

Trimestriel n° 33
Mars / Avril 2006

CPPAP n° 1203 T 81023
ISSN n° 1286-2185

Revue diffusée nominativement
à 10 000 exemplaires

IMPRIMERIE : DUMAS TITOULET 42000 SAINT-ETIENNE
MAQUETTE : ATELIER EQUIPAGE - MARSEILLE
DIRECTEUR DE LA RÉDACTION : J.-P. LELLOUCH
COORDINATION PRESSE : VÉRONIQUE VIARRE
SERVICE PRESSE : LAURENT DE VILLEPIN
ENQUÊTES MÉDICALES : ARICK SON LELLOUCH
ESPACE ET DÉVELOPPEMENT : FRANCK BENJAMIN

LES MAÎTRES D'OUVRAGE ET LES PARTENAIRES
D'OFFICIEL SANTÉ FIGURENT EN PAGES 24 ET 25

RÉDACTEUR EN CHEF :
FRANÇOIS AUBART

DOSSIER SCIENTIFIQUE :
PR PHILIPPE DESCAMPS

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION :
STEPHAN J.P. LELLOUCH
officielsante@wanadoo.fr

RÉALISATION : NETCOM MEDICAL

COORDINATION ÉDITORIALE :
P.E.C (PRESSE ÉDITION COMMUNICATION)
14, BD DU COMMANDEUR - 13009 MARSEILLE
TEL : 04 96 20 06 06 - FAX : 04 96 20 06 09



**Le mot
du Rédacteur
en chef**

A vos agendas !

Praticiens hospitaliers, vers quel exercice allons-nous? C'est à cette question que nous proposons de réfléchir et de débattre, ensemble et avec de nombreux invités, les 13, 14 et 15 septembre prochains à Strasbourg pour les 1^{ères} rencontres Convergences santé hôpital. Retenez donc ces dates sur vos agendas.

En attendant, Officiel santé continue sa mission d'information et de débat dans un esprit constructif et non sectaire en donnant la parole à de nombreux acteurs de la communauté hospitalière. Constitution et découpage des pôles, financement de l'hôpital par l'assurance maladie, politique économique du médicament, grippe aviaire, médecins à diplômes hors Union Européenne, dossier médical personnel: tels sont les sujets d'actualité que vous retrouverez traités dans ce numéro pour un copieux moment de lecture que nous faisons en sorte de rendre enrichissant.

**François Aubart,
président de la CMH**

**Officiel
santé**

Actualités hospitalières

S O M M A I R E

4 Editorial

Statuts : pas de compromis sur l'indépendance professionnelle

25 Actualités pharmaceutiques

5 L'Assurance Maladie, la « maîtrise médicalisée » et l'hôpital
un entretien avec Frédéric van Roekenghem directeur de la CNAM-TS

6 Où va la politique économique du médicament ?
un entretien avec Noël Renaudin, président du comité économique des produits de santé (CEPS)

7 Des décisions importantes... et des questions sans réponse
par le Pr Gilles Aulagner

8 Budget hospitalier : l'EPRD ou la douce potion de la trésorerie
par Jean-Pierre Graffin, directeur des finances de l'hôpital Simone Veil

12 Réforme de la gouvernance : un long fleuve pas tranquille
un débat entre Denis Debrosse (chargé de mission DHOS) et François Aubart (président de la CMH)

13 Organisation en pôle des blocs opératoires : sur le fil du bistouri
par le Dr François Aubart

15 Grippe aviaire
par le Pr Bruno Lina et le Pr Jean-Philippe Derenne

18 Médecins à diplômes étrangers
un entretien avec Jamil Ahmis, président de la fédération des praticiens de santé

19 Les fruits d'une politique incohérente de 30 ans de recrutement
par le Dr Ph. Laurent, secrétaire général du SPH

20 Le point de vue du SNAM HP et de la CMH
par le Pr R. Rymer, président du SNAM HP et par le Dr F. Aubart, président de CMH

21 Le dossier médical personnel
par le Pr Philippe Arnaud, président du SNPHPU

Dossier scientifique

Gynécologie - Obstétrique

29 Editorial

*du Pr Jacques Lansac
président
du collège national
des gynécologues
et obstétriciens français*



29 À quoi sert le collège national des gynécologues et obstétriciens français ?
par le Pr J. Lansac, président du CNGOF

30 Choix des pôles en gynécologie obstétrique : risque majeur ou atout pour notre spécialité
par le Pr Ph. Descamps, le Dr Ph. Gillard et le Pr J. Lansac

32 La coeliochirurgie, de l'ère des pionniers à l'enseignement européen
par le Pr Gérard Mage, CHU Clermont-Ferrand

40 Grandeur et servitude de l'échographie obstétricale en 2006
par le Dr Catherine Lépinard, CHU Angers

46 L'infertilité et sa prise en charge thérapeutique en 2006
par le Dr J. Belaisch-Allart, CHI Sèvres

éditorial : PAS DE COMPROMIS SUR L'INDÉPENDANCE PROFESSIONNELLE !

Dans une interview au journal le Monde *, Monsieur Jacques MARSEILLE, professeur d'histoire de l'économie à la Sorbonne, expliquait :

« Le syndicalisme en France est faible et divisé, alors qu'il est uni et représente les deux tiers de la population active dans les autres démocraties. Les corps intermédiaires n'existent pas : la Révolution française les a tous brisés pour établir une relation directe entre l'état et le citoyen. Il est donc assez logique que ce soit la rue qui ait pris la place du Parlement en France, d'autant plus que la moitié des français ne participe pas à la vie politique : 20 à 30 % ne vote pas, 15 % vote pour l'extrême droite et 10 % pour l'extrême gauche. C'est ce que j'appelle des français « inutiles » qui ne participent pas à la vie politique du pays, sauf sous la forme de la contestation ; la France est ainsi devenue le modèle de l'absence de réelle démocratie, en tout cas d'une réelle incapacité à la discussion, à la réforme ou au compromis ».

Quoique chacun pense de cette analyse, force est de constater que l'hôpital correspond bien à un lieu où la réforme est à la fois nécessaire, attendue mais difficile voir impossible. L'un des sujets d'actualité porte sur la place et le rôle des médecins à l'hôpital. La réforme telle que nous la souhaitons, vise à remettre la responsabilité médicale au centre

des organisations afin de faire battre en retraite la bureaucratie et de rompre les hiérarchies pesantes verticales.

Dans ce contexte, le sujet des affectations médicales dans les pôles est central. La nomination doit rester de la responsabilité du ministre. L'affectation doit aussi être garante de l'indépendance professionnelle. L'administration ne peut se prévaloir d'un autre rôle que de celui de signer le procès verbal d'installation.

Dans le même temps, la communauté médicale doit pouvoir adapter son fonctionnement aux organisations nouvelles indispensables. Cela signifie que lorsque les lignes, les frontières et les limites des organisations médicales changent à l'intérieur de l'hôpital ou entre les hôpitaux, le statut doit à la fois être le garant de l'indépendance professionnelle mais doit permettre de disposer des moyens d'adaptation dès lors qu'ils sont consensuels. Cela signifie que lorsque le pôle, la CME et le Conseil Exécutif sont d'accord sur une affectation (ce qui est le cas dans 95 % des cas) l'affectation doit être simplifiée et déconcentrée sans pour cela dépendre du directeur.

François AUBART

* le Monde, édition du 25.03.06

L'ASSURANCE MALADIE, LA «MAITRISE MÉDICALISÉE» ET L'HOPITAL

un entretien avec Frédéric van Roekenghem, directeur de la CNAM-TS

Comment l'Assurance Maladie compte-elle élargir la démarche de « maîtrise médicalisée » et du « parcours de soins coordonné » à l'hôpital ? Réponse de son directeur.

Officiel Santé - En janvier 2006 le Conseil de la CNAMTS a souhaité s'impliquer dans le « développement de la Maîtrise Médicalisée à l'Hôpital ». Cet objectif est-il compatible avec la gouvernance nationale de l'hôpital ? Remet-il en cause la place et le rôle de la direction des hôpitaux et de l'organisation des soins ?

Frederic van Roekenghem - La situation financière de l'Assurance Maladie reste préoccupante, même si l'on constate une nette diminution du déficit depuis la mise en œuvre de la réforme d'août 2004. En tant qu'assureur solidaire en santé, l'Assurance Maladie doit veiller à l'utilisation des ressources qui sont consacrées à notre sys-



tème de soins, et garantir à ses assurés la qualité, l'efficacité et l'accès aux soins. Cette responsabilité a été renforcée par la loi du 13 août 2004 qui, dans son article 1^{er}, lui a confié de nouvelles missions : « veiller à la coordination, à la qualité des soins, à leur répartition homogène sur le territoire, y compris pour les établissements de santé ».

C'est dans ce sens, à l'instar des programmes de maîtrise médicalisée réalisés en ville en 2005, que l'Assurance Maladie souhaite aujourd'hui élargir cette démarche à l'hôpital, en concertation avec l'Etat et la communauté hospitalière. En effet la maîtrise médicalisée, qui repose sur l'engagement des professionnels de santé à bien utiliser les ressources collectives, ne peut être limitée aux seuls soins de ville, compte tenu de la part prépondérante des établissements de santé dans l'offre de soins. Cet objectif de maîtrise médicalisée à l'hôpital ne remet nullement en cause la gouvernance nationale de l'hôpital, ni la place et le rôle de l'Etat et de la DHOS. Bien au contraire, chacun est dans son rôle et exerce ses missions définies par les textes pour apporter sa contribution à un effort collectif destiné à pré-

server notre système d'assurance maladie. On peut davantage parler de complémentarité.

OS - La loi prévoit que vos interlocuteurs essentiels soient les Fédérations Institutionnelles (en particulier la FHF) ; qu'en est-il du dialogue avec la communauté médicale hospitalière ?

F. v. R. - La loi 2004-210 du 13 août 2004 prévoit que les accords cadres nationaux tripartites soient signés entre l'Etat, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

et les Fédérations Nationales représentatives des établissements de santé. Mais nous avons voulu aussi aller au-delà pour mettre en place notre programme d'actions, car la réforme ne pourra réussir qu'à travers l'engagement des professionnels et des caisses d'assurance maladie jusqu'au niveau local. C'est la raison pour laquelle nous avons associé, aux côtés des Fédérations Hospitalières, les Conférences des Directeurs et des CME à nos travaux. Trois réunions ont déjà eu lieu pour présenter les outils et la méthode et recueillir les remarques des participants. La



validation des différents outils se fera en commun.

OS - Le parcours de soins coordonné a du mal à être perçu à l'hôpital comme source d'amélioration de la qualité, quels arguments apporteriez-vous à la communauté médicale hospitalière pour tenter de la convaincre. Concrètement, comment l'hôpital est-il intégré à ce « parcours de soins » ?

F. v. R. - La réforme de l'Assurance Maladie a pour objectif de faire évoluer les modes de recours aux soins et obtenir une meilleure efficacité. Elle les rapproche de ceux existants dans les plupart des autres pays. L'enjeu est d'organiser autour du médecin traitant désigné par le patient, les différents niveaux de recours aux soins et améliorer la coordination entre les professionnels de santé.

Le parcours de soins coordonnés vise à mettre en pratique une meilleure circulation des informations entre les différents médecins, praticiens hospitaliers et médecins libéraux, qui soignent un même patient.

Il est certain que nous devons sans doute accentuer nos efforts, avec les services de l'Etat, pour davantage expliquer les modalités du parcours de soins à l'hôpital. Il est aussi compréhensible que la mise en œuvre pratique d'une réforme de cette ampleur nécessite parfois des ajustements qui seront réalisés au fil de l'eau. J'ai bien perçu, par exemple, que les nouvelles modalités de remplissage du protocole de soins lié aux ALD génèrent des interrogations auxquelles nous allons répondre. Nous allons donc déployer des actions de communication au plus près du terrain pour expliquer les nouvelles règles du jeu. ■

OU VA LA POLITIQUE ECONOMIQUE DU MÉDICAMENT ?

un entretien avec Noël Renaudin,
président du comité économique des produits de santé (CEPS)

Dans les hôpitaux, on s'interroge sur certains effets de la nouvelle politique économique suivie en matière de médicaments.

Le président de l'organisme qui joue un rôle clef en la matière a accepté de répondre aux questions d'Officiel santé.

Officiel Santé - Quelle est votre vision de la politique du médicament et des dispositifs médicaux stériles à l'hôpital ?

Noël Renaudin - L'objectif essentiel de toute politique en ce domaine doit être, à l'hôpital comme en ville, de rechercher le meilleur usage des produits, ce qui inclut leur usage le plus économique, à résultat équivalent pour les malades. Le reste est accessoire ou marginal.

OS - Pourquoi un organisme aussi important que le vôtre n'est-il pas plus en relation avec les Commissions du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles des Hôpitaux et avec les représentants des Praticiens Hospitaliers, médecins ou pharmaciens ?

N. R. - Nous le souhaiterions. Mais le CEPS est un organisme de très petite taille qui ne peut pas matériellement entretenir de relations organisées continues avec un grand nombre d'institutions. Il est cependant ouvert à des relations plus suivies avec ceux, médecins ou pharmaciens notamment, qui connaissent bien l'hôpital, surtout depuis qu'il est chargé par la loi de certaines responsabilités sur la formation des prix dans ce secteur.

OS - De nombreux intervenants dont Monsieur Frédéric VAN ROEKEGHEM, Directeur de la CNAM, constate un dérapage important des prescriptions ambulatoires réalisées par les médecins hospitaliers. De même, la presse professionnelle souligne le dérapage de certains produits (EPO). N'avez-vous pas le sentiment que ces dérapages sont en partie dus à la sortie de la réserve hospitalière de certains médicaments de manière difficile ?

N. R. - Je ne le pense pas. Le CEPS constate au contraire que l'évolution des ventes des médicaments « sortis en ville » comme les EPO ou les immunosuppresseurs est exactement du même ordre que la tendance antérieure. Cela n'est pas surprenant car c'est ce qu'on avait constaté de longue date pour les médicaments du « double circuit » : médicaments du VIH puis, plus récemment, des hépatites.

OS - Les médicaments et les dispositifs médicaux implantables remboursés en sus des GHS dans le cadre de la T2A ont, compte tenu des constatations réalisées par les CRLCC et certains CHU, des prix supérieurs en moyenne de 5 à 6 %

à ce qui était pratiqué jusque là. Quelles peuvent être les explications ? Ces augmentations sont-elles contre balancées par certaines réductions.

N. R. - Ceci n'est vrai que par rapport aux prix obtenus pour certains médicaments par certains hôpitaux. C'est le contraire qui est vrai quand on raisonne France entière et ensemble du marché, public et privé confondus. Spécifiquement, pour les dispositifs médicaux implantables, les entreprises compensaient souvent des prix bas pratiqués à l'égard des établissements publics par des prix élevés du tarif LPPR. La nouvelle mécanique tarifaire, qui s'est accompagnée dans plusieurs cas de baisses du tarif de la LPPR (stimulateurs cardiaques, stents prochainement), a néanmoins entraîné parfois des hausses de prix dans le public. Mais en moyenne, l'assurance maladie paye moins cher, ce qui est l'essentiel.

OS - Depuis que ces prix sont administrés, les fournisseurs maintiennent leur tarification strictement aux prix administrés, sauf rares exceptions. Le prix n'étant plus un facteur d'évolution des parts de marché, qu'est-ce qui guidera ces évolutions ? N'y a-t-il pas des effets pervers (marges arrières, autre, ...) ?

N. R. - C'est vrai. L'administration des prix peut avoir des effets pervers. Le CEPS s'efforce de s'acquitter de sa mission en limitant autant que possible le champ de ces effets.

OS - N'avez-vous pas la crainte qu'en matière de dispositif médical innovant, cette politique favorise les grandes multinationales anglo-saxonnes plutôt que les petites PME françaises et que l'on connaisse ce que l'on a vécu avec le médicament, c'est-à-dire une perte progressive d'influence de la France dans le marché mondial ?

N. R. - Je ne vois pas pourquoi. Et ceci d'autant moins que la prééminence des multinationales non françaises dans le dispositif médical s'est établie au cours d'une longue période de liberté des prix dans les hôpitaux publics.

OS - Beaucoup d'hospitaliers ont le sentiment que cette politique de médicament (sortie de la réserve hospitalière, prix administrés, augmentation des prélèvements sur les laboratoires) a amené un transfert non négligeable du budget des hôpitaux publics vers les entreprises du médicament et le budget général de la sécurité sociale. Que leur répondez-vous ?

Quelle valeur ajoutée estimez-vous que le pharmacien apporte, car ce n'est pas qu'un acheteur de produits de santé mais un acteur de santé aux cotés du médecin et au service de la santé des patients ?

N. R. - J'ai la conviction que la valeur ajoutée du pharmacien à l'hôpital, y compris dans sa fonction d'acheteur, est beaucoup moins de négocier les prix que de choisir ce qu'il faut acheter. C'est aussi, et sans doute avant tout, d'organiser le bon usage des produits. Dans cette perspective, les enjeux de santé sont bien entendu prioritaires. Mais même au plan économique, les retombées du bon usage des produits sont à coup sûr supérieures à ce qu'on peut attendre de la négociation des prix. ■

DES DÉCISIONS IMPORTANTES... ET DES QUESTIONS SANS RÉPONSE

par le Pr Gilles Aulagner



Au cours des 18 mois qui se sont écoulés, un certain nombre de décisions en matière de politique économique des médicaments et des dispositifs médicaux stériles ont été prises par le Gouvernement et par le Comité Economique des Produits de Santé qui ont un rôle majeur sur l'hôpital : sortie de la réserve hospitalière d'un certain nombre de médicaments, prix administrés pour les produits de santé remboursés en sus des GHS.

Sortie de la réserve hospitalière ⁽¹⁾ :

Au décours de la transposition en droit français d'une directive européenne limitant le droit de prescription des médecins, le Gouvernement en a profité pour sortir de la réserve hospitalière toute une série de produits.

Pour un bon nombre de médicaments, c'est un travail qui aurait dû être fait depuis 15 ans et qui était parfaitement légitime.

Pour d'autres, cette sortie pose toute une série de problèmes médicaux et en tout état de cause, entraîne une augmentation de consommation importante et un risque sanitaire probable.

Elle se traduit par une perte d'environ 200 millions d'euros pour les budgets hospitaliers publics et par une augmentation de chiffres d'affaires au moins égale pour les industriels du médicament. Afin que cette mesure n'impacte pas trop le budget de l'Assurance Maladie, elle a été contre balancée par l'augmentation de la taxe sur les médicaments.

Il s'agit donc bien d'un transfert des budgets hospitaliers publics vers le budget général de l'Assurance Maladie.

Nous sommes frappés que dans l'interview ci-joint, l'un des principaux responsables de cette politique minimise ces résultats ou cherche à les occulter. Il est d'ailleurs significatif qu'il ne réponde pas aux questions concernant cette importante question.

Prix administrés des produits de santé remboursés en sus de la T2A :

D'un marché de prix libre, sain et transparent où les parts de marché étaient régulées en fonction du prix, on est passé à des prix administrés fixés nationalement. Cette mesure s'est traduite, pour les CHU et les centres de lutte contre le cancer (qui représentent environ 70 % du marché de ces produits) par une hausse des prix de 5 à 6 % qui pénalise ces institutions.

Plus grave, sur un marché qui était sain, on a, de ce fait, plaqué des effets particulièrement pervers. En effet, si les parts de marché ne se régulent pas en fonction du prix, elles s'achètent ailleurs de façon institutionnelle (et l'on crée, dans le domaine public, des marges arrières ce qui a fait l'objet d'une régulation récente pour nos collègues officinaux) ou ailleurs (...).

Questions restées en suspens :

Les deux questions ci-dessous sont restées en suspens et n'ont pas reçu de réponse. Peut-être n'étaient-elles pas claires.

En tout état de cause, il nous semblait que la stricte notion du prix est maintenant obsolète dans le cadre de la tarification à l'activité. Il ne faut plus strictement raisonner en fonction du prix (même si nous devons maintenir notre action forte sur la qualité de nos achats) mais intégrer le produit de santé dans le GHS voir dans l'avenir avec les agences régionales de santé dans le parcours de soins du patient. Les paramètres durées d'hospitalisation, diminution de l'iatrogénèse, amélioration du pronostic vital, qualité de vie, reprise du travail, ... et prise en compte des acteurs sociaux dans le retour à domicile doivent émerger dans un contexte global de dépenses de santé et de soins efficaces pour le patient. Les pratiques hospitalières en terme de prescription de produits de santé en accord avec les référentiels (Afssaps, HAS, INCA, et autres sociétés savantes) et de médecine de ville doivent être superposables. Le patient dans son parcours de soin est en ville et/ou à l'hôpital, en HAD, ... Chacun des acteurs de santé ne doit plus raisonner en terme de « chapelle » mais en intégrant, à l'aube du DMP et des réseaux formalisés pour les grandes pathologies, l'ensemble des coûts affectés à un patient quel que soit le lieu de son traitement.

- Ne s'intéresser qu'au prix n'est il pas réducteur avec la notion de GHS. En effet le prix des produits de santé est souvent faible mais il peut avoir une incidence forte notamment sur la durée de séjour ou en cas de prescription inappropriée.

- A quand une harmonisation des pratiques hospitalières et de ville avec l'avènement des réseaux et dans la perspective du parcours de soin des patients ?

On ne peut que regretter que les éclaircissements que nous attendions ne soient pas apportés soit par méconnaissance de l'hôpital, soit par minimisation des conséquences. A vous de juger.

(1) « Sortie de la réserve hospitalière » : il s'agit de médicaments qui ne peuvent être achetés que par les pharmacies hospitalières et éventuellement rétrocédés c'est-à-dire dispensés à des malades ambulatoires.

BUDGET HOSPITALIER :

L'EPRD ou la douce potion de la trésorerie

par Jean-Pierre Graffin,
directeur des finances de l'hôpital Simone Veil



La parution, le 30 novembre 2005, d'un nouveau décret financier relatif à l'EPRD (Etat des Prévisions de Recettes et de Dépenses), accompagné d'une circulaire relative à la nomenclature budgétaire et comptable, dépasse le cadre d'une simple réforme technique et opère un véritable bouleversement des règles de gestion de l'établissement de santé. Pour l'essentiel, ce bouleversement conduit à transposer à l'hôpital les dispositions applicables au secteur privé, en réintroduisant une dimension souvent occultée, celle de la trésorerie.

La régularisation de pratiques de gestion avancées

Il ne s'agit cependant pas d'une révolution budgétaire et comptable : l'EPRD régularise et donne une assise réglementaire à des méthodes de gestion déjà pratiquées par quelques établissements « à la

pointe », ceux, peu nombreux il est vrai, qui pratiquaient la « trésorerie zéro » couplée avec la gestion de leurs emprunts.

Une nouvelle liberté de gestion

La réforme de l'EPRD n'était peut être pas indispensable à

la mise en œuvre d'un financement reposant sur l'activité. Le nouveau dispositif EPRD affiche toutefois une large ambition. Il se veut d'abord applicable à l'ensemble des établissements autrefois financés par dotation globale (et pas seulement à ceux disposant d'un secteur M.C.O.). Il entend ensuite parachever la réforme de la T2A, ainsi que celles de la nouvelle gouvernance et du financement de l'investissement qui lui sont liées, en les portant à leurs conséquences ultimes grâce à la promotion d'une logique financière, qui est aussi une logique de résultat. Il s'agirait en somme d'offrir aux hôpitaux une liberté et des souplesses de gestion accrues qui auraient pour contrepartie une plus grande vigilance et responsabilité ainsi qu'une fiabilisation de leurs outils de prévision.

Une interdépendance généralisée des différentes sphères de la gestion

Reconnaissons le : l'EPRD commence par apporter une nouvelle respiration à la gestion hospitalière ; il conduit tout d'abord à opérer un découplage des différents secteurs de la gestion, en particulier ceux de l'exploitation et de l'investissement. L'EPRD permet d'assurer une véritable communication entre ces deux sections autrefois étanches. Il consacre même l'interdépendance

généralisée de l'ensemble des sphères de la gestion : exploitation, investissement, recouvrement, paiement, liquidités, affectation et utilisation des résultats, provisions, dette à long terme... Les liens très forts qui s'établissent entre ces différentes sphères permettent de mieux préciser la nature de l'EPRD ; d'une certaine manière, elle est celle d'un grand document financier unifié dont les éléments entrent en rapports de communication et de résonance. Cette approche globale et synthétique rend bien entendu obsolète la démarche budgétaire classique, simple et sécurisante, enfermée dans l'espace confiné d'une négociation de moyens.

La trésorerie bilantielle, clé de la gestion

Sa cohérence et son homogénéité, l'EPRD les doit à une ressource unificatrice, la trésorerie, qui fluidifie l'articulation entre les différents pôles de la gestion et commande leur variation.

Chacun croit savoir ce qu'est la trésorerie et elle est le plus souvent assimilée, dans les établissements hospitaliers, à sa manifestation immédiate, celle de la trésorerie au jour le jour et des liquidités.

Pourtant, il existe une autre dimension de la trésorerie, dite bilantielle ou structurelle, qui résulte des relations d'équilibre des grandes masses du bilan et, tout simplement, de la bonne ou mau-

vaise santé financière de l'établissement. Dans la conduite à long terme de sa gestion, un établissement cumule en effet (certains diront thésaurise) des capitaux et des ressources longues qui lui procurent petit à petit des marges de manœuvre financières qui lui permettent de couvrir les besoins de ses cycles d'exploitation et d'investissement et qui alimentent sa trésorerie structurelle.

Le bilan, traduction de la richesse patrimoniale d'un établissement

Ces ressources financières issues du bilan sont souvent méconnues (qui étudie ce document compliqué ?) ou inexploitées (il apparaît sécurisant d'entretenir des liquidités stériles) ou inexistantes (les inégalités patrimoniales entre établissements riches et pauvres n'ont pas été étudiées mais elles sont sûrement considérables).

Quoiqu'il en soit, l'un des principaux mérites de l'EPRD est de réintroduire dans la gestion hospitalière ce document essentiel qu'est le bilan. Le bilan traduit les forces et les faiblesses d'un établissement, ses facteurs de risque mais aussi ses marges de manœuvre potentielles.

A partir de là, le gestionnaire pourra avoir deux préoccupations :

- d'une part chercher à utiliser au mieux les marges de manœuvre financières dont il dispose sans porter atteinte bien entendu aux grands équilibres de son bilan.
- d'autre part mettre en œuvre une politique de gestion favorisant l'enrichissement du patrimoine de l'établissement.

Cette seconde préoccupation est d'une certaine manière entièrement nouvelle : qui

s'est jamais préoccupé de la qualité du bilan et de la richesse patrimoniale de son établissement ? Il est pourtant sûr que la plupart des hôpitaux sont aujourd'hui fortement sous-capitalisés (quasi-inexistence de fonds propres et provisions par rapport au secteur privé) et que leur valeur nette d'actif est très basse même pour les plus prestigieux d'entre eux.

De nouvelles méthodes d'analyse de la gestion sont donc appelées à se développer qui prendront en compte la solidité et la sécurité financière d'un établissement.

En attendant, un nouveau langage, issu de l'analyse financière, va trouver droit de cité. Il faudra se familiariser avec des termes tels que le fonds de roulement (niveau de couverture des emplois longs par les ressources longues) et les besoins en fonds roulement (besoins financiers générés par le décalage entre le paiement des dettes et le recouvrement des créances). Ces nouveaux indicateurs de l'équilibre bilantiel deviennent aujourd'hui aussi importants que l'évaluation des moyens budgétaires courants. Il ne s'agit plus seulement de calculer le taux d'évolution du budget mais il s'agit aussi d'anticiper les flux financiers et de mesurer l'impact des décisions financières sur les grands équilibres de l'établissement.

De cette conception générale, patrimoniale, découlent ensuite, logiquement, le cadre, les règles et les modalités de gestion de l'EPRD.

Architecture de l'EPRD

Sur le plan formel, la présentation des documents budgétaires et financiers se trouve bouleversée : les anciens budgets primitifs et comptes administratifs disparaissent. Ils sont rempla-

cés par un **compte de résultat** retraçant les opérations d'exploitation et un **tableau de financement** pour les opérations d'investissement ; ces deux documents sont reliés entre eux par un tableau de passage du résultat prévisionnel à la **capacité d'autofinancement prévisionnelle (CAF)**. La **CAF** est un document entièrement nouveau et important qui permet d'articuler et de faire communiquer l'exploitation et l'investissement autrefois rigoureusement cloisonnés. De manière simplifiée, la CAF correspond aux amortissements de l'établissement augmentés ou diminués de son résultat de gestion. Elle traduit donc l'ensemble des ressources interne dégagées par l'activité de l'hôpital qui lui permettront de couvrir ses besoins financiers sans faire appel à des emprunts ou des apports extérieurs.

Règle de gestion des crédits évaluatifs

La disparition de la logique budgétaire conduit à libérer une grande partie de la gestion courante d'exploitation du carcan de l'enveloppe limitative de crédits. Il s'agit là du bouleversement le plus radical apporté par l'EPRD puisque se trouvent ainsi abrogés les principes rigoureux de la comptabilité publique qui lient le financement d'une dépense d'exploitation ou d'investissement à la notion d'autorisation budgétaire. Il n'y a désormais plus de contrôle du comptable sur la disponibilité des crédits sur les chapitres évaluatifs et il est donc possible d'engager une dépense au-delà des crédits inscrits initialement à l'EPRD. Il existe cependant une exception notable à ce principe des

crédits évaluatifs : celle de la rémunération des personnels permanents dont les crédits demeurent limitatifs pour préserver la compétence du conseil d'administration sur les adaptations structurelles. S'agissant ainsi du personnel médical, la rémunération des PH temps plein et temps partiel, des praticiens attachés renouvelables de droit, des assistants, des PAC, et la permanence des soins demeurent soumis à des crédits limitatifs tandis que les emplois non permanents (CDD, internes...) font simplement l'objet de crédits évaluatifs.

En outre l'autorisation de dépenser plus rencontre tout de même certaines limites. Celles-ci sont d'abord budgétaires et reprennent les principes d'équilibre traditionnels : le dépassement des crédits autorisés doit ainsi être compensée par des crédits disponibles sur un autre compte ou couverte par une recette supplémentaire. Elles sont aussi financières, avec une approbation nécessaire de l'autorité de tutelle dans l'hypothèse de la couverture de dépenses supplémentaires par un déficit prévisionnel impliquant une modification de l'équilibre global de l'EPRD.

Ces quelques restrictions mises à part, il faut bien reconnaître qu'aucune structure publique ne dispose désormais d'une liberté budgétaire comparable à celle des hôpitaux, ce qui n'est pas sans risque et réclame une vigilance accrue de l'ordonnateur pour améliorer le recouvrement de ses recettes et suivre l'évolution de sa trésorerie.

Une plus grande sincérité et transparence du résultat de gestion

Comme dans une entreprise, le résultat de gestion va deve-

nir un véritable juge de paix et il récompensera ou sanctionnera directement un établissement. Il donnera en outre une assez bonne traduction de sa gestion économique.

Le résultat à affecter dégagé par l'EPRD sera d'une étonnante simplicité puisqu'il résultera de la simple confrontation dépenses/ recettes. Il sera ainsi mis fin à la complexité et à l'opacité du résultat administratif qui était présenté au conseil d'administration tout à la fois tronqué du côté des recettes (prise en compte d'une partie seulement des recettes) et manipulé ou ajusté du côté des dépenses : les reports de charges et les reprises sur fonds propres et provisions permettaient souvent de masquer un résultat économique déficitaire. Avec le résultat administratif, seuls les experts pouvaient, après maints retraitements, s'y retrouver.

Avec la mise en œuvre de l'EPRD, le résultat à affecter, conçu comme un simple solde charges/produits, acquiert une nouvelle transparence et sincérité comptables. Il constitue en outre un premier indicateur de la qualité de la gestion d'un établissement.

Finies les manipulations auxquelles nous avait habitués la comptabilité publique : les reports de charges sont des déficits dont la comptabilisation est presque immédiate (dès le début de l'exercice suivant) et n'est plus renvoyée d'un exercice sur l'autre. Quant aux reprises sur fonds propres et provisions, leur impact sur la trésorerie est aussitôt enregistré en réduction de la capacité d'autofinancement.

Il deviendra vraiment difficile, voire impossible, de dissimuler un résultat déficitaire. Le résultat à affecter aura ainsi une véritable signification économique : il traduira sans artifices le plus ou moins bon

ajustement des charges aux ressources dégagées par l'établissement.

Enfin, dans son affectation, le résultat de gestion a un impact non plus budgétaire mais financier et s'exerçant directement et immédiatement sur le niveau des capitaux propres de l'établissement. Le résultat d'exploitation a donc une réelle incidence sur l'investissement et la trésorerie de l'établissement.

La trésorerie comme variable d'ajustement :

L'une des innovations majeures de l'EPRD conduit à permettre une utilisation des ressources de la trésorerie et à en faire une variable d'ajustement tant au niveau des dépenses d'exploitation que du financement des dépenses d'investissement.

Il est ainsi possible d'inscrire dès le début de l'année, au sein du compte de résultat prévisionnel, un déficit équilibrant, par prélèvement sur la trésorerie, les charges d'exploitation de l'établissement. Cette couverture déficitaire est toutefois soumise à l'approbation de l'autorité de tutelle.

De même, le plan de financement des investissements ne fait plus simplement appel à des ressources budgétaires (subventions, amortissements, emprunts). Il peut également être alimenté par le résultat excédentaire de gestion (par le détournement de la CAF) et par prélèvement sur la trésorerie.

A l'inverse, un résultat d'exploitation déficitaire, dont l'impact était autrefois limité, réduira immédiatement la capacité de l'hôpital à autofinancer ses investissements.

Dans ce nouveau contexte, des stratégies nouvelles de gestion émergent et trouvent des combinaisons multiples :

- Equilibre financier - quelle utilisation effectuer des res-

sources internes dégagées par l'activité de l'établissement : accroître l'effort d'investissement, conforter la trésorerie, rembourser les emprunts, provisionner les risques et déficits ultérieurs.

- Déséquilibre financier - comment compenser une contraction de l'activité : par une réduction des moyens de fonctionnement ou par un prélèvement sur la trésorerie (ce qui implique une diminution de la capacité d'autofinancement et donc de l'effort d'investissement, à moins d'une compensation par augmentation du recours à l'emprunt).

Une plus grande sophistication, mais une régression pédagogique

La gestion hospitalière trouve, avec l'EPRD, une nouvelle dimension beaucoup plus sophistiquée que le système fruste du budget global. Si les directeurs financiers d'établissement hospitalier exerçaient un métier jusqu'alors assez simple et somme toute un peu ennuyeux, le nouveau dispositif de l'EPRD ne peut que les ravir et va réveiller le fantasme de « golden boy » qui sommeille en chacun d'eux. L'utilisation d'un nouveau jargon financier permettra d'entretenir le mythe d'une compétence inaccessible. Il sera ainsi plus gratifiant de préciser aux instances que la marge brute a significativement alimenté la CAF qui a été utilisée d'une part pour financer le Plan Global de Financement d'autre part pour conforter le fonds de roulement, ce qui permet d'envisager le financement d'un déficit prévisionnel l'an prochain. Il n'est pas sûr que les administrateurs et les représentants des personnels s'y retrouvent

immédiatement mais l'ambition pédagogique n'est probablement pas au cœur de la réforme de l'EPRD, ce qui est peut-être regrettable dans le contexte de la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance.

Inquiétudes pour les équilibres financiers hospitaliers

Les stratégies les plus audacieuses sont en outre désormais ouvertes aux gestionnaires, mais ceux-ci, de même que l'autorité de tutelle, ne sont pas tous infailliblement avisés. Il est vrai que de nombreux garde-fous sont mis en place, notamment une information quadrimestrielle (activité, recettes, dépenses) de l'ARH et des instances. Cependant, les situations budgétaires des hôpitaux sont aujourd'hui

au mieux médiocres et parfois même calamiteuses. En outre, la dimension financière et l'analyse du bilan peuvent être aisément manipulées : il est assez facile de faire apparaître un fonds de roulement bien dimensionné et des besoins en fonds de roulement modestes. L'ancien système de la dotation globale maintenait du moins l'assurance d'un équilibre minimum qui permettait en particulier d'assurer la rémunération des personnels. Avec l'EPRD, la qualification du risque hospitalier se trouve considérablement aggravée et il ne faut pas exclure quelques catastrophes hospitalières à la fin de chaque exercice. Comme il ne s'agira pas toujours des hôpitaux où la qualité des soins est la plus médiocre, l'assurance-maladie sera amenée à jouer le rôle de pompier, ce qui risque de grever lourdement son budget.

Les ressources supplémentaires issues de la trésorerie sont en tout état de cause limitées

Il faut enfin se féliciter que l'EPRD autorise un élargissement de l'utilisation de la trésorerie. Si le gouvernement escomptait cependant, avec cette mesure, libérer des ressources inemployées au profit des hôpitaux, il n'est pas sûr que cette initiative, louable dans son principe, soit couronnée de succès. Nous n'avons certes qu'une connaissance imparfaite des bilans hospitaliers, les seules études produites émanant de la Direction de la Comptabilité Publique. Il se confirme cependant que la gestion financière des hôpitaux s'est beaucoup améliorée ces dernières années et que ceux-ci n'entretiennent plus, dans leur immense majorité, de liquidi-

tés pléthoriques. Les établissements de taille significative (tous les CHU et la plupart des CHG) exploitent en effet aujourd'hui toutes leurs marges de manœuvre financières au travers d'une gestion active de leur trésorerie. En outre, la situation financière de certains hôpitaux (notamment ceux dont les bilans sont alourdis par le poids des créances irrécouvrables), loin d'être florissante, réclame plutôt des mesures de redressement et de recapitalisation. Il ne faut d'ailleurs pas oublier que la mise en œuvre complète de la T2A, avec la facturation directe des GHS aux caisses d'assurance-maladie, va induire une augmentation des besoins de trésorerie des établissements. Au total, les « ressources cachées » de la trésorerie risquent d'être largement illusoire et de ne concerner que quelques petits établissements. ■

Réforme de la gouvernance : un long fleuve tranquille

un entretien entre Denis Debrosse (chargé de mission DHOS)
et François Aubart (président de la CMH)

Dans les hôpitaux, c'est en ce moment que se concocte la mise en place concrète de la réforme de la gouvernance.

Dans quelles conditions et quel est l'état d'esprit qui anime les différents acteurs ?

Le dialogue ci-dessous permet de se faire une idée des embûches qui parsèment la route.

Denis Debrosse : La réalité hospitalière est très contrastée, et mon boulot, c'est de mettre en évidence les recettes du succès dans les établissements qui marchent bien. Les besoins ont changé - importance croissante de la gériatrie, développement de la prise en charge en ambulatoire, etc... - et nous ne sommes plus dans la période où les hôpitaux étaient dans une phase de croissance tous azimuts qui s'appuyaient sur l'augmentation des recettes. Dès l'ins-

tant où un établissement ne s'adapte pas, il est en difficulté et il faut impérativement l'aider à s'en sortir car nous avons une obligation de service public sur l'ensemble du territoire.

Aujourd'hui, l'enjeu est de changer de braquet. Dans les hôpitaux, les cadres dirigeants sont en gros acquis à la réforme, il reste à en acquérir le savoir-faire et la capacité d'entraîner les autres. On le sait : la perspective du changement fait peur. Sur notre échantillon des 150 plus gros établissements, les Conseils exécutifs sont mis en place dans 90 % des cas. S'agissant des pôles, la proportion est probablement de 5 à 10 %, mais ils sont en gestation dans les 25 CHU.

François Aubart : on observe un grand écart entre ce que l'on dit dans les instances du ministère et ce que l'on vit et ressent aujourd'hui dans les hôpitaux où la gouvernance paraît captée par une certaine aristocratie directoriale et médicale. Est-ce une réalité ou un risque ? Comment vous positionnez-vous face à cette possible dérive qui ternirait l'image de la réforme ?

D.D. : La réforme est écrite - et vous êtes bien placés pour le savoir puisque vous avez négocié le protocole d'accord -, elle reste à mettre en œuvre sur le terrain. Ce qui avance, c'est le renforcement des relations CME/Direction. Le chantier qui est devant nous, c'est la mise en place des pôles.

F.F. : A propos du Comité exécutif, l'ordonnance prévoit la nomination de ses représentants médicaux sur proposition de la CME. Or, la réalité n'est pas conforme !

D.D. : Je n'ai pas été alerté de cette dérive... Si c'est le cas, c'est peut-être le fait de ce que vous appelez l'aristocratie hospitalière. Le cœur de l'hôpital, c'est le médecin ; ne pas en tenir compte, ce n'est pas bon. Mais sans doute, certaines traditions ne sont-elles pas évidentes à changer.

F.A. : Aujourd'hui, les CE sont donc en place et les hôpitaux sont en train de procéder au découpage des pôles avec des ciseaux d'or. De fait, la logique de ces découpages est parfois médicale, parfois non. Comment peut-on, dans les semaines qui viennent, promouvoir un mode d'emploi commun à tous.

D.D. : Les établissements sont autonomes et attachés à cette autonomie : il n'y a donc pas de modèle à suivre impérativement. Le dispositif d'accompagnement

prévoit le suivi de 10 établissements qui « vont bien » pour faire connaître leur expérience, en plus de notre site web qui est un outil important de partage. D'autre part, deux organismes de conseil sont chargés d'une mission d'expertise et d'audit pour aider à faire des recommandations.

F.A. : D'accord pour l'autonomie, mais la loi ne doit-elle pas s'appliquer à tout le monde, et quid du suivi des recommandations ? Je prendrais deux exemples. La psychiatrie, d'abord : les textes prévoient que les secteurs peuvent constituer un pôle, mais sur le terrain deux visions s'opposent : celle des directions qui souhaitent agréger les secteurs, et celle des médecins qui plaident plutôt pour le maintien des secteurs. Que fait-on ? Deuxième exemple : la chirurgie. Le groupe de travail organisé par la DHOS propose en gros que les blocs opératoires se regroupent pour se constituer un pôle autonome. Cette proposition a été validée par le ministère, mais elle a du mal à s'imposer partout... Tout



Denis Debrosse



François Aubart

LE DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DES RÉFORMES HOSPITALIÈRES

Co-auteur du rapport « Réforme de la gouvernance » du plan « Hôpital 2007 », Denis Debrosse est un homme qui connaît bien le terrain puisqu'il a occupé pendant trente ans la fonction de directeur dans divers hôpitaux et cliniques. C'est sans doute cette expérience qui lui vaut aujourd'hui d'avoir été choisi par Jean Castex pour être le chef de projet du dispositif d'accompagnement des réformes. Un dispositif qui compte trois missions principales. D'abord, la communication, au sens plein du terme puisqu'il s'agit à la fois d'informer les cadres et praticiens hospitaliers sur la mise en œuvre de la « nouvelle gouvernance », mais aussi de capter leur expérience in vivo et de leur permettre de l'échanger entre eux, le tout par le biais du site Internet www.reformes-hospitalieres.com qui frise déjà le millier d'utilisateurs inscrits. Ensuite, la formation des cadres et des responsables axée sur la mise en place pratique des réformes : six formations « responsables de pôle » sont programmées dans les semaines qui suivent à Nice, Strasbourg, Rennes, Chartres, Avignon et Toulouse et cette démarche se poursuivra partout avec des sessions s'adressant à tous les cadres sur les thématiques de la gouvernance et de la démarche de qualité. Enfin, une mission de diagnostic, d'appui et d'accompagnement visant particulièrement les établissements ayant des difficultés.

se passe dans certains établissements comme s'il y avait une «récupération» de la réforme au profit de projets de découpage «ciblés». Il y a donc un choc entre l'autonomie des établissements et la loi dont le rôle est d'édicter des principes communs pour éviter la «loi de la jungle».

D.D. : Effectivement, la loi doit s'appliquer. Mais elle ne confond pas avec les recommandations. Il faut rappeler aussi que toutes ces décisions sont soumises aux instances. Les meilleurs vecteurs de la réforme, ce sont les professionnels eux-mêmes qui doivent porter les potentialités de la réforme et en solutionner les difficultés. Vous qui êtes chirurgien, n'est-ce pas à un autre chirurgien à qui vous ferez le plus confiance pour vous parler de ce qui marche et de ce qui ne marche pas.

F.A. : La Mission que vous animez n'a-t-elle pour feuille de route de réduire l'écart qui peut résulter de la loi et de l'autonomie reconnue aux établissements, et d'assurer la cohérence d'ensemble de la réforme.

D.D. : Il faut admettre le principe de réalité: la réforme doit s'aménager sur le terrain. Si elle vient d'en haut, ça ne marchera pas! Il reste que le ministère est garant de la qualité des soins et de la continuité du service public, donc de la cohérence. Les ARH ont un rôle important à jouer: elles ont une mission de régulation et qui doivent se donner les moyens de veiller à la cohérence d'ensemble du système.

F.A. : Une autre difficulté est l'impact financier de la T2A sur les établissements qui est plus un motif d'inquiétude que d'enthousiasme...

D.D. : Certes, l'hôpital aujourd'hui ce n'est pas Oui-Oui au pays des réformes. Faire un projet d'établissement, c'est faire des choix, et si un établissement subit la T2A sans rien changer, il va être mal! Affronter la T2A, c'est autre obligé de bien gérer, d'autant que la circulaire 2006 sur la question est très structurante, et qu'elle s'ajoute à l'EPRD. C'en est fini de la stratégie d'autrefois des Directions qui tablait sur l'augmentation continue des recettes. Aujourd'hui, c'est la maîtrise des dépenses. La solution, c'est une meilleure organisation. ■

Chirurgie :

Organisation en pôle des blocs opératoires : sur le fil du bistouri

Chacun le sait : les blocs opératoires sont des lieux où règne la haute tension. Lieux fermés et technologiques, les blocs opératoires forment un exemple paradoxal ou la passion côtoie la procédure. Si beaucoup s'accordent pour reconnaître les insuffisances de leurs organisations, beaucoup sont aussi frileux à l'idée de changement qui redéfinirait les territoires de chacun. Pour autant, la mise en place des pôles est maintenant arrivée dans sa dernière ligne droite. Les blocs opératoires n'y échappent pas. L'objectif de cet article est d'ouvrir quelques pistes, de définir quelques principes et de rappeler quelques recommandations.

A la demande du Ministre de la Santé, un groupe de travail dit «équipes opératoires», s'est réuni à la DHOS jusqu'au mois de juin dernier en vue de faire des propositions concernant l'organisation et le fonctionnement des blocs opératoires. Nous y avons participé. Dans un premier temps, les représentants des équipes chirurgicales d'une part et celles des équipes d'anesthésie d'autre part ont travaillé séparément. Rapidement, les organisations concernées (syndicales, professionnelles, scientifiques et la DHOS) se sont réunies pour élaborer de manière consensuelle une série de huit propositions.

Dans un courrier adressé le 21 décembre 2005 au prési-

dent du SNAM HP et de la CMH, le Ministre a indiqué : «les recommandations effectuées au titre des groupes «équipes opératoires» et «haute technologie» sont retenues. Il s'agit en particulier de la constitution des pôles autonomes médico-techniques pour laquelle une recommandation sera faite par instruction, du financement prioritaire pour l'informatisation des blocs opératoires dans le cadre du soutien à l'investissement hospitalier et du soutien au recrutement prioritaire des infirmiers de bloc opératoire».

Le lecteur trouvera en encadré les huit propositions qui constituent cette recommandation. Naturellement, qui dit recommandations ne dit pas application univoque sur tout le territoire. Pour autant, elles doivent nous servir de boussole.

Dans un établissement, même si certains blocs gardent leurs spécificités et se consacrent à une activité dédiée, le regroupement fonctionnel de tous les blocs opératoires de l'établissement dans un pôle unique paraît frappé de bon sens. Ce pôle «bloc opératoire» doit être autonome. Ses fonctions et ses responsabilités sont en effet particulières et suffisamment complexes pour justifier cette autonomie aussi bien vis-à-vis des autres activités médico-techniques que des différents pôles cliniques.

En pratique, faisons l'effort d'analyser la nature d'un tel changement, essayons de discerner ses avantages et ses inconvénients. L'objectif est que le pôle bloc opératoire puisse passer contrat avec les pôles d'utilisateurs que sont les chirurgiens et les anesthésistes. Dans un contrat inter-pôles seront ainsi définis les moyens que le bloc opératoire offrira aux cliniciens concernés. Cela signifie que sera mis à disposition un nombre déterminé de plages opératoires avec le personnel non médical qui constitue pour partie l'équipe opératoire. Ce même contrat inter-pôle devra définir un niveau d'activité correspondant à cette «location» de plages opératoires.

Naturellement, des clauses d'adaptation devront être définies pour que, de façon trimestrielle par exemple, des modifications puissent avoir lieu en fonction de variation non prévue ou non anticipée d'activités.

Comme tous les pôles, le pôle bloc opératoire disposera d'un budget 0. Celui-ci sera constitué de la somme du budget en personnel au temps 0 auquel sera ajoutée les dépenses hospitalières, les dépenses médicales... etc.

Comme pour tous les pôles, un contrat devra être signé entre le pôle bloc opératoire et la direction. Ce contrat fixera les évolutions en fonc-

tion d'indicateurs de qualité et d'indicateurs d'activité.

Les structures de chirurgie ambulatoire d'une part et les unités de stérilisation d'autre part devront être fonctionnellement intégrées à ces pôles. S'agissant de la stérilisation, il faudra bien sûr que les propositions de mise en œuvre soient compatibles avec le respect des textes sur les pharmacies à usage intérieur. Ceci laisse cependant des possibilités d'adaptation tout à fait utiles.

Le responsable du pôle bloc opératoire doit être un médecin (anesthésiste ou chirurgien)

positionné de façon indépendante. Quelle que soit sa spécialité, ce responsable ne pourra être à la fois membre d'un pôle clinique et responsable du bloc opératoire. Cette indépendance est indispensable à la légitimité de son action. Elle s'appuiera sur un conseil de pôle au sein duquel seront présents et représentés tous les chirurgiens et anesthésistes notamment organisés dans les différents pôles cliniques.

On le voit, ces changements sont considérables. Ils peuvent parfaitement être détournés de leur objectif principal qui est

celui de participer au sauvetage de la chirurgie hospitalière publique. Bien sur, une organisation sous tutelle administrative ou un découpage en pôle témoin des rivalités d'hier constituerait un échec patent. A l'inverse, une organisation renouée transparente et fondée sur la promotion de la qualité mais aussi de l'activité est indispensable pour sortir de l'ornière.

Chacun sait que la part de la chirurgie hospitalière publique est passée sous la barre des 40 % que chacun considère comme une borne limite pour la pérennité de nos structures. Cette nouvelle organisation en

pôle ne constitue pas l'alpha et l'oméga des attentes des équipes opératoires. Malheureusement aussi les ministres successifs interviennent trop souvent sous forme d'engagements qu'ils peinent à mettre en œuvre dans leur calendrier qui sont électoraux et non chirurgicaux.

Les chirurgiens sont sur le fil du bistouri. A nous de nous emparer de tout ce qui peut être utile pour promouvoir la chirurgie et les équipes opératoires.

Vive la chirurgie hospitalière !

Dr François Aubart

ORGANISATION DES BLOCS OPERATOIRES ; LA FEUILLE DE ROUTE DU MINISTERE DE LA SANTÉ (21 DÉCEMBRE 2005)

1. Mettre en place rapidement, dans tous les établissements de santé ayant une autorisation d'activité de chirurgie, un système informatisé de gestion des blocs opératoires venant en support d'une organisation structurée.
2. Créer un pôle autonome médico-technique regroupant tous les blocs opératoires de l'établissement, y compris ceux dédiées à la chirurgie ambulatoire et quelles que soient les spécialités chirurgicales. S'agissant de la stérilisation, sachant son activité essentiellement liée aux blocs opératoires, un contrat inter-pôles devra permettre les intégrations fonctionnelles dans le respect des textes sur les pharmacies à usage intérieur.
3. Investir le responsable du pôle d'activité de toute l'autorité nécessaire à la réalisation de ses fonctions.

Les propositions 2 et 3 doivent être rendues opérationnelles au regard de l'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Concernant la coordination des activités :

4. Définir la composition minimale de l'équipe opératoire en fonction de l'acte opératoire, selon la typologie de la CCAM.
5. Elaborer des référentiels de gestion, d'organisation et d'utilisation des blocs opératoires et s'assurer de leur respect dans le cadre de la certification.
6. Développer un dispositif d'opéré vigilance, en introduisant dans l'ensemble des activités opératoires une traçabilité et un système de vigilance des événements ayant un impact sur la sécurité de l'opéré en lien avec le futur système de déclaration d'événements indésirables graves et en lien avec l'accréditation des médecins.

Concernant l'exercice des différents métiers :

7. Revaloriser les métiers des équipes opératoires (notamment le métier des IBODE) au travers de la formation et de la rémunération avec définition d'indicateurs permettant de suivre l'efficacité de ces mesures et faire du recrutement des infirmières au bloc opératoire un objectif prioritaire.
8. Engager une réflexion sur une nouvelle répartition des tâches entre les intervenants au bloc opératoire en tenant compte du rôle de l'interne au sein de l'équipe.

GRIPPE AVIAIRE

connaissances virologiques et plan anti-pandémie : un état des lieux

par le Pr Bruno Lina, CNR des virus influenza région sud, HCL, UMR CNRS 5537

Depuis fin 2003, une épizootie sans précédent est observée en Asie du sud est. En été 2005, nous avons eu la mauvaise surprise de voir que des oiseaux de certaines provinces russes étaient aussi endémiques pour le virus A H5N1 et depuis début 2006, l'épizootie touche des pays Asiatiques, Européens et Africains.

Plus de 40 pays sont officiellement atteints au 22 mars 2006. Il apparaît donc que non seulement l'épizootie n'est pas contrôlée et que du fait des couloirs de migration des oiseaux sauvages et des activités humaines, cette épizootie s'est considérablement étendue. La position parfois considérée comme alarmiste de l'OMS sur le risque de pandémie résulte de l'impuissance à maîtriser cette épizootie, ce qui fait de l'alerte A H5N1 une pandémie annoncée. Cette catastrophe, si elle survenait, pourrait résulter de plusieurs mécanismes. Si l'émergence du virus chez l'homme se passe comme pour la pandémie de 1918 (Grippe espagnole), cela signifie qu'il y aura une transmission directe de l'oiseau à l'homme d'un virus qui se sera adapté à son nouvel hôte (1). Si cette émergence se déroule comme en 1957 ou en 1968 (Grippe Asiatique et Grippe de Hong-Kong), elle sera le fruit d'un réassortiment génétique (échange de segments de gènes) entre le virus aviaire et un des virus

humain, ce réassortiment pouvant se faire au cours d'une co-infection chez le cochon (2). Deux mécanismes peuvent donc provoquer l'introduction du virus chez l'homme: le réassortiment ou l'introduction directe. Le réassortiment génétique chez le cochon a entraîné l'apparition des deux derniers virus pandémiques. A chaque fois, il y a eu introduction de segments de gène de virus aviaires dans un virus conservant un fond génétique de type virus humain (2). Ces assemblages ont créé des virus dont le taux d'attaque était élevé, mais qui ont induit une mortalité nettement inférieure à celle observée lors de la pandémie de 1918 ou il n'y avait pas eu de réassortiment. Cette différence est-elle due au fait qu'il était conservé des segments de gène humains, ou est elle liée au fait que ces virus ne portaient pas de déterminants de virulence présents chez H1N1? La question reste aujourd'hui ouverte mais force est de constater qu'en terme de mortalité, ces virus réassor-

tants étaient moins agressifs que le virus A H1N1 de 1918. C'est l'expérience des deux précédentes pandémies liés à des virus ayant subi ce mécanisme efficace d'adaptation qui nous incite à surveiller de très près les élevages de cochon dans les zones de forte endémicité du A H5N1. L'apparition de cas chez ces mammifères, et l'installation de phénomènes épidémiques liés à la mise en route d'une épidémie par transmission directe de cochon à cochon serait alarmante. Une surveillance étroite des élevages est donc réalisée.

En cas d'introduction directe du virus de l'oiseau vers l'homme, c'est l'exposition répétée aux virus aviaires hébergés par les volailles infectées qui entraîne l'apparition des premiers cas humains. C'est ce que nous observons actuellement dans quatre pays d'Asie (Vietnam, Cambodge, Thaïlande et Indonésie). L'humanisation du virus pourra se faire par l'acquisition de mutations d'adaptation, notamment au niveau du site récepteur (RBS). Cette région de l'hémagglutinine est différente chez les virus aviaires et les virus humains; ces différences sont responsables au moins en partie de la spécificité d'hôte des virus. C'est donc cette région de l'hémagglutinine qui est analysée en détail chez les virus isolés des cas humains. Aujourd'hui, les virus A H5N1 qui ont été détectés chez l'homme ont tous

conservé un RBS de type aviaire; aucune modification d'adaptation n'ayant été détectée. Le deuxième élément étudié de près sont les possibles cas de transmission interhumaine. En effet, nous ne sommes pas certains que le fait que le RBS reste de type aviaire soit un facteur limitant absolu de la possibilité de l'adaptation du virus aviaire à l'homme. Des études récentes réalisées sur le virus A H1N1 de 1918 confirment que ce virus était un virus strictement aviaire, avec un RBS de type aviaire, mais que ce RBS était capable de se lier aux acides sialiques humains (3). Enfin, la co-circulation des virus humains classiques (A H1N1 et A H3N2) risque de poser aussi un autre problème. En effet, le mécanisme de réassortiment génétique décrit chez le cochon peut, en théorie, aussi de passer directement chez l'homme. En cas de co-infection, il est parfaitement imaginable que l'homme joue le rôle de creuset pour le virus pandémique. C'est la connaissance de ce risque qui tant à faire se renforcer la vaccination humaine vis-à-vis des virus classiques (A H1N1 et A H3N2). L'absence ou la réduction des cas d'infection avec la grippe classique permet de réduire très significativement le risque d'émergence d'un réassortant directement chez l'homme. Aujourd'hui, l'introduction exceptionnelle de virus A H5N1 chez l'homme démontre que ce virus n'est pas adapté à

l'homme. En 30 mois, seuls 185 cas ont été recensés, avec une mortalité particulièrement impressionnante (104 cas soit un taux de mortalité > à 57 % à ce jour). Même si la pandémie n'est pas inéluctable, le risque de la voir d'installer est important.

Le plan des pouvoirs publics français

Depuis 1993, les pouvoirs publics réfléchissent sur un « plan pandémique ». Ce plan, aujourd'hui décliné pour A H5N1 est élaboré pour pouvoir être adapté pour n'importe quel virus influenza émergent. Ce plan est disponible en ligne (www.grippeaviaire.gouv.fr) Le plan comporte un certain nombre de mesures sanitaires et organisationnelles qui doivent permettre de faire face à une potentielle catastrophe

sanitaire. En effet, les modèles établis par l'Institut de Veille Sanitaire à partir des informations collectées durant les pandémies de 1918, 1957 et 1968 montrent que cette pandémie se fera en plusieurs vagues (2 à 3), séparées de plusieurs semaines, avec un taux d'attaque allant de 25 à 60 % et un taux de mortalité variant de 0,5 à 2 %. Dans ce contexte, l'objectif préparé est d'être capable dans ce contexte de catastrophe sanitaire de maintenir le tissu de la société (transports, services publics indispensables, fournitures alimentaires, etc.) et surtout de conserver à tout prix la capacité de répondre à la demande de soins en ville comme à l'hôpital. En effet, un surcroît de prestations médicales sera demandé, sans réduction du fond d'activité médical ; les autres maladies et pathologies resteront au

même niveau et devront continuer à être prise en charge correctement.

Afin de faire face à cet afflux de patients grippés, des mesures doivent permettre de répondre rapidement à la demande (prise en charge thérapeutique rapide des patients, maintien à domicile des patients ne nécessitant pas l'hospitalisation, tri des patients aux urgences, gestion des formes sévères, organisation des hôpitaux) et d'autres, préventives, doivent permettre de réduire l'impact de la pandémie (utilisation intense mais ciblée des antiviraux, mesures barrières systématiques, confinement des cas et développement du principe du port des masques). Afin d'être capables d'appliquer ces mesures préventives, certaines actions doivent être prises en amont, avant le début de la pandémie. Pour ne pas être pris au dépourvu, il est indispensable d'avoir en stock avant le début de la pandémie l'ensemble du matériel nécessaire à l'installation de ces mesures préventives (masques, traitement). Elles doivent permettre d'éviter des cas et de ralentir la diffusion de l'épidémie. C'est cette préparation qui a fait grand bruit ces derniers mois, notamment du fait de son coût. La dernière mesure qui a été prise est la commande de 40 millions de traitement vaccinaux avec le vaccin préparé avec la souche pandémique. Ce vaccin ne sera disponible que lors de la seconde phase

de la pandémie, lorsque le virus responsable de la pandémie sera identifié, et que le vaccin aura été préparé par les producteurs. Statistiquement, 40 millions seront suffisants car environ 15 à 20 millions de personnes auront déjà fait l'infection à la fin de la première vague. Le vaccin ne sera disponible que pour la seconde vague car la production demandera de 5 à 8 mois après le début de la pandémie.

Le plan pandémique Français et l'état de préparation de la France vis-à-vis du risque pandémique sont considérés comme très bons par l'OMS. Cela signifie qu'un certain nombre de problèmes sont résolus, mais pas tous. L'organisation pratique concernant la prise en charge des patients en est au début ; des séances de formation pour l'ensemble des acteurs de santé sont prévus dès mars 2006. Les exercices de terrain ou d'organisation restent nécessaires afin de tester le plan et d'identifier les difficultés de son application. Clairement, mieux nous serons préparés, moins cette pandémie fera de décès. Rappelons nous juste qu'il s'agit, comme pour d'autres catastrophes, un événement annoncé, inéluctable. La seule différence par rapport aux multiples pandémies grippales décrites depuis le XV^e siècle est que pour la première fois nous ne la subirons pas sans préparation. ■

Bibliographie

1. Glaser L, Stevens J, Zamarin D, Wilson IA, Garcia-Sastre A, Tumpey TM, Basler CF, Taubenberger JK, Palese P. A single amino acid substitution in 1918 influenza virus hemagglutinin changes receptor binding specificity. *J Virol.*, 2005 ; 79 : 11533-11566
2. Scholtissek C. Source for Influenza pandemics. *Eur J Epidemiol.* 1994 ; 10 : 455-458
3. Gamblin SJ, Haire LF, Russell RJ, Stevens DJ, Xiao B, Ha Y, Vasisht N, Steinhauer DA, Daniels RS, Elliot A, Wiley DC, Skehel JJ. The structure and binding properties of the 1918 influenza haemagglutinin. *Science*, 2004 ; 303 : 1838-1842

GRIPPE AVIAIRE

... ce qu'il reste à faire !

un entretien avec le Pr Jean-Philippe Derenne, chef de service pneumologie-réanimation au CHU La Pitié-Salpêtrière, co-auteur du livre « Pandémie : la grande menace ».

Quoi de neuf sur le front de la grippe aviaire, et surtout comment se préparer à la survenue d'une épidémie humaine ? Officiel santé fait le point avec l'un des meilleurs spécialistes de la question

Officiel Santé - Où en est-on aujourd'hui (début mars) de l'évolution de la grippe aviaire ?

Jean-Philippe Derenne - L'évolution de l'épizootie est celle que l'on pouvait anticiper, et elle est en tout cas conforme à celle que nous décrivions dans notre livre (1). Nous sommes dans une phase d'expansion de la maladie, avec des dangers pour l'aviculture. Ensuite, comme on pouvait le craindre, la maladie s'étend au mammifère, en l'occurrence un chat a été touché : cela n'est pas surprenant car une expérience menée au Pays-bas avait démontré que cette contamination était possible chez le chat, par voie aérienne, comme par voie digestive. Le virus a des niches écologiques en expansion. Une étude Thaïlandaise non publiée a recensé 8 chats et 160 chiens contaminés. C'est le saut d'espèce qui est dangereux, et des études sont nécessaires pour l'étudier. En tout état de cause, puisque la contamination du chat est avérée, la restriction de leur mouvement serait une bonne chose. La transmission occasionnelle du chat à l'homme paraît en effet possible, même si elle est peu probable de façon généralisée...

OS - Le plan gouvernemental vous paraît-il bien calibré pour répondre à la menace ?

J.-Ph. D. - Il a été amélioré par rapport au précédent, mais il reste très centralisé et il reste donc encore beaucoup de travail pour le décliner. Ainsi, pour ce qui concerne les hôpitaux, il faut faire rapidement les choses suivantes :

1/ Définir le contenu du savoir commun à tous les médecins à acquérir sur la grippe, c'est-à-dire essentiellement de la Pneumologie d'urgence, et ceci pour assurer une formation adéquate aux soignants.

2/ Prévoir la constitution d'équipes mobiles de pneumologie pour la prise en charge des malades.

3/ Prévoir la séparation des hôpitaux en deux parties, dont une consacrée à la grippe, et l'autre réservée aux autres soins urgents. Identifier le nombre de lits disponibles pour recevoir les malades grippés, et rechercher les autres bâtiments qui peuvent être utilisés en complément pour ce faire. Déterminer et rationaliser les filières d'accès à l'hôpital pour les malades grippés. Prévoir la logistique (stocks de masques pour les soignants et médicaments), sécuriser les espaces de soins en prévision de possibles

débordements et préparer les conditions de la mobilisation des soignants – cela signifie en particulier prévoir des systèmes de garde pour les nombreuses femmes médecins et infirmières qui ont des enfants et qui ne pourront pas les laisser tout seuls... Bref, il faut recenser les besoins et identifier les solutions concrètes et précises pour y répondre.

OS - La Ville de Paris a aussi un plan...

J.-Ph. D. - Oui, mais il évite soigneusement de parler des choses importantes, et je pense évidemment à la circulation. A cause d'un parti -pris idéologique anti-voiture, Paris risque fort d'être paralysé par un embouteillage inextricable en cas d'épidémie obligeant à la fermeture des transports en commun. A l'heure actuelle, par exemple, la circulation autour de la Pitié Salpêtrière est un vrai casse-tête, et on peut donc imaginer ce qu'elle sera

alors. Parce que des vies humaines sont en jeu, il est tout simplement honteux de la part de la mairie de Paris de continuer à poser des obstacles en béton dans les rues ou les voies du futur tramway pour y interdire à tout jamais le passage des voitures...

OS - L'effort est-il suffisant en matière de médicaments ?

J.-Ph. D. - L'objectif est de constituer une réserve de 40 millions de traitements. Sera-ce suffisant ? C'est difficile à dire... cela dépend si l'on fait un effort stratégique pour la mise au point de nouvelles formes de traitement et de vaccins (thérapie génique, etc.) Le président Bush a débloqué 3 milliards de dollars pour cela ; a priori, la France n'est pas mal placée avec un géant comme Pasteur-Sanofi pour contribuer à cet effort au niveau mondial, sous réserve que l'on consacre un investissement politique et financier à la hauteur du défi. ■



Débat

médecins à diplômes étrangers (hors Union Européenne)

Les négociations se poursuivent autour des modalités et du nombre d'autorisation d'exercice à délivrer aux médecins à diplômes étrangers. Officiel santé à recueilli trois points de vue sur la question.



Les trois filières d'intégration proposées par la FPS

D'après un entretien avec Jamil Ahmis, président de la Fédération des praticiens de santé (FPS, affiliée à l'INPH), chirurgien pédiatre au CHI de Créteil

Il y a aujourd'hui environ 6 000 PADHUE (praticiens à diplôme hors de l'Union Européenne) employés dans les hôpitaux sans autorisation d'exercice, dont 5 000 arrivés après la date fatidique de juillet 1999. Il est temps de regarder la réalité en face et de traiter ces praticiens avec plus de dignité. S'ils sont dans cette situation de « hors la loi », c'est qu'ils se sont retrouvés piégés entre les besoins des hôpitaux pour qui ces praticiens représentent une main d'œuvre bon marché, corvéable à merci et les pouvoirs publics qui ont pris beaucoup de retard pour organiser le concours NPR (nouvelle procédure de recrutement) prévu par la loi de 1999 en même temps que l'interdiction de tout nouveau recrutement (sauf pour les praticiens en cours de formation pouvant

être recrutés avec un statut de FFI – comme « faisant fonction d'interne »). La date butoir de juillet 1999 n'a plus de justification ni de légitimité.

Le premier concours NPR n'a été organisé qu'en 2005, et il ne portait que sur 200 postes dans la moitié des spécialités. La session 2006 s'annonce plus ouverte puisqu'elle devrait porter sur 700 postes, toutes spécialités confondues (y compris les sage-femmes et les pharmaciens). Dans le détail, concernant les 6 000 PADHUE exerçant sans autorisation, nous proposons le dispositif suivant :

- **la liste A (concours avec quota et 3 ans de stages)** : elle doit s'adresser aux 3 000 FFI arrivés après juillet 1999 et aux 1 000 associés ayant moins de trois d'exercice, également arrivés après 1999. Cette épreuve de type A devrait rester ouverte à toutes les spécialités, avec 4 possibilités de concourir et un quota important (en rapport avec le différentiel existant entre le numerus clausus actuel qui est de 7 000 et les besoins en nouveaux médecins estimés à 9 000), ceci pour offrir les meilleures chances de réussite à ces candidats de réussir et ainsi de sortir du blocage dont ils sont victimes.

- **la liste B (examen, sans quota, pas de stage)** : outre les réfugiés politiques et les apatrides, cet examen devrait être ouvert aux PADHUE arrivés après juillet 1999 et exerçant depuis plus de trois ans avec un statut d'associés (environ 1 000 praticiens), et à ceux arrivés avant juillet 1999 et exerçant depuis moins de 10 ans (environ 500). Pour l'instant, le ministère propose de limiter l'accès à cette liste aux seuls praticiens arrivés avant juillet 1999.

- **Une liste C, du type de la commission dite « des 10 ans »** créée par la loi CMU devant laquelle étaient autorisés à se présenter les candidats ayant exercé depuis plus de 10 ans et ayant échoué au moins une fois aux épreuves PAC/et ou CSST. Cette commission n'a rendu qu'un seul verdict en accordant 155 autorisations d'exercice sur les 300 dossiers étudiés. De l'avis général des membres de cette commission, beaucoup de dossiers étaient d'une très bonne qualité ; pourtant ces candidats avaient échoué à l'examen (sans doute du fait de leur âge qui les éloigne de ce type d'épreuve...). Les 500 PADHUE arrivés avant 1999 et exerçant depuis plus de 10 ans devraient selon nous bénéficier de cette liste C parce qu'ils méritent de faire l'objet d'une considération particulière au regard des services rendus aux hôpitaux français et de leur parcours professionnel particulièrement long. Trois possibilités s'offriraient à la commission chargée d'évaluer le parcours médical et l'expérience des candidats : 1/les juger méritants et leur accorder la plénitude de l'exercice et de qualification, 2/ juger le parcours du candidat insuffisant et lui proposer des recommandations en matière de stages de perfectionnement théoriques et pratiques dans une démarche visant à l'obtention de l'autorisation d'exercice, 3/ juger le candidat non méritant et l'orienter vers la liste B.

Enfin, **concernant les CSST**, notre proposition (reprise par le ministère) est d'exonérer des évaluations écrites de la NPR les PADHUE (environ 200 médecins et 10 dentistes) ayant obtenu la moyenne à l'écrit et à l'oral sans obtenir l'autorisation d'exercice, pour leur permettre de passer directement devant les commissions d'autorisation sans autre épreuve écrite. ■



De quoi s'agit-il, ou plutôt de quoi devrait-il s'agir ? la question posée ce jour, par les PADHUE est triple : pourquoi en avons nous besoin, de combien en avons nous besoin et quelles compétences doivent-ils avoir ?

Le Syndicat des Pneumologues Hospitaliers constate avec regret les résultats d'une incohérente politique de recrutement médical développée depuis 30 ans. La situation des Praticiens à diplômes extra européens est l'illustration douloureuse de l'incapacité de nos dirigeants tant politiques que médicaux à définir une prospective des besoins médicaux qui dépasse une année !

Mais en fait à quoi a-t-on assisté ? A une succession de décisions qui ont eu pour principe unique la contrainte du « Numerus Clausus ». Celui-ci a été mis en place dans une perspective proprement malthusienne visant à défendre les médecins d'une compétition liée au « surnombre ». Il a été ensuite paré des vertus de « d'agent régulateur des dépenses de santé ». L'idée simpliste était que le médecin fait la dépense, alors que l'on avait tous les indicateurs au rouge pour montrer que la population vieillissait, que les maladies chroniques augmentaient, que le niveau de vie et la volonté des Français les amenaient à demander eux même du soin. Bref, le système a été pris en tenaille entre les effectifs médicaux insuffisants et des besoins de santé incompréhensibles. Les hôpitaux ont donc « fonctionnés » avec des médecins à diplôme extra européen, majoritairement étrangers, bien que ceci ne soit pas exclusif, certains européens exclus du système des études médicales par le numerus clausus (en France mais aussi en Belgique) s'étant

LES FRUITS D'UNE POLITIQUE INCOHÉRENTE DE DE 30 ANS DE RECRUTEMENT !

par le Dr Philippe Laurent, centre hospitalier de Pau,
secrétaire général du syndicat des pneumologues hospitaliers (SPH)

expatriés pour faire leurs études médicales.

La situation était devenue explosive en 1999 et un premier train de mesure a permis de régulariser la situation pour bon nombre des PADHUE (PAC...). Mais depuis, quelles réflexions et quelles actions politiques a-t-on mis en place? Paradoxalement, le relèvement du *numerus clausus* s'est faite avec lenteur alors que la mise en place de la RTT et le développement du temps partiel, ne faisait qu'accélérer l'effondrement du temps médical disponible. On a secondairement dans l'urgence, ciblé des disciplines en faillite (obstétrique, anesthésiologie, psychiatrie...) paupérisant ainsi la formation des autres disciplines et aujourd'hui alors que les témoignages des insuffisances s'accumulent on veut ignorer que c'est la démographie de toutes les disciplines qui va s'effondrer en même temps.

Comme Secrétaire général du SPH, je citerais l'exemple de la pneumologie dont l'apparente santé cache un déficit d'effectif à venir sidéral. ! Alors que la pathologie pulmonaire est épidémiologiquement montante (Cancer, BPCO, infection pulmonaire...), les effectifs ont déjà commencé à diminuer et vont s'effondrer dans 10 ans. Le nombre d'internes en pneumologie formé est totalement insuffisant pour remplacer les partants menaçant la pérennité du système de prise en charge pneumologique, un des plus anciens en France, dont le caractère social n'est pas à démontrer. Alors quelles solutions si ce n'est de recruter des PADHUE puisque le déficit de médecins est patent non seulement en France mais dans l'Europe Communautaire entière?

Pour les médecins à diplôme non européen a été mis en place en 1999 une procédure de recrutement (NPA: Nouvelle Procédure d'Autorisation) mais celle-ci a été constamment contournée avec des recrutements «sauvages» aboutissant à

la formation d'une nouvelle génération de PADHUE. A la différence de la génération précédente il faut dire que ces médecins sont entrés dans le système en sachant pertinemment que si il ne passait pas par la NPA il ne pourrait pas avoir un plein exercice.

Un état de droit qui accepte des travailleurs sans contrat pendant des années pour réaliser un travail dont il a besoin ne peut ignorer les services rendus. Cependant s'agissant de l'évaluation des compétences on pourrait estimer qu'elles ont été appréciées par les médecins chefs de service concernés, mais cela n'est pas suffisant. Les contraintes de nécessité d'emploi peuvent amener à des compromis qui ne sont pas toujours acceptables.

Les PADHUE entrés en activité entre 1999 et 2002 doivent donc passer par la voie de la NPA, épreuve qui tient compte des compétences et des services rendus. Pour ceux qui viennent après, connaissant les déficits médicaux à venir, il est absolument nécessaire de mettre en place de façon formelle une nouvelle NPA (NNPA) sans aucune possibilité de contournement initial.

Ce système doit être totalement intégré avec le *numerus clausus* national et basé sur les critères de compétences et de capacités linguistiques. Il faut calculer des effectifs prévisionnels de médecin par année et par discipline au concours national pour définir par défaut le nombre de postes qui seront mis au concours de la NNPA. Ce concours serait à trois niveaux: admissibilité, admission concours PH, confirmation par une commission ordinale. Si l'on estime que les besoins sont de 8 000 médecins par an, le différentiel avec le *numerus clausus* devrait être affecté aux PADHUE. Il me paraît fondamental que cette évaluation des besoins soit révisée régulièrement non seulement globalement mais par discipline.

Pour la pneumologie, la Fédération Française de Pneumolo-

gie qui regroupe tous les intervenants de pneumologie, associations savantes et syndicats, est à même de déterminer les éléments qui conditionnent le nombre de médecins nécessaire pour prendre en charge la santé pneumologique des Français. Notons qu'il n'est pas suffisant de penser ce nombre en terme de renouvellement des générations, il faudra aussi tenir compte des évolutions des techniques et des possibilités de travailler «autrement» en développant en particulier les transferts de compétence.

Il faut espérer que les négociations en cours au niveau ministériel permettront de résoudre de la façon la plus juste le problème des médecins PADHUE et de mettre en place un véritable concours adossé et complémentaire au système du concours français. Le problème à venir des PADHUE ne pourra se résoudre que si le nombre de médecin au *numerus clausus* n'est plus abordé de façon dogmatique mais est basé sur des prévisions réalistes des besoins de santé des citoyens.

Le Syndicat des pneumologues hospitaliers constate avec effroi les résultats d'une incohérente politique de recrutement médical débutée il y a environ 30 ans. La situation des Praticiens attachés à diplômes extra européens est l'occasion douloureuse de mettre en évidence l'incapacité de nos dirigeants tant politiques que médicaux à avoir su définir une politique prospective des besoins médicaux qui dépasse une année! Si la gestion des effectifs médicaux avait été justement évaluée, les arguments auraient alors dû conjuguer deux contraintes, l'une purement médicale de compétences médicales et linguistiques, l'autre de nature plus politique, accueillir dans le cadre de coopération avec des pays étrangers des médecins pour des durées contractuelles limitées. Le système serait complété pour ceux qui voudraient s'installer définitivement en France, par la mise en place d'un exa-

men (sur connaissances et services rendus), avec un objectif numérique limité déterminé en fonction du *numerus clausus* national. Ce nombre aurait du être une variable dont le calcul aurait comporté autant d'éléments de politique étrangère que de politique médicale.

Mais en fait à quoi a-t-on assisté? A une succession de décisions qui ont pour terme minimal commun «*Numerus Clausus*» avec des arrières pensées extrêmement variables en fonction des gouvernements, de droite et de gauche, qui se sont succédés depuis son instauration en 1970. Le *numerus clausus* a été initialement mis en place dans une perspective proprement Malthusienne visant à défendre les médecins d'une compétition liée au «surnombre». Il a été ensuite paré des vertus «d'agent régulateur des dépenses de santé». L'idée simpliste étant que le médecin fait la dépense, alors que l'on avait tous les indicateurs au rouge pour montrer que la population vieillissait, que les maladies chroniques augmentaient, que le niveau de vie et la volonté des Français les amenaient à demander eux même du soin. Bref, le système a été pris en tenaille entre les effectifs médicaux insuffisants et des besoins de santé incompressibles. Le système régulateur a donc «fonctionné» avec appel à des médecins à diplôme extra européen, majoritairement étrangers bien que ceci ne soit pas exclusif, certains européens exclus du système des études médicales par le *numerus clausus* (en France mais aussi en Belgique) s'étant expatriés pour faire leurs études médicales.

La situation était devenue explosive en 1999 et un premier train de mesure a permis de régulariser la situation pour bon nombre des PADHUE (PAC...). Mais depuis, quelles réflexions et quelles actions politiques a-t-on mis en place?

Paradoxalement, l'ouverture du *numerus clausus* s'est faite avec une lenteur remarquable alors que la mise en place des RTT et

le développement du temps partiel, ne faisait qu'accroître l'effondrement du temps médical disponible. On a secondairement dans l'urgence, ciblé des disciplines en faillite (obstétrique, anesthésiologie, psychiatrie...) paupérisant ainsi la formation des autres disciplines et aujourd'hui alors que les indices des manques s'accumulent on ne s'est toujours pas rendu compte que c'est la démographie de toutes les disciplines qui allait s'effondrer en même temps. En tant que Secrétaire général du SPH, je citerais l'exemple de la pneumologie dont l'apparente santé cache un déficit d'effectif à venir sidéral. ! Alors que la pathologie pulmonaire est épidémiologiquement montante (Cancer, BPCO, infection pulmonaire...), les effectifs ont déjà commencé à diminuer et vont s'effondrer dans 10 ans. Le nombre d'internes en pneumologie formé est totalement insuffisant pour remplacer les partants ; le système de prise en charge pneumologique, un des plus anciens en France dont le caractère social n'est pas à démontrer est en danger. Alors quelles solutions si ce n'est de recruter des PADHUE puisque le déficit de médecins est patent non seulement en France mais dans l'Europe Communautaire entière?

En ce qui concerne les médecins à diplôme non européen en 1999 a été mise en place une procédure de recrutement (NPA: Nouvelle procédure d'autorisation) mais celle-ci a été constamment contournée avec des recrutements « sauvages » aboutissant à la formation d'une nouvelle génération de PADHUE. A la différence de la génération précédente il faut dire que ces médecins sont entrés dans le système en sachant pertinemment que si il ne passait pas par la NPA il ne pourrait pas avoir un plein exercice.

La contractualisation pour les PADHUE actuellement en poste ne peut pas reposer que sur des considérations techniques et linguistiques elle comporte aussi un volet éthique. Un état de droit qui accepte des travailleurs sans contrat pendant des années pour réaliser un travail dont il a besoin ne peut ignorer les services rendus. Pour les compétences on pourrait estimer qu'elles ont été jugées par les médecins qui les ont employés et mais cela ne peut suffire, les contraintes de nécessité d'emploi pouvant amener à des compromis qui ne sont pas toujours acceptables.

Les PADHUE entrés en activité entre 1999 et 2002 doivent donc passer par la voie de la NPA, épreuve qui tient compte des compétences et des services rendus. Pour ceux qui viennent après, connaissant les déficits médicaux à venir, il est absolument nécessaire de mettre en place de façon formelle une nouvelle NPA (NNPA) sans aucune possibilité de contournement initial.

Ce système doit être totalement intégré avec le numerus clausus national et basé sur les critères de compétences et de capacités linguistiques. Il faut calculer des effectifs prévisionnels de médecin par année et par discipline au concours national pour définir par défaut le nombre de postes qui seront mis au concours de la NNPA. Ce concours serait à trois niveaux: admissibilité, admission concours PH, confirmation par une commission ordinale. Le concours doit comporter un contrôle de connaissance, un entretien avec le candidat; il est nécessaire qu'il y ait un test de connaissance de la langue Française. Enfin, on devra tenir compte des services rendus et des efforts de formation tant au plan médical qu'au plan de

l'apprentissage de la langue.

Si l'on estime que les besoins sont de 8000 médecins par an, le différentiel avec le numerus clausus sera affecté aux PADHUE. Il me paraît fondamental que cette évaluation des besoins soit révisée régulièrement non seulement globalement mais par discipline. La mission Berland sur les effectifs médicaux devrait être actualisée, elle devra impliquer les représentants médicaux universitaires/non universitaire et syndicaux de chaque discipline en s'attachant à ce que les besoins de l'ensemble des hôpitaux, universitaire ou non, soient correctement évalués.

Actuellement, le nombre d'internes en formation par discipline est décidé au niveau de chaque région par les ARH sans tenir compte de l'ensemble des besoins nationaux. Il s'agit là d'un système aveugle sans légitimité qui doit cesser pour laisser place à un système centralisé à un niveau national à laquelle participent les représentants de chaque discipline. Il faut par ailleurs empêcher impérativement les établissements de soins de combler leurs trous de personnels médicaux directement avec des PADHUE qui n'auront

pas passer le concours classant. Pour la pneumologie, il est certain que la Fédération Française de Pneumologie qui regroupe tous les intervenants de pneumologie, associations savantes et syndicats, est à même de déterminer les éléments qui conditionnent le nombre de médecins nécessaire pour prendre en charge la santé pneumologique des Français. Notons qu'il n'est pas suffisant de penser ce nombre en terme de renouvellement des générations mais aussi tenir compte des évolutions des techniques et des possibilités de travailler « autrement » en développant en particulier les transferts de compétence.

Il faut espérer que les négociations en cours au niveau ministériel permettront de résoudre de la façon la plus juste le problème des médecins PADHUE et de mettre en place un véritable concours adossé et complémentaire au système du concours français. Le problème à venir des PADHUE ne pourra se résoudre que si le nombre de médecin au numerus clausus n'est plus abordé de façon dogmatique mais est basé sur des prévisions réalistes des besoins de santé des citoyens. ■

LE POINT DE VUE DU SNAM HP ET DE LA CMH

par le Pr Roland Rymer, président du SNAM HP
et le Dr François Aubart, président de la CMH

Le SNAM HP et la CMH ont participé le 9 février à une réunion de concertation provoquée par le ministre de la santé et des solidarités autour de la situation des médecins à diplôme hors union européenne. Nos organisations ont transmis oralement et par écrit des propositions et souhaité que la méthodologie soit clarifiée. En effet toute décision sur ce sujet a un impact sur l'ensemble du système de santé.

La loi CMU instaurant la Nouvelle Procédure d'Autorisation (NPA) ouverte aux médecins disposant de diplômes étrangers indique que le nombre d'autorisations d'exercice offert chaque année est déterminé par le ministre de la santé en tenant compte des besoins de santé publique.

Il convient donc d'évaluer le nombre de médecins nécessaires pour répondre aux besoins de santé publique en France. Pour permettre le maintien de la densité médicale actuelle (330 pour 100 000h, densité qui est à la moyenne des densités européennes), chacun s'accorde pour dire que le numerus clausus doit être de 7500 à 8000 par an.

Dès lors, le nombre « d'autorisations NPA » ne saurait excéder chaque année la différence entre l'objectif (par exemple 7500 ou 8000) et le numerus clausus de l'année en cours. Par exemple: numerus clausus 6500, évaluation des besoins 7500: possibilité d'accueil de 1000 médecins hors union européenne.

S'agissant de la NPA les procédures méritent d'être améliorées. Les épreuves auxquelles seront soumis les candidats doivent comporter une admissibilité et une admission:

- Admissibilité

Écrit comportant deux épreuves de spécialité

Cette admissibilité est un **examen** pour lequel la moyenne est requise à l'ensemble des deux épreuves médicales. Le jury sera paritaire, hospitalo-universitaire, praticien hospitalier

- Admission

Oral dont le jury est encore paritaire H et HU.

Il s'agit d'un concours puisque le nombre de places est limité sur la base du bilan annuel des besoins de santé publique. Les reçus bénéficieront d'une feuille de route précisant:

- La durée de formation éventuellement nécessaire: de 0 à 5 ans.
- Les modalités de cette formation, pratique et théorique...

Admis, le médecin se présentera devant une **commission de qualification de 1^{ère} instance du conseil de l'ordre**. Cette commission pourra décider de qualifier directement les candidats.

Elle pourra demander un cursus complémentaire. Elle pourra donner un avis négatif, auquel cas il pourra être fait recours à la **commission d'appel du conseil de l'ordre**.



LE DOSSIER

MÉDICAL PERSONNEL

par le Pr Philippe Arnaud, président du SNPHPU,
pharmacien des hôpitaux, CHU Bichat Claude Bernard, AP-HP

Depuis plusieurs mois nous entendons beaucoup parler du DMP. Le DMP a été créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie et est piloté par le GIP-DMP

L'une des causes de dysfonctionnement du système de santé réside dans la non-communication, au bon moment, à la bonne personne, de la bonne information ce qui entraîne des pertes de chances pour le patient. Il faut inaugurer une nouvelle ère dans les rapports entre les professionnels de santé et les patients.

DMP : ces 3 lettres qui signifient Dossier Médical Personnel, devraient permettre une mise en place en juillet 2007 pour tous les français de plus de 16 ans. C'est l'une des mesures phares de la nouvelle réforme de l'assurance maladie et le prolongement, voir une nouvelle jeunesse en laminant les dernières réticences, de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et la qualité du système de santé. Le DMP appartient au patient et va lui permettre de recevoir des documents médicaux qui le concerne dans un classeur électronique sécurisé. Mais les patients seront-ils réellement libres de refuser l'accès à leur dossier personnel ? puisqu'en cas de refus il pourrait être moins bien remboursé.

Ce DMP est créé auprès d'un hébergeur de données de santé à caractère personnel agréé dans les conditions prévues à l'article L 1111-8 du CSP II est

en phase d'expérimentation, après avis de la CNIL et du comité d'agrément, dans 13 régions avec l'aide de 6 consortiums industriels candidats à l'hébergement dans le cadre du décret du 4 janvier 2006 relatif à l'hébergement des données de santé, de l'arrêté du 7 février 2006 fixant la composition du comité d'agrément des hébergeurs de données et du décret du 4 mars 2006 relatif au dossier médical personnel. Cette expérimentation concerne 30 000 dossiers de patients réels, 1 500 professionnels libéraux, 68 établissements de soins publics et privés et 37 réseaux de soins.

Le DMP sera hébergé (par un hébergeur agréé de données médicales) sur un serveur national accessible par Internet. Côté sécurité, le DMP ne sera accessible qu'avec l'accord du patient, sa carte Vitale et la carte CPS du professionnel de santé (médecin, pharmacien, ...). Les informations cryptées circuleront sur le réseau haut débit sécurisé. La nouvelle carte Vitale comportant photo et éléments de biométrie sera la clé qui permettra l'accès. Le dossier médical ne sera pas stocké sur la puce de la carte Vitale.

Un partenariat public privé (PPP) pourrait peut être s'envisager à condition de s'accorder

sur ce type d'investissement car la facture pourrait approcher 1 milliard d'euros!!!. La gestion du DMP est évaluée à 10 euros (peut être 15-20 euros?) par patient et par an ce qui représente 0,5 % de la dépense moyenne de santé. Néanmoins il est encore trop tôt pour évaluer les gains (financiers traçabilité, ...) générés par un tel dispositif.

Le DMP devrait améliorer la coordination des soins, la qualité et la continuité des soins c'est à dire la prise en charge globale et harmonieuse du patient par les différents acteurs de santé rencontrés au cours du parcours de soin de ce patient gage d'un bon niveau de santé. Il doit contenir des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins ce qui devrait favoriser le contrôle de la tarification à l'acte. Le DMP correctement rempli devrait être un outil indispensable du parcours de soins des patients dans un contexte d'hyper spécialisation de la médecine et de nomadisme du patient ce qui requière toujours plus de coordination. Ce DMP devrait améliorer la chaîne de confiance entre les acteurs et diminuer les examens inutiles et redondants. Pour que le concept de DMP devienne une réalité quotidienne il est impératif de respecter trois conditions : une doctrine claire et stable, un pilote bien identifié doté d'une forte légitimité et d'une centralisation du commandement ; une stratégie et des moyens en adéquation avec les enjeux.

Le DMP devra répondre à trois grandes difficultés : identifica-

tion unique du patient, appropriation par les professionnels de santé, masse critique de données pertinentes et partageables.

L'art L 161-36-1 du CSS définit le DMP et intègre un volet spécialement destiné à la prévention. C'est un changement comportemental du patient plus conscient de son capital santé, avec des informations personnalisées et actualisées sur ses risques et plus observant dans ses traitements et ses rappels vaccinaux.

Ce DMP pourra être consulté et enrichi à tout moment par tout professionnel de santé dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables à condition que le patient l'y autorise. (art L 161-36-2 du CSS). Par professionnel de santé on entend : tous les médecins hospitaliers et libéraux, les services d'urgence, les infirmiers, les pharmaciens, les kinésithérapeutes, l'assurance maladie qui dans le cas de sa mission de contrôle médical et dans le respect de la réglementation en vigueur pourra obtenir des copies des pièces du dossier avec l'accord du médecin traitant et du patient. Certains professionnels pourront avoir un accès limité à certaines données. Un décret en conseil d'état fixera les conditions d'accès aux différentes catégories d'informations du DMP (art L 161-36-4 du CSS). La partie produits de santé du dossier médical personnel sera donc enrichie par les pharmaciens. L'adhésion aux conventions nationales régissant les rapports entre les organismes d'assu-

rance maladie et les professionnels de santé (art L 162-5 du CSS) et son maintien sont subordonnées à la consultation ou à la mise à jour du DMP.

Le DMP va rendre un grand service lorsque vous voyez un professionnel de santé pour la première fois : le travail à faire pour reconstituer l'histoire médicale sera grandement simplifié. Il y a aura moins de risques d'oublis ou d'erreurs.

Le DMP doit s'insérer dans un parc informatique très inégal selon qu'il s'agit de la médecine de ville ou de l'hôpital. A ce jour les hôpitaux équipés du dossier médical électronique sont trop peu nombreux et son contenu reste à finaliser et à harmoniser même si l'ANAES a émis des recommandations en particulier par l'arrêté du 5 mars 2004 homologuant les recommandations pour la partie clinique.

Le DMP intégrera-t-il des données médico-administratives ou des données purement médicales ? Il devrait y avoir trois grands volets :

- la prescription médicale,
- la prescription des examens complémentaires (biologie, radiologie,...) qui est difficile à standardiser vu la diversité des laboratoires, des disciplines, des types de références et faudra-t-il stocker la totalité des données ?
- l'observation médicale mais celle-ci peut être variable et devra nécessiter d'homogénéiser les dossiers

Le problème de la confidentialité des données est essentiel ; il ne faudrait pas que des données tombent entre les mains d'acteurs autres que les professionnels de santé de façon à préserver la vie privée des individus et la confidentialité des données. L'accès au DMP est interdit lors de la conclusion d'un contrat relatif à une protection complémentaire en matière de couverture des frais de santé et à l'occasion de la conclusion de tout autre contrat exigeant l'évaluation de l'état de santé. Le DMP n'est pas accessible dans le cadre de la

médecine du travail (art L 161-36-3 du CSS), ni par les mutuelles ou la police.

Le cadre d'interopérabilité est un élément clef du dispositif compte tenu du nombre important de systèmes qui devront communiquer entre eux. Les nomenclatures des formats doivent être limitées.

Quel rôle pour les pharmaciens ?

La première ébauche du DMP (décret 2006-143 du 9 février 2006) disposait que les informations sont à usage des médecins (art R 162-1-10 du CSS) alors que les informations mises à disposition de ces dits médecins portent sur des médicaments dispensés ou des prestations servies (art L 162-22-7 du CSS) ceci n'est bien sûr pas acceptable pour assurer complètement la sécurité sanitaire du patient.

L'un des rôles essentiels du DMP consiste à permettre au pharmacien une analyse pharmaceutique de l'ordonnance intégrant tous les produits de santé, élément essentiel de l'acte de dispensation, en intégrant les paramètres cliniques, physiologiques, diagnostics, ... du patient. Il va permettre notamment d'éviter les interactions médicamenteuses et les examens redondants. Une action raisonnée dans la lutte contre l'iatrogénèse, responsable de 12 000 hospitalisations par an et entre 8 000 et 11 000 décès, soit plus que les accidents de la route ne peut être envisagée si les pharmaciens sont exclus de la partie traitement. Le pharmacien, comme tous les autres professionnels de santé, est donc concerné. Le dossier pharmaceutique est la partie du DMP dans laquelle sont stockées toutes les données concernant les produits de santé. Dans le cadre de la coordination des soins, il permet aux autres professionnels de santé, et notamment aux médecins, de disposer de ces informations pour

mieux prescrire. Il est aussi conçu pour devenir véritable outil professionnel utilisable par le pharmacien pour lui permettre d'améliorer encore sa dispensation.

Le DMP intégrera l'historique pharmaceutique du patient, c'est-à-dire tous les produits de santé dispensés en officine ou à l'hôpital dans le cadre de son parcours de soins.

Quelles informations du DMP seront accessibles aux pharmaciens ? Le décret fixant le contenu du DMP n'est toujours pas finalisé. Doivent être disponibles : le descriptif des pathologies et des facteurs physiologiques, les comptes rendus médicaux, l'imagerie, les résultats d'analyses biologiques, les médicaments dispensés, les facteurs de risque du patient (allergie, hypertension...) et des informations sur la prévention. Nous avons écrit au GIP-DMP pour leur dire que pour bien remplir notre mission de dispensation des produits de santé, nous devons disposer de l'ensemble des médicaments dispensés à l'hôpital et en ville, mais également des résultats d'analyses biologiques et de dosages de médicaments pour permettre un suivi thérapeutique et des informations sur le profil du patient intégrant les éléments diagnostics, physiopathologiques et les facteurs de risque,

Le DMP permettra d'améliorer le « service pharmaceutique rendu ».

- L'iatrogénèse. Les médecins, en consultant le DMP de leur patient au moment de rédiger leur prescription, auront un aperçu complet des traitements déjà dispensés, les informations sur les opinions pharmaceutiques écrites.

- Redondance des soins. en maîtrisant le nomadisme des patients avec la multiplication des prescriptions éventuellement contradictoires.

- Alerte sanitaire et traçabilité. Les alertes des autorités de santé seront accessibles, d'autant que nous avons

demandé que les numéros de lots figureront dans le code CIP.

- Suivi thérapeutique et adaptation de posologies. Le DMP devrait permettre un suivi thérapeutique notamment des patients chroniques associé à une éducation thérapeutique.

Conclusion

Un certain nombre de questions restent encore en suspens : en cas d'urgence sera-t-il possible qu'un médecin du SAMU accède au dossier sans disposer obligatoirement de votre carte sésame vitale ? peut-on imaginer qu'un patient ait accès à son dossier sur Internet et puisse masquer certaines données ?

comment faire pour qu'un médecin donné n'ait pas accès à l'ensemble de vos données médicales ? qui devra tenir à jour le DMP ? Le médecin référent ? le pharmacien référent ? Il est prévu qu'un professionnel de santé qui refuserait de compléter le DMP puisse être pénalisé financièrement (art L 162-1-14 du CSS)

Le DMP aura donc pour objectifs principaux : d'améliorer la santé des patients et l'efficacité des soins, de faciliter le partage des informations entre le patient et les professionnels de santé dans le respect du secret médical, de soigner mieux en dépensant moins. Les pharmaciens aux côtés des médecins et des autres professionnels de santé seront des acteurs essentiels dans ce dispositif à la condition nécessaire de disposer de toutes les informations nécessaires à la dispensation des produits de santé dans le cadre de leur bon usage.

L'intérêt d'un tel dossier peut servir pour le contrôle des pratiques des professionnels de santé mais aussi pour celui des patients. Il convient à chacun d'entre nous de faire que ce dossier soit un plus pour la santé du patient en dehors de toutes considérations de sanctions ou strictement économiques. ■

LES PARTENAIRES D'OFFICIEL

DÉLÉGUÉS RÉGIONAUX DE LA CMIH

Alsace	Dr LAEDLEINN-GREILSAMMER	CHU Mulhouse	03 89 64 87 25
Alsace	Pr Gabrielle PAULI	CHU Strasbourg	03 88 11 68 56
Antilles	Dr L. MERAULT	CHU P.-à-Pitre	
Aquitaine	Dr Pierre FIALON	CHU Bordeaux	05 56 79 58 37
Aquitaine	Dr P. SIMON	CHU Bordeaux	05 56 56 35 05
Auvergne	Dr J.P. MABRUT	CHU Clermont-Ferrand	04 73 43 55 19
Auvergne	Pr D. CAILLAUD	CHU Clermont-Ferrand	04 73 75 16 53
Basse-Normandie	Pr F. BUREAU	CHU Caen	02 31 06 65 40
Basse-Normandie	Dr A. DANJOU	CH Bayeux	02 31 51 51 28
Bourgogne	Dr A. LAROME	CHU Dijon	03 80 42 48 48
Bourgogne	Dr PATOURAUX	CH Pougues les Eaux	03 86 60 60 05
Bretagne	Dr LENOT	CH Saint Brieuc	02 96 01 70 55
Bretagne	Pr P. SADO	CH Rennes	02 99 33 39 00
Centre	Dr Th. DUFOUR	CHR Orléans	02 38 51 47 24
Centre	Dr BOULAIN	CHR Orléans	02 38 22 95 57
Champ.-Ardennes	Pr M. GUENOUNOU	CHU Reims	03 56 91 37 24
Champ.-Ardennes	Dr Paul MEEKEL	CH Troyes	03 25 49 49 37
Corse	Dr F. CICHERI	CHI Corte	04 95 47 29 18
Corse	Dr J. AMADEI	CHG Bastia	04 95 55 11 11
Franche-Comté	Dr A. DEPIERRE	CHU Besançon	03 81 66 81 66
Franche-Comté	Dr A. KARA	CH Belfort	03 84 58 15 15
Haute-Normandie	Dr Ch. NAVARRE	CH du Rouvray	02 32 95 11 01
Haute-Normandie	Dr Loïc FAVENNEC	Hôpital Ch. Nicolle	02 32 88 66 39
Ile-de-France	Pr D. VIGNON	CH Foch-Suresnes	01 46 25 28 27
Ile-de-France	Dr J.L. BOURDAIN	CH F. Quesnay	01 34 97 40 68
Langu.-Roussillon	Pr Jean-Pierre BALI	CHU Montpellier	04 67 54 33 44
Langu.-Roussillon	Dr Eric BOGAERT	CHS Thuir	04 68 04 79 01
Langu.-Roussillon	Dr Charles ARICH	CHU Nîmes	04 66 68 33 88
Limousin	Pr B. MELLONI	CHU Limoges	05 55 05 68 81
Limousin	Dr M. HABRIAS	CH Bourgneuf	05 55 54 51 44
Lorraine	Dr H. LAMBERT	CHU Nancy	03 83 85 20 59
Lorraine	Pr P.E. BOLLAERT	CHU Nancy	03 83 85 14 94
Midi-Pyrénées	Dr A. CAUDRILLIER	CH Lannemezan	05 62 99 55 70
Midi-Pyrénées	Pr Ph. COURRIERE	CAC Toulouse	
Nord	Dr H. BARBIEUX	CH Roubaix	03 20 99 31 76
Nord	Pr F. FOURRIER	CHR Lille	03 20 44 64 35
Pays-de-Loire	Dr A. MERCAT	CHU d'Angers	02 41 35 38 15
Pays-de-Loire	Dr F.X. LEBAS	CH Le Mans	02 43 43 25 43
Picardie	Dr F. MARTIN	CH Compiègne	03 44 23 62 71
Picardie	Dr P.Y. LALLEMENT	CH Soissons	03 23 75 74 34
Poitou-Charentes	Dr L. ROUX	CH Saintes	05 46 92 76 56
Poitou-Charentes	Dr A. RAULT	CH Niort	05 49 32 79 79
PACA	Dr R. JULIEN	CHS Marseille	04 91 87 67 34
PACA	Dr M.H. BERTOCCHIO	CH Aix en Provence	04 42 16 16 38
Rhône-Alpes	Pr Gilles AULAGNER	CHU Lyon	04 72 35 73 07
Rhône-Alpes	Dr Dominique TREPO	CHU Lyon	04 72 11 06 22

COORDINATION MÉDICALE HOSPITALIÈRE

Président : Dr F. Aubart

CHI Simone Veil (Eaubonne Montmorency)

Tél : 01 34 06 61 21 - Fax : 01 34 06 61 29

e-mail : Francois.Aubart@wanadoo.fr

Vice-Présidents :

Pr G. Aulagner, Dr F. Fraisse, Pr C. Gibert,
Pr JG. Gobert, Dr M. Marchand, Dr JM. Vetel

Secrétaires :

Dr M. Vaubourdolle

Hôpital St Antoine /APHP

184, rue Saint Antoine - 75012 Paris

Tél : 01 49 28 22 23 - Fax : 01 49 28 20 70

e-mail : michel.vaubourdolle@sat.aphp.fr

Dr JP Garnier - Hôpital Saint Louis /APHP

Délégués généraux :

Dr N. Skurnik - Neuilly sur Marne

e-mail : nskurnik@yahoo.fr

(Contentieux) Dr B. Certain - Cochin APHP

Tél : 01 58 41 26 91 - Fax : 01 58 41 26 96

e-mail : bernard.certain@cch.ap-hop-paris.fr

Dr B. Mangola - CH Mâcon

e-mail : brmangola@ch-macon.fr

Trésorière :

Dr P. Suter - CHG d'Argenteuil

Tél : 01 34 23 27 21

**Fédération nationale des
syndicats de praticiens biologistes hospitaliers
et hospitalo-universitaires FNSPBHU**

Président : Pr J.-G. Gobert

Tél : 01 42 16 26 52 - Fax : 01 42 16 26 54

e-mail : jean-gerard.gobert@psl.ap-hop-paris.fr

**Syndicat des pneumologues
hospitaliers SPH**

Président : Dr P. Laurent

Tél : 05 59 92 47 23 - Fax : 05 59 92 48 50

e-mail : philippe.laurent@ch-pau.fr

**Syndicat de la médecine
hospitalière SMH**

Président : Dr J.-L. Bourdain

Tél : 01 34 97 40 68 - Fax : 01 34 97 42 91

e-mail : j-l.bourdain@ch-mantes-la-jolie.rss.fr

**Syndicat national des
praticiens attachés SYNPA**

Président : Dr M. Marchand

Tél : 01 40 03 24 71

e-mail : martine.marchand@rdb.ap-hop-paris.fr

**Syndicat national des
pharmaciens praticiens hospitaliers et
praticiens hospitaliers universitaires SNPHPU**

Président : Pr Philippe Arnaud

Tél : 01 40 25 80 18 - Fax : 01 42 63 58 25

e-mail : philippe.arnaud@bch.aphp.fr

**Collégiale des médecins légistes hospitaliers
et hospitalo universitaires CMLHHU**

Président : Dr M. Debout

Tél : 04 77 12 05 23

e-mail : patrick.chariot@htd.ap-hop-paris.fr

Syndicat des chirurgiens hospitaliers SCH

Président : Dr T. Dufour

Tél : 02 38 51 47 24 - Fax : 02 38 51 41 41

e-mail : thierry.dufour@chr-orleans.fr

**Syndicat national des chirurgiens
anciens CU et CES SNCACC**

Président : Dr J.F. Dilhas

Tél : 01 64 92 92 92

e-mail : sncacc@aol.com

Syndicat des psychiatres de secteurs SPS

Président : Dr N. Skurnik

Tél : 01 49 44 40 40 - Fax : 01 40 30 40 61

e-mail : nskurnik@yahoo.fr

Syndicat des urgences hospitalières SUH

Président : Dr F. Stierlé

Tél : 03 89 64 62 70

e-mail : stierlef@ch-mulhouse.fr

**Syndicat national des médecins
réanimateurs des hôpitaux publics SNMRHP**

Président : Pr P.-E. Bollaert

Tél : 03 83 85 14 94

e-mail : pe.bollaert@chu-nancy.fr

**Syndicat national des biologistes
des hôpitaux privés SNBHP**

Président : Dr H.-R. Caillet

Tél : 01 48 71 06 74 - Fax : 01 48 71 27 29

**Syndicat national
de gérontologie clinique SNGC**

Président : Dr J.-M. Vetel

Tél - Fax : 02 43 87 02 88

e-mail : jmvvetel@ch-lemans.fr

**Syndicat national des médecins des
hôpitaux et des établissements de soins
à but non lucratif SYMHOSPRIV**

Président : Dr M. Angebault

Tél : 01 49 08 20 20

ACTUALITÉS PHARMACEUTIQUES

AMOENA

Porter un soutien gorge juste après une ablation mammaire est désormais possible

Parce qu'il y a différentes périodes dans la vie d'une femme opérée d'un cancer du sein, Amoena poursuit sa recherche afin de répondre à tous les besoins des femmes opérées du sein. La nouvelle gamme lingerie Amoena propose le soutien-gorge postopératoire Sandra alliant douceur et féminité.

Un soutien gorge conçu pour les premiers jours qui suivent l'opération

Jusqu'à présent, une femme opérée du sein devait patienter plusieurs semaines avant de pouvoir reporter un soutien gorge. C'est pourquoi Amoena a créé un soutien gorge post-opératoire spécialement étudié pour procurer un double bien être aux femmes :

- un bien être physique : avec une matière souple et douce pour respecter la fragilité de la peau et ne pas causer de douleur sur les tissus cicatriciels. La face interne est 100 % coton pour plus de confort. Il possède de larges bretelles douces. De plus, il s'agrafe sur le devant pour faciliter sa mise en place et éviter de devoir faire des mouvements de grande amplitude pouvant être douloureux.
- un bien être psychologique : La femme opérée peut très vite porter un soutien gorge après l'opération même durant la période d'hospitalisation et de radiothérapie.



Le soutien gorge possède une poche dans chaque bonnet dans laquelle on glisse de la fibre de remplissage en tout confort.

Sandra permet donc aux femmes de vivre la période postopératoire avec une vraie lingerie pour toujours se sentir femme.

Le modèle Sandra fait partie de la nouvelle Collection de lingerie Amoena parmi laquelle on retrouve les modèles phares tel que Sophie à prix tout doux ou encore Sina couleur tendance moka. Elle est disponible depuis fin 2005 chez les 600 dépositaires Amoena en France.

**CONGRES SOFMIS 2006
CLERMONT-FERRAND (63)
AUVERGNE
Les 1^{er} 02 03 juin 2006
AU POLYDOME**

« INNOVATIONS TECHNOLOGIQUES et bonnes pratiques en sénologie Dépistage Diagnostic Traitements »

Ce congrès habituellement centré, par ses origines, sur l'imagerie du sein sera cette année élargi aux différents intervenants ayant la responsabilité de la prise en charge des maladies du sein. Il sera centré sur les nouvelles technologies et les avancées dans tous les domaines.

Il apparaît aujourd'hui que la gestion de cette pathologie doit être multidisciplinaire, et que chacun doit être au courant des pratiques et des problèmes que posent le dépistage, le diagnostic, et les différentes phases thérapeutiques qu'elles soient chirurgicales, oncologiques ou radiothérapeutiques. Cette multidisciplinarité implique une collaboration étroite avec tous les partenaires tant dans le domaine technique que thérapeutique, les frontières n'étant plus actuellement étanches. Une place particulière sera faite à la chaîne numérique et à tous les avantages organisationnels et fonctionnels qu'elle offre.

Une formation des manipulatrices (teurs) sera organisée concomitamment aux journées de la SOFMIS, y seront abordés les problèmes de positionnement, de contrôle qualité et de procédures de prélèvement, avec cours théoriques et ateliers pratiques.

Pour tout renseignements :

Catherine DAUPHIN - Congrès SOFMIS2006
ARDOC - 7, rue Edith Piaf - 63039 Clermont-Ferrand



Un Centre d'Innovation Technologique, inauguré à Rennes

Le département de cardiologie et maladies vasculaires du CHU de

Rennes et l'Université de Rennes 1, se sont associés pour créer un Centre d'Innovation Technologique (CIT) spécialisé en cardiologie, chirurgie cardiovasculaire ainsi qu'en chirurgie du système respiratoire et de l'exploration du système nerveux en anesthésiologie et en néonatalogie. Le CIT a été inauguré le 17 février 2006 à Rennes.

Labellisé par le Ministère de la Recherche, le CIT donnera une nouvelle impulsion aux partenariats initiés depuis plusieurs années avec le monde industriel et le milieu de la recherche, pour mettre au point de nouveaux traitements en matière de cardiologie, notamment dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. Les avancées technologiques dans ce domaine ont permis par exemple la mise au point de stimulateurs pour resynchroniser la contraction du cœur et de défibrillateurs pour prévenir le risque de mort subite. Le CIT s'appuie sur un partenariat avec des équipes de recherche de l'Université Rennes 1 et de l'INSERM (Groupe de Recherche Cardio-Vasculaire et Laboratoire Traitement du Signal et de l'Image, UMR 642), de nombreuses équipes cliniques du CHU ainsi que des partenaires industriels



Le Guide Dialogue d'AnitaCare

« AnitaCare, fabricant reconnu pour ses produits de haute qualité, conçoit

en interne des articles parfaitement adaptés les uns aux autres: prothèses mammaires externes, lingerie et maillots de bain dans l'objectif d'apporter de nouvelles solutions aux femmes opérées du sein. Ses produits sont le fruit de plus de 30 ans d'expérience et offrent le maximum de confort au porté.

Le guide Dialogue est proposé aux professionnels de la santé (chirurgiens, oncologues, sénologues, radiologues, gynécologues, etc.) pour venir en aide à leurs patientes en quête d'informations indispensables pour leur bien-être.

Le guide accompagne les femmes opérées du sein avec ses conseils compétents, ses diverses informations riches et variées, et ses exemples de soins individuels. Il comporte également des adresses utiles d'associations et de centres de lutte contre le cancer.

AnitaCare aide les femmes opérées du sein à retrouver une réelle sécurité et une nouvelle qualité de vie.

Pour recevoir gratuitement ces guides ou pour tout complément d'informations, contactez vite ANITA France au 03.88.83.69.36»

BAXTER

Voyager plus facilement et en sécurité est désormais possible pour les dialysés péritonéaux grâce à Travel Club. Ce service d'assistance au voyage en France et à l'étranger pour les insuffisants rénaux chroniques est développé par Baxter et propose :

- D'aider les équipes soignantes habituelles à soutenir, et encourager les patients dans l'organisation de leurs déplacements ;
- D'organiser et effectuer la livraison des produits nécessaires à la dialyse sur le lieu de séjour (en France et à l'étranger), conformément aux instructions de l'équipe soignante du patient ;
- D'assurer le remplacement de l'appareil en cas de panne.

Le patient retrouve ainsi une totale liberté de mouvement car les destinations les moins accessibles le deviennent grâce au gigantesque réseau international de Baxter.

GLAXOSMITHKLINE

Dans le cadre du Congrès de l'European Research Organization on Genital Infection and Neoplasia qui s'est déroulé à Paris du 23 au 26 avril dernier, le laboratoire GlaxoSmithKline a initié des symposiums :

Le lundi 24 avril 2006 de 11 h 30 à 13 h 00 Sur « **The value of vaccines: extending the success to HPV** ».

Le mercredi 26 avril 2006 de 11 h 30 à 13 h 00 sur « **Vaccinating women against Cervical Cancer: the role of the gynaecologist** » ce qui montre une réelle implication du laboratoire dans la pathologie.

Tout ceci s'est déroulé au Palais des Congrès - Porte Maillot, 2 place de la porte Maillot - 75017 Paris

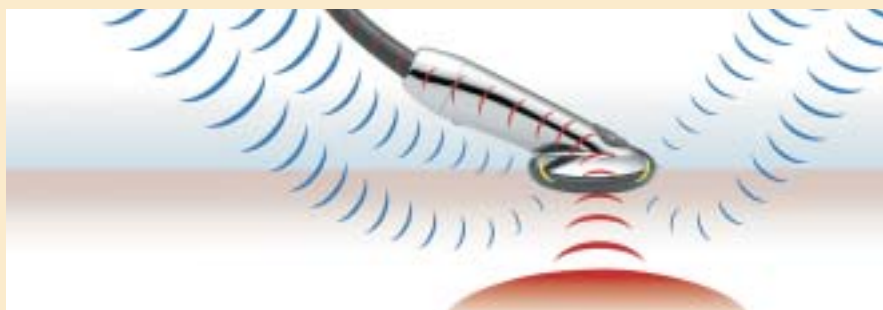
Arik LELLOUCHE
arik.lellouche@wanadoo.fr

Pour un diagnostic médical plus précis Nouveau stéthoscope électronique 3M™ Littmann® modèle E3000

Mars 2006 - 3M Santé révolutionne le marché des stéthoscopes avec sa dernière innovation, le stéthoscope électronique 3M™ Littmann® E3000. Ce stéthoscope nouvelle génération est capable d'amplifier jusqu'à 18 fois les bruits cardiaques et pulmonaires tout en réduisant de 75 % les bruits ambiants. Le dernier modèle de 3M™ Littmann® a été testé et approuvé lors de deux études cliniques réalisées auprès de 100 cardiologues et 137 cliniciens. Mis au point en partenariat avec Bang & Olufsen Medicom, le stéthoscope a remporté le prix danois *Innovations & Design* en 2005.

Le stéthoscope électronique 3M™ Littmann® E3000, l'innovation d'une gamme de référence

Des années de recherche permanente ont permis à 3M™ Littmann® de gagner la confiance du monde médical et de devenir aujourd'hui la marque leader des stéthoscopes. 3M Santé innove une fois de plus en développant un système breveté de réduction des bruits ambiants. Situé dans le pavillon, ce système annule en moyenne 75 % du bruit d'une pièce soit environ 12 dB, sans éliminer les bruits physiologiques. Cette innovation technologique permet aux médecins de se concentrer sur les sons cardiaques et pulmonaires du patient, souvent difficiles à entendre dans les environnements bruyants, à l'hôpital notamment. Les bruits du corps sont ainsi amplifiés jusqu'à 18 fois par rapport aux meilleurs stéthoscopes acoustiques actuellement en vente sur le marché.



Deux études cliniques démontrent l'efficacité du modèle 3M™ Littmann® E3000

Des études cliniques contrôlées en double aveugle ont prouvé l'efficacité du stéthoscope électronique 3M™ Littmann® E3000. L'identification des sons cardiaques et pulmonaires s'est effectuée dans une salle où l'intensité sonore était comprise entre 70 et 75 dB.

100 cardiologues ont testé le nouveau stéthoscope démontrant que la fréquence de détection d'un souffle d'insuffisance aortique de grade II était cinq fois supérieure à celle des stéthoscopes acoustiques classiques. De la même façon, la fréquence de détection de bruits pulmonaires anormaux relevée par 137 cliniciens s'est avérée deux fois supérieure à celle de stéthoscopes cardiologiques acoustiques.



À quoi sert le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français ?

Son objectif premier est de promouvoir en France une politique sanitaire dans le domaine des soins à donner aux femmes en gynécologie, obstétrique, reproduction et médecine fœtale. Cette politique de soins, que ce soit dans le secteur public ou privé, est développée en concertation avec les pouvoirs publics, l'Ordre des médecins, le Syndicat national des gynécologues-obstétriciens de France (Syngof), les sociétés savantes (Société française de médecine périnatale, Société française de gynécologie, Société de chirurgie gynécologique et pelvienne) Cette politique est développée au niveau local et régional dans le cadre des réseaux, mais aussi au niveau national et international en lien avec l'European Board and College of Gynaecology and Obstetrics (EBCOG) et la Fédération Internationale de Gynécologie-Obstétrique (FIGO).

Dans cet esprit d'amélioration de la qualité des soins, le CNGOF participe à la formation initiale et continue, à l'évaluation des pratiques professionnelles des gynécologues-obstétriciens, en

organisant des sessions de formation en concertation avec l'Association des gynécologues-obstétriciens en formation (AGOF). Cette formation des internes est évaluée par des comités de visite européens. La formation continue est organisée autour de sessions de formation pour les gynécologues-obstétriciens, les médecins généralistes et les sages-femmes en exercice ainsi que par la publication de documents, de CD-rom ou de DVD. Le CNGOF élabore et promeut des règles de bonne pratique clinique (RPC) validées par la Haute Autorité de santé, des recommandations sur le choix des matériels et participe à des actions de prévention du risque.

Quels sont ses moyens ?

Le CNGOF comporte actuellement près de 2000 membres à jour de leur cotisation sur les 5 000 gynécologues-obstétriciens inscrits à l'Ordre des médecins ou les 3 500 qui participent aux journées annuelles. Les membres du CNGOF élisent **un conseil d'administration de 56 membres** comportant pour chaque région 2 représentants pour les CHU, 1 pour les hôpitaux généraux et 1 pour le secteur privé.

Au conseil d'administration siègent aussi **des membres cooptés**, dont un représentant :

- du Conseil national de l'ordre des médecins
- du Conseil national des universités
- de la Société française de médecine périnatale
- de la Société française de gynécologie
- du SYNGOF
- de l'AGOF
- et le rédacteur en chef du Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction (Masson éditeur).

Ce conseil élit **un bureau de 15 membres** et le Président.

Des commissions permanentes assurent le fonctionnement du CNGOF et suivent les différents dossiers :

- **Vie professionnelle privé/ public** : dossiers AUDIPOG, T2A, plan périnatal, nomenclature CNAM, tarification, évaluation des pratiques professionnelles
- **Vie universitaire** : coordination des DES, comités de visite EBCOG, échanges, université virtuelle
- **Vie des écoles** : sages-femmes et cadres sages-femmes
- **Actions de formation** : journées FMC, RPC, publications : livres, CD-ROM, DVD
- **Actions de recherche** : groupes de recherche en gynécologie-obstétrique
- **Actions internationales** : accueil des AFS, AFSA, relations avec MAE (programme Vietnam, Cambodge), WHO, UNFPA, EBCOG, FIGO, Société de gynécologie-obstétrique de langue française, Société africaine de gynécologie (SAGO), Gynécologie sans frontière
- **Actions gestion du risque** : information des patientes, programme de gestion des risques, liens avec EBCOG litigation committee, évaluation du matériel, recommandations pour l'utilisation des matériels
- **Actions de communication** : revue de gynécologie-obstétrique



(Masson éditeur), European Journal, site Web, relations avec les médias grand public

- **Ethique** : en collaboration avec l'Académie de médecine et la CNOM

Des réunions scientifiques sont organisées :

- **Nationales** : annuelles à Paris début décembre : 3 500 participants en décembre 2005 – Associées à une réunion des internes de gynécologie-obstétrique : la Jn'GOF, à laquelle participent 400 internes
- **Régionales** : trois fois par an dans chaque région, auxquelles les internes présentent leurs travaux de recherche

Le CNGOF publie tous les ans **différents documents** :

- Les mises à jour en gynécologie-obstétrique (diffusion Vigot - 28 volumes)
- Les mises à jour en gynécologie médicale
- Les mises à jour en gynécologie pour le médecin de famille
- Des films vidéo et DVD de techniques chirurgicales ou obstétricales
- Des CD-ROM ou DVD d'échographie en gynécologie-obstétrique
- Des recommandations pour la pratique clinique depuis 1996
- Le Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction (éditions Masson)
- Le polycopié de la Conférence nationale des professeurs des universités destiné aux étudiants de DCEMII.

Le CNGOF a participé à la rédaction des Standards Options de la Fédération des centres de lutte contre le cancer (SOR) pour les cancers gynécologiques et mammaires.

Enfin, le CNGOF assure le conseil éditorial d'une collection d'ouvrage destinés aux gynécologues-obstétriciens, aux généralistes, aux sages-femmes et publiés par les éditions Masson (2 à 3 ouvrages par an).

Quels sont les projets du CNGOF ?

Le Collège se veut fédérateur et souhaite rassembler tous les gynécologues-obstétriciens français, de façon à ce que la profession unie ne présente qu'un seul interlocuteur aux pouvoirs publics. Nos problèmes sont nombreux : démographie, permanence des soins sur l'ensemble du territoire, formation initiale et continue, évaluation des pratiques professionnelles, gestion du risque, sécurité de la naissance, assurances...

Devant ces problèmes, l'union fait la force ! Elle n'empêche pas la diversité et le dynamisme de notre discipline qui peut s'exprimer dans les sociétés plus spécialisée en médecine périnatale (SFMP), oncologie (SFOG), reproduction (FFER), uro-gynécologie, chirurgie gynécologique et pelvienne. Dans ces sociétés nous travaillons avec d'autres disciplines, avec lesquelles nous avons des liens privilégiés : pédiatres, chirurgiens viscéraux ou urologues, biologistes de la reproduction, radiothérapeutes ou oncologues, pathologistes, psychologues...

La gynécologie-obstétrique n'a pas à rougir. Elle a apporté beaucoup aux patientes et aux autres disciplines médicales : la cœliochirurgie, le diagnostic anténatal, la procréation médicalement assistée, l'uro-gynécologie. Elle doit poursuivre ces progrès dans toutes les directions sans éclater.

Le CNGOF propose de fédérer les actions « politiques », tout en laissant aux sociétés leur dynamisme « technique ».

Professeur Jacques Lansac
président du collège national
des gynécologues et obstétriciens français



Pr Philippe Descamps



Dr Philippe Gillard

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 servi de services pilotes.

La vocation des pôles est de se doter d'une masse critique suffisante afin de constituer le support d'une gestion dite « déconcentrée ». Le but ultime étant évidemment l'amélioration de la prise en charge des patientes qui doit rester au centre de nos préoccupations. 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 les objec-

choix d es

* pôle gynécologie

tifs 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 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. Un pôle de familles apparentées (homogènes) aura des objectifs médicaux communs, son influence au sein de la communauté hospitalière en sera d'autant plus grande et sa gestion d'autant plus efficiente. 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 inévitables conflits humains le fragiliseraient, et de fait, relègueraient les objectifs médicaux au second plan. Il ne serait plus alors question de mise en commun de moyens techniques et humains, mais plutôt de mise en parallèle, ce qui nous éloignerait de l'objectif initial.

En ce qui concerne notre spécialité, nous pensons que le pôle idéal devrait associer Gynécologie Obstétrique, Reproduction Humaine, Médecine Fœtale et Orthogénie, plus ou moins la Néonatalogie et éventuellement la Pédiatrie selon la taille des services et du pôle ainsi constitué. A titre d'exemple, lorsque l'équilibre est établi entre les services de Gynécologie-Obstétrique et de Pédiatrie (le plus souvent dans les structures de

des pôles en gynécologie obstétrique : risque majeur ou atout pour notre spécialité

par Philippe Descamps*, Philippe Gillard*, Jacques Lansac**

Le pôle gynécologie-obstétrique, reproduction humaine, médecine fœtale et orthogénie, CHU Angers.

*** président du collège national des gynécologues obstétriciens français.*

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. Quoiqu'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.

La formation de ces pôles doit conduire à une responsabilisation des acteurs du pôle. Ils deviennent les gestionnaires de « leur » PME. Nous sortons de l'ère du système « administré » (et déresponsabilisant !...) pour entrer dans l'ère du système « managé ».

Nous devons également, tout au long de la construction des pôles, 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 (cf. rapport Nicolas et Durez de 1998) (1) 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.

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.

Enfin, le fait de rester unis, et d'avoir comme objectif prioritaire la prise en charge optimisée des patientes, nous permettra d'avoir une influence plus importante au sein des instances dirigeantes de notre pays, et de peser sur les orientations de Santé Publique.

Nous devons également, lors de la constitution de ces pôles, préserver la vocation d'Hôpital public, et ainsi de 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 « ren-

table » 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. Existe-t-il des formules alternatives ? Il en existe beaucoup, déjà diversement réparties sur notre territoire : « Pôle Obstétrical et Pédiatrique » ou « Obstétrico-Néonatal », « Pôle de Chirurgie Générale » intégrant la Gynécologie, « Pôle des spécialités » regroupant les « petites spécialités » comme l'ORL, l'Ophtalmologie, la Chirurgie Plastique, et la Gynécologie Chirurgicale...

Bien sûr, nous ne sommes pas favorables à ce type de configuration puisque, outre les inconvénients déjà cités (scission de notre spécialité ou dilution dans de grands pôles), cette organisation expose la Chirurgie Gynécologique à devenir le parent pauvre du pôle Chirurgical, et l'Obstétrique le parent pauvre du pôle Obstétrico-Pédiatrique.

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, sous l'égide du Collège National des Gynécologues

Obstétriciens de France, 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. Evidemment, chacun devra tenir compte des contraintes qui lui sont imposées localement qu'elles soient humaines, historiques ou géographiques. ■

Bibliographie

1. NICOLAS G., DUREZ M. : Rapport sur l'adéquation entre les besoins hospitaliers et les effectifs en anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique, psychiatrie et radiologie, février 1998.



la coeliochirurgie, de l'ère des pionniers à l'enseignement européen

par le Pr Gérard MAGE, chef de service, CHU Clermont-Ferrand

L'histoire de la coeliochirurgie est exemplaire à la fois de la rapidité de l'évolution des techniques chirurgicales et de l'intrication entre les nouvelles technologies qu'elles concernent l'instrumentation, les énergies,

l'image et la chirurgie moderne. La coeliochirurgie a révolutionné la chirurgie gynécologique de façon incontestable mais a aussi imposé de nouveaux critères de référence pour le bloc opératoire, les techniques chirurgicales, la formation des chirurgiens,

des anesthésistes et des personnels de bloc, et l'information des patientes.

Un peu d'histoire

La coeliochirurgie est née en gynécologie dans les années

1970 avec le traitement conservateur de la grossesse extra-utérine (GEU) dont le premier cas a été réalisé par Hubert Manhes en 1973. Les premières séries de GEU traitées coelioscopiquement ont été rapportées dans notre équipe par Jean Luc Pouly



Photo 1 : Grossesse ampullaire gauche



Photo 2 : Incision de la trompe



Photo 3 : Aspiration du contenu tubaire



Photo 4 : Vue finale



Photo 5 : Kyste dermoïde de l'ovaire

(1) et furent accueillies par l'ensemble de la communauté gynécologique avec scepticisme et incrédulité. La peur de l'échec, l'angoisse du risque chirurgical, en particulier hémorragique, la certitude de séquelles tubaires irréversibles, l'emportaient sur l'innovation chirurgicale. Peu de chirurgiens réputés de cette époque prédisaient le moindre avenir à la coelioscopie. Pour eux, la coelioscopie était diagnostique, la laparotomie thérapeutique.

Il aura fallu beaucoup de persévérance, de conviction et de courage à notre équipe, dirigée par M.A. Bruhat, pour poursuivre cette option chirurgicale. Il faut bien admettre qu'à cette époque le matériel endoscopique était très réduit et qu'il fallait croire les pionniers sur parole, puisque seules quelques diapositives prises durant le geste chirurgical attestaient de la réalité de cette chirurgie.

L'apparition des caméras dans les années 1980 en permettant de transmettre les images de l'intervention sur un écran a fait sauter le verrou de la confidentialité de la coelioscopie. Il devenait enfin possible de montrer l'intervention à tous ceux qui voulaient bien s'y intéresser. La réalité de cette technique éclatait enfin au grand jour ! Dans le même temps, le matériel chirur-

gical progressait rapidement avec la mise au point des instruments actuels ciseaux, pinces à préhension, nouvelles énergies, en particulier la coagulation bipolaire.

La coelioscopie restait cependant limitée à la chirurgie des annexes trompes, ovaires, péritoine et ses séquelles telles les adhérences, ou sa pathologie comme l'endométriose. Le second progrès arrivait avec l'abord du rétropéritoine par Daniel Dargent (2), puis Denis Quertu (3). Cet espace ouvrait le champ des applications oncologiques actuelles. Il restait à réaliser l'hystérectomie, avec Harry Reich (4), l'hystérectomie élargie avec Michel Canis (5), le traitement des prolapsus avec Arnaud Wattiez (6), la pelvectomie avec Christophe Pomel (7). La boucle était bouclée : les limites techniques n'existaient plus, d'autant que les autres spécialités chirurgicales, en particulier digestives, nous avaient emboîté le pas, avec la cholécystectomie, puis la chirurgie colique.

Que retenir de cette période des pionniers que j'ai eu la chance de vivre en première ligne, si ce n'est que le progrès est en marche, qu'il démode déjà le présent et que rien n'est jamais acquis en matière de techniques chirurgicales et d'innovation.

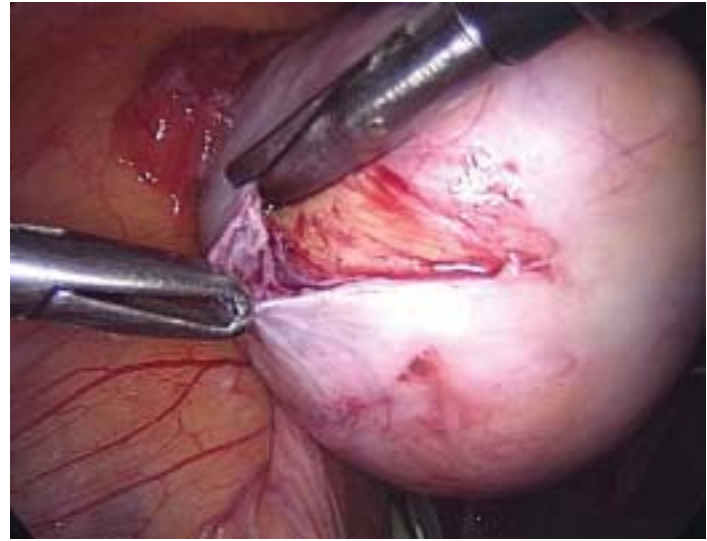


Photo 6 : Incision de la corticale ovarienne



Photo 7 : Kyste disséqué, non rompu, placé dans un sac pour extraction



Photo 8 : Vue finale

Les spécificités de la chirurgie endoscopique

La quasi totalité de la chirurgie gynécologique pelvienne peut relever d'une approche endoscopique ; ainsi, dans notre

équipe, depuis plusieurs années, plus de 90 % des patientes sont opérées par cet abord. Pour arriver à ce résultat il faut accepter que la chirurgie endoscopique ait des spécificités qui doivent être expliquées et comprises par tous ceux qui

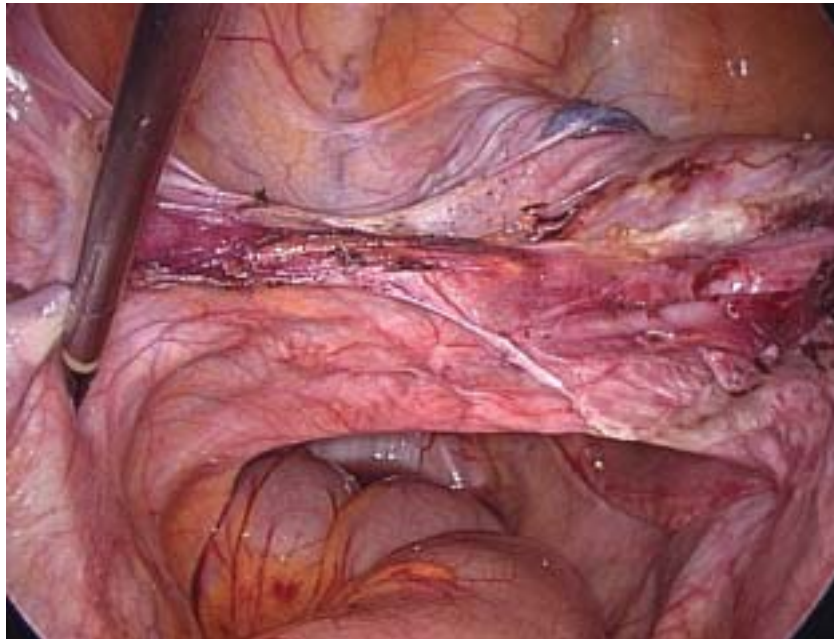


Photo 9 : Pédicule utérin après dissection

participent au geste chirurgical de près ou de loin. Ces spécificités créent des contraintes mais génèrent aussi des avantages dont certains sont tout à fait inattendus 1 Maîtriser les contraintes ouvre donc des perspectives de bénéfices très importants pour les patientes. Par définition, la coelioscopie crée un espace opératoire sans ouvrir la paroi : l'intervention a lieu dans un espace fermé et

restreint au volume de distension pariétale créé par le pneumopéritoine. Cette restriction de l'espace chirurgical impose une première nécessité absolue : une excellente installation de la patiente et un choix judicieux de l'emplacement du trocart optique et des trocarts opératoires. L'ergonomie du geste chirurgical est entièrement sous-tendu par cette installation qui, par ailleurs, est un moment

potentiellement à risques : presque 1/3 des complications graves, notamment vasculaires et digestives, y surviennent quel que soit le type de chirurgie prévue (8). Il reste à apporter dans cet endobloc les instruments permettant les gestes de base de toute chirurgie que sont la dissection, la section, l'hémostase et les fluides : lavage et aspiration. La chirurgie se fera dans ce milieu fermé qui, limitant les contaminations

bactériologiques, la dessiccation péritonéale et des organes par l'air ambiant, crée un milieu atraumatique propice à la cicatrisation. L'application des principes de la microchirurgie manipulation atraumatique des tissus, dissection douce et hémostase rigoureuse) se fait de façon naturelle en coelioscopie et ajoute au caractère peu traumatisant de cette chirurgie. Nous trouvons (à l'explication de la qualité des suites opératoires

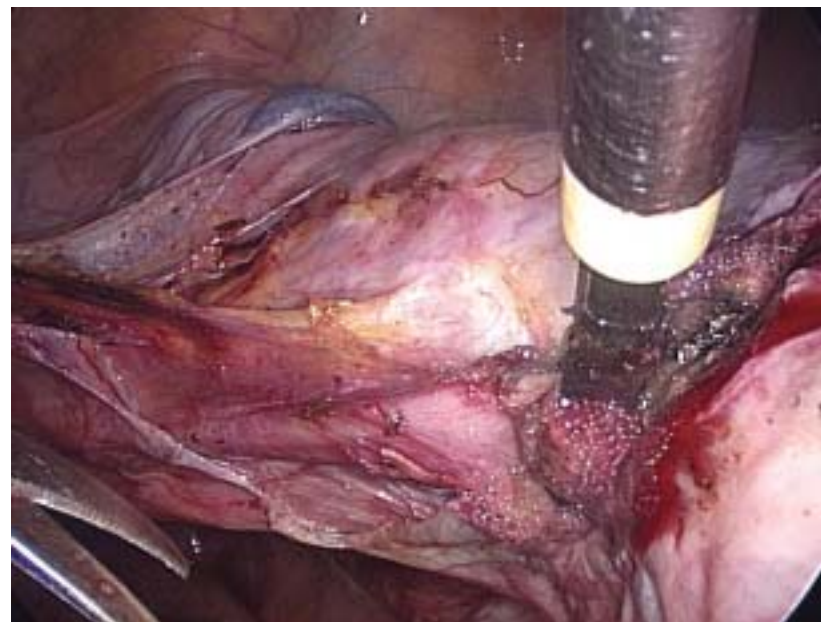
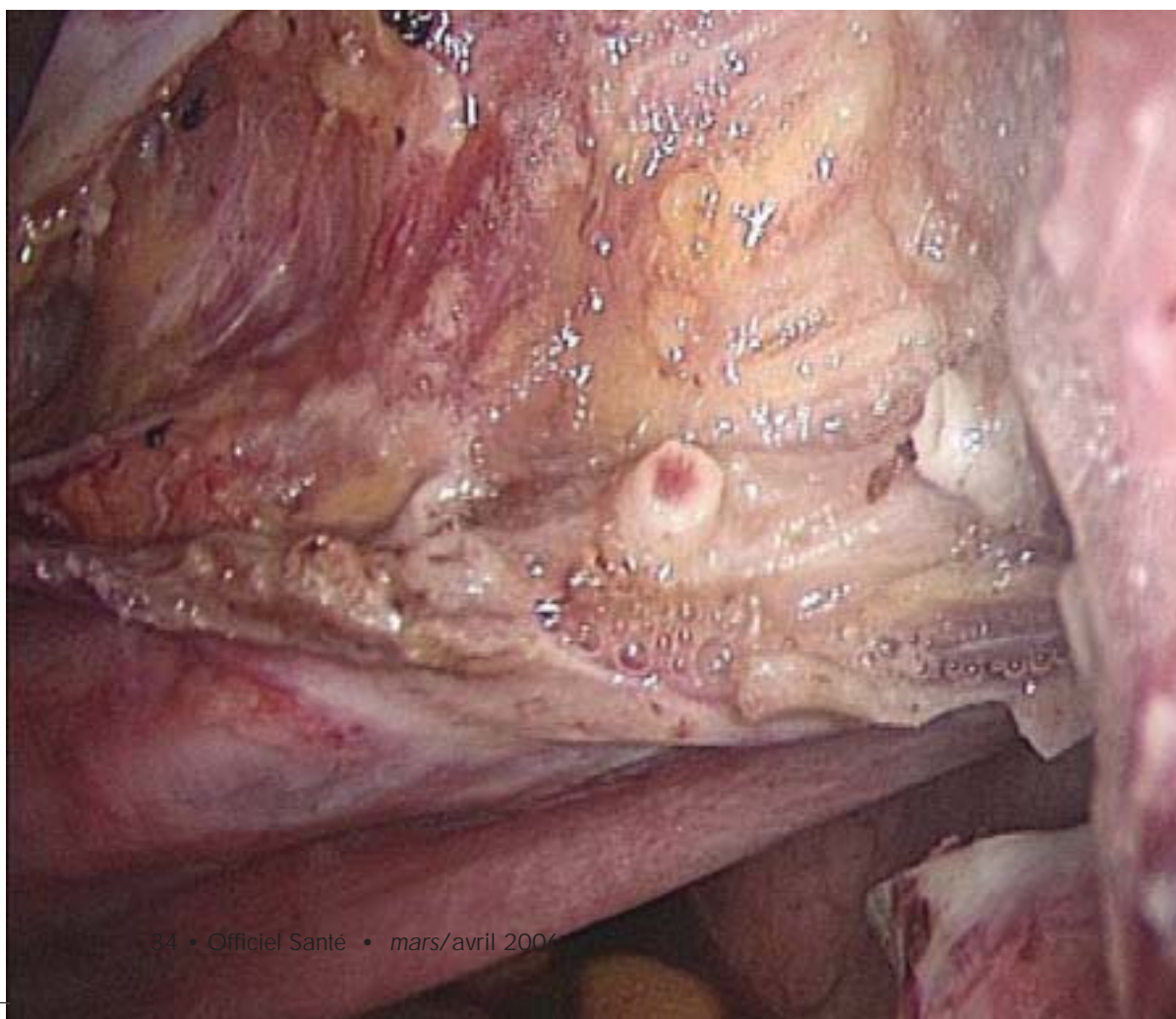


Photo 10 : Coagulation bipolaire du pédicule utérin



toires et de la rapidité de récupération des patientes. La vision endoscopique contraignante a priori pour le chirurgien, qui doit s'habituer à travailler sur écran, possède des avantages indéniables. L'effet loupe de l'endoscopie magnifie l'image jusqu'à 10 fois et permet une vision quasi microchirurgicale, y compris dans le traitement de pathologies lourdes. L'écran est par ailleurs partagé par tous. La confidentialité de la laparotomie, par exemple, n'est plus de mise. Tous les acteurs d'un bloc opératoire peuvent suivre le déroulement de l'intervention qu'il soit satisfaisant ou compliqué. Ce « partage du geste chirurgical facilite l'enseigne-

Photo 11 : Vue de l'artère utérine après section

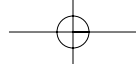


Photo 12 : Après dissection, isolement des vaisseaux iliaques internes et externes et de leur branche



Photo 13 : Après avoir récliné les vaisseaux iliaques, origine du nerf obturateur et du tronc lombo sacré



Photo 14 : Bloc ORI, vue générale



Photo 15 : Le chirurgien sélectionne sur écran tactile les réglages de la colonne vidéo.

ment bien sûr mais permet aussi à tous de s'adapter immédiatement à la situation chirurgicale surtout si elle revêt un caractère urgent.

Des résultats inattendus sont apparus : une cicatrisation tissulaire d'excellente qualité a été notée dès les premiers traitements de la grossesse extra-utérine et s'est confirmée par la suite. Le moindre traumatisme péritonéal induit moins d'adhérences postopératoires. La chirurgie atraumatique trouve là ses avantages. Plus surprenant

Photo 16 : Le chirurgien sélectionne sur écran tactile les images.



est la fiabilité de l'hémostase. La mise au point des systèmes de coagulation bipolaire a permis l'hémostase de vaisseaux de plus en plus volumineux. L'exemple parfait est la coagulation de l'artère utérine lors de l'hystérectomie. Le doute sur la fiabilité de cette hémostase a fait place à la confiance puis à la référence à tel point que la coagulation bipolaire et ses dérivés, la thermofusion, ont trouvé leur application en laparotomie et en chirurgie vaginale en remplacement des ligatures au fil. La constatation de moindres douleurs postopératoires après coagulation plutôt que ligature a fini de convaincre les derniers détracteurs. La nouvelle connaissance de l'anatomie est aussi une avancée de la coelioscopie. La qualité de la vision des caméras numériques, la possibilité de suivre aisément les plans de clivage anatomique, s'associent à la vision - loupe - pour apporter au chirurgien une vision anatomique nouvelle qu'il n'avait pas par laparotomie. Cette nouvelle vision nous a obligé à réapprendre l'anatomie et ouvre des perspectives comme le respect de l'innervation et de la fonction des organes, en particulier la vessie ou le rectum.

Quelles sont les indications en 2006 ?

Certaines indications sont devenues des gold standards (9) : la GEU (10) (photos 1,2,3,4), la pathologie kystique bénigne de l'annexe (11) (photos 5,6,7,8), la chirurgie de l'infertilité (12, 13) incluant l'endométriome dans sa forme péritonéale ou ovarienne (14) et la stérilisation tubaire.

Dans l'hystérectomie (15, 16) (photos 9, 10, 11) et le prolapsus (17,18), les indications se partagent avec la voie vaginale et dans les myomectomies (19) avec la laparotomie selon des critères objectifs ou d'école.

En oncologie, retenons que le traitement du cancer de l'endomètre (20) et la lymphadénectomie iliaque (21) (photos 12, 13) sont en passe de devenir aussi des gold standards. Les craintes d'une dissémination péritonéale induite par le pneumopéritoine ont très longtemps freiné la diffusion de l'endoscopie dans ce domaine. Fort heureusement, de grandes séries en urologie (22), en chirurgie digestive (23) ont montré une survie équivalente à un abord traditionnel par laparotomie. Bien sûr, la recherche se poursuit sur ce thème (24), en particulier sur les modifications des caractéristiques du pneu-

mopéritoine pour limiter, diminuer voire annuler ce risque potentiel de dissémination carcinologique.

D'autres indications existent et sont réalisées dans des centres d'excellence : le traitement des lésions endométriosiques de la cloison rectovaginale (25), les hystérectomies élargies ou tespélectomies, le bilan des cancers de l'ovaire avancés en vue du choix entre une chirurgie première ou une chimiothérapie première, la cure des fistules vésico ou urétérovaginales (26), les curages tombo-aortiques qu'ils soient réalisés par voie intra ou rétropéritonéale (27). Enfin la recherche du ganglion sentinelle pour les cancers du col et de l'endomètre constitue une voie de recherche intéressante (28).

Toutes ces indications plus récentes, ou non complètement validées, trouveront leur place dans la chirurgie de demain qui devra être de plus en plus mini-invasive.

Quels sont les enjeux du futur ?

Deux grands enjeux nous attendent : la technologie et l'enseignement.

L'enjeu technologique est partagé entre les médecins et les grandes compagnies qui ont décidé de s'investir dans l'endoscopie. Les perspectives sont multiples, qu'elles touchent à la qualité ou à la nouveauté des instrumentations, mais surtout à l'image à travers des systèmes intégrés comme l'ORI de Karl Storz *. (photos 14, 15, 16). La combinaison de l'image et de la chirurgie ouvre les perspectives de la réalité augmentée, nous donnant la

vision transtissulaire des organes sous-jacents. La combinaison des images transmises, de la robotique, de l'électronique nous introduit dans la réalité virtuelle et la chirurgie à distance. Ces interventions actuellement spectaculaires seront-elles banales demain ? La lutte contre les infections nosocomiales nous obligera-t-elle à utiliser des instruments à usage unique décriés pour leur prix, mais devenus obligatoires, voire à exclure le chirurgien et ses aides de la salle d'opération laissant la place aux robots ? Ces questions ne sont pas résolues mais l'endoscopie est prête à y répondre.

L'enseignement est un défi capital pour le futur : les nouveaux chirurgiens devront apprendre, non seulement les indications justes adaptées aux pathologies, mais aussi la nouvelle vision de l'anatomie procurée par la coelioscopie, la gestuelle chirurgicale et maîtriser les nouvelles technologies. L'endoscopie se prête de façon excellente à cet enseignement, qu'il soit sur pelvic trainer, sur animal vivant, ou sur simulateur virtuel. La valeur de ces entraînements dans le cursus du chirurgien en formation a été établie dans de nombreuses études (29). Des programmes d'enseignement adaptés ont été mis en place dans des centres de formation comme celui du CICE ** (Photo 17) à Clermont-Ferrand. La diffusion de cet enseignement moderne à tous les chirurgiens en formation est le défi à relever dans les années qui viennent pour que l'endoscopie opératoire puisse prendre toute sa place dans la chirurgie du futur. ■

** CICE - CEN-N - Faculté de Médecine. Bâtiment 3 C. 28, Place Henri Dunant. 63003 Clermont-Ferrand - Cedex 1.

* Karl Storz - Endoskope. GmbH KG - Tuttlingen - Allemagne.

Photo 17 : Entraînement sur pelvic trainer (Centre International de Chirurgie Endoscopique)



Bibliographie

1. Bruhat MA, Manhes H, Mage G, Pouly J-L. Treatment of ectopic pregnancy by means of laparoscopy. *Fertil Steril*. 1980; 33 (4): 411-4.
2. Dargent D, Salvat J. Envahissement ganglionnaire pelvien: place de la pelviscopie rétro-péritonéale. Livre. 1989, Paris, Medsi Mac Graw Hill Editions.
3. Querteu D, Leblanc E, Castelain B. Laparoscopic pelvic lymphadenectomy in the staging of early carcinoma of the cervix. *Am Journal of Obstetrics and Gynecology*. 1991; 164: 579-581.
4. Reich H, Decaplo J and Mc Glynn F. Laparoscopic hysterectomy. *J Gynaecol Surg*. 1989; 5: 213-27.
5. Canis M, Mage G, Wattiez A, Pouly JL, Manhes H, Bruhat MA. La chirurgie endoscopique a-t-elle une place dans la chirurgie radicale du cancer du col utérin? *J Gynecol Obstet et Biol Reprod*. 1990; 19: 921.
6. Wattiez A, Canis M, Mage G, Pouly JL, Bruhat MA. Promontofixation dans le traitement des prolapsus intérieurement et technique de la voie coelioscopique. *Le Journal de Coelioscopie*. 1999; 31: 7-11.
7. Pomel C, Rouzier R, Pocard M, Thoury A, Sideris L, Morice P, Duvillard P, Bourgain JL, Castaigne D. Laparoscopic total pelvic exenteration for cervical cancer relapse. *Gynecol Oncol*. 2003; 91: 616-8.
8. Chapron C, Wattiez A, Mage G, Pouly JL, Canis M, Dubuisson JB, Bruhat MA. Complications chirurgicales de la coelioscopie en gynécologie. *Chirur Endosc*. 1992; 2: 14-9.
9. Pierre F. Validation de la Coelioscopie en gynécologie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 2000; 29: 248-50.
10. Goffinet F, Dreyfus M, Madelenat P. Le Collège des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommendations for clinical practice: management of extra-uterine pregnancy. *Gynecol Obstet Fertil*. 2004; 32 (2): 180-5.
11. Canis M, Rabischong B, Houille C, Botchovshvili R, Jardon K, Safi A, Wattiez A, Mage G, Pouly JL, Bruhat MA. Laparoscopic management of adnexal masses: a gold standard? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2002; 14 (4): 423-8.
12. Canis M, Mage G, Pouly JL, Manhes H, Wattiez A, Bruhat MA. Laparoscopic distal tuboplasty: report of 87 cases and a 4-years experience. *Fertil Steril*. 1991; 56 (4) 616- 21.
13. Koh CH, Janik GM. Laparoscopic microsurgical tubal anastomoses. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 1999; 26 (1): 189-200.
14. Canis M, Botchorishvili R, Wattiez A, Pouly JL, Mage G, Bruhat MA. Traitement coelioscopique des endométrioses ovariennes: kystectomie ou destruction Laser. *Gynécologie Obstet Fertil*. 2000; 22: 584-7.
15. Jugnet N, Cosson M, Wattiez A, Donnez J, Buick V, Mage G, Querleu D. Comparing vaginal and coelioscopie total and subtotal hysterectomies prospective multicentre study including 82 patients. *Gynaecological Endoscopy*. 2001 10: 315-21.
16. Wattiez A, Soriano D, Sohen SB, Nervo P, Canis M, Botchorishvili R, Pouly JL, Mage G, Bruhat MA. The learning curve of total laparoscopic hysterectomy: comparative analysis of 1647 cases. *Journal of the American Association of Gynecologic Laparoscopists*. 2002; 9: 339-45.
17. Jacquetin B. Utilisation des prothèses dans le traitement des prolapsus urogénitaux. *Réalités en Gynécologie Obstétrique*. 2005; Nov: 105.
18. Gadonneix P, Ercoli A, Salet-Lizee D, Cotellet O, Bolner B, Van Den Akker M, Villet R. Laparoscopic sacrocolpopexy with two separate meshes along the anterior and posterior vaginal walls for multicompartiment pelvic organ prolapse. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2004; 11(1): 29-35.
19. Chapron C, Dubuisson JB, Chavet X, Aubert V, Morice P, Aubriot FX, Foutot H. Indications et modalités de traitement chirurgical conservateur des myomes interstitiels et sous-séreux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*. 1995; 24 (8): 802-10.
20. Tozzi R, Malur S, Koehler C, Schneider A. Laparoscopy versus Laparotomy in endometrial cancer: first analysis of survival of a randomized prospective study. *J Minim Invasive Gynecol*. 2005; 12: 130-6.
21. Cartron G, Leblanc E, Ferron G, Martel P, Narducci F, Querleu D. Complications of laparoscopic lymphadenectomy in gynaecologic oncology. A series of 1 02 procedures in 915 patients. *Gynecol Obstet Fertil*. 2005; 33 (5): 304-14.
22. Guillonnet B, Et-Fettouh H, Baumert H, Cathelineau X, Doublet JD, Fromont G, Vallancien G. Laparoscopic radical prostatectomy: oncological evaluation after 1000 cases at Montsouris Institute. *J Urol*. 2003; 169: 1261-6.
23. Clinical Outcomes of Surgical Therapy Study Group. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. *N Engl J Med*. 2004; 350: 2050-9.
24. Canis M, Rabischong B, Botchovshvili R, Tamburro S, Wattiez A, Mage G, Pouly JL, Bruhat MA. Risk of spread of ovarian cancer after laparoscopic surgery. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2001; 13: 9-14.
25. Darai E, Thomassin I, Barranger E, Delcher R, Cortez A, Houvy S, Bazot M. Feasibility and clinical outcome of laparoscopic colorectal resection for endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2005; 192: 394-400.
26. Wattiez A, Soriano D, Nervo P, Hermabessière J, Durakovic, Mage G, Canis M, Pouly JL, Bruhat MA. The role of laparoscopy in the management of ureterovaginal fistula. *Références en Gynécologie Obstétrique*. 2000; 7: 64-6.
27. Querteu D, Dargent, Ansquer Y, Leblanc E, Narducci F. Extraperitoneal endoscopic aortic and common iliac dissection in the staging of bulky or advanced cervical carcinomas. *Cancer*. 2000, 88: 1983-91.
28. Dargent D, Martin X, Mathevet P. Laparoscopic assessment of the sentinel lymph node in early stage cervical cancer. *Gynecol Obstet*. 2000; 79: 411-5.
29. Millad MP, Miller D, Shaw S. Comprehensive Gynecologic endoscopy hospital program. 1 month preliminary assessment. *J Reprod Med*. 2000; 45: 365-70.

Traitement hormonal de la ménopause : vers le retour au calme Quand le traitement hormonal naturel sort du lot...

De nouvelles données émanant de l'INSERM n'observent ni augmentation du risque de cancer du sein, ni du risque thromboembolique veineux chez les femmes ménopausées traitées par un THS associant de l'estradiol administré par voie cutanée et de la progestérone naturelle micronisée

La prescription d'un Traitement Hormonal Substitutif de la Ménopause (THS ou THM) a été profondément bouleversée au cours de ces 3 dernières années. Les résultats et surtout la médiatisation à outrance des études WHI (1) et MWS (2), notamment, ont conduit à une profonde remise en cause de la balance bénéfices-risque de ce traitement tant de la part de nos autorités de santé, que de beaucoup de médecins. Les patientes, ont retenu du débat qui était pourtant pour la communauté scientifique américaine de savoir si le THM protégerait ou non les femmes des maladies cardio vasculaires, que le fait de prendre un THM pouvait donner 30 à 40 % de risque d'avoir un cancer du sein !!! Elles en ont conclu qu'à ce prix mieux valait encore souffrir en silence ! Les femmes ménopausées l'ont tellement cru qu'entre septembre 2002 et juillet 2004, au fil des publications (WHI, MWS...) et de leur retentissement médiatique, environ 750000 femmes en France ont interrompu leur THS, soit plus de 40 % des femmes traitées !

La consultation de ménopause est alors devenue un face à face particulier où les symptômes à prendre en charge se sont retrouvés dans l'état d'un médecin ébranlé dans ses convictions et une patiente terrifiée par le spectre du cancer du sein préférant « *tout docteur, mais pas des hormones !* » En guise de « tout », c'est en fait de pas grand-chose dont le thérapeute dispose pour prendre en charge les symptômes de la ménopause. Si on réduit les conséquences de la carence estrogénique aux seules bouffées de chaleur, ce dont le médecin dispose se réduit à un neuroleptique, un acide aminé, des antidépresseurs (hors AMM), des isoflavones de soja dont l'efficacité est souvent sujette à caution et parfois non dénués d'effets secondaires. Les estrogènes restent le médicament majeur de l'ensemble du cortège des troubles associés à la carence estrogénique.

Aujourd'hui, pour permettre à nouveau une prise en charge sereine des troubles de la ménopause, il faut avant tout que les médecins soient de nouveau convaincus eux-mêmes du bien fondé de leur prescription de THS. C'est le passage obligé pour retrouver demain des patientes ménopausées confiantes en leur médecin et convaincues de la fiabilité de sa prescription.

Le bien fondé : le THS est recommandé comme traitement de 1^{ère} intention des symptômes de la ménopause par les autorités de santé

L'ensemble des travaux, confirmés par les autorités de santé, permettent d'affirmer que le traitement hormonal est le plus efficace et celui de 1^{ère} intention pour prendre en charge l'ensemble du syndrome climatérique. « *Chez une femme présentant des troubles du climatère gênants ou perçus comme tels, les THS sont recommandés comme traitement de 1^{ère} intention* » (Afssaps mai 2004) (3). Plus récemment (janvier 2006) dans sa mise au point sur le Traitement médicamenteux de l'ostéoporose post ménopausique, l'Afssaps confirme la place de 1^{ère} intention du THS pour prévenir le risque fracturaire chez la femme de 50 à 60 ans associant un risque accru et des symptômes climatériques. Le THS est ainsi le seul traitement à la fois efficace sur les bouffées vasomotrices, les signes génito-urinaires, le psychisme, tout en freinant la perte osseuse.

Quel THS ?

Tous regroupés sous la même appellation de « THS », les traitements hormonaux ne sont pourtant ni tous identiques, ni tous

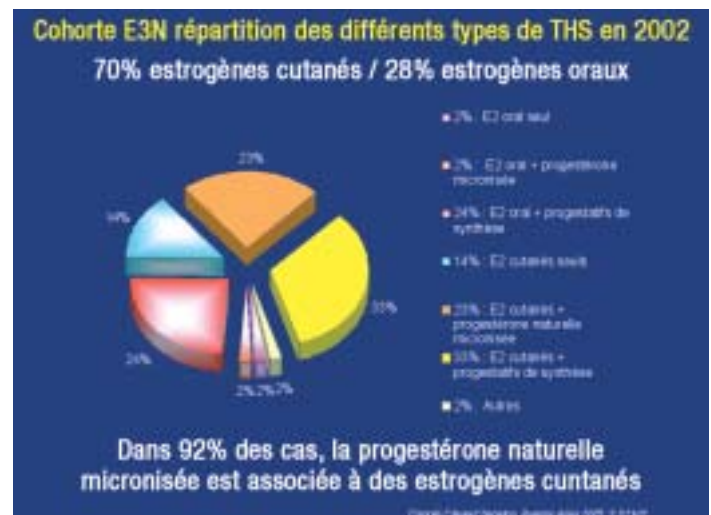
vraiment « Substitutifs » comme le suggère pourtant le S de THS. Ainsi pour les estrogènes : en France l'estradiol naturel est préféré aux populaires estrogènes conjugués équins oraux américains. Cependant à molécule identique, l'estradiol, des différences importantes existent suivant que la voie d'administration soit orale ou cutanée (pas d'effet de premier passage hépatique). En ce qui concerne les progestatifs, indispensables pour protéger l'endomètre des femmes non hystérectomisées, là aussi les molécules et les effets semblent différents, suivant que l'on s'adresse à la progestérone elle-même ou à un de ses dérivés.

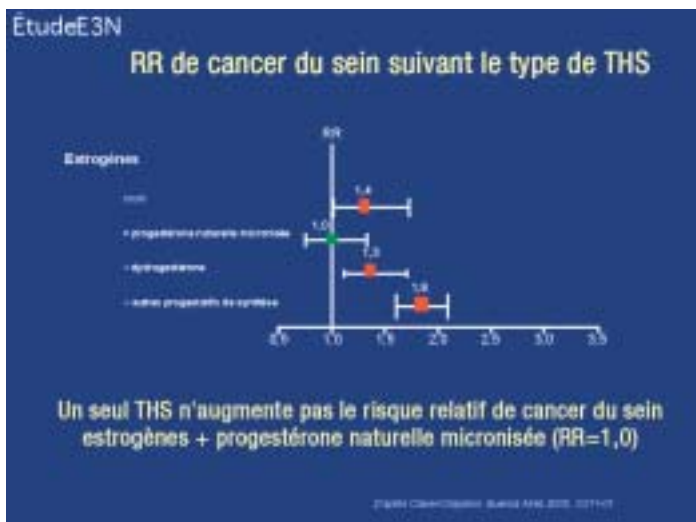
Les progestatifs du THS (les + fréquents)		
Progestérone	Progestatifs de synthèse différents de la progestérone	
Progestérone naturelle micronisée	Dérivés de la progestérone Prégnanes : dydrogestérone (rétroprogestérone), acétate de chlormadinone, acétate de médroxyprogestérone (MPA), acétate de cyprotérone Norprégnanes : acétate de nomégestrol, promégestone	Dérivés de la testostérone Acétate de noréthistérone (NETA)

La vraie question reste : peut on extrapoler à tout type de THS les effets indésirables d'un type particulier de traitement composé d'estrogènes conjugués équins oraux associés ou non à de l'acétate de médroxyprogestérone (MPA) ? Deux études d'observation françaises menées par l'INSERM, l'étude E3N et l'étude ESTHER semblent répondre non.

THS et risque de cancer du sein : l'étude E3N

Menée dans le but d'identifier les facteurs de risque de cancer du sein dont le THS chez la femme ménopausée, l'étude E3N est menée auprès d'une cohorte considérable constituée de 100000 adhérentes à la MGEN. Les premiers résultats de l'étude E3N publiés en avril 2005 (5), portaient sur l'analyse d'un effectif d'environ 55000 femmes ménopausées avec un suivi moyen de 6 ans. Ils montraient que le risque relatif (RR) de cancer du sein dépendait du type de THS, et en particulier du type de progestatif associé aux estrogènes.





Alors que l'association d'un progestatif de synthèse aux estrogènes augmente de façon statistiquement significative le risque relatif de cancer du sein (RR = 1,4 ; IC 95 % 1,2-1,7) ce n'est pas le cas de la progestérone naturelle micronisée, du moins après 4 ans de traitement (RR = 0,9 ; IC 95 % 0,7-1,2).

Ces résultats demandaient cependant à être confirmés pour des durées de traitement plus longues. De nouveaux résultats issus du prolongement du suivi des patientes de l'étude E3N (près de 70 000 femmes) ont été présentés en octobre 2005 (6), lors du congrès mondial de la ménopause. Après un suivi moyen de 7,7 ans et une durée moyenne de traitement de 5,5 ans, se confirme une augmentation globale du risque relatif de cancer du sein sous THS (RR = 1,4 ; IC 95 % : 1,2 – 1,6). Il est confirmé aussi que le risque varie en fonction du type de THS. Le seul traitement avec lequel il n'est pas observé d'augmentation du risque associe la progestérone naturelle aux estrogènes (cutanés en majorité) (RR = 1,0). En revanche, l'association d'un progestatif de synthèse aux estrogènes (voie orale ou cutanée) augmente statistiquement significativement le risque de cancer du sein (le RR varie de 1,3 pour la dydrogestérone à 1,8 pour les norprégnanes). Ces données rassurantes à long terme pour les traitements intégrant la progestérone naturelle sont d'autant plus importantes que la durée d'un THS est assujettie à la durée des symptômes qui peuvent chez certaines femmes persister bien plus de 5 ans.

Avec l'Afssaps on peut donc écrire que « des données suggèrent que le sur-risque de cancer du sein pourrait varier en fonction du type de THS ».

THS et risque thromboembolique veineux : étude Esther

ESTHER, menée également par l'INSERM, a pour objectif d'évaluer l'impact du THS vis-à-vis de la maladie veineuse thrombo-embolique (MVTE).

Les premiers résultats publiés en 2003 dans le *Lancet*, montraient que les femmes ménopausées traitées par estrogènes oraux avaient un risque de MVTE multiplié par 4 (augmentation statistiquement significative) alors que ce risque n'était pas modifié chez les femmes traitées par des estrogènes administrés par voie cutanée par rapport aux femmes non traitées. Ces résultats sont cohérents avec les données biologiques montrant une activation de la coagulation sous estrogènes oraux, activation attribuée à l'inondation estrogénique supraphysiologique du foie lors du premier passage hépatique. L'augmentation du recrutement et de nouvelles analyses ont permis aussi d'évaluer l'impact thrombotique de différents progestatifs, et de la voie d'administration des estrogènes chez les femmes à risque de thromboses (obèses ou présentant une mutation thrombogène).

Communiquées dès avril 2005 (8), ces données nouvelles soulignent l'importance du choix du progestatif associé aux estrogènes vis-à-vis du risque de MVTE. Si l'association de progestérone natu-

relle micronisée ou d'un progestatif prégnane aux estrogènes cutanés n'augmente pas le risque de MVTE, l'association d'un progestatif norprégnane (acétate de nomégestrol ou promégestone) l'augmente significativement (RR = 2,8 ; IC 95 % : 1,5 – 5,1). Ces résultats encore préliminaires suggèrent un effet délétère propre de ce type de progestatif sur l'hémostase. L'équipe de l'étude ESTHER souligne ainsi, pour la première fois, l'importance du choix du progestatif à associer aux estrogènes cutanés vis-à-vis de la MVTE.

Impact du poids et des mutations thrombogènes

Des études ont montré que les femmes obèses, en surcharge pondérale, ou présentant une thrombophilie (facteur V Leiden, mutation 20210A de la prothrombine, ...) pouvaient atteindre des niveaux de risque thrombotique veineux extrêmement élevés si elles utilisaient des estrogènes oraux. Ceci est confirmé par une nouvelle publication Esther (9) : les femmes porteuses d'une mutation thrombogène et utilisant des estrogènes oraux ont un risque de thrombose veineuse multiplié par 25 alors qu'un traitement par estrogènes transdermiques ne modifie pas leur risque de base.

Il semble clair pour les chercheurs que les estrogènes par voie orale ne devraient plus être prescrits aux femmes présentant un risque augmenté de thrombose veineuse. Ces données soulignent à la fois l'importance de l'évaluation du risque cardiovasculaire et en particulier du risque thrombotique veineux avant toute prescription de THS, et celle du choix du THS dans prise en charge des troubles climactériques de la ménopause chez les femmes à risque thrombotique augmenté.

THS : ne plus chasser le naturel !

Le Pr JC Colau (Paris) a conclu récemment « *compte tenu de ces études récentes, il n'y a donc pas d'argument probant pour prescrire d'autres molécules que l'estradiol 17 bêta par voie cutanée associée à la progestérone naturelle micronisée* ».

Le traitement hormonal de la ménopause THM pour être vraiment Substitutif (THS) devrait rester aussi proche que possible de la physiologie : il reste logique de vouloir mimer la nature en administrant aux femmes ménopausées des hormones « naturelles » identiques à celles de la sécrétion ovarienne. On peut aujourd'hui estimer que ce type de THS « naturel » offre la meilleure balance bénéfiques risque aux femmes ménopausées : un plateau bénéfiques bien pourvu couplé à une bonne tolérance.

**Une enquête du service presse
d'Officiel Santé**

Bibliographie

1. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results From the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*. 2002 Jul 17; 288(3):321-33.
2. Million Women Study Collaborators. Breast cancer and hormone-replacement therapy in the Million Women Study. *Lancet* 2003; 362: 419-27.
3. ANAES/AFSSAPS. Traitements hormonaux substitutifs de la ménopause. Rapport d'orientation. Mai 2004. <http://www.afssaps.fr>
4. AFSSAPS. Traitement médicamenteux de l'ostéoporose post ménopausique. Janvier 2006 <http://www.afssaps.fr>
5. Fournier A, Berrino F, Riboli E, Avenel V, Clavel-Chapelon F. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy in the E3N-EPIC cohort. *Int J Cancer*. 2005 Apr 10; 114(3):448-54.
6. Fournier A, Clavel-Chapelon F. Breast cancer risk in relation to different types of hormone replacement therapy: update of the E3N cohort study results. In: 11th World congress on the Menopause; Buenos Aires, October 18-22 2005. *Climacteric* 2005; 8 (suppl 2): 235 (abst ss-11-01).
7. Scarabin PY, Oger E, Plu-Bureau G et al. Differential association of oral and transdermal oestrogen replacement therapy with venous thromboembolism risk. *Lancet* 2003; 362: 428-32.
8. Canonico M, Plu-Bureau G, Scarabin PY, Esther Study Group. Hormone therapy and venous thromboembolism among postmenopausal women: impact of the route of estrogen administration and progestogens. In: « 6^e Congrès Société Européenne de Gynécologie. 2-4 juin 2005 Helsinki. 2005; abs 013: 30.
9. Straczek C, Oger E, Jonage-Canonico M, Plu-Bureau G, Conard J, Meyer G, Alhenc-Gelas M, Levesque H, Trillot N, Barrellier MT, Wahl D, Emmerich J, Scarabin PY, ESTHER study group. Prothrombotic mutations, hormone therapy, and venous thromboembolism among postmenopausal women. Impact of the route of estrogen administration. *Circulation* 2005; 112: 3495-3500.



grandeur et servitude de l'échographie obstétricale en 2006

par le Dr Catherine Lépinard,
échographiste, centre pluridisciplinaire diagnostic prénatal, CHU d'Angers
gynécologue-obstétricien, centre d'échographie La Fayette,
90 bis rue de Létanduère, 49000 Angers

L'échographie obstétricale, développée depuis les années 80, est l'un des piliers du diagnostic prénatal.

Le diagnostic prénatal est défini par la loi de bioéthique de 1994 comme « l'ensemble des pratiques médicales ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité » (article 13 de la loi 94-654 du 29 juillet 1994 du Code de la Santé Publique).

Il faut rappeler que dès 1975, l'interruption volontaire de la grossesse pour motif thérapeutique, avait été autorisée à toute époque de celle-ci, par la loi Veil du 17 janvier, s'« il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic ». (Art 162-12). Cette loi a été possible car le fœtus n'a, aux yeux de la loi française, aucune existence légale et ce n'est qu'à la naissance qu'il acquiert le statut de citoyen français. Ce « hiatus » permet éventuellement de causer la mort d'un fœtus in utero puis de déclencher l'accouchement sans s'exposer au crime d'assassinat. Cette interruption volontaire de la grossesse se dénomme alors « interruption médicale de grossesse » (IMG). La loi de bioéthique de 1994 reprend exactement les termes de la loi Veil de 1975 pour ce

qui est de la pathologie fœtale autorisant une IMG et précise que l'un des deux médecins donnant leur accord pour une IMG doit être un médecin exerçant dans un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN), l'autre étant un expert médecin, habilité près d'une Cour d'appel ou de la Cour de cassation. La création des CPDPN ne sera cependant effective que le 28 mai 1997. Leur rôle sera d'établir un diagnostic, un pronostic et une conduite à tenir en face d'une anomalie congénitale.

Les intervenants et les techniques du diagnostic prénatal : la médecine fœtale :

Si la première échographie obstétricale a été effectuée en 1958, c'est seulement au début des années 70 qu'est apparue la médecine fœtale (officialisée par la loi de bioéthique de 1994 définissant le diagnostic prénatal), nouvelle discipline médicale dont les intervenants sont obstétriciens, échographistes, généticiens, biologistes, psychiatres, chirurgiens et médecins néonataux. La particularité tout à fait remarquable de cette discipline, unique au sein de toute la médecine, est d'avoir la possibilité légale d'interrompre la vie : en effet, l'interruption volontaire de grossesse (IVG) possible jusqu'à 12 puis 14 semaines d'aménor-

rhée est un droit accordé aux femmes depuis la loi Veil de 1975 mais ne relève aucunement d'une décision médicale.

Historique et techniques :

– 1958 : date de la première échographie obstétricale en deux dimensions (échographie 2D : un seul plan de coupe en deux dimensions va permettre d'effectuer un balayage complet du fœtus) : depuis la nuit des temps la connaissance de l'enfant commençait avec l'arrivée du nouveau-né et voilà tout à coup le fœtus dévoilé et accessible durant toute la grossesse : le fœtus est devenu un patient et la médecine fœtale est née... Mais il faudra attendre les années 80 pour que l'amélioration des qualités techniques du faisceau ultrasonore permette l'apprentissage puis le repérage par l'opérateur d'images assez fines pour une étude morphologique fœtale approfondie. Puis viendra l'abord physiologique grâce aux dopplers étudiant les flux, et enfin le 3D en complément de l'échographie 2D. L'échographie 3D est d'un apport tout à fait modeste pour l'étude de la morphologie fœtale et quelques échographistes se sont investis à la promouvoir auprès de leurs confrères depuis plus d'une quinzaine d'années sans beaucoup de succès.

– 1969 : date de la première amniocentèse : le prélèvement

de liquide amniotique à partir de 16 semaines d'aménorrhée par ponction abdominale permet les recherches chromosomiques, géniques de biologie moléculaire sur les cellules fœtales, et aussi de biochimie sur le liquide amniotique. Les amniocentèses sont toujours faites sous contrôle échographique depuis les années 80. Le résultat d'un caryotype est donné en une quinzaine de jours.

– 1976 : date de la première foetoscopie : observation directe du fœtus grâce à un système optique traversant la paroi abdominale maternelle et l'utérus jusque dans le sac amniotique. Cette technique a été supplantée par l'échographie dont les performances se sont beaucoup améliorées et qui, elle, ne présente aucun risque de fausse couche.

– 1982 : date de la première ponction de sang fœtal au niveau du cordon, sous échographie, pour une étude directe chromosomique, génique, recherche d'anomalies sanguines, biologiques, infectieuses. Cette technique est plus délicate et l'évolution des pratiques s'est faite vers une augmentation des examens soit dans le liquide amniotique par amniocentèse simple, soit dans le sang maternel.

– 1983 : date de la première biopsie de villosités chorionales, sous contrôle échographique,

permettant d'examiner les cellules dès 12 semaines d'aménorrhée, donc plus précocement.

– 1990 : l'imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale fœtale devient une autre technique de connaissance du cerveau fœtal, complémentaire de l'échographie lorsqu'une anomalie a été décelée lors de celle-ci. L'IRM va être aussi utilisée par la suite pour les malformations des organes intra thoraciques et abdominaux (hernies de coupes, coelosomes, omphalocèles, anomalies digestives...)

L'échographie dans la médecine fœtale :

La France est reconnue comme étant le pays au monde le plus avancé en matière de diagnostic prénatal, que ce soit dans le domaine de l'échographie ou de la génétique.

On sait que presque 3 % des enfants à la naissance présentent une malformation plus ou moins grave, et pas toujours décelable à l'échographie. On estime à 60 % le taux de dépistage effectif des malformations par l'échographie en France. Les malformations les plus graves sont, souvent mais pas toujours, les plus accessibles au diagnostic car mieux repérables et aussi parce qu'elles sont plus systématiquement recherchées. Les avancées technologiques et la meilleure connaissance du fœtus induisent une recherche échographique des malformations de plus en plus poussée et précoce tant il est vrai que les IMG sont encore beaucoup plus mal vécues à la fois par la patiente et par l'équipe médicale à mesure que le terme de la grossesse avance.

En mars 2006, en ce qui concerne les maladies héréditaires, 1869 anomalies phénotypiques sont accessibles à un diagnostic certain par analyse moléculaire et 3737 anomalies

phénotypiques sont plus ou moins suspectes de transmission mendélienne, sans base moléculaire connue, donc sans possibilité de diagnostic sûr. Ces chiffres donnent une idée de l'incertitude diagnostique et donc pronostique dans laquelle se trouve l'échographe qui détecte chez un fœtus plusieurs anomalies phénotypiques difficiles à relier entre elles et n'évoquant pas un diagnostic évident. Ces anomalies peuvent cependant faire partie d'un tableau rare, grave, peut-être possible à étiqueter avec certitude par une recherche spécifique (mais laquelle?) de biologie moléculaire par amniocentèse, le diagnostic pouvant dans certains cas mener à une décision d'interrompre la grossesse. On comprend à quel point cet essai d'approche diagnostique, souvent longue et pas toujours fructueuse est angoissante à la fois pour les médecins et les parents. La situation est complètement différente en post natal. A ce stade, le diagnostic ne va pas changer l'avenir de l'enfant et ne peut en aucun cas être un arrêt de mort pour lui.

De nouveaux pouvoirs, donc de nouveaux enjeux éthiques et moraux ? :

Un nouveau pouvoir, de vie et de mort sur le fœtus est donc octroyé aux médecins par le surgissement de la médecine fœtale et la possibilité d'interrompre une grossesse. Ce pouvoir est octroyé, *in solidum*, aux parents, qui dépendent d'ailleurs des médecins par la transmission du savoir. Cette nouvelle situation entraîne de nouvelles responsabilités, et de nouveaux enjeux moraux personnels et donc sociétaux.

Le diagnostic prénatal échographique pose, de manière absolument récurrente, la question de l'acceptable et de

l'inacceptable en terme de qualité de vie. De plus, la décision va être prise après la confrontation de deux points de vue différents, celui du corps médical et celui des parents.

Beaucoup de cas sont problématiques et un consensus est de plus difficile à obtenir au sein même de l'équipe médicale décisionnelle du CPDPN car les points de vue sont différents selon les disciplines. Quant à l'attitude des parents, elle peut varier d'un extrême à l'autre pour une même malformation et il peut, de plus, exister un conflit au sein du couple sur la décision à prendre. On comprend donc que, dans nombre de cas, pour des malformations graves mais pas obligatoirement léthales, il ne peut y avoir une réponse univoque pour une malformation donnée (par exemple une cardiopathie complexe, non curable mais opérable avec un résultat et une qualité de vie aléatoires: les chirurgiens cardiaques vont dire ce qu'ils espèrent obtenir, souvent sans certitude, et les parents vont devoir décider s'ils acceptent et se sentent prêts à assumer de tels aléas. La décision est encore plus difficile à prendre lorsque c'est un pronostic plus lointain qui est en jeu: « cela devrait aller bien durant quelques années... mais on ne sait combien... »). L'équipe médicale a à prendre en compte l'idiosyncrasie de chaque couple.

Nos systèmes de valeurs influent sur notre morale, c'est-à-dire sur les règles d'action fonctionnant comme normes de notre société, et il est bien évident que ces systèmes de valeurs varient avec les avancées technologiques car celles-ci créent des situations inconnues jusqu'alors. Par exemple, une prolongation artificielle de la vie à tout prix du fait de progrès technologiques ne paraît plus acceptable alors que la vie

devait être respectée, justement à tout prix, avant ces avancées technologiques; de même la vie d'un fœtus devait être respectée à tout prix avant la dépénalisation de l'IMG et de l'IVG. Le problème de l'interruption de la vie par IMG n'a pu surgir qu'à la suite de l'apparition de techniques mettant en évidence des anomalies fœtales: l'échographie et la génétique. Ces techniques ont donc complètement changé notre morale c'est-à-dire nos règles d'action, même si l'éthique elle-même, qui concerne les principes de cette morale, n'a pas varié: le respect de la vie reste un des principes fondateurs de notre éthique mais il ne peut plus se concrétiser par une attitude univoque car il existe un éclatement des situations.

Le dévoilement du fœtus : une nouvelle prise en charge psychologique de la grossesse et conséquemment des nouveaux-nés :

Il faut aussi parler, à côté du pouvoir de vie et de mort sur le fœtus donné aux médecins, de l'autre pouvoir de l'échographie qui est celui du dévoilement du futur enfant. L'échographie nous a fait tout à coup appréhender, « voir » le fœtus et c'est le premier et le seul examen qui lui est consacré. C'est donc un tout nouveau fonctionnement du psychisme humain qui émerge, aussi bien pour les médecins que pour les parents. Notre perception de la grossesse est bouleversée. Cela entraîne une prise en charge psychologique complètement différente et de la grossesse et, par suite, des nouveaux-nés.

« Le prénatal est bien le premier chapitre de la biographie vraie de la personne humaine et non un préambule, une préhistoire » dit Missonnier.

Nous prêtons une meilleure attention à l'impact des tout premiers liens dans l'élaboration psychique de l'enfant : l'importance de la dysparentalité précoce, dysfonctionnement des toutes premières relations mère-nouveau né, est actuellement connue et les échographistes doivent avoir conscience que c'est un travail de prévention qu'ils peuvent accomplir lors des examens prénataux, et en particulier lors des échographies.

– Lorsque la grossesse est normale, l'examen échographique permet aux parents de rencontrer leur enfant, c'est un apport positif dans le processus de parentalité.

La prévention précoce des avatars de la parentalité se situe à deux niveaux : au niveau de l'attitude active de l'échographiste et au niveau du comportement parental où il existe une sémiologie à décrypter : ce sont les « clignotants » décrits par Missonnier.

– L'échographiste doit essayer de respecter l'élaboration fantasmatique des patientes qui sont en train d'accéder à la parentalité. Les images d'échographie donnent soudain réalité au fantasme et la mère scrute l'attitude, le visage, les réactions de l'échographiste. Elle veut s'assurer que son enfant idéal imaginaire colle bien à cette représentation de la réalité qu'est l'échographie. L'échographiste risque d'être le destructeur de l'enfant parfait, d'autant plus que son but est la recherche de malformations alors que le couple vient, encore souvent, seulement pour « admirer » le futur bébé, sans avoir trop conscience de l'importance de cet examen du premier, deuxième, ou troisième trimestre de la grossesse s'attachant à affirmer la normalité du fœtus. L'échographiste effectue la sonorisation

de l'image, or, dans un film, c'est la bande son qui donne l'ambiance ! Le ton, le choix des mots, tout a une signification, perçue avec une extrême acuité par la future mère. Certains mots sont à évacuer de la part de l'échographiste lors de l'examen (doute, anomalie.) : leur impact est très fort et risque de peser sur le fœtus durant toute la grossesse puis sur le nouveau-né, même si tout est finalement parfaitement normal. Un changement brutal dans l'attitude de l'échographiste est aussi immédiatement source d'angoisse pour la patiente. La maîtrise du comportement de l'échographiste est donc capitale.

– Au niveau du comportement parental : l'échographie est une sorte de rituel initiatique de passage, avec un pouvoir d'influence se situant entre deux polarités extrêmes : soit une dynamique positive du processus de parentalité, soit une sidération psychique ou encore une identification projective pathologique par résurgence traumatique. C'est à l'échographiste de reconnaître les réactions parentales inappropriées comme : évitement, sidération, effusion émotionnelle sans motif apparent, crainte démesurée de malformation, ou de nuire au bien être fœtal ou encore crainte d'un fœtus destructeur, relation trop dépendante avec l'échographiste, ou au contraire conflictuelle... etc. Le couple ou la personne impliquée doit être orientée vers une consultation psychothérapique.

– En cas d'anomalie fœtale, cet examen devient le lieu d'une grande angoisse, de la perte des repères, d'une blessure narcissique profonde. L'ambivalence maternelle s'exprime souvent à ce moment très sensible et la patiente peut parler d'interrompre la grossesse même

pour une malformation mineure. Il faut connaître l'intensité toute particulière du traumatisme psychologique lors de malformations très visibles modifiant le schéma corporel comme les malformations des membres ou encore les fentes labiales pour lesquelles le traumatisme est si intense que les mères parlent de monstre : l'atteinte à l'intégrité du visage de leur enfant lui fait perdre son humanité. C'est un des mérites de l'échographie de permettre dans ce cas à la mère de se préparer, de réinvestir son enfant et d'être moins vulnérable à la naissance à cette situation d'effroi, de panique et de rejet de leur bébé.

L'attitude de l'échographiste en cas de malformation a une grande importance. Certaines conclusions hâtives, prononcées dans cette période au plus haut point sensible, sont irrécupérables et risquent de marquer à vie cet enfant dans le psychisme des parents. L'annonce de l'anomalie est une période critique aussi pour l'échographiste qui doit à la fois contrôler au maximum ses doutes, ses émotions, et laisser parler ses qualités humaines, ne pas être seulement celui qui décrit une anomalie. Enfin il faut savoir que le traumatisme d'une malformation peut venir réactiver puissamment des traumatismes anciens refoulés : le soutien psychothérapique est capital et c'est là que se joue sûrement une partie importante pour l'enfant à venir.

Quels buts pour l'échographie obstétricale ?

L'apparition de l'échographie obstétricale a permis de visualiser le fœtus et donc d'effectuer un dépistage des malformations fœtales. Comme c'est souvent le cas pour une technique médicale émergente, le

niveau technique s'est rapidement amélioré au cours des années et l'échographie prénatale a connu une diffusion très rapide, sans aucun contrôle de qualité et avec un décalage dans la réflexion éthique.

Mais comment aurait-il pu en être autrement ? Il a fallu en effet brutalement tout apprendre sur le fœtus, ce grand inconnu, et tout s'est donc fait nécessairement en même temps et dans le désordre :

– devoir apprendre la corrélation anatomo-échographique des images

– devoir apprendre les particularités possibles d'un fœtus qui ne sont pas des anomalies : les fœtus, comme les nouveaux-nés, sont tous différents, et se pose aussi pour eux souvent le dilemme « anomalie ou particularité ? », ceci non seulement sur l'aspect physique extérieur comme chez les nouveaux-nés mais aussi sur les organes !

- devoir apprendre à reconnaître, puis évaluer, les malformations et à en donner un pronostic alors que l'on ne connaît même pas encore leur histoire naturelle ! Un avis pronostique autorisé ne peut être donné qu'après l'étude de cohortes d'enfants présentant ces malformations et qui ont été dépistés in utero, ce qui prend des années.

– et enfin avoir la surprise de découvrir que les malformations peuvent être évolutives avec un pronostic pouvant se dégrader ou s'améliorer en cours de grossesse ; par exemple une Tétralogie de Fallot évoluant vers une atrésie pulmonaire, une ventriculo-mégalie cérébrale évoluant vers une hydrocéphalie, ou à l'inverse un anasarque foeto-placentaire au 2^e trimestre se résorbant totalement au cours du 3^e trimestre et sans étiologie reconnue. Comment dès lors, dans certains cas, donner un

pronostic fiable lors de l'échographie du 2^e trimestre?

On apprend encore tous les jours, avec une précision croissante, le fœtus normal et anormal. Mais pour quels buts exactement? :

La Médecine se définit comme: « L'ensemble des connaissances scientifiques et des moyens mis en œuvre pour la prévention, la guérison ou le soulagement des maladies, blessures ou infirmités ».

L'apparition de l'échographie obstétricale a fait naître l'espoir d'interventions amenant au traitement précoce et à la guérison de maladies ou infirmités fœtales.

Il a fallu vite déchanter car le nombre de situations où le fœtus peut être traité in utero est très réduit, avec de plus un risque iatrogène non négligeable de perdre la grossesse

en cas d'intervention: suppression au laser des anastomoses dans les syndromes transfuseur-transfusé des jumeaux mono-choriaux, décompression de volumineux kystes thoraciques menaçant l'avenir pulmonaire du fœtus, obturation de la trachée fœtale en cas de hernie diaphragmatique pour provoquer la croissance pulmonaire. Par contre le risque iatrogène est moindre dans le cas de traitement par injection intra-amniotique d'hormones thyroïdiennes en cas de goitre, et inexistant en cas de drogues données à la mère pour traiter les troubles du rythme cardiaque fœtal.

Le rôle de l'échographie s'est donc surtout réduit à « la prévention ou le soulagement » des infirmités et maladies fœtales. La prévention des infirmités ne peut s'effectuer que par leur dépistage, pouvant aboutir à l'IMG,

dont la décision et le processus sont soumis à la loi. Quant au soulagement des infirmités et maladies, il se conçoit par une meilleure prise en charge à la naissance du nouveau-né dont l'état pathologique est déjà connu. (par exemple un fœtus présentant une transposition des gros vaisseaux, qui pourrait décéder une demi-heure après la naissance par absence de prise en charge immédiate de sa cardiopathie si le diagnostic n'a pas été fait en prénatal).

Le problème des limites de l'examen échographique :

Le problème de l'équilibre entre le « pas assez d'investigations » ou « trop d'investigations », consubstantiel à la médecine, surtout contemporaine, prend toute son acuité en

médecine fœtale puisque c'est la vie du fœtus qui peut en dépendre, en raison à la fois de la dangerosité des examens proposés (amniocentèse) et de la possibilité ultime d'une IMG. Le reproche est fait aux échographistes d'une fuite en avant qui consiste à faire une étude morphologique du fœtus toujours plus détaillée, sans réfléchir aux conséquences délétères possibles, en particulier aux doutes qui vont inéluctablement survenir plus souvent à l'issue d'un examen morphologique très poussé: la sensibilité se fait en effet au détriment de la spécificité.

Il est vrai que la connaissance de la morphologie et physiologie fœtales s'affine de jour en jour et comment en pourrait-il en être autrement? D'une part le progrès technique est inéluctable et incontrôlable, d'autre part a-t-on jamais décidé de stopper l'uti-



lisation d'une technique médicale sans dangerosité reconnue car elle devenait trop performante, trop sensible? Il s'élève toujours des voix pour fustiger les effets délétères des progrès techniques, mais cela a toujours été en vain si les effets bénéfiques sont estimés supérieurs, ce qui est le cas pour l'échographie foetale, à la fois du point de vue des médecins du prénatal mais aussi des parents pour lesquels l'importance de l'échographie n'est plus à démontrer. Le débat, par exemple, sur la non détection, volontaire, des « anomalies mineures » semble complètement obsolète. En effet, une anomalie phénotypique peut être mineure et amener au diagnostic d'une des anomalies héréditaires graves dont il a été question plus haut. L'examen précis des doigts, entre autres, fait encore débat or la détection, par exemple, d'une triphalangie du pouce chez un fœtus a conduit au diagnostic de syndrome de Fanconi avec pancytopenie et rétrospectivement à ce même diagnostic chez le frère aîné décédé alors qu'un diagnostic étiologique n'avait pas été fait. Ce diagnostic a permis aux parents de choisir d'interrompre cette 2^e grossesse et de débiter une 3^e grossesse en ayant la certitude d'une possibilité diagnostique et donc de

ne pas avoir un 3^e enfant vivant et atteint.

Le problème des limites toujours repoussées de l'examen morphologique se posera toujours car il ne sera jamais possible d'effectuer un examen exhaustif du fœtus, la technique, et la connaissance du fœtus étant en perpétuel progrès.

L'échographiste peut donc toujours se trouver dans la situation de n'avoir pas vu une anomalie qui était, peut-être, visible, en particulier par un confrère plus expérimenté que lui.

Il est devenu impossible d'explorer tout ce qui pourrait être vu sur chaque fœtus: dans l'état des connaissances actuelles il faudrait de 2 à 3 heures si l'on veut explorer tout ce qui est connu. Par exemple un examen cérébral approfondi, par voie abdominale et endovaginale à la recherche de calcifications d'origine infectieuse ou d'une anomalie de la gyration prend environ une heure à un échographiste expérimenté et cette recherche est impossible pour un échographiste de premier niveau, or le fœtus peut très bien être atteint alors que la mère n'a présenté aucune symptomatologie susceptible d'amener à une échographie de référence.

Autre exemple: une étude de la continuité ano-rectale à la recherche d'une atrésie ano-rec-

tale n'est pas habituelle; elle peut être possible, pas toujours cependant, et seulement dans de bonnes conditions de position foetale, par un échographiste expérimenté. Elle ne peut devenir systématique pour un échographiste de premier niveau. Une plainte a encore été déposée pour non dépistage d'une atrésie ano-rectale...

Un autre problème de limites est la finesse des signes décelés, confinant à la particularité: le dépistage de la trisomie 21 pèse lourdement sur l'échographiste car c'est souvent le seul et unique sujet d'inquiétude évoqué par la patiente lors de la consultation, or les signes échographiques de trisomie peuvent être très mineurs, (voire absents): doit-on prendre, sur des signes échographiques insuffisamment prédictifs le risque d'une amniocentèse qui dans 1 % des cas peut entraîner la perte de la grossesse ou pire la naissance d'un grand prématuré avec de lourdes séquelles neurologiques?

Chaque examen morphologique est un challenge pour l'opérateur puisque la qualité d'une vie peut en dépendre. La pression est d'autant plus importante que l'échographie est de plus en plus ressentie comme un « passeport de normalité du fœtus » par les parents. Le contrat moral passé avec la patiente veut que le médecin se donne tous les moyens, mais ces moyens peuvent aussi être délétères et c'est le cas de conscience journalier des échographistes.

La compétence des échographistes :

Le problème des limites pose, de fait, ainsi que l'on vient de le voir, le problème de la compétence des échographistes: l'échographie est un examen difficile, demandant une expérience qui s'acquiert lentement, et connu pour être opérateur

dépendant: tout se joue dans la tête de l'opérateur qui interprète l'image que lui donne une coupe fine issue de la sonde qu'il déplace sur le fœtus. Il « reconstruit » dans sa tête le fœtus à partir du balayage qu'il effectue grâce à cette coupe unique. Il ne reste de plus, que très peu de traces de l'examen, impossibles à juger par un autre médecin: seulement quelques clichés n'illustrant encore une fois qu'une interprétation de l'opérateur, qui peuvent montrer des images construites et artéfactées, et un compte rendu dont on ne peut être sûr de la valeur du contenu. Ceci est tout à fait différent des examens radiologiques, comme l'IRM par exemple, pour laquelle l'examen est contenu en entier dans les clichés, interprétables par n'importe quel médecin spécialisé.

L'échographie est un examen opérateur-dépendant mais aussi un examen fœtus-mère dépendant: la mobilité plus ou moins grande du fœtus et de ses positions, l'abondance du liquide amniotique, l'épaisseur de la paroi abdominale maternelle sont autant de facteurs limitant les possibilités d'une exploration. On voit que l'on est loin d'une vision « panoptique » du fœtus, croyance encore répandue chez les patientes, et même chez certains médecins!

L'échographie dans les Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal :

La création effective des CPDPN date du 28 mai 1997. Ils sont au nombre de 45, agréés à donner un avis sur la conduite à tenir en cas de pathologie foetale et leur consentement ou non dans les cas de demandes d'IMG.

Leur rôle est, tout particulièrement, d'apprécier en conscience si le risque théorique encouru par le fœtus (ou par la mère du fait de la grossesse) justifie ou

non d'interrompre celle-ci. Cette tâche est éminemment difficile. Que l'on parle de handicap physique ou mental, la notion de qualité de vie inacceptable est très subjective, que ce soit pour les médecins ou les parents. Non seulement les termes de la loi sont, délibérément et heureusement, assez flous (« forte probabilité d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic »), ce qui laisse une latitude au jugement des médecins et augure donc de difficultés, mais aussi parce que la notion de risque d'une particulière gravité est éminemment subjective pour les couples qui ont un avis personnel sur le risque qu'ils acceptent de courir pour leur enfant. (toute grossesse étant de toutes façons une prise de risque).

Les généticiens, échographistes, et obstétriciens sont les pourvoyeurs des cas examinés dans les CPDPN et donc les intermédiaires avec les parents. Les échographistes sont en première ligne pour l'annonce d'une malformation au couple et c'est là que prend place leur expérience professionnelle, à la fois technique et médicale, et aussi leur qualité humaine. La manière dont est faite la première annonce de l'anomalie est capitale pour la suite. L'échographiste qui annonce une anomalie morphologique ou un pronostic grave doit être absolument sûr de lui ou doit immédiatement demander un autre avis, sans affirmer un diagnostic dont il n'est pas sûr. Il est en effet très difficile, pour ne pas dire impossible, de revenir en arrière une fois le doute mis dans l'esprit de la patiente, surtout si l'on a parlé d'IMG de manière abusive. C'est le rôle des échographistes de référence des CPDPN de revoir ces foetus, de faire le point sur les anomalies morphologiques et de faire la synthèse avec les autres intervenants pour

une attitude cohérente adaptée à chaque cas. Le but des CPDPN est d'éviter les dérives, dont les polarités extrêmes seraient d'un côté un eugénisme visant à une perfection physique du foetus et de l'autre un refus d'accord d'IMG devant un foetus atteint de malformation léthale ou, pire, pouvant survivre dans des conditions épouvantables. C'est donc un rôle d'équilibre, qui peut être obtenu grâce aux incessants va-et-vient entre les divers intervenants spécialistes des malformations atteignant le foetus, et avec le couple. L'aide de psychiatres rompus à ces problèmes prénatals est importante, nous permettant de mieux comprendre la position éthique, la situation émotionnelle forcément en rapport avec les antécédents personnels de chaque couple et donc de nous « décoller » de notre éthique et perception personnelles, pour un meilleur jugement de l'idiosyncrasie de chaque couple.

Le diagnostic prénatal face à la justice et le risque d'un eugénisme de précaution :

Les acteurs du diagnostic prénatal, et tout particulièrement les échographistes, subissent la montée en puissance d'un risque d'eugénisme de précaution : risque de demande d'interruption de la grossesse au moindre doute sur la normalité du foetus afin de ne prendre aucun risque médico-légal. Cette attitude est induite :

– d'une part par les futurs parents lors de la découverte d'une anomalie morphologique : il leur est le plus souvent difficile d'apprécier la gravité de la malformation, ils angoissent sur les pathologies associées possibles mais non décelables et ne supportent pas la destruction de leur fantasme d'enfant parfait. C'est là

où le rôle de régulation des CPDPN est capital. La consultation sur l'Internet devient d'ailleurs un élément important à prendre en compte, les couples croyant s'y approprier un savoir et donc une possibilité de jugement de la situation pathologique de leur foetus. Ils en ressortent souvent affolés et prévoyant le pire, dans un maelström d'informations qu'ils n'ont pu décoder par rapport au cas spécifique de leur foetus. Une enquête récente auprès d'une soixantaine de professionnels de la naissance montre une forte augmentation des demandes d'interruptions médicales de grossesse par les parents en cas d'anomalie

– d'autre part par les échographistes eux-même devant la judiciarisation croissante du diagnostic prénatal à la suite de l'arrêt Perruche du 17 novembre 2000 : en 1982, madame Perruche, enceinte, pense avoir contracté la rubéole, une erreur du laboratoire d'analyses la déclare immunisée et son fils né handicapé. Les parents se tournent vers la justice, et la Cour de cassation, en 2000, accorde réparation à l'enfant du préjudice résultant de son handicap « dès lors que les fautes commises par le médecin et le laboratoire ont empêché sa mère d'interrompre sa grossesse ». Cet arrêt provoque un grand émoi chez les intervenants de la médecine foetale et en particulier chez les échographistes même s'ils n'ont pas été mis en cause dans le cas précis.

Deux ans plus tard, la loi sur le droit des malades du 4 mars 2002 vient pondérer l'arrêt de la Cour de cassation de nov 2000 et déclare que « nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance ». Désormais, seul le handicap dû à une faute médicale (faux négatif fautif), et non le handicap dû à une absence de diagnostic (faux négatif), peut donner lieu à réparation.

Il faut remarquer que cette loi fait une confusion entre pathologie et handicap : elle parle de « handicap non décelé durant la grossesse » alors que le diagnostic prénatal est un diagnostic clinique : il décèle une pathologie et non le handicap qui en est la conséquence et qui ne peut être évalué a priori au moment du diagnostic. De plus, la ligne de démarcation entre le « faux négatif fautif » et le « faux négatif » n'est pas objective et elle ne peut être que labile suivant les magistrats. Nombre d'échographistes l'ont bien compris qui ont cessé leur activité d'échographie obstétricale soit lors de l'arrêt Perruche, soit à la suite de cette loi « anti arrêt Perruche » de 2002. Ils y ont été conduits par cette judiciarisation évidente de leur discipline (entraînant de plus immédiatement l'envolée de leurs primes d'assurances...). Le médecin qui, n'ayant pas détecté une malformation, n'a pas permis à une patiente d'accéder à une IMG devient le responsable de cette malformation, comme s'il l'avait créée, puisqu'il risque fort de se faire condamner par la justice pour « faux négatif fautif ». Ce genre de condamnation possible semble emblématique de la vision que se fait notre société du dépistage prénatal...

Dernier « incident juridique » : la cour de cassation a jugé le 24 janvier 2006 que l'application rétroactive de la loi de 2002 « anti arrêt Perruche » était incompatible avec la Convention Européenne des Droits de l'Homme. Les actions engagées devant la justice avant la loi de 2002 sont donc jugées selon la jurisprudence Perruche de 2000. Le rapport du Comité National Technique de l'Echographie de Dépistage Prénatal (créé par Bernard Kouchner en 2001) rendu en avril 2005 dont le but est de définir le contenu exact opposable de chaque examen

Suite page 50

L'infertilité et sa prise en charge thérapeutique en 2006

par le Dr Joëlle Belaisch-Allart,

chef du service de gynécologie obstétrique et reproduction humaine, CHI Sèvres



La fréquence exacte de l'infertilité en France est mal connue et les publications sur ce point sont anciennes. On estime qu'environ 15 % des couples connaissent un problème d'infertilité. La plus récente publication épidémiologique en France, celle de Thonneau (1), estimait que 1/3 des infertilités seraient d'origine féminine, les troubles de l'ovulation venant au premier plan devant les infertilités tubaires, 1/5 des infertilités seraient d'origine masculine, 40 % seraient mixtes et 10 % inexplicables. Les consultations d'infertilité sont en constante augmentation pour plusieurs raisons, au premier rang desquelles vient le recul de l'âge du

désir d'enfant (figure 1). Le désir tardif de maternité est en effet devenu un phénomène de société, il est lié à une meilleure maîtrise de la contraception, aux carrières féminines, mais aussi désormais aux secondes unions, de plus en plus fréquentes. La chute de la fertilité avec l'âge est souvent méconnue par les médecins, et méconnue voire niée par les patientes. Leridon vient de démontrer qu'une patiente qui veut un enfant à 30 ans a 93 % de chances de l'obtenir dans sa vie entière, mais qu'une patiente qui commence à vouloir un enfant à 40 ans n'a que 65 % de chances de l'obtenir (tableaux 1 et 2, [2]). Contrairement aux idées reçues, l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) ne permet pas de lutter contre cette chute de la fertilité car tous les résultats de tous les traitements sont liés à l'âge de la femme. La prise en charge de l'infertilité se doit désormais avant tout de tenir compte de l'âge de la femme.

Bilan

La Référence Médicale Opposable concernant l'infertilité autorise la prise en charge de l'infertilité au

bout d'un an de rapports réguliers, avant en cas de troubles patents chez l'homme ou chez la femme, ou si la femme a plus de 35 ans. On ne devrait donc plus voir de femmes ayant eu leurs trois règles par an qui ont attendu (ou que leur médecin a fait attendre ?) deux ans de rapports réguliers avant toute exploration. Contrairement à la définition précédente dans laquelle pour parler d'infertilité, il fallait deux ans de rapports réguliers, on admet donc actuellement qu'au bout de un an de rapports réguliers on peut commencer les explorations.

Les examens de première intention sont toujours, même en 2006, la courbe de température, le test post coïtal ou test de Huhner et le spermogramme. On ne devrait donc plus voir de femmes ayant subi tous les examens de l'infertilité jusque et y compris, la coelioscopie sans que leur conjoint ait été exploré. En deuxième intention, l'échographie, l'hystérogographie, les dosages hormonaux, l'hystérocopie et la coelioscopie (en dernière intention) sont à proposer. Toutefois, une étude de la CPAM du Midi-Pyrénées (3) a récemment démontré que ces recommandations n'étaient pas

tout à fait suivies puisque parmi les femmes ayant reçu du citrate de clomifène près d'un tiers n'avait pas eu d'hystérogographie, ni de spermogramme avant la prescription d'un inducteur de l'ovulation ! Au terme du bilan, on doit pouvoir cerner au mieux le problème : infertilité d'origine féminine : ovulatoire, cervicale ou mécanique, ou infertilité d'origine masculine, ou mixte, voire faute de cause décelée, infertilité inexplicable.

Prise en charge thérapeutique

Elle est fonction de l'étiologie. Les infertilités d'origine hormonale relèvent des inducteurs de l'ovulation à l'exception des insuffisances ovariennes prématurées et des ménopauses précoces où le seul recours est le don d'ovocyte. L'AFSSAPS a émis en 2004 des recommandations sur le bon maniement des inducteurs de l'ovulation, recommandations en cours de réactualisation. Le message le plus important de ces recommandations, celui sur lequel le groupe de travail s'est lourdement appesanti, est qu'il ne faut plus utiliser les inducteurs sans avoir au préalable



Figure 1 : France, 1900-2000 : âge moyen à la maternité (toutes naissances et premières naissances) (Léridon, 2004).

apprécier l'état du sperme et des trompes. En clair, on ne devrait plus voir de femmes recevant, au bout d'un an d'infertilité, du citrate de clomifène, voire des gonadotrophines urinaires ou recombinantes, sans qu'un bilan ait été fait, ce qui était

trop souvent le cas, comme révélait dans l'étude de la CPAM du Midi Pyrénées (3). En cas d'infertilité d'origine tubaire, la coelioscopie s'impose le plus souvent et permet de faire la part des indications directes de fécondation in vitro (obturation

tubaire bifocale, pelvis multi-adhérentiel) ou de coelio chirurgie (adhérences péritubo ovariennes, phimosis tubaire). En cas d'infertilité cervicale (test post coïtal négatif), la stimulation de l'ovulation associée aux inséminations

intra-utérines s'impose. En cas d'infertilité masculine selon la sévérité des troubles, on aura recours soit à la stimulation de l'ovulation associée aux inséminations intra-utérines, soit à la fécondation in vitro, soit à la micro injection (ICSI) d'emblée selon la sévérité des troubles. Un test dit de migration survie (obligatoire avant toute insémination intra-utérine) permet de déterminer la thérapeutique la plus adaptée. Contrairement aux idées reçues, il n'est pas obligatoire de passer d'abord par l'insémination intra-utérine. Si le test de migration survie ne permet pas après préparation d'obtenir au moins 1.10^6 de spermatozoïdes mobiles, il faut passer d'emblée en fécondation in vitro, voire en l'ICSI et savoir prendre en compte la tératospermie. En cas d'infertilité sans cause évidente on peut proposer le recours aux inséminations intra-utérines (IIU) et en cas d'échec la FIV. Plusieurs méta analyses ont démontré que les inducteurs de l'ovulations seuls (non associés aux IIU) ne sont pas la thérapeutique adaptée dans ce cas (AFSSAPS, 2004)

Tableau 1 : Taux de succès (naissances vivantes) sans AMP, selon l'âge de la femme en début de recherche de conception : résultats d'un modèle (Léridon, 2004)

	Âge de la femme en début de tentative		
	30	35	40
Pour 100 femmes de chaque âge :			
a Succès : conceptions (NV) en 12 mois	75,4	66,0	44,3
b Retard : conceptions (NV) en 12-23 mois	10,9	12,3	12,7
c Retard : conceptions (NV) en 24-35 mois	3,0	3,9	4,7
d Retard : conceptions (NV) en 36-47 mois	1,4	1,7	2,0
e Total conceptions (NV) en 4 ans (a+b+c+d)	90,7	83,9	63,7
Total conceptions (NV) vie entière	93,9	85,9	65,1
Au moins 1 fausse-couche avant NV (p.100 NV)	14,4	145,7	16,3
Âge Y de recours à l'AMP (en cas d'échec)	34 ans	38 ans	42 ans
Pas de conception à l'âge Y (échecs)	9,3	17,8	43,0

Problèmes spécifiques à l'assistance médicale à la procréation (AMP)

Aucune pratique médicale n'est aussi encadrée par la loi que l'AMP. La loi dite de bioéthique de juillet 1994, revue en août 2004, définit les conditions dans lesquelles l'AMP peut s'exercer. L'AMP comprend les inséminations intra-utérines (IIU), la fécondation in vitro (FIV) et la micro injection (ICSI). La loi du 06 août 2004 a créé

Tableau 2 : Taux de succès (naissances vivantes) avec AMP, selon l'âge de la femme en début d'AMP : résultats d'un modèle

	Âge de la femme en début de tentative		
	30	35	40
Âge Y de recours à l'AMP (en cas d'échec)	34 ans	38 ans	42 ans
<i>Pour 100 femmes de chaque âge :</i>			
a Pas de conception à l'âge Y (échecs)	9,3	17,8	43,0
Conceptions (NV) avec AMP :			
Succès : conception avant 1 an	2,0	3,0	5,1
Retard : conception à 12-23 mois	0,8	1,2	2
b Nombre total de conceptions (en 2 ans)	2,8	4,2	7,1
c Taux de succès apparent de l'AMP (%) = $100 \cdot b/a$	30,1	23,6	16,5
Pas de conception à l'âge Y+2 (=a-b)	6,5	13,6	35,9
Conceptions qui seraient survenues spontanément (sans AMP)			
d Nombre total en 2 ans	1,4	2,5	6,7
Taux de succès réel de l'AMP (%) = $100 \cdot (b-d)/a$	15,1	9,6	0,9

L'Agence de Bio Médecine (ABM) qui, entre autres missions, agréée désormais les praticiens autorisés à pratiquer l'AMP. Les Agences Régionales d'Hospitalisation autorisent le centre clinico-biologique à fonctionner. L'ABM collecte les résultats de tous les centres. La loi lui donne aussi pour mission le suivi des femmes ayant bénéficié d'une AMP et des bébés, ce qui n'est pas sans soulever quelques problèmes. S'il peut être utile de retrouver quelques années plus tard les femmes ayant bénéficié de tel ou tel traitement (voire l'exemple du Distilbene) faut-il « marquer » (stigmatiser) les enfants AMP? Les différents conseils de l'ABM (conseils d'orientation, d'administration et médico-scientifique) réfléchissent actuellement à la moins mauvaise façon de faire.

Le guide des bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation paru au Journal Officiel en février 1999, qui précise les points non définis dans la loi de bioéthique, est en cours de réactualisation par l'Agence de Bio Médecine. Il va plus loin que la loi et précise tous les détails de la pratique de l'AMP et des locaux qui sont utiles. Fallait-il vraiment légiférer sur une science aussi récente que l'AMP (1^{er} bébé éprouvette né au monde, Louise Brown, en 1978, en France, Amandine en février 1982) certains médecins s'interrogent. D'après la loi, l'homme et la femme (les femmes seules ou homosexuelles sont légalement exclues de l'AMP) doivent être vivants, en âge de procréer (ce qui ne veut pas dire grand-chose puisqu'on

peut comprendre jusqu'à la mort pour l'homme, jusqu'à l'âge moyen de la ménopause pour la femme: 51 ans?), mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune au moins de 2 ans. En clair, bien qu'un couple sur deux ne soit pas marié actuellement en France, une AMP est autorisée le lendemain du mariage, mais seulement après 2 ans de vie commune en l'absence de passage devant le maire! Le PACS n'a pas été pris en compte dans la loi du 06 août 2004.

Les dons d'ovocyte et de sperme doivent être anonymes et gratuits. Les mères porteuses sont interdites. Vérité en France n'est pas loi au-delà des frontières. Le nomadisme procréatique, condamné par certains, permet aux françaises de bénéficier de don d'ovocyte non

anonyme en Belgique, ou de trouver des jeunes donneuses anonymes mais rémunérées en Espagne. Les femmes seules ou homosexuelles sont également acceptées dans de nombreux pays européens. Si la liberté est restreinte en France, en revanche il faut souligner que les françaises bénéficient d'une prise en charge par la Sécurité Sociale qui leur est favorable: 4 tentatives (une tentative s'entend avec une ponction et transfert d'embryon) sont totalement prises en charge pour l'obtention d'une grossesse en milieu hospitalier.

Résultats de l'AMP en France

Comme le démontre le dernier rapport FIVNAT, depuis l'année 2000, la proportion d'ICSI réalisées en France est devenue supérieure à celle des FIV pour atteindre 53,3 % en 2002 (4). Parallèlement les indications tubaires de la FIV vont en régressant: elles représentent désormais moins de 40 % des FIV classiques.

L'âge des candidates à l'AMP ne cesse d'augmenter, actuellement 51 % des candidates à la FIV ont plus de 35 ans alors que la première chute des taux de succès survient des 35 ans et près de 30 % ont plus de 38 ans! La situation est à peine meilleure en ICSI avec 40 % de plus de 35 ans et 21 % de plus de 38 ans! Les françaises n'ont pas recours trop vite à l'AMP, la durée moyenne d'infertilité avant le recours à la FIV étant de 4,8 ans et de 4,7 ans avant ICSI.

Les résultats français sont souvent accusés d'être inférieurs aux résultats améri-

cains ou nordiques. Les américains transfèrent in utero un nombre d'embryons plus élevés que nous sans craindre les grossesses multiples, pour des raisons essentiellement financières (la patiente paye son traitement et les taux de succès doivent être maximum). La comparaison avec les pays nordiques (Suède, Danemark) est plus compliquée. De par leurs excellents résultats ces pays ont développé le transfert de l'embryon unique pour éviter les grossesses gémeillaires. S'il ne faut pas diaboliser les grossesses gémeillaires, il n'en est pas moins vrai que le but d'un traitement de l'infertilité est d'obtenir un enfant en bonne santé, aussi en apparence le plus simple en FIV serait donc de ne déposer qu'un embryon dans la cavité utérine, d'où la mode du « single embryo transfer ». Tout le problème réside dans le taux de succès obtenu avec le transfert d'un seul embryon. Dans les pays nordiques, fervents adeptes du transfert unique, les taux de grossesse dépassent les 30 % après transfert d'un seul embryon dans les cas sélectionnés (femmes de moins de 35 ans, avec plusieurs beaux embryons (ce qui permet de choisir le meilleur) lors de premières ou secondes tentatives). En France, d'après les dernières données FIVNAT 51 % des candidates à la FIV ont plus de 35 ans ! Une telle politique nécessite de plus de très bon résultats en congélation or le taux de grossesse français est de 14,2 % par décongélation et de 14,6 % par transfert (environ 80 % des embryons résistants à la décongélation) dans les dernières données FIVNAT.

La qualité des équipes françaises est souvent mise en cause en oubliant qu'un bon

laboratoire coûte cher (en matériel et en particulier en nombre d'incubateurs pour ne pas ouvrir les portes trop souvent et déstabiliser les constantes physiques de l'incubateur, et en personnel) et que la politique dans le secteur privé comme dans le secteur public en France est aux restrictions permanentes. La devise actuelle est « toujours plus d'activité toujours moins de moyens » au nom de la sacro sainte tarification à l'activité (T2A) ! Autre facteurs expliquant nos résultats moyens, il se fait beaucoup plus d'AMP par millions d'habitants dans les pays nordiques qu'en France (961 par million en France contre 1830 au Danemark). Il est évidemment plus facile de traiter des femmes « peu fertiles » pour ne pas dire presque fertiles !

Dernier et non des moindres problèmes faut-il publier, afficher les performances de chaque centre ? La transparence des résultats fait également partie des débats actuels. Il y a quelques années un magazine grand public avait publié le classement des centres FIV français avec des résultats « bruts » : le taux de succès par ponction sans tenir compte de l'âge de la femme de l'indication etc... Cela avait suscité un certain émoi dans les centres et chez les patientes. Le rapport FIVNAT 2004 démontre qu'il existe des disparités entre les centres et que les taux de succès vont de moins de 10 % à plus de 30 % de grossesses cliniques par ponction ! Les résultats les plus bas s'observant dans les centres qui ne pratiquent pas ICSI et dans la plupart des petits centres. Il ne serait pas illogique que les patientes soient informées des résultats du centre où elles s'adressent

Il faudrait toutefois disposer d'un bon indicateur, pour comparer les centres car les résultats sont fonction non seulement de la qualité du centre mais aussi des patientes prises en charge. Nous avons à Sèvres en 2005 présenté une étude comparant 2 types de stimulation de l'ovulation ou les taux de grossesse étaient de 40 et 43 % par groupe et avec les mêmes cliniciens et les mêmes biologistes présenté un étude ou le taux de succès est de 14 % par ponction ! Que faut-il conclure que nous sommes un excellent centre (première étude) ou une très mauvais (deuxième étude) ? En réalité dans l'étude comparant les 2 types de stimulation n'ont été incluses que des femmes de moins de 38 ans lors de leur première tentative, tandis que le second travail porte sur les « mauvaises répondeuses » c'est à dire des femmes ayant eu leur première tentative annulée pour réponse ovarienne insuffisante et que nous reprenons avec une demi-dose d'analogue agoniste du GnRH ! Cet exemple démontre bien combien il est difficile de juger objectivement les centres d'AMP. La

population sélectionnée idéale permettant la comparaison entre les centres n'est pas aisée à cerner. Si la transparence brute est érigée en dogme par nos instances, tous les « mauvais cas » (les couples dont les chances sont estimées faibles ou nulles) seront refusés.

La transparence est une arme à double tranchant, à manier avec précaution. Elle risque d'aboutir à l'inverse de l'effet qualité souhaité : certains centres désertés par les patientes plus ou moins bien informées ne recevraient plus que des cas de plus en plus mauvais, refusés par les autres centres et s'enfonceraient dans la spirale infernale des mauvais résultats. A l'inverse d'autres centres sélectionneraient de plus en plus et auraient certes d'excellents résultats mais seraient réservés à de rares « happy few ».

L'année 2005 a été marquée par la création de l'Agence de Biomédecine (ABM). C'est à l'ABM que revient désormais la collecte et la diffusion des résultats de l'AMP en France et leur publication espérons qu'elle le fera avec la plus grande sagesse ! ■

Bibliographie

1. THONNEAU P, PATUREAU J, MOYSE C, MARCHAND S, TALLEC A, FÉRIAL ML, LANSAC J, LOPES P, TABASTE JM, DUCOT B: Infertility in France: results of a multicenter survey in three French departments (1988-1989) *Contracept Fertil Sex (Paris)*. 1992; 20:27-32.
2. LERIDON J. Can assisted reproduction technology compensate for the material decline in fertility with age. *Human Reprod*, 2004, 19, 1548-1553.
3. BIGOUROUX V., ROUSSEL H, SOUCHE A, BOURREL R, SCIORTINO V. The use of clomiphene citrate in ambulatory medicine practice in the Midi-Pyrenees area: compliance to national guidelines applicable to infertility diagnosis and to prescription and monitoring rules applicable to clomiphene citrate treatments. *Gynecol Obstet Fertil*. 2004; 32: 954-60.
4. FIVNAT, Dossier FIVNAT, édition 2004, brochure Organon

Suite de la page 45

échographique donne quelque espoir sans pour autant être encore suffisamment avalisé en pratique chez les échographistes ni connu des futurs parents.

Les médecins du prénatal dans l'état :

Si, pour éviter les poursuites judiciaires, les médecins du diagnostic prénatal sont guêtés par un eugénisme de précaution, ils encourent aussi le risque judiciaire contraire, à savoir être poursuivis pour cet eugénisme même.

Le « rappel à la loi » infligé le 9 décembre 2005 par le procureur de la République du Tribunal de Grande Instance de Paris à trois médecins du CPDPN de Necker spécialistes du diagnostic prénatal et de renommée internationale augure de nouvelles difficultés entre les médecins du prénatal et la justice. Ce centre avait accordé une IMG,

à leur demande, aux parents, pour une hernie de coupole grave de leur fœtus en 2001. Le pôle santé publique du tribunal de grande instance de Paris a estimé que la malformation constatée n'était pas suffisante pour justifier l'IMG.

Que penser du fait qu'un juge puisse contester l'évaluation pronostique des médecins de ce CPDPN fonctionnant justement selon la loi? N'est-ce pas à la commission d'agrément de ces médecins de se retourner contre eux en cas d'IMG abusive et non à la justice? La contestation de la décision d'IMG est une ingérence de la justice dans la médecine fœtale, discipline hautement spécialisée, difficile, sensible et en évolution constante.

Le ministère de la santé, cinq jours plus tard, a reconnu que cette affaire, la première du genre, relevait d'un « dysfonctionnement de la justice ». Ceci ne peut diminuer l'inquiétude des acteurs du prénatal, qui a, au contraire, encore monté d'un

cran à cette occasion. Les juges ne semblent pas comprendre que l'exercice de ce métier difficile, et où il y a beaucoup de pression, se fait mieux dans la sérénité: une épée de Damocles n'aide pas à prendre les meilleures décisions pour les fœtus, car elles risquent d'être biaisées par d'autres considérations que médicales. Les médecins du prénatal ne cherchent pas à se dérober devant leurs responsabilités: ils voudraient pouvoir travailler sereinement.

Il est loisible, par ailleurs, de se demander si cette affaire de « rappel à la loi » n'est pas en rapport avec une tentative d'intimidation de la part du lobby anti IMG qui considère non recevable le fait d'interrompre la vie d'un fœtus, quelle que soit la gravité de la pathologie dont il est affecté, ceci contrairement à la loi.

En conclusion, comment les échographistes et les autres médecins du prénatal pourraient-ils exercer sereinement leur métier, sans repères sur leur

rôle exactement définis, ballotés entre les risques judiciaires de faux diagnostic négatif (fautif ou non fautif, la ligne de démarcation entre les deux étant éminemment subjective), ou au contraire d'eugénisme de précaution? Le rôle diagnostique exact des échographistes doit être défini, à la fois au sein de leur discipline et de la médecine fœtale, et ceci en accord avec les juristes sur une interprétation claire de la loi.

Le paradigme de la connaissance a envahi notre société qui est assaillie par la multiplication des savoirs, des recherches, des progrès techniques. Mais plus la connaissance avance moins il existe de modèle unificateur et plus il est difficile pour chacun d'imposer un point de vue. La tension entre la justice et la médecine met en exergue la différence de leurs points de vue, reflet de l'évolution de notre société sécuritaire vers toujours plus de responsabilité putative. ■

BULLETIN D'ABONNEMENT

OUI

je désire souscrire un abonnement annuel (4 numéros) à Officiel Santé.

Veuillez trouver ci-joint mon règlement pour la somme totale de 18,29 € à l'ordre de P.E.C.

Chèque bancaire

Chèque postal

NOM PRÉNOM

ADRESSE

CODE POSTAL VILLE

Bulletin à compléter et à retourner à :

P.E.C. - Service Abonnements, 14, bd du Commandeur, 13009 Marseille

REMERCIEMENTS AUX PARTENAIRES D'OFFICIEL SANTÉ

LABORATOIRES ASTELLAS PHARMA

LABORATOIRES SANOFI PASTEUR

LABORATOIRES BESINS INTERNATIONAL

LABORATOIRES SCHERING

LABORATOIRES CAG PHARMA

LABORATOIRES SHIRE FRANCE

LABORATOIRES COUSIN BIOTECH

VENTANA MEDICAL SYSTEMS

CYTYC FRANCE