : une « fausse » bonne idée ?

Par Geoffroy ROBIN (Lille)

Secrétaire Général du CNGOF pour la Gynécologie Médicale

La loi visant à renforcer le droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) a été publiée au *Journal officiel* du 3 mars 2022. Plusieurs préconisations ont été formulées (possibilité pour les sages-femmes de réaliser des IVG chirurgicales jusqu'à 10 semaines de grossesse, pérennisation de l'allongement du délai de recours à l'IVG médicamenteuse « ambulatoire » à 7 semaines de grossesse...) dont un allongement de 2 semaines du délai légal qui passe donc à 14 semaines de grossesse.

Ce dernier adopte une préconisation formulée dans un rapport de 2020 réalisé au nom de la délégation aux droits des femmes de l'Assemblée nationale. Ainsi, selon certaines sources, environ 2 000 femmes seraient contraintes chaque année de se rendre à l'étranger en raison d'un dépassement du délai légal de 12 semaines de grossesse qui était jusqu'alors en vigueur en France. Ces situations difficiles feraient suite selon cette délégation à des difficultés d'accès aux soins et/ou à des situations personnelles complexes et parfois dramatiques. Cet **allongement du délai légal de 2 semaines en France** avait reçu un avis favorable du Comité Consultatif National d'Éthique en se basant sur les principes d'autonomie, de bienfaisance, d'équité et de non-malfaisance à l'égard des femmes.

Il est évident que cette mesure permettra de **faciliter la prise en charge** d'une partie de ces femmes se trouvant en grande difficulté à la suite d'un dépassement « modéré » du délai antérieur de 12 semaines de grossesse. Il est important de notifier néanmoins qu'il existait déjà une procédure d'interruption médicale de grossesse pour « détresse psycho-sociale » avant cette loi du 2 mars 2022 qui permettait tout de même de répondre à la demande de ces femmes ; même si cette procédure était probablement plus complexe et « philosophiquement » différente de celle d'une IVG.

Cet allongement de 2 semaines a reçu un accueil assez mitigé de la profession en raison notamment des **difficultés techniques et/ou organisationnelles** que cela va engendrer. La technique chirurgicale des IVG entre 12 et 14 semaines de grossesse est différente de l'aspiration-curetage et fait appel à des techniques dites de morcellation. D'autres auteurs proposent de favoriser l'IVG médicamenteuse à ces termes plus tardifs, comme cela se fait en

cas d'interruption médicale de grossesse pour une pathologie maternelle ou fœtale : cela nécessite une infrastructure et un personnel formé pour accompagner les femmes qui bénéficieraient d'une telle méthode. En outre, il n'est pas impossible que certains praticiens démissionnent et renoncent à pratiquer des IVG pour toutes ces raisons techniques et organisationnelles ; ce qui risquerait malheureusement de complexifier encore davantage l'accès à l'IVG dans certaines régions.

Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) tient à rappeler les points suivants :

- Vis-à-vis du grand public, cet allongement de deux semaines ne doit pas être considéré comme une possibilité de bénéficier de deux semaines supplémentaires pour se décider. Ainsi, l'objectif est toujours de **prendre en charge les demandes d'IVG le plus « rapidement » possible** en respectant, seulement pour les femmes qui le souhaitent, un temps de réflexion raisonnable : ainsi, ces interventions entre 12 et 14 semaines de grossesse devraient rester les moins fréquentes possibles.
- Le plus important concernant la prise en charge des IVG serait surtout de **faciliter un accès le plus précoce à des centres d'orthogénie** sur l'ensemble du territoire français en cas de grossesse non prévue et surtout **d'optimiser encore les stratégies de prévention** : information à la vie affective et sexuelle, accès à la contraception, développement de contraceptifs variés, de plus en plus efficaces et présentant le moins de risque de complications.

« Aucune femme ne recourt de gaieté de cœur à l'IVG » rappelait Simone Veil en 1975. Cette phrase est toujours d'actualité et à l'heure où, dans un certain nombre de pays (y compris de grandes démocraties), le droit des femmes d'avoir recours à une IVG est remis en question, le CNGOF tient à rappeler son indéfectible soutien à ce droit fondamental et continuera de tout mettre en œuvre pour optimiser la prise en charge des femmes concernées par ces demandes.