



### Formation des spécialistes en gynécologie-obstétrique

La formation des internes en gynécologie-obstétrique comporte une formation en obstétrique courante et pathologique, mais aussi en gynécologie médicale et chirurgicale courante, en échographie et dans les techniques de planning familial. Il faut s'assurer non seulement de leur niveau de connaissance théorique mais aussi de leur savoir-faire, surtout lorsqu'il s'agit des manœuvres obstétricales et de la chirurgie. Enfin, ils doivent avoir une formation au « savoir-être » en ce qui concerne les relations avec la femme, sa famille et les autres soignants.

Cette formation de gynécologue-obstétricien « généraliste » peut, pour un petit nombre d'internes, être complétée comme dans les autres pays d'Europe par une « sur-spécialisation » en médecine de la reproduction, médecine materno-fœtale, oncologie gynécologique ou uro-gynécologie.

#### Former combien d'internes par an ?

En 2004, il y avait 5 226 gynécologues-obstétriciens inscrits à l'Ordre des médecins. Si l'on compte 30 ans de carrière, il est assez facile de calculer -si l'on veut maintenir l'effectif actuel- qu'il faut former au moins 160 à 170 internes par an. Avec ce chiffre le nombre de spécialistes formés ne remplacera pas les sortants, et il ne tient pas compte des médecins qui travailleront à temps partiel (en plus grand nombre qu'actuellement).

Pour former ces internes, nous disposons de 445 postes d'internes en CHU et 434 en CHG. Ces 879 postes serviront donc à former un peu plus de 160 internes par an (160 x 5 ans = 800 internes).

Le DES de gynécologie-obstétrique est qualifiant, mais il est évident à tous qu'un post-internat d'un an ou deux est nécessaire pour acquérir une expérience avant l'installation en libéral ou un poste de PH hospitalier. Ce post-internat -qui permet une prise de responsabilité complète mais dans une équipe où un secours par un senior est possible- ne pourra se faire qu'en utilisant les postes de chefs de clinique mais aussi les postes d'assistants spécialistes des hôpitaux généraux. Nous disposons actuellement de 147 postes de CCA et de 102 postes d'assistants spécialistes, soit 249 postes. Il nous en faudrait 320 (160 x 2) pour donner à tous ce temps complémentaire de formation. Nous avons demandé ces créations de postes dans le cadre du plan périnatal. D'autres postes d'assistants peuvent aussi être ouverts en transformant des postes de PH « vides » en postes d'assistants spécialistes.

On voit donc que, du simple fait de la démographie, nous avons besoin des CHU et des CH pour former les spécialistes de demain au niveau de l'internat et aussi du post-internat. Cette collaboration est une excellente chose car les pathologies complexes seront vues dans les CHU, mais les pathologies courantes, qui constituent la pratique habituelle de la plupart d'entre nous, se retrouvent dans les deux sortes d'établissements puisque le CHU est aussi le CH du quartier ou de la ville. La formation généraliste sera donc homogène. Rappelons que nous avons en France 153 services de gynécologie-obstétrique de niveau II qui font en moyenne 1300 accouchements par an, et 55 de niveau III qui font en moyenne 2300 accouchements par an. Il faut dire aussi que 75 % des hypotrophes, 75 % des grossesses multiples et 70 % des prématurés naissent dans ces établissements de niveaux II et III (DRESS 2003).

Ce lien est aussi une excellente chose car les internes « élevés » depuis le début de leurs études dans les CHU ignorent souvent la très belle activité des services de gynécologie-obstétrique des CHG. Leur passage hors CHU au cours du 2<sup>ème</sup> semestre de gynécologie-obstétrique (ou parfois de chirurgie générale) leur feront découvrir la qualité et la diversité des soins donnés et accepter aussi un post-internat qui ne soit pas un poste de CCA. Nous restons persuadés qu'il vaut mieux un bon « post-internat » comme assistant dans un CH actif qu'un poste de CCA dans un service très spécialisé dont l'activité ne correspond pas à ce que fera le praticien dans une clinique ou une équipe hospitalière.

## Rôle des CH et des CHU

Les CH et les CHU sont donc par la force des choses « obligés » de collaborer à la formation des internes. Faut-il pour autant créer un lien administratif spécifique ? L'enseignement théorique est en principe donné dans les équipes des CHU, mais rien n'empêche un PH d'un CH d'y participer ou d'organiser dans son service des staffs ou des séances de bibliographie qui seront profitables à toute son équipe. Le fonctionnement en réseau, la participation à des programmes régionaux ou nationaux de recherche clinique, la réalisation de mémoires ou de thèses constituent autant de liens qui unissent nos services sans penser qu'il soit nécessaire d'en créer de supplémentaires. L'évaluation des internes en utilisant le carnet mis au point par le CNGOF est aussi un lien indispensable pour l'évaluation du savoir-faire et du savoir-être du spécialiste que nous avons à former. Enfin il nous semble que -comme nos collègues européens- nous devons évaluer la valeur formatrice de nos services, universitaires ou non. Des visiteurs européens ou nationaux peuvent venir voir le fonctionnement de nos services et leur valeur formatrice, et interroger nos internes sur leurs attentes. Cet œil extérieur est indispensable pour valider et améliorer la formation de nos jeunes collègues. Il me semble que ces visites appliquées aux services des CHU comme des CH seraient plus utiles que des liens administratifs supplémentaires.

## Et les sur-spécialistes ?

Certes notre spécialité est très vaste et le diagnostic prénatal, la médecine de la reproduction ou la chirurgie cancérologique ou urologique lourde sont devenus des « sur-spécialités ». Cependant, il n'y a heureusement que 2 % des enfants qui ont une malformation et 2 % des couples qui relèvent de l'AMP pour 760 000 naissances annuelles, ou 4 000 cancers du col ou de l'ovaire pour 70 000 hystérectomies pour lésions bénignes ou 35 000 GEU. Il n'y a donc que 100 centres de diagnostic anténatal et 80 centres de PMA.

On voit donc que, pour renouveler les 2 ou 3 cliniciens qui travaillent dans ces centres, il faut former moins de 10 « sur-spécialistes » par an dans chaque branche (3 x 30 ans de carrière x 100 centres = 300). Pour la cancérologie, il faut aussi peu de chirurgiens formés à la chirurgie cancérologique lourde si l'on veut qu'ils fassent chacun 30 Wertheims ou équivalents par an. Cette « sur-spécialisation », déjà officialisée dans le DESC de médecine de la reproduction, sera à organiser dans les autres branches mais ne concernera que des gynécologues-obstétriciens qui se destinent à assurer ces activités soumises à agrément par l'Agence de biomédecine dans des équipes publiques ou privées. Ils seront formés dans les CHU sur deux ans en fin d'internat, avec une année de post-internat. Ils représenteront 10 à 15 % des 160 internes qui seront formés tous les ans.

**J. Lansac**

Président du CNGOF

## Rapport de la Cour des comptes : le bilan de la politique de périnatalité\*

En 34 pages d'une critique incisive et bien documentée, le rapport annuel 2005 de la Cour des comptes fait un bilan des politiques périnatales des gouvernements successifs. Malgré les engagements à long terme, la cour relève que ces politiques volontaristes rencontrent de nombreux obstacles qui tiennent tant à l'incoordination des promoteurs (l'État, les collectivités locales, l'Assurance maladie) qu'aux contraintes d'aménagement du territoire en matière de proximité des services.

### Le constat sanitaire

Même si depuis 1960 les performances de la France mesurées par les indicateurs périnataux se sont améliorées, elles restent « moyennes » comparées à celles des autres pays développés. Cette amélioration a été irrégulière, chaque période de stagnation conduisant à un nouveau plan de périnatalité... entre lesquels la situation se dégrade à nouveau.

Ainsi notre taux de mortalité périnatale (mort-nés + décès jusqu'à J7) à 6,9 pour 1000 nous situe en 2001 au 9<sup>ème</sup> et dernier rang parmi 9 pays de développement comparable. Le taux de 10 pour 1000 de 2002 pourrait paraître bien pire s'il n'était en rapport avec la modification de la définition des mort-nés comptabilisés depuis cette date à partir de 22 semaines. Cette situation « moyenne » de la France par rapport à des pays dont les performances n'ont cessé de s'améliorer depuis 1990 contraste avec notre taux de fécondité d'une part (1,89 enfant par femme) qui est le plus important de tous ces pays, et avec la situation sanitaire globale de la France que l'OMS place au tout premier rang pour ses performances globales d'autre part.

Enfin, la Cour observe que notre pays connaît une « déficience marquée » en matière de décès maternels (9 pour cent mille).

### Mortalité marternelle

	1970	1980	1990	2000	2002
France	28,2	12,9	10,4*	9,0	9,0
Allemagne	51,8	20,6	9,1	5,6	2,9
Royaume-Uni	24,0	11,0	8,0	7,0	6,0
Italie	54,5	12,8	8,6	nd	nd
Espagne	33,1	11,1	5,5	3,5	nd
Suède	10,0	8,2	3,2	4,4	nd
Finlande	12,4	11,6	6,1	5,3	5,4
États-Unis	21,5	9,2	8,2	9,8	nd
Japon	52,1	20,5	8,6	6,6	7,3

\* pour une estimation corrigée ensuite à 13-14 pour cent mille

Source: OCDE

### Sécuriser la naissance

Partant de ces comparaisons internationales peu favorables, les pouvoirs publics ont été amenés à concevoir 3 plans consacrés à la périnatalité qui ont conduit à une amélioration irrégulière de la situation en France depuis 1960. Le rapport rappelle brièvement le plan 1970/1976 pour en souligner l'efficacité, et détaille davantage le plan 1995/2000 et le plan 2005/2007.

Le plan 1995/2000 a attendu les décrets de 1998 pour officialiser ses recommandations sur le transfert des mères avant la naissance vers des structures adaptées aux risques de l'enfant à naître, et obliger à des normes de personnel, de locaux et d'équipement. Elles s'appliquent au secteur privé comme au secteur public.

Des 5 objectifs qu'il se proposait d'atteindre, 3 semblent en partie atteints :

- par rapport à un taux de 13,9 pour cent mille naissances, la mortalité maternelle a bien diminué de 30 % (9 pour cent mille), même si « *la moitié des décès serait évitable* » ;
- la mortalité périnatale a bien diminué de 18 % (de 8,2 à 6,7 pour mille en 2003) ;
- les morts subites de nourrissons ont bien diminué de 35 % et même au-delà ;
- en revanche, l'espoir de diminution de l'hypotrophie de 25 % est un échec en 2003, avec au contraire le constat d'une aggravation ;
- quant à l'espoir d'une réduction de 50 % des femmes non suivies pendant leur grossesse, c'est aussi un échec d'après l'échantillonnage de l'INSERM en 2003.

Le plan 2005/2007 reprend des objectifs fixés pour 2008 par la loi du 9 août 2004 :

- réduire la mortalité périnatale au taux de 5,5 pour mille, soit 15 % de moins ;
- réduire la mortalité maternelle au taux de 5 pour cent mille naissances, soit 40 % de moins.

Il prévoit la mise aux normes des maternités pour fin 2006 et inclut plusieurs mesures dans le champ de la prévention, ce qui manquait au plan précédent (entretien du 4<sup>ème</sup> mois, développement des réseaux « *ville-hôpital* » et PMI-hôpital sous le pilotage des A.R.H.

Pour restructurer l'offre à travers les normes, la Cour des comptes note que les décisions-rapides pour le premier plan-se sont allongées pour le plan suivant. Elle observe bien que ces normes exigeantes sont en contradiction avec un certain nombre de contraintes nouvelles : limitation du recrutement de médecins étrangers, réduction du temps de travail applicable aux médecins et non-médecins, intégration des gardes médicales dans le temps de travail selon la directive européenne 93/104/CE qui réduit de 20 % les obligations de service d'un médecin participant aux gardes.

La responsabilité des Agences régionales d'hospitalisation est clairement désignée dans cette mise en œuvre incertaine des plans successifs. Les restructurations ont principalement concerné le secteur privé qui, sans intervention de l'agence, abandonne parfois l'activité obstétricale sans préavis. Ainsi, l'activité obstétricale s'est réorientée vers le secteur public : de minoritaires, les maternités publiques sont devenues majoritaires (59,1 % des établissements et 61 % des accouchements en 2002). De plus, le secteur public est massivement impliqué dans la prise en charge des grossesses à risques.

Les normes issues d'un consensus médico-scientifique, qui ne tenaient pas compte des moyens humains disponibles, sont peu respectées : en 2003, 46 % des niveaux III, 52 % des niveaux II et 30 % des niveaux I n'étaient pas en conformité. La non-conformité est le plus souvent due à l'insuffisance des effectifs et, dans une moindre mesure, à la situation des locaux. Le report de deux ans du délai de mise aux normes paraît ainsi insuffisant aux yeux des magistrats de la Cour des comptes. Le financement de la mise aux normes a été « *aléatoire* » selon eux, qui stigmatisent là encore les agences incapables de dégager les marges financières de manœuvre pour des coûts dont les données sont qualifiées de « *lacunaires* », voire « *contradictoires* ».

## Chiffrage des recrutements supplémentaires pour le respect des normes de 1998 dans les maternités

Selon la DHOS en 2002		Prévu par le plan 2005-2007	
Gynécologues-obstétriciens	381	Praticiens hospitaliers	370
Pédiatres	389		
Anesthésistes	261		
Sages-femmes	897	Sages-femmes	480
Infirmiers	1845	Infirmiers	1300
Auxiliaires de puériculture	776		
Aides-soignants	556		
<b>Total</b>	<b>5105</b>	<b>Total</b>	<b>2150</b>

Source: DHOS (2002) actualisation pour la Cour de l'étude de 2001

Le développement des réseaux est jugé « *médiocre* », justifiant l'appréciation « *mitigée* » de la politique des transferts. Essentiellement inter-hospitaliers, les réseaux existants mettent en lumière l'absence de réseau « *d'amont* » (ville-hôpital). Les moyens humains faisant défaut, il y a difficulté à coordonner les membres du réseau. L'amélioration des indicateurs périnataux est pourtant patente du fait de cette politique : ainsi, dans le Pays de Loire, le taux des enfants nés dans un centre adapté à leur niveau de risque est passé de 50,6 % en 1986 à 90 % en 1997 ; mais les résultats plus récents sont moins probants, « *la pratique des transferts ayant précédé la formalisation d'un réseau* ». Les données disponibles montrent qu'en France métropolitaine 34 % des jumeaux naissent encore en 2000 dans une maternité sans environnement en néo-natalogie, et plus généralement elles soulignent en la matière « *des disparités régionales fortes* ». L'engorgement de certaines maternités de niveau III conduit à une saturation de la tête du réseau du fait d'un dimensionnement insuffisant des unités de réanimation néonatales, ce qui est singulièrement vrai en Ile de France.

Constatant des effectifs stables ou en légère augmentation pour les médecins, anesthésistes, gynéco-obstétriciens, en forte augmentation concernant les sages-femmes, le rapport interroge franchement sur les contraintes d'une crise démographique souvent évoquée. Mais, faisant état d'un « *enchevêtrement des compétences* », il témoigne d'un agrégat non constitué des professionnels qui conduirait à une « *captation* » d'une partie des grossesses non pathologiques par les obstétriciens au détriment des sages-femmes dont c'est la mission essentielle, pour un coût « *inférieur* ». Il s'agit en fait d'un vigoureux plaidoyer pour un réseau « *ville-hôpital* » élargi aux services de PMI. Pêle-mêle, le rythme des gardes, l'absence de rémunération de l'astreinte, les 35 heures, le développement du temps partiel expliqueraient pour tous ces professionnels un « *sentiment de pénurie persistant* » et « *une incertitude sur la démographie future* ».

### Renforcer la prévention

Les magistrats de la Cour des comptes estiment que « *le plan 2005/2007 apporte certaines inflexions en termes d'intérêt accordé à la prévention* », mais que « *les principales lacunes du plan 1995/2000 restent insuffisamment traitées* ». Ils dénoncent en particulier :

- l'implication inégale des services de PMI, stigmatisant l'action des Conseils généraux et s'appuyant à contre-exemple sur l'action positive du Conseil général de Seine-Saint-Denis. Ils estiment que le plan 2005/2007 ne comporte pas « *de mesure concrète de portée immédiate* » ;
- le suivi insuffisant des femmes en situation sociale difficile : la proportion des grossesses menées à terme ayant consulté moins de 7 fois en 2003 est de 7,8 %, mais de 15,7 % pour les femmes sans emploi et de 21,5 % pour celles qui n'ont aucun revenu ;

- une augmentation préoccupante de l'hypotrophie et de la prématurité, qui n'est explicable ni par les seules grossesses gémellaires issues de la PMA ni par la pratique des déclenchements avant terme en cas de risque, puisque c'est pour les singletons que ces taux auraient le plus augmenté ;
- l'absence de mesure concernant l'alcool et le tabac ;
- le problème persistant des décès maternels « dont la moitié aurait pu être évitée », saluant au passage les recommandations issues de la conférence de consensus organisée par le Collège ;
- la situation défavorable des départements d'outre-mer, dont les indicateurs sont encore supérieurs de 70 % à ceux de la métropole sans faire l'objet de mesures spécifiques.

Le rapport se termine sur des recommandations, notamment concernant une redéfinition des pratiques et des conditions d'exercice des professionnels de la naissance d'une part, et des missions des services de PMI d'autre part. La réponse du Ministre, annexée au rapport, apparaît faible, formelle et strictement défensive. Le rapport de la Cour des comptes doit dorénavant être suivi de l'examen des mesures correctives, de par la volonté de son Président. Dans ce rapport, de larges convergences de vue avec les positions exprimées du CNGOF plaident pour un contact direct avec son Président ou ses services.

### G. Dauptain

\*Rapport complet au [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr), rubrique «les rapports publics annuels 2005»

## Vous avez dit Gynérisq ?

Le Syngof et le CNGOF ont créé une association, Gynérisq, pour développer la gestion des risques et défendre l'intégrité professionnelle des gynécologues-obstétriciens.

Gynérisq sera l'association de tous les gynécologues-obstétriciens qui souhaiteront appliquer la gestion des risques dans le cadre de la loi du 13 août 2004. Gynérisq prévoit de faciliter la prévention des risques et la gestion des situations lors de risques avérés. Les propositions des assureurs pour organiser la gestion des risques avaient le double inconvénient de leur confier le pilotage des guides de pratique clinique, et de leur permettre de nous transformer en clientèle captive. Nous avons souhaité avoir le Collège comme partenaire pour faire fonctionner au mieux les échanges entre concepteurs du savoir et producteurs du retour d'expérience.

Gynérisq a été conçu comme une déclinaison du projet Résirisq élaboré grâce aux syndicats des anesthésistes, des gynécologues-obstétriciens et des chirurgiens. Ils ont obtenu le double concours des URML pour l'expertise administrative et juridique et de l'ANAES -la Haute Autorité de santé- pour la part méthodologique. La phase expérimentale du dispositif national de gestion des risques et de l'accréditation des médecins est en cours : déclaration anonyme des événements porteurs de risque, analyse des causes, élaboration des solutions. L'usine à gaz n'est pas loin. Nous veillons à ne pas y rentrer. Gynérisq sera logiquement un des organismes agréés pour l'accréditation des médecins assurant la responsabilité des accouchements, des échographies obstétricales, du diagnostic anténatal et de la chirurgie. L'engagement dans la démarche d'accréditation des praticiens par Gynérisq leur permettra de bénéficier en contrepartie d'une aide pour le paiement des primes d'assurance. Cette aide sera ouverte aux praticiens exerçant en secteurs conventionnels 1 et 2

pour les libéraux et mais aussi pour les praticiens hospitaliers publics ou PSPH. Cette aide serait un dédommagement de leur responsabilité plus grande que pour les autres spécialités. Tout ceci doit être précisé dans un décret qui serait dans les «tuyaux» !

Gynérisq organisera des formations à la gestion des risques. Une formation à la gestion des risques pour les hémorragies de la délivrance et une autre à la gestion des risques de souffrance fœtale aiguë ont obtenu le financement tardivement. Nous vous proposons de prendre une option sur des formations de deux jours vendredi-samedi dans trois régions françaises. Transmettez une pré-inscription au secrétariat du Syngof\*. Cela nous aidera à arrêter la région et la date.

Ainsi, par Gynérisq, les gynécologues-obstétriciens rempliront leur obligation de formation mais aussi d'évaluation des pratiques professionnelles. C'est compris dans l'accréditation. En Midi-Pyrénées, en Rhône-Alpes, les réseaux de périnatalité expérimentent la diffusion de la gestion des risques. Il y a fort à parier que les réseaux garderont une place importante du fait qu'ils représentent un regroupement efficace pour concevoir l'adaptation du métier au plus près des réalités de terrain et parce qu'ils disposent de moyens logistiques dont nous avons déjà l'usage.

Gynérisq sera le recours le plus adapté pour une assistance des gynécologues-obstétriciens confrontés à la menace de réclamation des patientes. Gynérisq apportera dans ces circonstances les premiers conseils permettant d'éviter les erreurs irrémédiables dans la relation avec la patiente et sa famille, l'assureur et la justice. Naturellement, Gynérisq interviendra au nom de ses membres pour relâcher l'insupportable pression de la responsabilité civile professionnelle.

Gynérisq peut être aussi l'organisme agréé pour l'évaluation des pratiques professionnelles de nos collègues médicaux qui ne participent pas aux activités à risques mais souhaitent bénéficier de la logistique de cette structure spécifique à notre spécialité. A eux de nous le dire.

**J. Marty, P. Le Pors-Lemoine (Syngof)**

\* 04 67 04 17 18

### En direct du Collège

**29 novembre au 2 décembre 2006 :**

Les 30<sup>es</sup> Journées nationales du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français auront lieu à la Maison de la Chimie à Paris.

<b>Directeur de publication :</b>	Pr B. Carbonne (Paris)
<b>Rédacteur en chef :</b>	Pr Ph. Descamps (Angers)
<b>Comité de rédaction :</b>	
Vie universitaire :	Pr H.-J. Philippe (Nantes)
Affaires internationales :	Pr G. Magnin (Poitiers)
Gestion du risque :	Pr F. Pierre (Poitiers)
Vie professionnelle Privé /Public :	Dr G. Dauptain (Gonesse) - Dr G.-F. Blum (Mulhouse)
Formation, RPC :	Pr B. Carbonne - Pr F. Goffinet (Paris)
Communication :	Pr Ph. Descamps (Angers) - M.-H. Coste (Paris)
	Dr J. Belaisch-Allart (Sèvres)

Conception/réalisation : 3c01® ([www.congres-medical.com](http://www.congres-medical.com))  
Webmaster : B. Michelon ([www.cngof.org](http://www.cngof.org))

du **BREVES**  
COLLEGE