

Editorial

Pourquoi les « Brèves du Collège ? »

Pourquoi, à l'époque de l'Internet, du multimédia, de la télétransmission et du téléphone mobile, créer un nouveau journal sur papier ?

La révolution des techniques de communication nous offre de nouveaux outils mais ne permet de trouver que ce que l'on cherche. De multiples événements concernant notre spécialité ont lieu en ce moment et il nous semble indispensable que les membres du Collège en soient informés régulièrement. La plupart des informations que vous trouverez dans les « Brèves » se trouvent également sur le site Internet du Collège (www.cngof.org), pourtant, seule une partie de nos membres se connectent de manière régulière sur le web.

Depuis quelques années, le Collège multiplie les actions pour la défense de la spécialité, pour l'enseignement et la formation médicale continue et pour faire entendre la voix des professionnels auprès des pouvoirs publics. Cependant ces actions restent en général assez méconnues des membres du Collège.

D'autre part, notre spécialité suscite actuellement un intérêt marqué dans les grands médias nationaux, malheureusement en rapport avec les difficultés extrêmes que nous connaissons. Cette fenêtre médiatique doit nous servir pour faire connaître nos difficultés au grand public et obtenir le soutien nécessaire à la mobilisation des politiques.

Sans être totalement exhaustives, « les Brèves » vous informeront chaque quadrimestre sur les actions du Collège. Ce premier numéro paraît dans une actualité particulièrement nourrie : modification des décrets de périnatalité, Etats Généraux de la Naissance, nouvelles filières d'enseignement de la Gynécologie... Nous présentons ici les enjeux et les réactions à ces sujets en laissant une large part au débat et à l'expression d'opinions diverses.

Pour que chacun connaisse et se reconnaisse dans les actions du Collège, souhaitons longue vie aux « Brèves du Collège »

Bernard Blanc
Président du CNGOF



Photo: Th. Bonnel

n°1
Juin
2003

REACTIONS AUX DECLARATIONS DE Mr JF. Mattéi

(Troyes - 10.03.2003)

L'avis de René Frydman

1- Création des maisons périnatales (surveillance des grossesses, prise en charge des suites de couches).

La création de centres périnataux de proximité a récemment été proposée lors des fermetures des petites maternités et la plupart ont été un franc succès.

Bien entendu il n'y a pas d'hospitalisation. Il s'agit de consultations avancées pour la surveillance des grossesses ainsi que la prise en charge après l'accouchement mais il n'y a pas comme dans la proposition telle qu'elle était formulée de création d'hospitalisation de suites de couches de proximité cette hospitalisation semble une aberration à plus d'un titre :

1- Premièrement accoucher n'est pas dépoter !
2- Il y a une période d'adaptation qui est suffisamment courte, pour ne pas la perturber plus en saucissonnant les intervenants qui sont déjà fort nombreux au cours de la grossesse.

2- Deux années supplémentaires pour la mise aux normes des maternités C'est un constat d'échec. Dans de nombreuses régions la planification n'est pas correctement établie, je crains que les deux ans supplémentaires n'y changent rien. Le bilan de l'ARH d'Ile de France n'est pas brillant.

3- La revalorisation de l'activité périnatale en 2004 avec développement des réseaux régionaux

Oui, certainement à condition que les régions périnatales soient réellement définies et quelques objectifs concrets d'échanges entre le personnel médical et paramédical afin de vraiment développer le concept de mise en commun de toutes les structures privées publiques libérales qui concourent au réseau périnatal.

Surtout, bien entendu, cette revalorisation pourrait être chiffrée concrètement en terme de moyens donnés pour que le réseau fonctionne.



4- Recrutement de praticiens libéraux dans les établissements de santé publics dans le cadre d'opérations de restructuration (maintien de tout ou partie de la rémunération pour une reprise de l'ancienneté) :

C'est une bonne chose, mais il faut se dépêcher car la plupart des praticiens libéraux qui quittent leur établissement au-delà d'un certain âge ne replongent pas dans l'activité périnatale.

5- Augmentation de 10 % des postes d'internes dans toutes les disciplines de la périnatalité.

Je ne sais pas si le chiffre est applicable partout puisqu'il y a des endroits où il y a trop d'internes, d'autres où il n'y en a pas assez. D'autre part, il faudrait d'ores et déjà envisager les postes de chef de clinique ou d'assistants pour ne pas se retrouver dans la situation tout à fait prévisible d'un engorgement des sorties d'internat.

René FRYDMAN

REPONSE AUX PROPOSITIONS DU MINISTRE DE LA SANTE

Réactions du Docteur C. Muszynski, Président de la F.N.M.H.P.P
(Fédération nationale des maternités et hôpitaux publics de proximité)

1- Création du centre périnatal de proximité.



Cette proposition vise à asseoir les objectifs ministériels du plan 1999-2004, fermer 600 lits de maternités et gérer la pénurie de praticiens, de soignants.

C'est un déni des décrets d'octobre 1998 établissant trois niveaux de maternité comme dans bien des pays développés et performants comme le Japon et d'autres en Europe.

Le martèlement sécuritaire va aboutir à l'existence, seule, de maternités niveau III (pour 85 % de grossesses normales ?). Usines à bébés, jetant les mamans à J+2 en centre de périnatalité. Ces niveaux III nécessiteront des professionnels de la naissance, qui ne seront pas disponibles.... Car ailleurs.

Ces niveaux III manquent déjà des soignants de la naissance tous grades confondus (fermeture d'écoles d'infirmières, de sages femmes, numerus clausus). Responsables de cette situation: des praticiens universitaires mégalomanes, conseillers techniques, qui ont soutenu cette politique restrictive, aidés parfois par nos syndicats.

C'est un accroissement des frais de transports qui grèvera encore plus le budget de la Sécu et cela n'est pas du soin.

2- Deux années pour la mise aux normes des maternités.

C'est de l'escroquerie intellectuelle :

- 100 % des maternités de moins de 400 accouchements étaient aux normes maternelles en 1993 (Enquête G.A.I.N. - C.R.A.M.). Il est vrai que le matériel représente moins de 10 % des frais de fonctionnement d'un hôpital.

- 70 à 80 %, c'est le coût du personnel. Or, il n'y a plus assez de personnel de la naissance.

- De vrais professionnels : il faut 12 ans - à moins de faire appel aux diplômés étrangers qui manquent cruellement dans les pays d'où on les extrait...

(200 postes de praticiens ne sont pas pourvus).

3- Développement des réseaux régionaux.

- Quand le service référent régional est bon, il n'y a jamais eu de problème et les réseaux fonctionnaient par le passé, sans en porter le nom.

- La raison d'être des centres régionaux est la formation post-universitaire, l'enseignement, la recherche et la réception des grossesses problématiques.

- Avec l'acceptation du tout venant obstétrical, on surcharge inutilement ces services.

- En France, le nombre de maternités a diminué de moitié : 1.369 en 1975 et 694 en 2001 soit 1.111 naissances/Maternité "si on pèrequationne".

- Nos voisins allemands ont gardé 1.071 maternités (54 % de plus qu'en France) soit moins de 700 naissances par maternité et leurs résultats sont meilleurs...

- Il y a une maternité pour 330 km² en Allemagne pour une sur 800 km² en France.

- On a créé des déserts sanitaires : on accouche au chef-lieu du département en Creuse, Gers, haute-Loire, Pyrénées Orientales, etc... - même en Espagne pour la Cerdagne (Font Romeu !), ça c'est un réseau !

4- Le recrutement des praticiens libéraux.

Il faut les trouver et il y a peu de candidats. On compte un nombre élevé de praticiens qui ont cessé l'échographie obstétricale pour se préserver d'une judiciarisation croissante. Un jeune praticien, estime-t-on, fera face à près de huit procès en R.C.P., dans la carrière.

L'augmentation de 10 % de postes d'internes dans toutes les disciplines est une bonne mesure. Est-elle réalisable ?

Le chiffre annoncé par le Ministère me remémore celui de Kouchner et Douste-Blazy qui, en fermant les petites structures, baisserait de 30 % la mortalité périnatale et maternelle ainsi que la prématurité.

*La réalité aujourd'hui dément formellement ces certitudes antérieures.
Les promesses n'engagent que ceux qui y croient*

Coutances, le 7 avril 2003

Docteur Casimir MUSZYNSKI
Président de la F.N.M.H.P.P.

Réaction du Collège

Faut-il modifier les décrets de périnatalité de 1998 ?

Manque de moyens d'un côté, pénurie de professionnels de l'autre, trop de maternités à faire fonctionner.... Devant cette accumulation de difficultés, les décrets de périnatalité de 1998 ont pris comme un air de lettre au Père Noël.

Comment les pouvoirs publics peuvent-ils résoudre cette équation apparemment insoluble ?

Deux possibilités peuvent grossièrement être avancées : soit les autorités considèrent, comme le font la plupart des professionnels, que les décrets de 98 sont bons et il faut trouver les moyens de les appliquer. Soit il faut modifier ces décrets pour les rendre applicables.

Le 10 mars 2003, M. Mattei a présenté publiquement son plan de soutien à la périnatalité. Au programme :

1) accélération des recompositions hospitalières, comportant des

restructurations de maternités à faible activité et la création de centres périnataux de proximité.

2) mise aux normes des maternités dans un délai de 2 ans (au delà des délais prévus par les décrets).

3) préservation des compétences humaines en favorisant les passerelles entre privé et public et en augmentant le nombre de professionnels en formation.

Si les modalités pratiques d'application de ces mesures restent à définir, les grandes orientations du projet paraissent conformes aux souhaits des professions de la naissance.

Quelle fut alors notre surprise, en recevant le 12 mars de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS ; émanation du Ministère de la Santé), un courrier de propositions de modifications des décrets de périnatalité incluant des propositions incroyablement rétrogrades sur la sécurité périnatale. Le texte prévoyait notamment :

- la possibilité d'astreinte à domicile de l'obstétricien jusqu'à 2000 accouchements par an

- la mutualisation de la garde de l'anesthésiste entre la maternité et la chirurgie, sans limitation du nombre d'accouchements

- possibilité d'astreinte du pédiatre sur deux établissements simultanément

- possibilité de fonctionner sans pédiatre en astreinte

- allongement des délais de mise en conformité de 3 à 5 ans pour le personnel et de 5 ans à 10 ans pour les locaux et équipements...

En bref, une adaptation des normes de sécurité aux moyens actuels et non un effort pour adapter les moyens aux normes de sécurité souhaitées pour la population.

Ces propositions étaient d'autant plus inacceptables que les professionnels, réunis par la DHOS le 14 janvier 2003, (représentants des obstétriciens, des sages-femmes, des pédiatres des anesthésistes...) avaient massivement réaffirmé leur attachement aux décrets de 1998 et leur souhait de les voir appliqués dans les meilleurs délais.

Le Collège a violemment réagi à ces propositions en organisant une conférence de presse pour dénoncer cette régression sans précédent. Nous avons été reçus le jour même par le Conseiller Technique de M. Mattei, responsable de la périnatalité et nous avons reçu l'engagement que ce texte ne serait pas validé sans de nouvelles discussions avec les professionnels.

La dernière réunion a eu lieu à la DHOS le 16 mai 2003. Certaines évolutions du texte des décrets semblent avoir fait l'objet d'un certain consensus parmi les professionnels notamment sur la qualification des personnels travaillant en unité de néonatalogie. En revanche, aucune concession n'a été faite concernant les seuils justifiant la présence d'un obstétricien sur place ou celle d'un anesthésiste dédié à la maternité. Un groupe de travail sur l'organisation et les fonctions précises des centres périnataux de proximité devrait en outre voir le jour. Ces structures dont les missions n'ont pas encore été clairement définies pourraient, moyennant une organisation souple et largement tournée vers l'extérieur (réseau ville-hôpital avec les médecins généralistes et les sages-femmes libérales, hospitalisation à domicile...), assurer bien d'autres missions que l'accueil des femmes accouchées dans les maternités de référence.

Jusqu'à présent, le pire a été évité mais nous devons rester vigilants pour que l'évolution se fasse vers une meilleure attribution des moyens et non vers une diminution des conditions de sécurité.

Bruno Carbonne
Secrétaire Général du CNGOF

Informations sur le DESC de Médecine de la Reproduction

La formation de spécialistes en Médecine de la Reproduction a été très faible sur les 15 dernières années et il est à prévoir un déficit de couverture de cette activité sur notre territoire dans les années à venir. Or, depuis 1984 existe un DESC qui permet d'accéder au niveau de surspécialité exigé par l'évolution des pratiques dans ce domaine.

Depuis un arrêté du 29 mars 2001, le DESC de Médecine de la reproduction et gynécologie médicale est devenu DESC de Médecine de la Reproduction. Il est ouvert aux internes inscrits aux DES de Gynécologie-Obstétrique et d'Endocrinologie.

Pour les internes, ce DESC comporte deux axes : un enseignement et des stages.

*L'enseignement

Un enseignement national spécifique, couplé à celui du DESC d'Andrologie, est en place depuis 1998. Cet enseignement se déroule sur 2 ans et comprend deux volets : l'un sur un an consacré à la reproduction féminine, et l'autre sur un an également dévolu à la reproduction masculine. Chaque module est enseigné sur 2 semaines (deux fois 1 semaine) dans la même année universitaire et validé par un contrôle de connaissance.

*Les stages

L'arrêté du 29 mars 2001 publié au J.O. du 7 avril 2001 précise les modalités de validation des stages :

« la validation du DESC implique d'avoir réalisé 4 semestres de stage dans des services ou laboratoires agréés pour le DESC de Médecine de la Reproduction

- dont au moins un semestre dans un service d'Endocrinologie pour les candidats gynécologues...

- deux de ces 4 semestres doivent être effectués dans des centres agréés par la Commission Nationale de Médecine et Biologie de la Reproduction pour l'activité d'Assistance Médicale à la Procréation et/ou de Diagnostic antenatal ».

Puis, l'interne soutient devant la commission interrégionale un mémoire.

Pour les enseignants : il est important d'ouvrir des terrains de stage afin que les étudiants puissent valider leur maquette. Le terme de « gynécologie médicale » accolé à l'intitulé précédent a pu semer la confusion dans les esprits mais le nouvel intitulé est sans ambiguïté. Ce DESC offre l'opportunité aux internes intéressés d'acquérir une formation complète et transversale pour une prise en charge optimale des difficultés de reproduction des couples.

Les internes intéressés doivent s'adresser au coordonnateur du DESC de leur inter-région (cf liste jointe), et au besoin au coordonnateur national qui est actuellement le Pr. J.N. Hugues, à l'hôpital Jean Verdier- 93143 BONDY.

L'avis du Collège

Le DESC de Médecine de la Reproduction doit se concevoir comme une opportunité pour les internes du DES de Gynécologie Obstétrique à accéder à un niveau de formation complémentaire, en plus de leur formation globale. Il n'interfère en aucune mesure avec le futur DES de Gynécologie médicale car il se situe au niveau de surspécialité. Il ne s'adresse pas qu'aux futurs médecins des centres d'A.M.P ou de Médecine foetale mais permettra à de futurs gynécologues obstétriciens de répondre avec efficacité à un véritable besoin de santé publique.

Patricia Barbarino-Monnier

Transfusion et témoins de Jéhovah

Les rumeurs issues de la médiatisation au cours de l'été dernier d'une décision de justice présentée comme censée apporter un éclairage nouveau sur le problème de la transfusion des témoins de Jéhovah, impose une mise au point auprès des acteurs de la pratique quotidienne.

Même si cette récente décision du Tribunal Administratif de Lille du 25 août 2002 a énormément ému la profession, ce débat récurrent sur la transfusion des témoins de Jéhovah avait déjà été réouvert en octobre 2001 lors d'une décision du Conseil d'Etat (C.E., 5^e sous-section, n°198546 du 12 octobre 2001, lecture du 26 octobre 2001). Dans cette décision, la cour avait rejeté la demande d'indemnisation sur le motif qu'il n'y avait pas de faute en accomplissant un acte indispensable à la survie et proportionné à l'état du malade, tout en se gardant cependant d'apprécier si la méconnaissance de la volonté du malade constituait une faute du médecin de nature à engager la responsabilité de l'établissement. Une autre ambiguïté de cette décision vient du fait que le Conseil d'Etat n'y a pas commenté la question de savoir si les médecins auraient commis une faute s'ils s'étaient abstenus de pratiquer des transfusions sanguines sur leur patient ; et que, dans ces dossiers, deux principes de même force juridique cohabitent, à savoir « l'obligation qu'a le médecin de sauver la vie », et celle qu'il a de « respecter la volonté du malade », mais sans prédominance de l'une sur l'autre. Cette décision du Conseil d'Etat avait permis un débat qui s'est trouvé réactivé lors de la promulgation de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.

Même si le contenu de cette loi n'est pas très différent de l'article 36 du code de déontologie médicale, elle est l'occasion d'un renforcement juridique de la notion que « le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix » et que « si la volonté de la personne de refuser un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables, précisant qu'aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne, tout au moins lorsque la personne est en état d'exprimer sa volonté » (article L1111-4).

C'est dans ce contexte et dans le cadre d'une procédure d'urgence (procédure de référé-liberté rendue possible depuis la loi du 30 juin 2000), où seuls les plaignants se sont présentés, sans que la défense n'ait pu sembler-t-il s'exprimer, qu'est survenue la très récente et si décriée décision du Tribunal Administratif de Lille (25 août 2002). En attendant la décision d'appel de ce jugement, il est clair qu'il importe pour les professionnels confrontés à ce choix de bien peser (et pouvoir justifier) la réalisation d'une transfusion dans un contexte de refus, plus que de refuser assistance à une personne en péril.

Rappelons cependant que dans le même temps une autre décision, moins médiatisée, survenait elle aussi au cours du même mois d'août 2002, et pourtant d'autant plus valide qu'elle est issue de la cour suprême administrative (le Conseil d'Etat). Elle répondait à la requête d'une patiente demandant l'annulation de l'article 2 d'une ordonnance du juge des référés du tribunal

administratif de Lyon qui indiquait que : le centre hospitalier devait s'abstenir de procéder à des transfusions sanguines sur la personne de la patiente (article 1) ; mais que cette injonction cesserait de s'appliquer si le patient venait à se trouver dans une situation extrême mettant en jeu un pronostic vital (article 2). La réponse de la Cour Suprême administrative fût de ne pas écarter la possibilité d'une transfusion sanguine s'il avait tout mis en œuvre d'une part « pour convaincre la patiente d'accepter les soins indispensables », et d'autre part « pour s'assurer qu'un tel acte soit proportionné et indispensable à la survie de l'intéressée » (Ordonnance du Juge des Référé du 16 août 2002 n°249552).

S'il n'y a aucun doute sur le fait que la loi soit respectable, il semble qu'au delà de « convictions » tant du patient que du médecin, la jurisprudence reconnaît à ce dernier la possibilité, pour bien soigner, de garder un certain « libre arbitre » dans les situations extrêmes et urgentes.

Fabrice Pierre, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Poitiers



Photo Th.Bonnet

En direct du Collège

*Journées du CNGOF : 27/28/29 novembre 2003, Maison de la Chimie, Paris

* Etats généraux de la naissance : 6 juin 2003, Ministère de la santé, 8 av de Ségur, 75007 Paris.

Directeur Publication :	Pr B. Carbone (Paris)
Rédacteur en Chef :	Pr Ph. Descamps (Angers)
Comité de Rédaction :	Pr P. Barbarino (Nancy) (Enseignement formation), Pr J. Lansac (Tours) (Europe), Pr F. Piene (Poitiers) (Médico-légal)
Conception/Réalisation :	3c01® (www.congreo-medical.com)
Photos :	Th. Bonnet (bonnetphotos@voila.fr)
Webmaster :	B. Michelon (webmaster@cngof.org)

En partenariat avec



B
BREVES
du COLLEGE