

ATELIER 1 : MATERNITÉS DE NIVEAU 1, VERS UNE MORT ANNONCÉE ?

MICHEL NAIDITCH :

Je ne suis pas capable de vous dire combien il nous reste de petites maternités... Petite, ça veut dire quoi, c'était légalement 300 accouchements par an, ce chiffre n'ayant pas de validité scientifique. En Thaïlande, les petites maternités font 8000 accouchements. Tout est une question relative. C'est effectivement un problème : est-ce que aujourd'hui, sur tout le territoire, les femmes peuvent avoir accès dans des délais raisonnables et dans des conditions de confort et de qualité suffisantes à la maternité de leur choix et qui corresponde à leurs attentes et à leurs besoins ? C'est plutôt comme ça qu'on devrait poser la question.

Deuxièmement, ce qui a beaucoup changé depuis deux ou trois ans c'est l'introduction, pour un certain nombre de structures qui ne font que des accouchements, de la tarification à l'activité, la T2A. Et donc vous savez, ou vous ne savez pas, que maintenant les hôpitaux sont financés en grande partie (35 %, un tiers), en fonction des actes qu'ils réalisent : la prise en charge, l'accès des femmes dans les salles de travail, l'accouchement puis le suivi après l'accouchement ; tout est tarifé.

Des tarifs sont fixés à un moment donné et puis au fur et à mesure que ces données sont connues, ces tarifs commencent à être lissés, c'est à dire qu'on commence à baisser les tarifs. Je vais juste poser le problème pour que l'intervention de Madame Evelyne Vander Heym soit compréhensible dans le contexte. Il y a des établissements pour lesquels les maternités représentent 10 % de l'activité. Et puis il y a des établissements dans lesquels la grossesse et la maternité, c'est 100 % ou quasiment, 80 %. Vous comprenez bien que si vous diminuez brutalement les prix pour les activités « maternité » de 6 %, sans prévenir les gens — comme ça au début de l'année on vous dit, « ah maintenant ce n'est pas 100 francs, c'est 94 » — le résultat est complètement différent pour un établissement qui n'a qu'une activité de maternité et pour un établissement qui fait beaucoup d'autres choses et peut donc se rattraper sur ces autres choses. Aujourd'hui, la question qui se pose c'est : « Est-ce que la tarification à la pathologie va encore entraîner plus de fermetures de maternités ? ».

Je vais laisser la parole à Madame Evelyne Vander Heym qui est la directrice d'un établissement très connu, les Bluets, et qui a justement décidé d'interpeller les pouvoirs publics sur cette problématique.

EVELYNE VANDER HEYM :

Bonjour à vous toutes. Quelques éléments de réflexion pour introduire le débat. Parce que je pense qu'on est au début d'un débat et qu'il y a tout à fait intérêt à bien approfondir ensemble un certain nombre de données. Ce n'est pas simple. En tant que gestionnaire, il m'a fallu un certain temps pour rentrer un petit peu dans ce nouveau mode de fonctionnement. Au bout de 2 ans, je peux retirer un certain nombre de conclusions.

Je voudrais récuser deux approches. D'abord nous ne sommes pas une petite maternité. Nous allons finir l'année à 2 000 accouchements. Première approche, je vous la donne pour que vous gardiez ça dans votre état d'esprit. Communément quand on parlait de petites maternités, c'était des maternités autour de 200, 300 voire en dessous, essentiellement des

structures de mono-activité. Nous sommes mono-activité, mais avec une taille beaucoup plus importante. Nous sommes essentiellement un service de gynéco obstétrique avec une palette globale, une offre globale qui va de la prise en charge complète du suivi de la naissance à préparation, qui passe par un centre de planification et de prise en charge de l'IVG, un centre de dépistage cancer du sein et bien évidemment, un centre de PMA.

Deuxième élément d'information que je vous donne, et je rentrerai après dans la problématique du financement. Nous sommes engagés dans un projet de reconstruction totale de notre structure, avec un rapprochement de type partenaire / complémentarité des offres de soins avec la future de maternité de type I de l'hôpital Trousseau à Paris qui va constituer un pôle périnatal de deux maternités, maternité de type I (la nôtre) et de type III concernant la maternité de Trousseau qui est pour l'instant un hôpital pédiatrique avec une néonatal. et une réanimation bébé. Ce projet est financé, il est quasiment en fin de parcours. Nous ouvrons en janvier et j'ai effectivement été amenée lors d'une conférence de presse le 13 juin à demander publiquement si nous n'emprunions pas le plus court chemin de la naissance à une mort annoncée. Avec un point d'interrogation. C'était mon interpellation et c'est toujours mon interpellation.

Je vais vous donner quelques éléments de réflexion concernant ce financement, ce mode de financement. Ce n'est pas un financement en soi, c'est un mode de financement dans un financement global de l'assurance maladie, la protection sociale et donc des hôpitaux publics et privés.

Juste une dernière information pour que vous repérez les choses, les cliniques privées sont à l'heure actuelle sur une grille de tarification encore distincte de ce qui est aujourd'hui la grille de tarification des hôpitaux publics. Ils sont actuellement financés à 100 %. Si vous avez suivi un peu les événements des dernières semaines, les cliniques privées ont fait grève pour protester contre la baisse en cours d'année de leur tarif. Première information.

La deuxième, nous sommes actuellement financés à 35 %, ça veut dire que sur l'ensemble de nos informations médicales, que nous rendons aujourd'hui aux tutelles, nous avons un financement sur la base de 35 % de l'ensemble de notre activité. C'est quoi le financement « activité » ? Le financement de l'activité c'est l'ensemble des actes et des prises en charge, dont l'hospitalisation, donc le séjour, qui permet de distinguer une homogénéité dans une prise en charge. Par exemple, pour l'obstétrique, il y a l'accouchement dit normal (plus de 80 % des accouchements), il y a l'accouchement avec complications, il y a la césarienne sans complications et il y a la césarienne avec complications, ce sont les 4 grandes catégories.

Et puis c'est la même chose pour les bébés. Les séjours pour les bébés. Comment on paie un bébé aujourd'hui qui naît et qui sort d'une maternité ? On les paie selon leur poids et leur pathologie. A partir de là, cela génère un certain nombre de prises en charge, en général au moment de la naissance s'ils sont transférés, s'ils sont pas transférés, le type de prise en charge en surveillance néo-natale et ensuite éventuellement transfert vers une grosse structure de réanimation. A partir là, je vais vous donner une indication, je terminerai là-dessus avant de revenir sur notre problématique. Un bébé normal, qui représente plus de 80 % de nos bébés, ça rapporte — écoutez les mots, « ça rapporte » — ça rapporte autour de 1 000 €. Un bébé normal. Vous voyez tout ce qu'il faut faire autour d'un bébé normal. Par contre... Je n'ai pas pris les grosses néonatal, mais un bébé au-dessous de 1 500 grammes, c'est entre 5 000 et 6 000 €. Il faut lui faire plus de choses.

C'est un peu pour que vous vous repérez pour ceux et celles qui n'ont pas l'habitude de cette gymnastique tarifaire... Elle change, je termine là-dessus parce que ça devient effectivement un peu surréaliste... J'y reviendrai. Il y a eu une baisse de tarifs très conséquente en 2006 par rapport à 2005. J'expliquerai surtout pourquoi. Il y a eu une petite rallonge, mais qui ne reprend pas la baisse au premier septembre et on nous annonce que peut-être à la fin de l'année on n'est pas sûr d'avoir la rallonge. C'est à géométrie variable. Pour gérer les structures hospitalières aujourd'hui, il faut être devin. Et on nous demande de déposer des budgets prévisionnels sur cinq ans à venir ! Voyez dans quel contexte on baigne quand il faut assurer en permanence la prise en charge de quelque 2 500 femmes qui sont inscrites sur une année dans notre structure.

Je voudrais revenir sur les quelques questions. En premier lieu, force est de constater que s'agissant que la discipline obstétricale, la tarification à l'activité, (TAA) – fondée strictement sur les actes médicaux et de soins ponctuant le suivi des femmes enceintes, la préparation à la naissance et l'accouchement en lui-même – ne tient pas compte de l'ensemble des activités supports du processus global de prise en charge qui s'inscrivent en général dans le cadre d'une mission de santé publique et qui constituent les axes prioritaires de la politique périnatale.

Pour ce qui est aujourd'hui réaffirmé du point de vue plan périnatal et pour ce qui est des prises en charge spécifiques de notre structure, en l'occurrence, ces activités support comprennent :

- l'accompagnement à la parentalité, la prise en charge du couple donnant au père toute sa place dans la préparation, pendant l'accouchement et après l'accouchement, de l'accompagnement à l'allaitement maternel,
- la prise en charge des risques médicaux psycho-sociaux, en particulier celle des femmes en situation de précarité ou de détresse psychologique,
- du suivi postpartum des couples mères-enfants les plus vulnérables afin notamment de prévenir les risques de dépression post-partum, de maltraitance, sans compter les actions d'éducation à la santé.

Là c'est théoriquement du domaine des missions de toutes les maternités, qu'elles soient de type I ou qu'elles soient de type II ou III. Effectivement, aujourd'hui beaucoup de ces missions sont abandonnées par un certain nombre de maternités. **L'absence de prise en compte, dans la tarification d'activité, de l'ensemble de ces missions** qui ne peuvent en aucun cas être mesurées quantitativement à travers des actes médicaux et des séjours (les séjours c'est facile, ce sont des durées, c'est des ratios de personnel, une somme de dépenses de consommables... Tout ça ce sont des choses qu'on peut quantifier) mais qui, pour autant, sont particulièrement consommatrices de moyens **constitue donc une des causes majeures de l'inadaptation** — et je dis bien inadaptation — **du mode de financement**, et un des facteurs de risque financier pour un certain nombre de maternités. Et je précise : les maternité de type I, les maternités particulièrement mono-activités. Et en l'occurrence, les Bluets.

En second lieu, **la tarification à l'activité ne tient pas compte de la spécificité de la discipline obstétricale**, à savoir une activité par nature d'urgence qu'il s'agisse d'accouchement par voie basse ou d'une césarienne en cours de travail, sauf dans les cas particuliers mais rares, qui risquent maintenant de devenir de plus en plus fréquents, où l'accouchement peut être programmé ou est provoqué. Or la mise aux normes des plateaux techniques — vous avez tous entendu parler, pour les professionnels en tous cas, des

décrets d'octobre 1998 — **la mise aux normes des plateaux techniques et l'obligation d'organiser la continuité obstétricale et chirurgicale des soins** et la présence permanente de personnel soignant affecté au service du secteur naissance, véritable corollaire de l'activité obstétricale, nécessitent la mise en œuvre de moyens importants quel que soit le nombre de naissances et **induisent des coûts fixes** dont le financement ne peut être uniquement couvert par la facturation des séjours, pour sa part directement liée à l'activité réalisée. Une structure comme la nôtre de type I, c'est 24h/24 un médecin obstétricien, 24h/24 un anesthésiste — je parle pour des salles de naissance — 24h/24 une équipe au bloc obstétrical et 24h/24 une équipe d'astreinte au bloc chirurgical. Que l'on fasse une ou 10 naissances, la nuit ou les jours fériés. Voilà pour ce qui est la prise en charge de l'urgence. De fait, il s'agit là bien d'un **problème conceptuel et méthodologique dans le système de tarification à l'activité qui occulte l'approche coûts fixes/coûts variables**. Vous savez ce que c'est, les coûts fixes c'est tout ce que je viens de vous dire qui, quelque soit le niveau d'activité, doit être là ; c'est ce qu'on appelle l'obligation de moyens et l'obligation de continuité des soins et de la sécurité et qui s'agissant notamment des activités obstétricales constituent une seconde cause majeure de l'inadaptation du mode de financement.

En conséquence, la grille tarifaire, telle qu'elle existe même avec la revalorisation du 1^{er} septembre, dévalorise tout particulièrement la discipline, quelles que soient les pratiques, qu'il s'agisse de la technique de la césarienne de celle, moins invasive, de l'accouchement par voie basse qui, certes, limite le temps médical, mais requiert, sur une durée plus longue, une mobilisation importante de moyens de suivi, d'accompagnement et de surveillance clinique et paraclinique, lors du déroulement du travail de la phase d'expulsion de la délivrance et en post-partum. C'est ce qu'on appelle l'accouchement physiologique, le temps qu'il faut, et le temps qu'il faut aussi à la maman de prendre en charge la naissance de son enfant.

A cet égard, il convient de souligner que si la dévalorisation tarifaire affecte l'ensemble des activités obstétricales, la technique chirurgicale, puisque la césarienne est d'abord un acte chirurgical, reste cependant mieux rémunérée et, depuis la mise en œuvre de la réforme, l'écart se creuse entre les deux pratiques. Et là j'ai même réactualisé le tarif. Le tarif d'un accouchement par voie basse étant aujourd'hui de 37,8 % inférieur à celui d'une césarienne sans complications. En l'absence de recommandations de bonnes pratiques, validées par la Haute Autorité de Santé, il faut espérer aussi que, dans une discipline malmenée par la réforme et sous haute surveillance au plan médico-légal, les considérations économiques ajoutées à la question récurrente de la pénurie de personnel, peut conduire à privilégier les activités programmées, ne viennent progressivement troubler l'approche médicale risque/bénéfice.

Pour notre part, nous restons dans l'optique de privilégier, bien évidemment lorsque ces conditions sont réunies, l'accouchement par voie basse. On a actuellement un taux de césarienne de l'ordre de 15 %. Toutefois, le relèvement des seuils minimum d'activité, sous-tendu par une notion de seuil de rentabilité, ne peut qu'induire pour l'établissement une augmentation de son taux de césarienne. Ça, c'est une préoccupation générale et qui va être quasiment généralisée à un certain nombre d'établissements. En tout état de cause, pour l'hôpital Pierre Roucas-Les Bleuets, la sous-évaluation tarifaire n'est pas sans soulever d'interrogation sur les conditions de mise en œuvre de sa philosophie de soin et sur les possibilités de concilier à court terme le niveau de moyens à garantir, avec le respect des valeurs qui conditionnent la culture de l'établissement. L'insuffisance du financement qu'elle entraîne déjà risque d'accentuer cette évolution.

La problématique de financement posée par la réforme affecte tous les établissements assurant des activités obstétricales, témoignage dramatique et préoccupant de l'incohérence fondamentale de la politique périnatale affichée par les pouvoirs publics qui contraignent les établissements à renforcer leur moyens techniques et humains. Ce qui a encore été renforcé par le plan périnatalité qui avait un objectif de relever un petit peu les moyens humains qui sont des moyens de sécurité dans les maternités. On a assisté sur la région avec Michel Naiditch à des débats un peu contradictoires : si on donne les moyens à certaines maternités en difficulté ça va remonter leur taux de dépenses et ça va encore accentuer le déficit. Vous voyez où on va dans ce débat-là. Cette évolution est logique au regard du niveau de qualité, de sécurité des soins que la population est en droit d'attendre, mais sans pour autant en reconnaître le poids économique. Je crois que c'est aussi un débat qu'on peut avoir sur cette question-là.

La presse s'en est fait largement l'écho. Dans les maternités privées, l'insuffisance moyenne de financement serait (c'est leur chiffre) de 500 € par accouchement soit plus de 20 % du coût réel de leur activité. Pour votre information, c'est ni plus ni moins que 20 % de nos moyens actuellement mobilisés qui nous manquent pour être en situation d'équilibre financier. Voilà quelques éléments.

C'est ainsi que la fermeture des petites et moyennes maternités conduit progressivement à une réduction de la diversité de l'offre, à une concentration de l'activité obstétricale dans de grandes structures hospitalières plus éloignées, souvent surchargées et en peine de répondre à l'ensemble des demandes, faute de moyens, ce qui pose inévitablement la question de l'accessibilité aux soins. Pour certaines zones géographiques se pose aussi la question de l'égalité d'accès à la sécurité des soins, en dépit de la création de centres périnataux de proximité, sur lequel on est en droit de se poser des questions, dont le rôle de relais avec les services hospitaliers ne fait pas l'unanimité. Loin de donner l'accompagnement financier indispensable au plan périnat 2005/2007 dont la finalité est, je cite, « d'améliorer la prise en charge périnatale autour des valeurs d'humanité, proximité sécurité et qualité », la politique tarifaire constitue aujourd'hui un obstacle rédhibitoire à l'adaptation aux besoins et aux exigences de qualité et de sécurité des soins.

MICHEL NAIDITCH :

Daniel, des commentaires ?

DANIEL LIPSZYC :

No comment.

MICHEL NAIDITCH :

Je voudrais essayer de préciser un peu le débat. Il y a à mon avis, comme l'a dit Evelyne, trois questions qui sont liées mais qui sont quand même différentes.

La première c'est ce qu'elle a dit, c'est-à-dire est-ce qu'aujourd'hui, le système périnatal français, avec son système de financement, offre une égalité de chances pour toutes les femmes du territoire pour un accès sûr à une maternité ou à une structure quelle qu'elle soit dans laquelle elle puisse accoucher en fonction de ses attentes ?

Deuxièmement, vers quoi mène le système de tarification qui a été mis en place ?

Et troisièmement, est-ce qu'on ne peut pas envisager éventuellement (c'est une question qui va sortir de ces débats) d'autres manières d'envisager le suivi de la grossesse et l'accouchement ?

ANNE DUSART :

Je n'ai pas compris le lien avec la question de la quantification dans ce que vous développez. La fermeture de petite maternité, ça obéit aussi à d'autres logiques, bien antérieures au changement de tarification dont vous avez parlé.

Par rapport au fonctionnement du secteur public au budget global, là non plus il n'y avait pas de prime à celui qui faisait très bien la préparation à la naissance, par exemple, qui consacrait plus de moyens. Là je ne vois pas bien en quoi ça change, la tarification, quand il y avait un système de budget global.

Pour les maternités privées, quand c'est déjà un système à l'acte, là non plus je ne vois pas bien. Je n'arrive pas à dissocier dans ce que vous nous avez expliqué, ce qui a trait à d'autres facteurs que simplement ce qui a trait à la tarification proprement dite... Ça me paraît un problème complexe. Et il me semblait que, déjà, beaucoup d'activités des maternités qui faisaient un travail de qualité auprès des femmes ne trouvaient pas une contrepartie financière évaluée, identifiable. Aujourd'hui par exemple, je n'arrive pas à faire la part, dans les maternités qui délaissent – j'ai l'impression qu'elles sont nombreuses – la préparation à la naissance, pour prendre cet exemple-là, des facteurs strictement financiers, des facteurs de pénurie de personnel, de désintérêt pour cette tâche, que quelquefois l'établissement considère comme un peu routinière, pas très technique, ne donnant pas lieu à publication d'articles, étant une tâche ordinaire. J'aimerais mieux comprendre la dimension spécifiquement financière du problème.

PAUL CESBRON :

En ce qui concerne les obligations de moyens pour les maternités niveau I, tu as dit, et je ne te suivrai pas sur cette idée, qu'il était obligatoire qu'un obstétricien, qu'un anesthésiste, qu'un pédiatre soit sur place. Je ne pense pas que ce soit une obligation de moyens pour une maternité de niveau I.

MICHEL NAIDITCH :

C'est depuis que les maternités de niveau I, elles font 2 000 accouchements.

PAUL CESBRON :

Autrement dit... Donc ça veut dire que la transformation initiée avant même les considérations financières qui viennent d'être dites avait organisé les conditions qui permettaient les difficultés que tu viens d'illustrer.

En ce qui concerne l'argent et donc les moyens : rappelons – parce que si on ne le dit pas je trouve qu'on ne comprend rien – l'idée que finalement il manquerait de l'argent, le trou de la sécurité sociale etc. entretient l'idée qu'on ne peut pas faire autrement. Et beaucoup de professionnels sont sur cette idée. Oubliant quand même que la santé c'est fait pour soigner

les gens. C'est ça l'objectif. Autrement dit c'est un objectif qui, pour moi, est principal. À nous de trouver les moyens qui nous permettent de soigner correctement les gens.

Finalement le problème du financement de la santé, les laboratoires sont là pour l'assurer, rappelons que ce n'est pas un problème de diminution de dépenses de santé dont il s'agit. Si on dit ça, on n'aide pas à comprendre les choses, il faut dire ce qu'il en est. Lorsque je veux organiser un pot dans un service hospitalier, il y a immédiatement 3 laboratoires qui offrent, pour l'anniversaire de madame ou monsieur untel, leur service pour assurer ce pot. Lorsqu'on veut organiser une soirée, sur le plan universitaire ou sur le plan de l'enseignement, des médecins ou de l'ensemble des professionnels, il y a 4 laboratoires pour assurer le financement de la soirée. Je n'ai pas de monitoring ou il me manque un écho, il y a 5 laboratoires pour assurer le financement. Rappelons que ce qui est aujourd'hui à l'ordre du jour : il n'y a pas un service qui ne dise pas, finalement j'ai pu m'informatiser grâce au laboratoire Untel.

Ce qui est à l'ordre du jour, c'est simplement la privatisation de la santé, c'est-à-dire faire de la santé simplement un objet de marchandise qui rapporte et qui rapporte gros. Le budget de santé est un budget considérable, éminemment intéressé par l'ensemble de l'industrie privée, les trusts pharmaceutiques. Ils sont là, ils piaffent à la porte du service public pour dire : de toutes façons, on est là pour vous aider. Si on ne répète pas ça, on ne comprend rien du tout.

MADELEINE AKRICH :

Je voulais faire un point en rapport avec ce qu'a dit ma voisine. J'entendu, il y a une semaine, d'un centre de néonatalité de maternité de niveau II qui faisait un exposé sur les méfaits de la T2A. Ça ne concerne pas seulement les maternités de niveau I. Ce que j'ai compris de cet exposé, c'est qu'en définitive, la différence entre le budget global et la T2A, c'est que cela introduit des différences qui sont liées à chaque patient.

On a un budget global après on se débrouille à l'intérieur de l'enveloppe pour essayer de l'allouer au mieux en fonction de sa clientèle etc. Peut-être qu'il était de toute façon insuffisant, ça c'est bien possible.

Quand on fonctionne avec la T2A, d'un certain point de vue on peut avoir intérêt, si ce n'est à avoir de la pathologie, mais en tout cas à faire comme si les gens avaient de la pathologie parce que ça permet d'être mieux rétribué que si on a des naissances normales. Ça veut dire que quelque part, le système est complètement vicieux, pervers parce qu'en théorie le système est fait pour qu'il y ait une dépense raisonnable et raisonnée des moyens et finalement on se retrouve avec un système qui fait qu'on a intérêt à dépenser toujours plus et à faire toujours plus d'actes pour pouvoir réussir à survivre.

MICHEL NAIDITCH :

Je donne la parole à Pierre pour savoir si c'est le même problème qui se pose en maternité de niveau III.

PIERRE LEQUIEN :

Je suis encore chef de service de gynécologie obstétrique d'une maternité de niveau I, Vierzon. Nous avons fonctionné pendant 20 ans avec les compétences gynéco-obstétricales

et pédiatriques comme une maternité niveau II. Du fait des problèmes de démographie médicale, de la disparition de pédiatre compétent, nous avons dû fermer notre unité de néonatalogie et ne devenir qu'une maternité niveau I.

Je crois qu'il faut porter notre attention sur la fermeture des maternités niveau I. Elle est programmée par rapport à l'économie de la santé actuelle et elle est programmée par rapport à la crise de démographie médicale. L'analyse du pourquoi on a fermé des maternités, c'est effectivement parce qu'il n'y avait plus de disponibilité de gynécologue accoucheur pour assumer dans la sécurité ces maternités et il n'y avait surtout pas de sécurité anesthésique.

Actuellement, nous sommes dans une crise de malhonnêteté de ce pouvoir politique. Le budget global de l'hôpital de Vierzon en 2005... on a rendu cet hôpital déficitaire car en 2005, il avait une activité supérieure à celle (globale) médico-chirurgical-naissance, supérieure à 2004. Et le budget alloué en 2005 était inférieur à celui que nous avons reçu en 2004, donc il y avait une décision politique de fait pour diminuer nos buts. Et en 2006, on nous a mis encore moins que par rapport à ce que nous avons en 2004. On nous fabrique des budgets déficitaires artificiellement, économiquement, par décision politique. L'introduction de la T2A n'est qu'un facteur d'introduction de la marchandisation de la santé dans le système public. Elle ne fait que commencer. Actuellement ça ne représente que 30 %. Mais demain c'est l'ensemble global de la santé hospitalière publique et privée qui va être liée à ce paramètre.

Par contre, je voudrais intervenir par rapport au paiement de salaires aux médecins spécialisés. J'ai pu vivre 5 ans parce que nous étions 2 praticiens à temps et un temps partiel dans cette maternité. Il se trouve qu'un collègue, ancien chef de clinique de Clermont-Ferrand qui a été chef de service de 2 maternités et qui a fermé 2 maternités en France, est venu s'installer et a été un collaborateur et nous avons travaillé merveilleusement ensemble. Ce collègue avait 61 ans, il est décédé il y a deux ans. Ce collègue n'a pas été remplacé. Il n'a pas été remplacé par des personnes compétentes à diplômes égaux. Parce qu'il faut s'interroger sur les filières de formation que nous avons introduites en 1994 sur la qualification par l'internat par rapport au CHU alors qu'antérieurement il y a avait deux voies d'entrée des spécialisations par les CES et les CHU. Nous sommes actuellement la moitié des médecins spécialistes en France qui avons été formés par les CES. On a supprimé cette voie... pour finalement permettre aux médecins étrangers de s'introduire dans notre système de santé. Et si nous n'avons pas ces médecins étrangers, nos hôpitaux publics s'écrouleraient au niveau de leur fonctionnement. Actuellement, je fonctionne avec des vacataires, des gens qui viennent par des boîtes d'intérim et ils grugent le budget de l'hôpital... parce qu'il faut payer ces vacataires qui sont, hélas, de compétences très inégales.

AMÉLIE :

Je suis étudiante sage-femme dans une maternité de niveau III. Je termine cette année. Je voudrais juste réagir sur la dernière phrase que vous avez dite. Parce que ces vacataires qui viennent de l'étranger comme vous dites, c'est vrai que c'est parce que, chez nous, il y a un problème du système de recrutement. Ils ne sont pas payés à hauteur de ce que vous êtes payé. Ils sont très largement moins bien payés, et il faut savoir, là je suis d'accord avec vous, que sans eux la maternité ne tournerait plus. Qui veut assurer aujourd'hui les gardes de 24h ? C'est la plupart du temps eux et pas les internes en gynéco-obstétrique...

PIERRE LEQUIEN :

Il y a effectivement les médecins étrangers qui sont intégrés dans le système et que l'on sous-paye par rapport à leur travail et les missions qui sont assumées dans les services publics. Mais il y a les autres médecins qui sont des médecins vacataires qui sont envoyés par les boîtes d'intérim et qui ont des salaires supérieurs à ce que gagne un praticien même titulaire.

MATERNITÉ DE CLAMECY:

Je travaille dans un réseau de santé articulé autour d'une maternité de niveau I, Clamecy, qui fait environ 200 naissances par an, donc on essaie de survivre, de résister encore un peu. Bien que la fermeture de la maternité et sa transformation en CPP nous pendent au nez et chauffent assez sérieusement ces derniers temps. Je voulais juste apporter une précision. Vous m'arrêtez si je me trompe. Sur un des effets pervers de la T2A. C'est-à-dire que vous disiez que pour un bébé normal ça rapportait 1 000 € et un bébé de moins de 2 500 grammes, 2000 €. Or il me semble que ça rapporte 2000 € si on a une unité de néo-nat. Pour une maternité de niveau I c'est tout à la charge de la maternité, ça rapporte seulement 1000 €.

EVELYNE VANDER HEYM :

Oui, c'est 1000, la moitié.

MATERNITÉ DE CLAMECY:

Voilà. Quand on essaie de mettre en place une politique un peu humaine où on a à transférer des bébés en niveau II, parce qu'on a un souci, et que le souci est vite résolu et qu'on demande le retransfert de ce bébé en niveau I pour qu'il rejoigne sa maman. Les niveau II n'ont aucun intérêt à retransférer le bébé sinon ils y perdent.

MICHEL NAIDITCH :

Je pense que si on passe en revue l'ensemble des effets pervers de la T2A, on va y rester. (On se dépêche.)

SAGE-FEMME :

Je suis sage-femme, je travaille actuellement en niveau I sur un projet de maison de naissance sur Annecy pour tout dire. À travers ce projet, on se pose la question de la tarification. Pour l'instant... Il me semblait que la maternité des Bluets avait un projet de transformation en maison de naissance. Je vois que ça a été abandonné.

EVELYNE VANDER HEYM :

Non, pas du tout. Pour information. L'objectif quand on a eu le projet de reconstruction de notre maternité sur le 12^e on avait dans nos papiers un projet de maison de naissance avec des sages-femmes mais dans le cadre de leur pratique libérale. Les locaux sont sur le site, à l'intérieur de nos locaux avec un transfert ; mais ça sera une pratique libérale et donc ce sera

un mode de codification qui n'est pas la codification hospitalière. Ça n'a pas la tarification hospitalière...

Trois choses par rapport au débat.

Oui actuellement la tarification s'inscrit complètement dans une baisse structurée des dépenses de santé public. Dont acte. Faut le dire. C'est l'outil que se sont donnés aujourd'hui les pouvoirs publics pour aller plus loin dans la baisse organisée des dépenses remboursées par l'assurance maladie. C'est très important parce que c'est l'arbre qui cache la forêt.

Deuxième point. Oui la tarification, dans cet esprit-là, veut aller beaucoup plus loin dans ce qui est l'écrémage et la mise en concurrence des structures sur la base de coûts publics/privés. C'est important, il ne faut pas l'oublier. Et effectivement ils le font sur la base d'une échelle de coûts qui est actée qui n'a plus rien à voir avec la réalité des dépenses réelles, c'est-à-dire qu'on va s'éloigner de plus en plus alors que le budget global au départ s'approchait de ce qu'on appelait les budgets historiques des hôpitaux. On s'en éloigne. Pour nous c'est simple. On avait un déficit de l'ordre de 5-6 % aujourd'hui c'est 20 %. Voyez un peu la progressivité. Ça va être comme ça de plus en plus pour les structures mono-activité.

Trois. Pour toutes les maternités, j'ai bien dit que c'est un système de financement inadéquat avec l'approche de l'obstétrique. Si l'approche de l'obstétrique est purement et simplement gérer des plateaux techniques ça va très bien. Vous avez bien compris, il n'y a pas de problème. C'est une entrée sur un plateau technique quelques heures, on sort et on paie des actes et un minimum il n'y a pas de problèmes. Si on a une autre conception de l'obstétrique, ça il y a deux jours pour en discuter, ça ne va pas du tout. Ça ne va pas du tout pour des choses qui mériteraient d'être discutées longuement.

Dernière chose. C'est qu'on va vers une vision de prise en charge éclatée de la femme et de l'enfant. Parce qu'on va externaliser des hôpitaux et des maternités tout ce qui était des missions de santé de publique. C'est-à-dire que la femme viendra à un endroit pour ceci, à un autre endroit pour cela. Et tout ça au nom des réseaux, c'est un autre débat, à suivre au prochain numéro.

DANIEL LIPSZYC

Je ne vais pas intervenir parce que c'est impossible en 30 secondes de venir parler de la fermeture programmée des niveaux 0, 1, 2 ou 3. Nous ça fait exactement 15 ans que nous nous battons en prévenant les femmes que ce qui était prévu, c'est à dire la destruction systématique d'un certain nombre de lieux de naissance, parce qu'on voulait les fermer en prétextant qu'ils étaient dangereux, trop éloignés, et que ça ne rendait pas service aux Français qu'ils soient maintenus. Près de 120 maternités ont été fermées. Une centaine encore vont être fermées. Et quand tu as dit tout à l'heure que ce qui compte, ou je crois que c'est Paul Cesbron, qui a dit que ce qui comptait c'est l'intérêt des femmes, et bien il n'y a plus la démocratie pour les femmes de pouvoir accoucher là où elles le souhaitent. Parce qu'on a créé les moyens de leur donner la raison de ne pas accoucher là où elles auraient pu accoucher. On a systématiquement démolit le système. Quand le collègue a dit qu'il n'y avait pas assez de praticiens, on a tout fait pour que ces praticiens n'aillent pas dans les endroits où ils auraient pu aller. On a systématiquement pas mis au programme la nomination d'accoucheurs qui auraient pu y aller. On les a empêchés d'arriver parce qu'il n'y

avait pas de logements, j'ai vécu ce combat-là pour l'avoir mené à la fédération nationale pendant 15 ans.

On a écrit des bouquins, fait des dizaines de rencontres, des réunions dans la rue avec des banderoles pour montrer que c'était la destruction systématique, je ne parle pas de Mérieux, de Vaison la Romaine, tout a été fermé. Clamecy je viens de l'apprendre à l'instant n'est pas encore fermé. J'en suis bien content. Déjà à l'époque on en parlait. S'il y a ici des gens comme Michel qui peuvent faire quelque chose, il ne faut pas être dupe, il y a une volonté délibérée de faire croire aux femmes qu'accoucher dans un endroit de moyenne structure parce qu'il est de niveau I (c'est déjà un mauvais chiffre par rapport à 3) c'est dangereux. C'est un mensonge. C'est une abomination de mentir comme ça aux gens. On peut faire de la très bonne obstétrique dans un niveau I. Il n'y a pas tellement de différences entre le niveau I et le niveau II, sinon la sémantique. Là-dessus, il est dommage de n'avoir eu que 2 minutes pour parler.

MICHEL NAIDITCH

Dans un système comme celui qui nous est offert aujourd'hui et qui vient d'être décrit, il faut que l'imagination prenne le pouvoir et donc il faut que nous imaginions, les professionnels avec les usagers, d'autres manières d'accoucher. C'est probablement sur l'atelier des maisons de naissance qu'un certain nombre de solutions pourront éventuellement être envisagées. Et deuxièmement, il faut rendre la parole aux usagers, les entendre ce qui suppose qu'ils sachent s'organiser collectivement pour se faire entendre et ça ça va être l'atelier consacré à la stratégie du CIANE.