

Éditorial

Le prix Nobel décerné en 2010 à Robert Edwards : enfin !

32 ans après la naissance de Louise Brown, premier bébé conçu en éprouvette, l'homme à l'origine de sa naissance (et non son père, expression horripilante de certains journalistes), l'homme grâce auquel plus de 4 millions d'enfants doivent la vie dans le monde est enfin récompensé.

Son compère, Patrick Stetpoe, celui qui allait à la pêche aux ovocytes, est décédé depuis plus de 10 ans.

« Bob » comme l'appellent familièrement tous les anciens de la FIV a été non seulement un pionnier mais aussi un véritable héros, continuant son combat malgré le scepticisme voire l'hostilité de ses confrères, le sort contraire (la première grossesse obtenue fut une GEU) et l'opposition de l'Église.

Ce prix Nobel met à l'honneur ce traitement de l'infertilité, à l'heure où persistent les oppositions à l'AMP, où les embryons congelés ne sont plus considérés par certains comme une chance supplémentaire pour les patientes mais exclusivement comme source de problèmes éthiques.

Bravo et encore merci Bob !

Joëlle Belaisch-Allart

Le DPC : c'est quoi ?

Le développement professionnel continu (DPC) est issu de la fusion de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et de la formation médicale continue (FMC). Prévu par la loi HPST du 21 juillet 2009, il entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Les décrets d'application, dont l'accouchement aura été aussi difficile que celui de la loi (près d'une quarantaine de versions !) sont sur le point d'être publiés.

Les médecins (hospitaliers, libéraux, salariés), ainsi d'ailleurs que toutes les professions de santé et donc les sages-femmes et les infirmières, doivent satisfaire à leur obligation de DPC en participant à un programme collectif, annuel ou pluriannuel de DPC, qui regroupera en une seule démarche l'analyse des pratiques et l'acquisition de connaissances.

Qui décide des programmes ?

Les programmes obéiront à des méthodes validées par la HAS et à des orientations nationales. Les programmes sont élaborés par des organismes de DPC (multiples et variés..., dont par exemple les CME via leur hôpital, des collègues professionnels comme le CNGOF) qui auront répondu à un appel d'offre lancé par l'Organisme unique de gestion l'OGDPC.

Le financement des hospitaliers est assuré par les crédits sur la masse salariale des médecins (0,5 % CHU et 0,75 % CH), celui des libéraux par une contribution de l'Assurance maladie définie par la convention et celui des salariés par des crédits définis par le code du travail.

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

91 boulevard de Sébastopol - 75002 Paris

Internet : www.cngof.org - e-mail : cngof@club-internet.fr

Qui fait quoi ?

Le dispositif repose sur quatre acteurs centraux : l'Organisme de gestion de la DPC (OGDPC), la Commission scientifique indépendante (CSI), la Fédération des spécialités médicales (FSM), le Conseil national de la DPC et le Conseil national de l'ordre des médecins.

L'OGDPC, qui associe l'État et l'Assurance maladie, enregistre les organismes de DPC, lance les appels d'offre répondant à des priorités nationales voire régionales et finance les organismes de DPC. L'État participera au budget, mais l'essentiel proviendra du budget de formation continue des libéraux qui était géré paritairement entre les libéraux et l'Assurance Maladie, ce qui ne sera plus le cas. Les décisions de financement seront prises paritairement par l'État et l'Assurance maladie, les médecins ayant obtenu récemment d'avoir une voix consultative via le Conseil d'orientation. Les hôpitaux employeurs publics et privés - s'ils le souhaitent - peuvent participer à ce budget centralisé par l'OGDPC.

Qui définit les orientations nationales ?

Le 2^e acteur est la Commission scientifique indépendante (CSI), qui définit les orientations nationales conjointement avec la HAS, prépare le cahier des charges des appels d'offre de DPC (qui seront lancés par l'OGDPC à l'intention des organismes de DPC) et évalue les organismes de DPC. À cet égard, on peut souligner qu'une mauvaise évaluation d'un organisme de DPC par la CSI n'empêchera pas l'enregistrement de cet organisme auprès de l'OGDPC (directive européenne sur la concurrence), mais il est tout de même précisé dans le projet de décret qu'un programme de DPC entrepris par des médecins auprès d'organismes de DPC ayant une mauvaise évaluation ne sera pas validé !

Que fait la Fédération des spécialités médicales ?

La majorité des membres de la CSI seront nommés par la Fédération des spécialités médicales (FSM), ce qui souligne la reconnaissance et le rôle de cette fédération dans

»»» le dispositif de DPC. On n'insiste pas assez sur le remarquable travail de regroupement accompli ces dernières années par les médecins de toutes les spécialités, sous l'impulsion d'Olivier Goëau-Brissonnière, président de la FSM, avec l'appui de la HAS. Ils ont réussi l'exploit de regrouper les forces vives de chaque spécialité, sociétés savantes, collègues et syndicats de spécialité en une seule structure fédérative les « conseils nationaux professionnels de spécialités », dont une quarantaine (en attendant celui de la médecine générale) sont regroupés au sein de la FSM.

À quoi sert le Conseil national de la DPC ?

Le Conseil national de DPC, 4^e acteur, est une vaste assemblée comprenant 5 collègues : médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, professions paramédicales, et une commission de coordination de près de 30 membres. Le CNDPC donne un avis sur les orientations nationales de DPC, la qualité et l'efficacité du dispositif de DPC à partir de l'analyse d'impact sur les objectifs et propose les améliorations du dispositif.

Et le Conseil de l'ordre auquel nous cotisons tous ?

Le 5^e acteur, le Conseil national de l'ordre des médecins, crée des comités régionaux qui assurent la validation de la DPC de chaque médecin. Si une absence de DPC est constatée, il peut proposer au médecin une procédure « d'accompagnement ».

Commentaires libres

Tout ce beau programme nous a été expliqué au cours d'une réunion au ministère en présence de Madame la Ministre, du président du CNOM, du président de la HAS, de l'IGAS et des représentants des différentes spécialités dont Francis Puech, Brigitte Letombe, David Serfaty et Jacques Lansac.

Les autorités ont insisté sur la simplification (jugez vous-même !) et la concertation (on n'a rien demandé au Collège en ce qui nous concerne)...

1,5 millions d'euros seront donnés à la FSM pour piloter le système, en plus de ce que donnent les 40 spécialités. Le CNGOF donne lui, pour sa part, déjà 3000 € par an.

Certains mauvais esprits ont indiqué que la réforme Juppé de 1995 n'avait jamais été mise en œuvre et que la réforme de 2004, qui prévoyait la nécessité d'avoir 250 crédits entre FMC et EPP, avait été stoppée net dans son application par la nouvelle loi HPST. Les comités régionaux de l'Ordre qui devaient valider les 250 crédits dès 2009 n'existent toujours pas en 2010 ! L'accréditation qui persiste pour nous est surtout le fait de nos collègues libéraux pour des raisons assurantielles mais pas des hospitaliers...

... et que, malgré cela, il fallait mettre en route une autre réforme...

Nous avons dit qu'il serait difficile de mobiliser pour la troisième fois les médecins de base qui vont attendre de voir comment tout cela marchera.

En supposant que nous ayons toujours le moral, sera-t-il possible au CNGOF - s'il est agréé par le CSI et l'OGDPC - d'organiser des sessions de DPC regroupant hospitaliers et libéraux avec des sages-femmes libérales et ou hospitalières, alors que les financements sont différents ? Rien n'est moins sûr. Pourra-t-on faire en sorte que l'accréditation porte aussi sur les hospitaliers ? Les réponses données fleurissent bon un discours technocratique assez abscons pour vos représentants mais aussi pour d'autres spécialistes pourtant plus intelligents.

Nous pensons que la réforme Juppé qui rendait la FMC obligatoire aurait dû être appliquée, qu'il eut été facile d'y ajouter l'EPP en 2004, et que la loi de 2009 aurait dû aider à la résolution des problèmes de la mise en

œuvre des deux lois précédentes. Au lieu de cela, on nous impose un nouveau système qui sera long à mettre en route.

Au-delà de la complexité du système, la seule question qui vaille est la suivante : ce nouveau dispositif permettra-t-il de diminuer la mortalité, la morbidité, la iatrogénose... et in fine de soigner à moindre coût pour la même efficacité ?

Il est donc temps, après le CSI, l'OGDPC, la FSM, le CNDPC, le CNOM de créer le CIEDPC c'est-à-dire un comité indépendant d'évaluation de la DPC... Restera-t-il des médecins sur le terrain pour soigner ?

Jacques Lansac, Francis Puech

Le Collège reçu par le Ministre de la santé du Laos

Conduite par les Professeurs Lansac et Puech, une importante délégation du CNGOF a été reçue le 11 juin 2010 à l'ambassade du Laos à Paris par S.E. Ponmeck Dalalay, Ministre de la santé en RDP lao. Une évaluation de la santé des femmes avait été antérieurement réalisée par les Professeurs Descamps (Angers) en janvier 2009 et Fernandez (Paris) en octobre 2009, dans ce pays où la mortalité maternelle est une des plus importantes au monde : 410 morts pour 100 000 naissances.

Plusieurs orateurs du CNGOF avaient aussi participé au congrès « Mékong-Santé » en janvier 2010 et avaient été longuement reçus à cette occasion par le Ministre à Vientiane. Celui-ci avait fait part à cette occasion de sa préoccupation à l'égard de la sécurité sanitaire des femmes et de sa volonté d'en faire une action prioritaire de son ministère. La formation spécifique des sages-femmes en particulier est interrompue dans ce pays depuis 1992.

D'où l'élaboration au sein du Collège d'un programme d'action qui a pu être présenté au Ministre sur la formation des sages-femmes d'une part, élaboré avec l'aide de Madame Evelyne Mothé, directrice de l'école de sages-femmes de l'hôpital Saint-Antoine à Paris, et sur la formation des gynécologues-obstétriciens. La communication avec les étudiants laotiens se heurtant au problème de la langue, ce programme impliquerait la participation des médecins français laophones que le Collège compte en son sein.

Le programme d'action du Collège, finalisé, a recueilli l'assentiment du Ministre en présence du Dr Gay, représentant du ministère des affaires étrangères français en poste à l'ambassade de France à Vientiane. Bien évidemment, le financement essentiel de cette action sur plusieurs années ne saurait se passer de l'aide déterminante des pouvoirs publics.

Gilles Dauphin



La délégation du Collège avec S.E. Ponmeck Dalalay, Ministre de la santé du Laos

Pour une meilleure adéquation entre le personnel médical de garde et l'activité des services de gynécologie-obstétrique en France

Les besoins en personnel médical pour l'activité de garde dans les services de gynécologie-obstétrique est un problème particulièrement important, ce d'autant que nous rencontrons dans les différents services - qu'ils soient universitaires ou non universitaires - une pénurie de personnel. Compte-tenu de cette difficulté et des moyens nécessaires pour assurer une sécurité à nos patientes, il nous est apparu nécessaire de faire le point par une enquête nationale. Celle-ci a été réalisée sous l'égide du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, ainsi que la Collégiale des professeurs d'université praticiens hospitaliers de l'Ile-de-France.

Il existe au sein de notre communauté des disparités particulièrement importantes, notamment en termes de niveaux de services, les types I représentant 10,4 % de l'ensemble des services et les types III près de 40 %. Par ailleurs, nous pouvons constater que la très grande majorité des services actuellement en fonction font plus de 2000 accouchements par an, avec plus de 3000 accouchements pour plus d'un tiers des services. De ce fait, apparaît évidente la nécessité d'une adéquation entre les personnels médicaux et para-médicaux et nos activités. Ceci est d'autant plus vrai que, outre l'activité obstétricale, il existe une activité d'urgence importante (question 1).

Activités en urgences de gynécologie						
	Nombre de consultations par an	Nombre d'hospitalisations en urgence par an	Nombre d'interventions en urgence par an	Nombre de transferts d'un autre établissement par an	Nombre de salles d'examen	Nombre de salles d'échographie
Moyenne	6135,02	475,42	217,5	32,58	1,94	1,46
Extrêmes (mini / maxi)	800 / 20000	2 / 2500	1 / 1266	0 / 335	0 / 7	0 / 5

Question 1 - Avez-vous une unité d'urgences gynécologiques ?
(nombre total de réponse : 63)

Il apparaît également qu'il est nécessaire, au sein d'une structure hospitalière, d'avoir sur place des gynécologues-obstétriciens de formation adéquate. La présence d'un sénior est légitimée par la majorité des services puisqu'il existe sur place une garde comportant soit un PU-PH, un PH, un chef de clinique ou un assistant dans plus de 91 % des cas (question 2). Les juniors sont présents sur place dans 77,6 % des cas (question 3). Il existe par ailleurs, parallèlement à ces personnes en activité dans le service, une astreinte de sénior. Celle-ci est présente dans plus de deux tiers des services qui ont été interrogés (question 4).

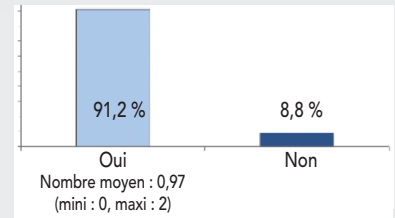
Ceci étant, il est particulièrement intéressant de constater que près de 50 % de ces astreintes ne sont pas rémunérées (question 5). Ceci pose un problème bien entendu en termes de disponibilité des personnels, mais également en ce qui concerne la reconnaissance des risques, notamment liés aux trajets de ces personnels qui sont appelés au cours de la nuit pour diverses activités.

Lorsqu'on s'intéresse plus particulièrement aux desideratas des différents services, il apparaît évident que, au-delà de 3000 accouchements par an, la plupart des services sont en faveur de 2 séniors sur place (question 6) ; au-delà de 2500 accouchements, la plupart des services opteraient pour au moins deux juniors sur place (question 7).

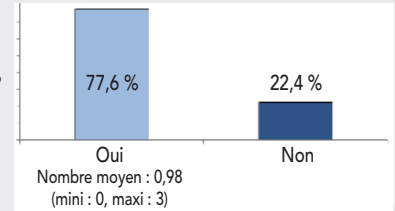
Ces constatations sont particulièrement importantes car elles doivent conduire les tutelles à prendre en considération la sécurité de nos patientes et faire en sorte que, dans les services ayant une activité importante, nous puissions avoir des séniors et des juniors en nombre suffisant. Bien entendu, ceci a un coût qu'il conviendra d'évaluer en fonction des structures hospitalières, qu'elles soient publiques ou privées.

Emile Daraï, Dominique Luton, Francis Puech

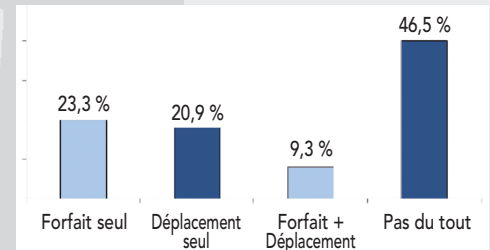
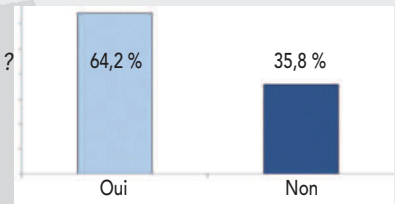
Question 2 - Existe-t-il un sénior de garde (PUPH, PH, chef de clinique, assistant...) sur place ?
(nombre total de réponses : 68)



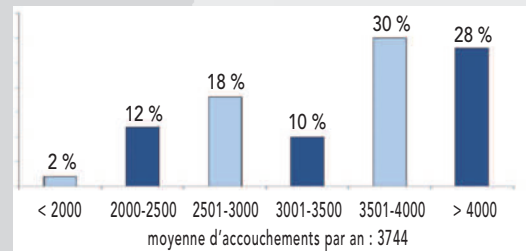
Question 3 - Existe-t-il un junior de garde (interne, FFI...) sur place ?
(nombre total de réponses : 67)



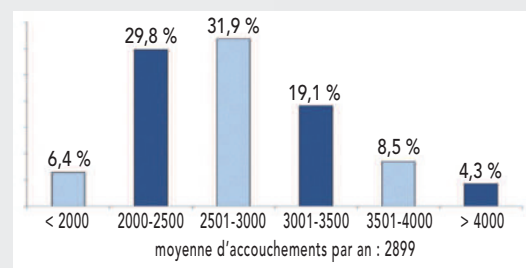
Question 4 - Existe-t-il une astreinte de sénior ?
(nombre total de réponses : 67)



Question 5 - Si cette astreinte de sénior existe, est-elle rémunérée ?
(nombre total de réponses : 43)



Question 6 - À votre avis, à partir de combien d'accouchements par an faut-il prévoir deux séniors sur place pour la garde ?
(nombre total de réponses : 50)



Question 7 - À votre avis, à partir de combien d'accouchements par an faut-il prévoir deux juniors sur place pour la garde ?
(nombre total de réponses : 47)

... À Berlin !

Après les réunions de 2009 à Paris et de 2008 à Londres, c'est cette année à Berlin qu'une délégation du CNGOF s'est rendue. Le Collège allemand nous a reçus avec nos collègues des « Royal College » anglais et hollandais. Il avait prévu un très riche programme de travail pour les 16 participants dans les locaux somptueux de l'hôtel « Adlon », à côté de la porte de Brandebourg.

Le Professeur F. Puech a ainsi exposé les problèmes spécifiques à la prise en charge du bas-risque obstétrical, le Professeur J. Lansac ceux de la formation, de la pratique et de la place des sages-femmes. Le conseil génétique avec ses spécificités germaniques a été traité par le Professeur K. Vetter. Les Britanniques ont décrit l'évolution outre-Manche des problèmes médico-légaux (Professeur J. Woolfson), les contraintes nouvelles liées à la réglementation européenne des temps de travail médicaux (Docteur M. Blott) et encore la « re-certification » à l'anglaise (Professeur T. Mahmood). Les Néerlandais, pour leur part, ont fait l'état des lieux de l'obstétrique dans leur pays, communiquant courageusement des chiffres de mortalité maternelle et périnatale de nature à bousculer l'angélisme d'usage pour ce pays où chacun sait que la naissance à domicile tient une place qu'elle n'a pas ailleurs. Les actions internationales des collèges français (Professeur P. Descamps) et britannique (Professeur S. Arulkumaran) ont aussi été évoquées : rien d'étonnant à ce que les zones d'influence respectives des deux collèges correspondent aux contours des anciens empires coloniaux. Sur tous ces sujets, la discussion a été très libre dès lors qu'il ne s'agit pas encore d'élaborer des recommandations communes.

À la table du déjeuner d'accueil, le soleil reflétait son éclat dans la coupole toute neuve du Reichstag et le lendemain nous savourions la douceur berlinoise du soir à la terrasse du musée Dali, après la visite privée des collections : autant de challenges supplémentaires pour les prochaines réunions, à Londres en 2011 et à Amsterdam en 2012 pour le centenaire de la fondation du Royal Collège Néerlandais.



Le past-Président du CNGOF en mission à Berlin

demain nous savourions la douceur berlinoise du soir à la terrasse du musée Dali, après la visite privée des collections : autant de challenges supplémentaires pour les prochaines réunions, à Londres en 2011 et à Amsterdam en 2012 pour le centenaire de la fondation du Royal Collège Néerlandais.

Gilles Dauptain

Commission nationale de l'internat et du post-internat

La Commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI) a auditionné des représentants de la spécialité (le CNGOF et le CNU).

Le 21 juin dernier, cinq représentants de la gynécologie-obstétrique (Francis Puech président du CNGOF, Serge Uzan doyen de la Faculté de médecine Pierre et Marie Curie et président de la sous-section du CNU, Bernard Hédon vice-président du CNGOF, Véronique Debarge membre du CNU et Henri-Jean Philippe membre du bureau du CNGOF) ont été auditionnés par la Commission nationale de l'internat et du post-internat (CNIPI). Cette audition s'est structurée autour de six questions posées au préalable par la CNIPI. Nous résumons ici les réponses données à ces six questions :

1) *Quelle évolution (durée, transformation en un autre diplôme...) souhaitez-vous pour votre DES ?*

Les représentants de la spécialité ont souhaité le maintien à 5 ans de la durée de l'internat.

2) *Souhaitez-vous la création d'autres diplômes dans votre spécialité ?*

Il a été souhaité, à côté du DESC existant - celui sur la médecine de la reproduction - la création d'un DESC de chirurgie pelvienne avancée. Cette formation complémentaire permettrait de répondre à un besoin de formation complémentaire pour une chirurgie très spécialisée, requérant une compétence pointue pour traiter deux ou trois organes au cours d'une même intervention.

3) *Une fois le DES décroché, le praticien est-il apte à une installation en pleine responsabilité ?*

Les 5 ans de l'internat sont validants pour la spécialité.

4) *Envisagez-vous diverses durées de formation en fonction de divers modes d'exercice ?*

Cette question est celle du post-internat. Actuellement, celui-ci est de 2 ans et, comme pour l'internat, il se dégage au sein de la spécialité un large consensus pour ne pas modifier cette durée. Si un certain nombre d'internes n'ont pas le souhait ou la possibilité de faire un post-internat, ils doivent pouvoir exercer à l'issue de l'internat. Mais la volonté du CNU et du CNGOF est de permettre à tous les internes qui le souhaitent de pouvoir faire ce post-internat. En effet, nous estimons que la mise en responsabilité est un complément de formation tout à fait essentiel pour nos futurs confrères.

5) *Souhaitez-vous une modification de la maquette pédagogique de stage ?*

La maquette est construite avec un enseignement articulé autour de 10 semestres qui ne demande pas de modification.

6) *Votre discipline a-t-elle élaboré un référentiel métier, un référentiel de compétences ou un programme national d'enseignement basé sur ces référentiels ?*

La réponse a été affirmative car nous avons été les premiers en 2007, parmi les différentes spécialités, à élaborer notre référentiel métier. Nous sommes en train de le réactualiser.

Francis Puech

Vietnam 2011 - Le 1^{er} congrès franco-vietnamien de gynécologie-obstétrique organisé à Hô Chi Minh-Ville en mai 2009 avait accueilli plus de 1600 participants et une délégation française importante de 60 participants français dont 13 orateurs du CNGOF.

C'est maintenant vers le 2^e congrès franco-vietnamien que nous nous tournons. Il aura lieu à Hô Chi Minh-Ville les 28 et 29 avril 2011. Dès maintenant, nous faisons appel aux bonnes volontés pour présenter vos travaux et participer ainsi à la présence française au Vietnam, qui nous sollicite. Vous pouvez prendre contact dès maintenant avec le Pr Philippe Descamps (cngof@club-internet.fr).

Les 34^{es} journées nationales du CNGOF se dérouleront du 8 au 11 décembre 2010 au CNIT, Paris-La Défense. Pré-programme et inscriptions : www.cngof.org

