



Les pôles en gynécologie-obstétrique : risque majeur ou atout pour notre spécialité ?

La nouvelle gouvernance hospitalière se met progressivement en place à l'horizon « Hôpital 2007 ». Les enjeux qu'elle sous-entend impliquent de nouvelles modalités de gestion de l'hôpital. La mise en place des pôles doit permettre, par la création de conseils exécutifs, d'associer directeurs et praticiens dans la mise en œuvre des orientations fondamentales de l'établissement. Une démarche de contractualisation a déjà été instaurée et certains d'entre nous ont été des services pilotes dans cette démarche. Cette nouvelle gouvernance hospitalière repose sur un trépied : les pôles, le conseil stratégique et le contrat.

Elle implique une nouvelle organisation interne, un exécutif et un mode de management responsabilisant, associant de façon plus étroite médecins et administratifs. La création d'un pôle doit être animée à la fois par des objectifs médicaux (évaluation de la pratique professionnelle, qualité des soins) et par des objectifs de gestion (T2.A, contrat, organisation médico-technique). Il est aussi indispensable que ce pôle représente une taille critique suffisante au sein de l'hôpital.

De notre point de vue, l'objectif médical doit être au centre du débat. C'est pourquoi nous pensons qu'il est préférable de constituer les pôles en regroupant des familles apparentées, par exemple le cœur, le poumon ou le cerveau. Il permettra de réaliser une mise en commun de moyens à la fois techniques et humains. A contrario, un pôle dont l'objectif prioritaire serait la gestion risquerait d'engendrer des mariages contre nature. La taille critique serait de fait atteinte, mais les intérêts divergents et les inéluctables conflits humains le fragiliseraient et, de fait, relégueraient les objectifs médicaux au second plan.

En ce qui concerne notre spécialité, nous pensons que le pôle idéal devrait associer gynécologie-obstétrique, reproduction humaine, médecine foetale et orthogénie, plus ou moins la néonatalogie et, éventuellement, la pédiatrie, selon la taille des services et du pôle ainsi constitué.

n°6 Novembre 2005

À titre d'exemple, lorsque l'équilibre est établi entre les services de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie (le plus souvent dans les structures de petite ou moyenne importance), il semble logique de créer un pôle Femme-Enfant. Lorsque la structure pédiatrique est très importante et que le service de gynécologie-obstétrique ne représente qu'une petite partie du pôle, cette solution est à l'évidence délétère pour notre spécialité. Lorsque l'activité gynéco-obstétricale est importante, il est préférable de s'autonomiser en y associant éventuellement la réanimation néonatale, afin de ne pas constituer un « méga pôle » ingérable. Quoi qu'il en soit, les choix devront se faire au cas par cas en tenant compte des contraintes locales, historiques, géographiques et humaines, qui vont générer des choix politiques différents en fonction de chaque établissement.

À l'évidence, il faut à tout prix éviter la construction de pôles hétérogènes aux intérêts divergents, ils ne rendront pas service à nos patientes et entraîneront un inévitable immobilisme médical. Nous devons également, tout au long de leur construction, chercher à conserver l'unité de notre spécialité. Ceci garantira la qualité de la prise en charge de nos patientes tout au long de leur vie. Cette unité de la spécialité, bénéfique pour les patientes, le sera également pour la formation des futurs spécialistes. En effet, la scission de notre spécialité ne répondrait pas aux contraintes de santé publique inhérentes à notre système de soins, car l'activité de la majorité de nos futurs spécialistes se fera au sein de centres hospitaliers généraux et de cliniques, où des gardes mixtes, d'obstétrique et de chirurgie gynécologique, devront être assurées. Il faut rappeler que la démographie médicale et l'évolution sociologique des pratiques professionnelles (récupération des gardes, féminisation de notre spécialité, etc.) ne nous incitent pas à diviser par deux le nombre de spécialistes qui devront faire face, dans les années qui viennent, à la prise en charge de nos patientes, tant d'un point de vue obstétrical que chirurgical.

Nous devons également, lors de la constitution de ces pôles, préserver la vocation d'hôpital public, et ainsi respecter les contraintes auxquelles sont soumis les hôpitaux comparativement aux cliniques. Il faudra donc, à l'avenir, trouver des clefs de pondération dans l'évaluation comptable de nos pôles et ne pas considérer la rentabilité comme unique objectif. Néanmoins, il ne faut pas oublier, à l'ère de la T2.A, que notre spécialité est « rentable » pour un directeur d'hôpital, ce qui nous donne du poids dans la négociation !

Voici donc le pôle idéal et les pièges à éviter à nos yeux. Nous ne sommes pas favorable à des formules alternatives qui expose la chirurgie gynécologique à devenir le parent pauvre du pôle chirurgical, et l'obstétrique le parent pauvre du pôle obstétrico-pédiatrique.

Par ailleurs, il faut insister sur les problèmes de formation des spécialistes : que penser de la formation chirurgicale des futurs obstétriciens qui devront assurer un jour ou l'autre une hystérectomie d'hémostase ?

Que penser également de la prise en charge de nos patientes dans un centre d'AMP noyé dans un pôle de chirurgie générale ou d'endocrinologie ? Cette organisation des soins ne peut pas, à l'évidence, répondre aux besoins de la population féminine de notre pays. Au total, la constitution d'un pôle commun gynécologique et obstétrical doit permettre la formation de véritables « spécialistes de la femme » qui vont pouvoir l'accompagner de la façon la plus adaptée possible au fil des événements de sa vie (infertilité, IVG, grossesses, échographies, amniocentèses, accouchements, césariennes, kystes de l'ovaire, GEU, fibromes, prolapsus, cancers du sein, cancers gynécologiques, ménopause).

Nous avons initialisé en juillet 2005 une enquête sur la constitution des pôles sur notre territoire. Il est difficile pour l'instant d'en tirer des conclusions définitives, mais nous pouvons globalement affirmer que le choix de réaliser un pôle gynécologique et obstétrical plus ou moins associé à une unité de réanimation néonatale, voire à un service de pédiatrie, en fonction des contraintes locales et de la taille des services, semble être de loin majoritaire. Plusieurs de nos collègues ont exprimé une volonté politique ferme de ne pas diluer ou scinder notre discipline. Tous, évidemment, plaident pour une unité géographique mais qui n'est pas toujours réalisable au sein de nos institutions.

En conclusion, nous pensons qu'un pôle doit être organisé par « familles apparentées » avec des objectifs médicaux au centre du débat, de façon à atteindre une taille raisonnable en évitant le « méga pôle ».

Nous sommes persuadés que le maintien de l'unité de notre spécialité est une chose essentielle dans l'intérêt des patientes que nous traitons (et des spécialistes que nous formons !...), la gynécologie-obstétrique devant occuper une place prépondérante au sein du pôle. Évidemment, chacun devra tenir compte des contraintes qui lui sont imposées localement qu'elles soient humaines, historiques ou géographiques.

Ph. Gillard, J. Lansac, Ph. Descamps

LA FÉMINISATION DE LA GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

La thèse d'Isabella Chanavaz-Lacheray (1) apporte des renseignements précieux sur l'état des lieux et les perspectives démographiques en gynécologie-obstétrique, et plus particulièrement sur les projets professionnels des femmes gynécologues-obstétriciens en formation (60 % des internes).

Quel peut être, sans prétention aucune, le constat d'une femme gynécologue-obstétricienne à l'épreuve du temps ?

Dur, dur d'avouer 21 ans depuis l'internat, d'essayer d'être réaliste sans nuire à l'enthousiasme des « jeunes » et de prendre en compte l'évolution de la « génération 35 h », hommes et femmes confondus, sans être classée... dans les dinosaures !

Il est évident qu'après la période de formation générale, nécessaire et plébiscitée en gynécologie médicale, obstétrique, PMA, diagnostic anténatal et chirurgie gynécologique, la différenciation du gynécologue-obstétricien se fait au fil du temps jusqu'à maturité, et ceci sous l'effet de facteurs personnels (caractère, santé, affinités) mais aussi « environnementaux » (famille, installation, population, recrutement, possibilités de formation).

Au risque de faire hurler les féministes, le bonheur d'avoir des enfants et de les élever reste un élément central, ce qui est heureux dans une spécialité qui magnifie la maternité.

Dans les décennies passées et en particulier pendant les années d'internat et de clinat, je n'ai pas rencontré d'attitude sexiste, et ce ni chez mes « patrons » ni chez mes collègues : peut-être plus naïvement ne les ai-je pas vues car celles-ci n'avaient aucune importance et il était évident qu'à investissement et résultats égaux, la trajectoire devait être identique.



Tout au plus pendant le clinat avec ma collègue avons-nous, de connivence, affectueusement suspecté notre patron de penser que le meilleur rôle d'une femme dans un service de gynécologie-obstétrique était celui d'accouchée, sans avoir d'ailleurs envie réellement de le contredire mais simplement de faire remarquer qu'outre ces moments extraordinaires représentés par la naissance de nos enfants, nous avions bon espoir de rendre service à nos congénères et de nous épanouir dans notre métier.

Il faut porter attention aux arguments du biologiste et philosophe Henri Atlan sur la popularisation à venir de l'ectogénèse : « grossesse dans un utérus artificiel permettant à chaque femme la libre disposition de son corps, d'éviter les risques, les déformations, les désagréments associés à l'enfantement... », mais il est probable que pour quelque temps encore les femmes gynécologues-obstétriciens préféreront le bonheur des premiers mouvements actifs et les émotions de la réalisation de la maternité...

La période de plein exercice professionnel (30 à 55/60 ans) correspond parfaitement aux deux décennies de l'éducation des enfants (permanence des soins... aux tout-petits, puis aux adolescents : attention danger !).

L'âge statistique du premier enfant (29 ans actuellement en France) correspond à la fin de l'internat ou au début du clinat et, compte tenu des protections statutaires récemment et légitimement acquises (récupération des gardes sur place pour tous, arrêt des gardes possible dès le début du 2^e trimestre de grossesse), il semble que ce temps retiré à la

formation se traduise par un désir de prolongation du post-internat : ceci permet à la fois de mûrir en expérience professionnelle mais aussi, pour celles qui envisagent une installation libérale ultérieure, de bénéficier auparavant d'une protection sociale de salariée pour mettre au monde leurs enfants. Les libéraux à la recherche de jeunes collaborateurs constatent, malgré l'arrivée à maturité de la « nouvelle vague » liée à la filière de gynécologie-obstétrique, une grande difficulté à trouver des candidats...

Le post-internat est tout particulièrement important pour « l'envoi chirurgical ». Pour ma part, je considère que mon « post-clinical » aux côtés d'un chirurgien gynécologue de grande qualité, toujours prêt à observer dans les blocs opératoires de France, d'Europe et du monde et mettre en œuvre posément les nouvelles techniques, a été une condition sine qua non à un exercice chirurgical réel et évolutif dès les premières années... de mon installation... et de mes 3 enfants !

En ce sens, la mixité des équipes et une pyramide des âges équilibrée me paraissent indispensables, tout comme la possibilité dans le cadre de la graduation des soins –en cancérologie notamment– d'accéder aux blocs opératoires spécialisés pour accompagner ses patients, garder, voire développer une expertise.

Le choix de l'installation et le type d'exercice posent bien sûr le problème de l'équilibre et de l'organisation familiale.

Le concept de « nouveau père » ne me paraît pas très nouveau... Vivre avec une femme professionnellement investie et prenant des gardes supposait déjà il y a 40 ans de se retrouver régulièrement avec la couvée sur les bras. C'était aussi le cas il y a 15 ans lorsque mes enfants mangeaient avec enthousiasme les « Œufs de Batman » –mélange extravagant d'œufs, de légumes et de ce qu'il restait dans le frigidaire– préparés par leur obstétricien de père durant nos gardes laborieuses...

En outre, l'argumentation qui tend à développer le fait que les hommes en font de plus en plus à la maison pose le problème des 40 % d'internes hommes, dont il n'a pas échappé à mes amis agrégés qu'ils désiraient également des emplois du temps compatibles avec leur famille, allant jusqu'à refuser d'honnêtes propositions de carrière PU-PH.

À ce titre, la faible proportion de femme PU-PH est-elle liée à un barrage sexiste ou plutôt à un choix éclairé des femmes, que font désormais aussi les hommes ?

LA GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE SE DÉCLINE EN DE MULTIPLES POSSIBILITÉS D'EXERCICE.

Comme l'AGOF le souligne, la GYNÉCOLOGIE MÉDICALE n'est pas en danger. Les internes plébiscitent une formation de qualité en gynécologie médicale conscients que, quel que soit leur type d'exercice ultérieur : gynécologie médicale exclusive ou gynécologie-obstétrique, la spécialité est un tout au service des femmes, et c'est cette spécificité qui fait également la différence entre un chirurgien viscéral et un chirurgien gynécologue.

Actuellement, 88 % des praticiens exerçant en gynécologie médicale exclusive sont des femmes, certainement par attrait pour la spécialité mais aussi, de façon indéniable, du fait de « facteurs environnementaux » les ayant conduites à arrêter la garde... Et à ce propos, le SYNGOF a acquis (auprès des obstétriciens victimes de restructuration) la conviction que

goûter à la vie sans garde durant 18 mois à 2 ans maximum constitue en obstétrique un point de non-retour, tant il est difficile de se réaccoutumer à des gardes stressantes et fatigantes : point donc de congé parental, sauf à l'améliorer et le réduire à 1 an comme ceci a été très récemment préconisé.

EN OBSTÉTRIQUE, les nombreuses restructurations de la décennie passée ont abouti à un maillage de maternités plus grandes avec des équipes de praticiens plus nombreuses, autorisant des récupérations de garde, adoucissant la pratique de l'obstétrique et offrant sans doute une autre possibilité pour les femmes... ceci étant vrai pour l'exercice libéral comme pour l'exercice public.

Cependant l'exercice libéral de la gynécologie-obstétrique est lourd en charges (plateau technique, assurances), pauvre en protection sociale et impose une course à l'activité... Actuellement, seuls 16 % des praticiens libéraux réalisant réellement des actes d'obstétrique sont des femmes, et statistiquement les femmes pratiquent 30 % d'actes en moins que les hommes. La féminisation de la gynécologie-obstétrique et l'évolution des mentalités font clairement partie des problèmes d'avenir de l'obstétrique libérale.

Détail qui n'en est pas un et sentiment évoqué dans l'enquête d'Isabella Chavanaz-Lacheray : la féminisation change l'ambiance des salles de travail... à mon avis souvent plus difficile entre femmes...

Cliché facile : aux nombreux couples obstétriciens/sages-femmes ont succédé de nombreux couples obstétriciens-obstétriciens, obstétriciens-anesthésistes, obstétriciens-chirurgiens... ce qui d'ailleurs ne simplifie pas l'installation !

EN CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE, plusieurs constatations s'imposent :

- l'exercice chirurgical exclusif existe surtout en secteur libéral, les chirurgiens gynécologues du secteur public étant assujettis, sauf exceptions éventuelles en CHU, à la garde obligatoire d'obstétrique ;

- un recrutement intéressant et un réel exercice de chirurgie gynécologique est incompatible, y compris en secteur public, avec un exercice limité type 35 h : recruter suppose d'être très disponible pour les patientes comme pour les médecins correspondants...

Ici émerge surtout un problème générationnel, et les plus âgés des chirurgiens hospitaliers mettent en garde les plus jeunes sur le risque qu'il y a, avec les 35 h, à scier la branche sur laquelle ils sont assis...

Un exercice libéral chirurgical pur est au moins aussi concevable pour une femme qu'un exercice obstétrical, mais il faut insister sur la nécessité de préserver l'unicité de la spécialité de gynécologie-obstétrique. En effet, le développement d'un exercice de chirurgie gynécologique pure n'est souhaitable sur un plan de santé publique qu'au sein d'établissements (privés ou publics) pratiquant l'obstétrique, faute de quoi le rejet de l'obstétrique (et des obstétriciens) vers le secteur public et le transfert de la chirurgie froide vers le secteur privé (plutôt d'ailleurs vers des chirurgiens viscéraux ou urologues que des gynécologues) posera le problème de la sécurité chirurgicale des maternités, et du découragement des obstétriciens assujettis aux urgences « vraies et ressenties » et privés de la chirurgie pour laquelle ils avaient été formés.

L'exercice de l'échographie, pilier incontournable du diagnostic anténatal, en l'état actuel de la tarification et du coût des assurances, reste menacé...

Le sentiment pour les femmes d'être partout et nulle part est bien illustré par l'annonce faite par mes soins à une jeune femme un 31 décembre :

« Vous attendez un beau chapon Madame » !... tout faux !

La procréation médicalement assistée a été pour ma génération d'interne une voie naturelle pour ceux et celles qui validaient la gynécologie-obstétrique et l'endocrinologie.

Dans de nombreuses régions, ils sont les gynécologues médicaux de référence.

IL FAUT SOULIGNER QUE LA FÉMINISATION N'EST PAS UN DÉBAT MAIS UN CONSTAT.

Si les 60 % d'internes femmes en formation exercent toutes, ce qui est leur souhait légitime, avec un volume d'activité dont il n'est pas insultant mais réaliste de penser qu'il sera un peu en deçà de celui de leurs confrères, la grande nouvelle est que finalement nous atteignons la parité !

Les multiples facettes de notre spécialité et sa féminisation devraient cependant conduire le ministère à étudier de très près la réalité d'exercice de chaque praticien (qui fait quoi ?), et en particulier pour les nouveaux installés, afin de prévoir objectivement – ce qui serait une révolution ! – les orientations démographiques...

Des deux décennies passées je retiens que l'exercice est passionnant mais que la santé doit être de fer : le « Wertheim (le matin) au beurre blanc (le soir) » est souvent grisant mais parfois lourd à digérer !

Hier comme aujourd'hui ou demain, une femme comme un homme en France a le choix d'exercice, étant bien entendu que vivre soi-même le plaisir d'avoir des enfants impose par contre de ne pas en faire supporter les contraintes aux autres, et à ses collègues en particulier.

Pour la deuxième partie d'exercice, il me semble que le facteur féminin joue moins puisque les enfants grandissent, et que hommes et femmes gynécologues-obstétriciens ont en commun l'appréhension de la pénibilité accrue de la garde (âge et exigences des « consommateurs d'urgence ») et l'insatisfaction face à une administration toujours plus imposante (décret n° 102 3 de mai 2005 : « en cas de partage égal des voix... » (entre médecins et administratifs), « ...le directeur a voix prépondérante » !).

Seule une passion persistante pour ce métier permet sans doute de passer outre ces difficultés et de continuer longtemps à l'exercer, sous réserve d'ennuis de santé : Chers Confrères, le conseil académique étant de ne pas prendre de THS... que conseillerez-vous à vos collaboratrices ou associées qui accuseront une baisse de tonus, comme beaucoup de femmes s'en plaignent faute de THS... ; moins de gardes... ou plus de THS ?



N'oublions pas en outre que, si elles vivent plus longtemps, les femmes sont pourtant statistiquement plus malades plus tôt que les hommes...

En résumé :

- Attention les garçons, les filles sont très fortes !
- Attention Messieurs, la femme est peut être fragile !

Dr P. Lepors-Lemoine (St-Malo)

(1) «La féminisation de la profession de gynécologue-obstétricien : état des lieux et enquête auprès des internes». Thèse d'Isabella Chanavaz-Lacheray présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2003 à la Faculté de médecine et de pharmacie de Rouen. isabella.chavanaz-lacheray@chu-rouen.fr

En direct du Collège

30 novembre au 3 décembre 2005 :

Les vingt-neuvièmes Journées nationales du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français auront lieu à la Maison de la Chimie à Paris.

Programme complet et bulletin d'inscription :
<http://www.cngof.org/>

Directeur de publication :	Pr B. Carbonne (Paris)
Rédacteur en chef :	Pr Ph. Descamps (Angers)
Comité de rédaction :	
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 :	Pr B. Carbonne - Pr F. Goffinet (Paris)
Communication :	Pr Ph. Descamps (Angers) - M.-H. Coste (Paris) Dr J. Belaisch-Allard (Sèvres)
Conception/réalisation :	3c01@ (www.congres-medical.com)
Webmaster :	B. Michelon (webmaster@cngof.org)

du **BREVES**
COLLEGE