

## Editorial

n°4 Avril 2005



### Où va le Collège ?

Sous la houlette de B. Blanc, le CNGOF a modifié ses statuts et ouvert la possibilité d'adhésion à tous les spécialistes de la discipline, qu'ils soient médicaux ou chirurgicaux, ainsi qu'aux sages-femmes.

Les journées se sont étoffées avec une session et un fascicule destinés aux gynécologues médicaux, aux généralistes, et une conférence grand public.

Notre influence nationale s'est accrue auprès des pouvoirs publics avec les Etats généraux de la naissance, la participation aux conférences de consensus et la réalisation de recommandations de bonne pratique sous l'égide de l'ANAES, la révision de la nomenclature des actes professionnels avec la CNAM, des actions de communication vers le grand public en particulier sur les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse, le cancer du sein. La fusion entre la Société de Gynécologie-Obstétrique de France et le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français est maintenant faite. Depuis le premier janvier 2005, il n'y a plus qu'une seule société (avec des groupements scientifiques régionaux) : le Collège, comme dans la majeure partie des pays d'Europe.

### Que faire maintenant ?

Les objectifs du Collège sont clairs : développer ses actions pour promouvoir en France une politique sanitaire dans le domaine des soins à donner aux femmes en gynécologie, obstétrique, reproduction et médecine fœtale. Cette politique sanitaire, que ce soit dans le secteur privé ou public, doit être développée en concertation avec les pouvoirs publics, l'Ordre des médecins, le Syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France (Syngof), aux niveaux local et régional dans le cadre des réseaux, mais aussi aux niveaux national et international en lien avec l'European Board and College of Gynaecology and Obstetrics (EBCOG) et la Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique (FIGO).

Cet objectif global appelle une nouvelle organisation pour démultiplier nos forces et permettre à tous les collègues qui le souhaitent - qu'ils soient ou non membres du Conseil d'administration - de participer à l'action.

Ainsi seront créées dès cette année des commissions intitulées :

- **Vie professionnelle Privé/Public** animée par **G. Dauptain** et **G. Blum** qui conduira une réflexion et des actions sur le plan périnatal, la T2A, les modalités d'exercice.
- **Formation permanente** animée par **B. Carbonne** et **F. Goffinet** prenant en charge le programme des journées, les RPC, les différentes publications du Collège (livre, CD, DVD), y compris la collection de gynécologie-obstétrique des éditions Masson.

- **Vie universitaire** animée par **H-J. Philippe** en charge, avec les coordinateurs des DES et l'AGOF, de l'enseignement des internes dans les différentes régions et de leur validation par un comité de visite comme cela se fait dans les autres pays d'Europe. Cette commission s'occupera aussi des échanges en France ou en Europe et de l'université virtuelle.
- **Gestion du risque** animée par **F. Pierre** et **M. Cosson** qui aura pour mission de mettre en place avec le Syngof un système de relevé des incidents comme en ont un nos collègues canadiens, avec l'idée d'en tirer des recommandations permettant d'en diminuer l'incidence ou la gravité, de valider l'usage de certains matériels en gynécologie comme en obstétrique et ce en synergie avec la Haute Autorité. Enfin, elle poursuivra la rédaction des fiches d'information à destination des patientes.
- **Actions internationales** animée par **G. Magnin** afin de coordonner nos actions avec les autres sociétés de gynécologie-obstétrique de langue française, mais aussi nos actions en Afrique avec la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique (SAGO), en Asie (Vietnam, Cambodge) en lien avec l'OMS, la FIGO (programme fistules), l'UNFPA, Gynécologie sans frontières. Elle reverra aussi notre politique d'accueil et de formation des étudiants étrangers (AFS, AFSA) en collaboration avec le ministère des affaires étrangères, celui des universités, et celui de la santé.
- **Communication** animée par **Ph. Descamps** et **M.H. Coste** qui aura en charge nos relations avec les médias mais aussi la presse professionnelle : la Revue Blanche (rédacteur en chef H. Fernandez) qui est « notre » journal, publie nos RPC, des articles de synthèse et devra comporter aussi des rubriques professionnelles. Il faudra réfléchir à l'adhésion conjointe CNGOF + journal qui serait souhaitable. Certes l'abonnement a un prix, mais l'indépendance de l'information se paye comme dans la vie démocratique. Les liens avec l'European journal devront aussi être revus.
- **Commission gynécologues-obstétriciens / sages-femmes** animée par **L. Marpeau** et orientée sur le problème de la formation des sages-femmes (numerus clausus, LMD, nouveaux métiers comme attachés de recherche clinique, le conseil en génétique) ainsi que sur la formation des cadres sages-femmes dont nous manquons cruellement.
- **Ethique en relation avec l'Académie Nationale de Médecine** où siègent des membres de notre Collège : C. Sureau, R. Henrion, G. David, M. Bruhat de façon à réfléchir avec eux et l'Ordre et à nous prononcer d'une seule voix sur les problèmes éthiques et sociétaux de notre discipline qui sont nombreux.

**J. Lansac, B. Carbonne**

# À CEUX QUI SE DEMANDENT POURQUOI L'AGOF EST OPPOSÉE AU DES DE GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

**Drs Isabella CHANAVAZ-LACHERAY et Jacky NIZARD**

L'AGOF (Association des Gynécologues-Obstétriciens en Formation) représente les internes de la spécialité de gynécologie et obstétrique. Elle participe depuis plusieurs années aux actions et aux réflexions du CNGOF concernant la formation médicale. Elle est co-organisatrice avec le Collège de la journée nationale des internes de gynécologie-obstétrique (Jn'GOF) depuis sa création il y a 5 ans.

## Introduction

L'Association des Gynécologues-Obstétriciens en Formation (AGOF) est la seule instance représentative des internes de GO en France. Elle compte, pour l'année universitaire 2002-2003, plus de 300 adhérents. Organisation apolitique et non syndicale, cette association loi 1901 a pour vocation l'amélioration de la formation (et de l'information) des internes de GO.

Depuis 1999 et le début de la succession des réformes qui ont concerné le Diplôme d'Études Spécialisées de Gynécologie-Obstétrique (DES de GO), l'AGOF exprime ses points de vue, parfois après y avoir été invitée, mais le plus souvent en « forçant » quelque peu la porte des instances décisionnelles et des pouvoirs publics.

L'AGOF est totalement opposée à la fois à la scission de la spécialité et à la création d'un DES distinct de GM.



Photo Th. Bonnet

## I) Historique : les réformes du DES depuis 5 ans

### 1999 : Instauration de la filière de GO

La publication en 1998 du rapport Nicolas-Duret [1] sur la pénurie de GO a permis la mise en place d'une filière de GO au concours de l'Internat, avec un nombre de postes déterminé, appelé à augmenter rapidement.

Tout en comprenant l'intérêt démographique de la création d'une telle filière distincte de la chirurgie, l'AGOF s'est initialement opposée à ce projet pour deux raisons :

- la première raison était que si les internes de GO étaient sortis du pool des internes de chirurgie lors des choix de stages, leur formation chirurgicale en serait dévalorisée (cette opposition a d'ailleurs permis d'obtenir que les internes de GO puissent continuer à choisir leurs stages avec les internes de chirurgie);
- la deuxième raison était que si le nombre de postes ouverts au concours était trop important, les conséquences en seraient néfastes à la fois pour les internes de GO (qui auraient une moins bonne formation) et pour les autres spécialités (puisque cette augmentation se faisant à numerus clausus constant, on ne peut augmenter les internes dans une spécialité qu'en en retirant dans d'autres). Pour l'instant, l'AGOF n'a pas encore réussi à se faire entendre à ce sujet.

### 2000 : Création du DES mixte de GO et GM

La création en 2000 du DES mixte de GO et GM est la réponse des pouvoirs publics à la croisade très médiatique du Comité de Défense de la Gynécologie Médicale (CDGM) et à sa pétition [2]. Ce DES comprenait un tronc commun de 2 ans et 2 options séparées de 3 ans [3].

Parmi les opposants, mais non alliés, de ce DES mixte, on retrouve l'AGOF (pour impossibilités pratiques) et le CDGM (qui milite depuis le début pour la création d'un DES distinct de GM, ressemblant à l'ancien CES).

Lors des débats parlementaires sur la loi Kouchner (du 4 mars 2002) sur le droit des malades, s'est glissé un amendement portant sur le libre accès de la femme au gynécologue et la création d'un diplôme spécifique de GM [4].

### 2003 : Mort du DES mixte, création du DES de GM

A la rentrée universitaire 2003, il existe donc 2 DES [5] :

- le **DES de GO** (pour lequel 198 postes ont été ouverts) : en 5 ans, comprenant 5 semestres de GO, 2 semestres de chirurgie, et 3 semestres libres ;
- le **DES de GM** (pour lequel 20 postes ont été ouverts) : en 4 ans, comprenant 3 semestres de GO, 3 semestres d'endocrinologie, ou médecine de la reproduction, ou oncologie médicale, et 2 semestres libres.

## II) Les raisons de l'opposition de l'AGOF

Elles sont de 4 ordres :

### 1) Ce ne sont pas les gynécologues médicaux qui assurent l'essentiel de l'activité de gynécologie médicale en France

Au 1<sup>er</sup> janvier 2002, on compte en France métropolitaine [6] :

- **5093 gynécologues-obstétriciens** dont 30% dans le secteur public (1543) et 69% dans le secteur privé (3496)
- **1841 gynécologues médicaux** dont 91% exercent en cabinet libéral.

En ce qui concerne l'activité libérale, les chiffres d'activité de la CNAM permettent de visualiser les praticiens qui exercent la gynécologie médicale [7]. La CNAM distingue 3 types de gynécologues libéraux :

- **les gynécologues à pratique essentiellement médicale (1750 praticiens)** : qui consultent mais qui ne réalisent ni actes d'obstétrique, ni actes de chirurgie. On constate qu'il s'agit à 88% de femmes, que leur activité de consultation représente 84% de leur activité, qu'ils voient annuellement le moins de patientes (1585), et qu'ils exercent d'avantage à temps partiel ;
- **les gynécologues mixtes (1450 praticiens)** : qui ne pratiquent pas d'obstétrique mais qui pratiquent de la consultation et de la chirurgie, et sont donc des GO de formation. On constate qu'il s'agit à 66% de femmes, que leur activité de consultation représente 65% de leur activité, et qu'ils voient annuellement le plus de patientes (1778) ;
- **les gynécologues-obstétriciens (1800 praticiens)** : qui réalisent à la fois des accouchements, des actes de chirurgie et de la consultation. On constate qu'il s'agit à 16% de femmes, que leur activité de consultation représente près de la moitié de leur activité (47%), et qu'ils voient annuellement plus de patientes que les GM (1704).

**Ce sont donc les gynécologues-obstétriciens (dont certains n'exercent ni l'obstétrique, ni la chirurgie) et les médecins généralistes qui exercent l'essentiel de la gynécologie médicale en France.** Il n'y a donc pas besoin de créer un diplôme distinct de GM pour remplacer les GM actuellement en activité.

### 2) Cette maquette et cette filière sont néfastes pour l'ensemble des médecins en formation, spécialistes ou non

#### a/ les futurs candidats à ce diplôme

- Malgré l'ouverture importante depuis 2 ans de stages de gynécologie-obstétrique à la fois en CHU et en hôpital périphérique, la capacité de formation dans ces services est désormais saturée. Il n'y a pas, en France, assez de terrains de stages **formateurs** de gynécologie médicale et de gynécologie-obstétrique pour les internes de gynécologie-obstétrique, et il sera impossible d'en trouver des supplémentaires pour y intégrer les internes de gynécologie médicale. **La formation des futurs gynécologues médicaux serait bradée, tout en portant atteinte à celle des futurs gynécologues-obstétriciens.**



- **Ce DES ne sera pas reconnu au niveau européen :** à l'heure de l'harmonisation européenne, il nous paraît extrêmement grave de vouloir créer aujourd'hui un tel diplôme.

#### **b/ les autres spécialités**

Compte tenu de la pénurie d'étudiants en médecine, la gestion de la démographie des internes de spécialité va pour l'instant continuer à se faire à **numerus clausus quasi stable**. La création des filières n'a fait qu'aggraver des situations précaires pour certaines spécialités devenues des urgences de santé publique [8] [9].

**La création d'une filière de gynécologie médicale se ferait au détriment de spécialités vraiment sinistrées comme la chirurgie.**

#### **c/ les résidents en médecine générale**

Depuis 1999, les résidents ont l'obligation d'effectuer un stage en gynécologie. Pour les mêmes raisons que celles citées précédemment, ils ont du mal à accéder à ces stages formateurs. La création d'un DES de gynécologie médicale les ferait entrer en concurrence directe avec les internes de gynécologie médicale. **Les futurs généralistes n'auraient pas une formation en gynécologie performante.**

### **3) Les internes de gynécologie-obstétrique souhaitent exercer la gynécologie médicale**

L'AGOF a effectué un recensement exhaustif des internes de GO : au 1<sup>er</sup> janvier 2003, on compte **710 internes, dont 60% de femmes**.

Une première enquête menée en 2000 démontre que l'ensemble des GO en formation n'envisage pas de renoncer à son activité de gynécologie médicale [10].

Une deuxième enquête effectuée en 2003 auprès de l'ensemble des internes femmes de GO démontre que plus de 80% d'entre elles souhaitent avoir une activité de gynécologie médicale, dont une partie exclusivement.

**C'est parmi ces médecins que se trouve la relève de la gynécologie médicale, suffisante à la fois numériquement et en termes de qualité de formation.**

### **4) La pénurie à venir des médecins concerne toutes les branches de la médecine, il faut donc se concentrer sur les spécialités vraiment en crise**

**La France débute une crise démographique médicale majeure : diminution du nombre de médecins de 20% d'ici à 2020, en même temps qu'une augmentation de 6% de la population française** [8]. Il paraît donc urgent de concentrer les médecins en formation sur des spécialités en crise, et d'éviter de disperser les énergies en créant inutilement un diplôme de piètre qualité qui ferait double emploi.

#### **Conclusion**

En termes de santé publique, de qualité de formation, de libre circulation des médecins au sein de la communauté européenne et d'urgence démographique, aucun argument ne justifie la création d'un DES distinct de GM.

En revanche, en termes de volonté politique, la satisfaction d'un lobby puissant a justifié la mise en place de ce diplôme...

Il nous reste à souhaiter que les candidats à ce DES auront suffisamment d'informations objectives pour pouvoir se faire leur propre opinion.

#### **Bibliographie**

1. NICOLAS G, DURET M.  
Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, psychiatrie et radiologie  
Février 1998
2. COMITE DE DEFENSE DE LA GYNECOLOGIE MEDICALE  
Site internet: [www.ilink.fr/asterise/](http://www.ilink.fr/asterise/)
3. Journal Officiel n° 196 du 25 août 2000

4. Assemblée Nationale du 17 octobre 2001  
Proposition de loi n° 335, insérée à l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale
5. Journal Officiel n° 27 du 1<sup>er</sup> février 2003
6. NIEL X.  
L'harmonisation des données de démographie médicale  
Tiré du Rapport du Groupe de Travail du Conseil National de l'Information Statistique  
Septembre 2002
7. FIVAZ C.  
Les Gynécologues Libéraux en 1997  
Point Stat n° 23  
Novembre 1999 (avec une réactualisation des chiffres au 31 décembre 2001)
8. BERLAND Y.  
Mission « Démographie des Professionnels de Santé »  
Décembre 2002  
Disponible sur le site du Ministère de la santé
9. NIEL X.  
La démographie médicale à l'horizon 2020, étude de la DREES  
Mars 2002
10. NIZARD J.  
Médicale, obstétricale ou chirurgicale, quel type de pratique intéresse les Internes d'aujourd'hui ?  
*J Gynecol Obstet Reprod* 2002; 31(6): 550-3.

### **À ceux qui se demandent pourquoi l'AGOF est opposée au DES de gynécologie médicale La position du CNGOF**

Tous les enseignants de la spécialité gynéco-obstétricale regrettent cette scission en deux DES, l'un de gynécologie-obstétrique et l'autre de gynécologie médicale.

Cette spécialité française de gynécologie médicale n'a aucune raison d'être à l'heure de l'extension de l'Europe. Alors que l'urgence en termes de santé publique est à la revalorisation des actes obstétricaux, le pouvoir politique a préféré répondre, dans un souci purement électoraliste, à la pression de la rue... Mais ce débat a tout de même eu l'avantage de faire prendre conscience aux enseignants de notre spécialité de l'importance des activités de gynécologie médicale avec la mise en place d'enseignements structurés, soit au sein même du DES de gynécologie-obstétrique, soit sous la forme de diplômes d'universités, largement ouverts aux médecins généralistes.

Il a également été mis en place un DIU de gynécologie-obstétrique à l'intention des médecins généralistes. Il est donc bien évident que nous ne participerons pas à un enseignement quelconque séparé dans le cursus de ce nouveau DES de gynécologie médicale.

Cependant, au-delà de ce débat philosophique qui a pris les femmes en otage, vient de poindre la véritable motivation du lobby de la gynécologie médicale : l'argent. Oui, il faut écouter les femmes, oui il faut les soigner en douceur, oui il faut opérer à bon escient, mais surtout il faut soigner ses revenus !! En effet, nous venons d'apprendre, sans qu'aucune publicité ne soit faite, qu'il était accordé un supplément de 2 euros par consultation aux gynécologues médicaux exclusifs.

Cette décision, à caractère discriminatoire, est inacceptable. Aucune argumentation n'est donnée par nos instances. Les gynécologues-obstétriciens qui n'exercent plus l'obstétrique ne sont pas concernés par cette mesure ! Par ailleurs, des réunions sont organisées pour réfléchir sur la pondération des actes de la nomenclature en fonction de la pénibilité... Nous ne pouvons pas laisser passer cette mesure et demandons, conjointement avec le SYNGOF, une entrevue à notre nouveau ministre. S'il nous a été difficile de nous faire entendre face à un discours truffé de bonnes intentions sur une route pavée de mauvaise foi, les masques tombent enfin et nous allons pouvoir défendre les vrais enjeux pour une médecine de qualité autour de la femme, de la naissance à la post-ménopause !

**Pr Patricia Monnier-Barbarino**

## La gynécologie-obstétrique : Une et Indivisible !!

Au moment où se mettent en place les groupes de travail qui préparent le schéma régional d'organisation sanitaire et social de troisième génération (SROSS III), nos autorités de tutelle (DRASS, ARH) ont une fâcheuse tendance à ne raisonner qu'en termes de lits Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO). Dans ce cadre, nous ne sommes que le « O » comme obstétrique. Ils réfléchissent pour nous avec nos amis pédiatres à des « pôles mère enfants » isolés de l'hôpital d'adultes, en n'hésitant pas pour des raisons de plateau technique à rattacher la gynécologie et ses lits aux services de chirurgie viscérale qui peuvent être dans un autre établissement.

Les chirurgiens évidemment ne voient pas d'un mauvais œil la chirurgie gynécologique revenir dans leur giron alors que la génération actuelle de GO a tout fait pour la faire venir dans le nôtre, ce qui attire beaucoup les vocations des jeunes.

Bien sûr nous assurons la sécurité de la naissance de 750 000 femmes et enfants qui naissent tous les ans dans notre pays (dont près de 20% par césarienne), mais notre activité ne se limite pas, et de loin, à la seule activité des accouchements.

En effet, le suivi des grossesses comporte, en plus des consultations, trois échographies délicates puisqu'elles doivent essayer de déceler les anomalies du fœtus. Elles sont en majorité faites par des gynécologues-obstétriciens qui assurent l'activité de diagnostic anténatal et les amniocentèses (11% des grossesses), les ponctions de sang fœtal voire les interruptions médicales de grossesse.

Les gynécologues-obstétriciens assurent aussi une activité de chirurgie gynécologique importante (environ 75 000 hystérectomies, 45 000 interventions pour kystes de l'ovaire, 13 000 GEU ou 35 000 Prolapsus, PMSI 2002). Il convient de tenir compte également de la prise en charge des 250 000 IVG annuelles et des activités de planification familiale.

A ces interventions sur la sphère gynécologique s'ajoute la prise en charge de la pathologie du sein, dont une bonne partie des 44 000 nouveaux cancers du sein traités annuellement.

Dans une centaine de centres agréés pour la procréation médicalement assistée, les gynécologues-obstétriciens prennent en charge les 45 000 tentatives de FIV /ICSI annuelles, depuis les bilans d'infertilité jusqu'à la surveillance des inductions, et la réalisation des ponctions et des transferts.

Ces chiffres montrent clairement qu'on ne peut limiter la réflexion sur les SROSS III à l'activité d'accouchement et qu'il est nécessaire, tant en termes de lits qu'en termes de ressources humaines et de projets architecturaux, de tenir compte des activités de diagnostic anténatal, de la chirurgie gynécologique, de la planification familiale, voire de la procréation médicalement assistée, sans oublier les urgences médicales ou chirurgicales.

Il serait très dommageable pour les patientes de séparer l'activité d'obstétrique de l'activité chirurgicale tant, selon les moments de leur vie, les femmes sont heureuses de trouver dans nos services et auprès de la même équipe soutiens et soins de qualité. Il serait dommage pour la sécurité des femmes que les praticiens, même s'ils pratiquent préférentiellement l'obstétrique, soient coupés d'une activité chirurgicale qu'ils retrouvent forcément en urgence lors des gardes, en particulier dans les hôpitaux généraux et les cliniques.

Nos services ne sont plus uniquement des « maternités », des « pôles mère - enfant », mais des groupements d'unités destinées aux soins des femmes qui le méritent bien !!



Elles ne sont pas que « mères » mais peuvent aussi avoir besoin d'une consultation de gynécologie médicale, d'une intervention chirurgicale mammaire ou gynécologique, d'une IVG, d'une ligature de trompes ou au contraire d'une AMP.

Ne séparons pas l'obstétrique de la gynécologie, pas plus que l'on ne sépare la gastro de l'entérologie ou l'oto-rhino de la laryngologie ! Les jeunes qui sont souvent attirés par le côté médico chirurgical de la discipline ne le comprendraient pas.

La gynécologie-obstétrique, comme la République, doit rester une et indivisible !!

**J. Lansac, B. Blanc, B. Carbonne**

### En direct du Collège

«Journées du Collège» : 30 novembre au 3 décembre 2005

Directeur de publication :	Pr B. Carbonne (Paris)
Rédacteur en chef :	Pr Ph. Descamps (Angers)
Comité de rédaction :	Pr P. Monnier - Barbarino (Nancy) (Enseignement formation) Pr J. Lansac (Tours) (Europe) Pr F. Pierre (Poitiers) (Médico-Légal)
Conception/réalisation :	3c01® (www.congres-medical.com)
Photos :	T. Bonnet (www.thierrybonnet.com)
Webmaster :	B. Michelon (webmaster@cngof.org)

du **BREVES**  
COLLEGE