

Contribution au plan stratégique médical 2020-2024

Assistance publique – Hôpitaux de Paris

Nom de la spécialité :

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

Principaux rédacteurs :

Laurent Mandelbrot, Anne-Sophie Bats, Alexandra Benachi, Geoffroy Candelorbe, Emile Daraï, Marc Dommergues, Michaël Grynberg, Gilles Kayem, Cyril Touboul, Vassilis Tstatsaris, François Goffinet

Q1. Contexte général de la spécialité

- Discipline vaste = M+C+O !
- Sous-disciplines importantes, notamment médecine materno/fœtale, diagnostic anténatal, obstétrique, chirurgie pelvienne, onco-gynécologie, onco-sénologie, uro-gynécologie/pelvi-périnéologie, orthogénie-planning familial, médecine de la reproduction

Q2. Évolution épidémiologique des pathologies de la spécialité pour 2020-2024

- Diminution de la natalité en France, mais position favorable des maternités de l'APHP
- Progrès de la prévention et du dépistage précoce qui améliore le pronostic, mais augmente le nombre de patientes. Exemples des cancers du sein et de l'endomètre, des grossesses à risque de pathologies fœtales, maternelles et obstétricales (prééclampsie, retard de croissance intra utérin)
- Impact de la précarité qui va augmenter fortement, avec pour conséquences occupation de lits de maternité amputant les capacités, ainsi que la prise en charge tardive de pathologies à des stades avancés en gynécologie et en obstétrique
- Médiatisation de l'endométriose entraînant une forte demande de patientes
- Elargissement du champ de la médecine et biologie de la reproduction ; la prochaine modification des Lois de Bioéthique devrait apporter des changements d'activité importantes (par exemple élargissement hors couples hétérosexuels, préservations de fertilité « sociétale »)
- En oncologie, augmentation prévue des recherches de mutations génétiques et du nombre de patientes présentant des suspicions ou de réelles mutations prédisposant à un cancer (Lynch, BRCA...) nécessitant une prise en charge spécialisée ou chirurgie prophylactique, ainsi que le recours aux techniques de préservation de la fertilité.

Q3. Contexte en matière de démographie médicale

- Tension en Ile de France, avec nombre de praticiens formés à l'obstétrique insuffisants, n'ayant pas tenu compte de la baisse du temps de travail au cours des années,
- Fuite de praticiens formés et compétents qui n'acceptent plus de poursuivre l'obstétrique comme activité principale (garde, assurance, stress...) et se concentrent sur une activité plus confortable (gynécologie médicale, échographie...).
- Nécessité d'augmenter les effectifs si l'on veut continuer à assurer la permanence des soins (gardes et astreintes), au vu des normes de sécurité
- Pour la chirurgie gynécologique, forte concurrence du privé, CLCC et ESPIC.
- Menace que l'année supplémentaire de l'internat, ne soit financé au détriment des moyens en GO séniors
- Danger de la pénurie d'anesthésistes et de néonatalogistes

- Amélioration de l'offre de soins de gynécologie médicale (contraception, ménopause, douleurs, santé sexuelle), qui implique les généralistes, sages-femmes, gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens. Les gynécologues médicaux s'installent essentiellement dans les beaux quartiers. Nous devons poursuivre la formation des sages-femmes dans ces nouveaux domaines.

Q4. Positionnement de l'AP-HP par rapport à la concurrence

- Régionalisation des soins en périnatalité et concentration dans des grandes maternités de type 3, où l'APHP a une position forte qui devrait perdurer
- Evolution vers des centres experts, notamment pour la cancérologie
- Mais perte d'attractivité pour les médecins, notamment par rapport aux ESPIC et à la province: salaires insuffisants, dégradation des conditions de travail, manque de personnel non médical, tâches administratives de plus en plus nombreuses
- Forte activité d'urgence et non programmée
- Progression alarmante de l'hébergement de jeunes mères sans abri et leurs enfants, injonction paradoxale ("hébergez et faites du chiffre")

Q5. Modalités d'amélioration de l'attractivité

Pour les personnels

- Le point central est d'avoir des équipes en nombre suffisant : gynécologues-obstétriciens, sages-femmes et personnels non-médicaux
- Valoriser la place importante des sages-femmes, dans l'extension de leurs champs de compétences au sein de l'APHP
- Attirer les PH, par les conditions de travail et les rémunérations, y compris valoriser l'implication dans la recherche et l'enseignement pour les attirer vers le CHU
- Encourager le PNM, en évitant les contrats à durée déterminée itératifs, revalorisation des salaires
- Organisation (outils et métiers) pour décharger les praticiens de tâches administratives (ex codage, programmation, secrétariat)
- Déterminer un taux d'occupation et des ressources humaines conformes aux recommandations du CNGOF : http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2018%252F2018-Ressources_humaines.pdf&i=21036
- Pas de maternité APHP sans néonatalogie

Pour le recrutement en chirurgie gynécologique

- Meilleure visibilité de l'APHP notamment en cancérologie, aussi pour la pathologie bénigne (exemples endométriose, sténose pelvienne), centres experts selon les critères du CNGOF, participation aux filières de soins
- Nouvelle visibilité sur internet pour les patients et les correspondants
- Implantation de robots dans tous les hôpitaux chirurgicaux
- Proposition de liens entre les médecins de ville et l'APHP avec un contrat de soutien pour une prise en charge prioritaire de leurs patientes

Q6. Marge de progression du virage ambulatoire

- Les objectifs de nos tutelles sont réalisables
- Progrès des traitements chirurgicaux moins invasifs et de traitements médicaux
- Généralisation de la RAAC
- L'obstétrique reste un secteur à forte activité d'hospitalisation conventionnelle

- La DMS moyenne des grossesses à bas risque devrait continuer à baisser dans les années qui viennent
- Il faut améliorer la prise en charge de la précarité en obstétrique en particulier l'organisation en aval de l'hospitalisation

Q7. Innovations diagnostiques à venir dans les 5 à 10 ans

- Dépistages génétiques et non-génétiques en diagnostic anténatal, obstétrique, en AMP, en gynécologie (cancers et pathologies bénignes)
- Extensions du diagnostic pré-implantatoire
- Diagnostic génétique prénatal non invasif
- Progrès de l'imagerie en gynécologie, sénologie, médecine fœtale
- Nouvelles générations de biologie délocalisée réalisée par les soignants

Q8. Innovations thérapeutiques à venir dans les 5 à 10 ans

Ces innovations concernent tous les pans de la discipline : chirurgie, cancérologie, AMP, obstétrique

- En obstétrique, amélioration de la prise en charge de l'extrême prématurité, avec augmentation du nombre d'extrêmes prématurés (5 mois de grossesses, autour de 500 g de poids de naissance) longues hospitalisations maternelles et néonatales
- En chirurgie gynécologique, poursuite des traitements mini-invasifs, par exemple drainages écho- ou radio-guidés, destruction de fibromes par radiofréquence et ultrasons focalisés, etc
- Progrès de la chirurgie robotique combinée à l'imagerie
- En médecine de la reproduction : amélioration des techniques de préservation de la fertilité, greffe utérine, diagnostic génétique des aneuploidies (DPI-A)
- Médecine personnalisée, intégration des modèles mathématiques et des algorithmes dans la prise de décision.
- Objets connectés

Q9. Innovations globales dans les prises en charge dans les 5 à 10 ans

- Poursuite du mouvement vers l'HDJ en gynécologie et diminution de la DMS en obstétrique (sorties précoces de maternité).
- Parcours organisés de suivi de grossesse avec inscription-orientation précoce en maternité : rôle majeur des centres de l'APHP pour maintenir la cohérence et la qualité
- Réseaux coordonnés, notamment dans les domaines de la périnatalité et du traitement des cancers
- Cela nécessite une bonne organisation des hôpitaux pré- et post-hospitalière (personnels, plateaux techniques etc) et de l'environnement extra-hospitalier, hôtels pré/post hospitaliers
-

Q10. Recherche clinique et translationnelle

En cours

- Applications de la génomique et autres omics à la prise en charge clinique : dépistage et diagnostic anténatal, dépistage préconceptionnel, prise en charge personnalisée des cancers...
- Stratégies de dépistage préconceptionnel et prénatal au premier trimestre
- Stratégie et impact du dépistage au deuxième et troisième trimestre de la grossesse (prématurité et pathologies vasculaires)
- Développement de thérapeutiques fœtales médicales (notamment anti-infectieux) et chirurgicales (laser, endoscopie)
- Essais thérapeutiques multicentriques et analyse de big data, importance d'une approche

coordonnée par thématique pour la future utilisation de l'EDS à l'APHP (mission de la collégiale)

À venir

- Impact des stratégies globales de prise en charge (déclenchement systématique par exemple) en obstétrique sur la santé de l'enfant et de la mère.
- Amélioration de la prévention de pathologies gynécologiques et obstétricales par de nouveaux vaccins
- Nouveaux dépistages, médecine prédictive, en cancérologie
- Traitements de pathologies obstétricales qui sont gérées aujourd'hui par l'arrêt prématurée de la grossesse : retard de croissance, prééclampsie, inflammation
- Traitement du microbiote

Q11. Aspects universitaires de la spécialité

- Maintenir l'attractivité des carrières HU, force historique du CHU, notamment en améliorant la qualité de la logistique avec des personnels dédiés, au plan hospitalier (secrétaires, programmatrices), et universitaire (data managers, techniciens en outils pédagogiques)
- Equilibrer le nombre de bi-appartenant entre les universités d'île de France
- Nécessité de compenser la diminution du temps dans les services au profit de temps universitaires et personnels pour les CCA et internes (ainsi que pour les PH)
- Place de la simulation : nécessité d'un temps dédié dans les services et hors des services
- Le remplacement des DESC par les FST ne doit pas nuire à la formation de base de la discipline GO ni décourager les jeunes
- Retour financier sur l'activité de publication de chaque service (Migac)

Q12. Modalités d'évaluation de la pertinence de soins dans la spécialité

- Disposer d'outils informatiques d'évaluation, recherche et pilotage communs
- Valorisation non seulement des recettes, mais de la qualité des soins

Synthèse

- Préserver l'unité de la gynécologie-obstétrique, indispensable pour la sécurité des soins notamment en urgence, tout en renforçant les centres lourds spécifiques (cancéro, AMP, chirurgie fœtale)
 - Lutter contre la maltraitance des usagers, et des professionnels (maltraités ou maltraitants)
- Obstétrique :
- Mettre en adéquation la prise en charge du haut risque maternel (y compris maladies rares et handicap) et du risque pédiatrique
 - Continuer les regroupements pour assurer la sécurité anesthésique et pédiatrique en tenant compte des moyens humains réellement disponibles
 - Ouvrir des hébergements pour jeunes mères sans abri et leurs enfants

La collégiale de Gynécologie-Obstétrique souligne l'importance des enjeux transversaux concernant l'attractivité pour les praticiens, notamment face aux Espic :

- Qualité de vie au travail et dans la vie quotidienne
- Rémunérations (salaires ou primes), même si cela ne peut être réglé par l'APHP seule mais avec les tutelles.
- Un engagement est nécessaire, par ex accès à crèche hospitalière (également pour horaires extrêmes et week end), parking
- Soutien pour se loger à proximité du lieu de travail dans Paris, car l'éloignement entraîne une fatigue, manque de disponibilité, problèmes de sécurité dans des services de gynécologie-obstétrique qui nécessitent une disponibilité d'astreinte

- Prise en compte de la totalité de salaires pour les retraites (pour les Universitaires notamment)