Chirurgie gynécologique et obstétrique

La gynécologie fait partie des spécialités chirurgicales mais elle présente un très large éventail d'activités médico-chirurgicales :

- chirurgie gynécologique bénigne et fonctionnelle,
- chirurgie oncologique gynécologique et mammaire,
- obstétrique physiologique (en lien avec les sages-femmes),
- grossesses et accouchements pathologiques,
- échographie obstétricale, diagnostic prénatal et médecine fœtale,
- aide médicale à la procréation (AMP).

Contexte général de la spécialité : composantes de l'offre de soins à l'AP-HP

L'AP-HP compte 13 services de gynécologie-obstétrique et un service de chirurgie gynéco-oncologique sans activité obstétricale. Leur activité se décompose comme suit.

- Obstétrique
  - 2 maternités de type I (Beaujon, Lariboisière)
  - 4 maternité de type II (Bichat, Jean-Verdier, Pitié, Tenon)
  - 7 maternités de type III (Antoine-Béclère, Bicêtre, Louis-Mourier, Port-Royal, Necker, Trousseau, Robert-Debré)
- Chirurgie gynécologique
  - tous les services de gynécologie-obstétrique ont une activité de chirurgie bénigne et fonctionnelle
- Chirurgie onco-gynécologique et mammaire
  - centres « experts » : Tenon, Bicêtre (à part : Pitié-Salpêtrière, Saint-Louis)
  - centres « spécialisés » : Cochin, Lariboisière, Bichat, Antoine-Béclère
- AMP
  - Tenon, Cochin, Bichat, Antoine-Béclère.

Modalités de prise en charge : hospitalisation conventionnelle, ambulatoire ; programmé/urgences

- La quasi-totalité des services de gynécologie-obstétrique sont dotés de leur propre site d'accueil des urgences gynécologiques, indépendant du SAU.
- Cette activité est d'importance variable en nombre de consultations d'urgence : de 2 500 à 9 000 passages par an et par service de l'AP-HP, dont 10 % donnent lieu à une

hospitalisation et 5 % à une intervention chirurgicale (une patiente hospitalisée sur deux).
- La part prise par les patientes hospitalisées via les urgences est très variable d'un service à l'autre.
- L'activité chirurgicale ambulatoire peut encore bénéficier d'une forte progression en gynécologie où de nombreux actes éligibles sont encore réalisés en hospitalisation conventionnelle dans certains services (hystéroscopie opératoire, conisation, tumorectomie simple du sein, aspirations endo-utérines…). La marge de progression est élevée dans certains services et beaucoup plus limitée dans d'autres qui se sont engagés dans cette voie depuis plusieurs années, et/ou qui bénéficient de structures spécifiquement dédiées à la chirurgie ambulatoire.

Démographie : internes et filiarisation, internes et repos de sécurité (nombre de blocs +2), postes de CCA et d'assistants spécialistes

- La gynécologie-obstétrique est une discipline filiarisée au sein des spécialités chirurgicales. Cette filiarisation existe depuis plus de 10 ans, du fait d'une désaffectation de la spécialité, perçue par les futurs spécialistes comme à forte pression en termes de temps de formation, de nombre de gardes, un haut tisque risque médico-légal avec contraintes économiques (pression assurantielle).
- Environ 25 internes de gynécologie-obstétrique sont formés chaque année en Île-de-France. Ce nombre permet d'envisager le recrutement de futurs PH dans les hôpitaux universitaires mais de nombreux postes restent vacants dans les hôpitaux généraux en France et en Île-de-France.
- L'activité d'obstétrique en secteur libéral à but lucratif est en diminution par rapport à celle des hôpitaux publics et ESPIC.
- À l'inverse, la part de l'activité chirurgicale réalisée dans le secteur privé à but lucratif est en progression constante.
- À ce jour, il a été possible d'obtenir un post-internat d'au moins 2 ans (CCA ou assistant spécialiste) pour la quasi-totalité des internes DES de gynécologie-obstétrique. Cette situation semble pouvoir être maintenue dans l'avenir proche.
- L'application du repos de sécurité est encore perfectible en gynécologie obstétrique, comme l'ont montré les enquêtes réalisées par les internes et par le groupe des internes de la CME. Pourtant, le nombre d'internes nécessaires à la mise en application du repos de sécurité (au moins 5 par service) est le plus souvent disponible. Dans quelques cas, la non-application du repos de sécurité restait jusqu'à récemment le fait de la volonté de quelques chefs de service, mais cette situation semble en cours de disparition. Dans la majorité des cas, les internes n'ont

plus d'activité clinique en sortie de garde dans les services de l'AP-HP.

Filières et coopérations intra et extrahospitalières : en interne (SAU, plateau technique, médecine de spécialité…) en extra (aval, réseau ville hôpital, territoire…)

- Idéalement, l'implantation d'une maternité devrait pouvoir bénéficier de complémentarités internes à l'hôpital en matière de sécurité maternelle : réanimation adulte, chirurgie adulte, radiologie interventionnelle, en plus des coopérations médicales pour la prise en charge des maladies maternelles associées à la grossesse.
- Les centres à forte activité d'onco-gynécologie doivent être conçus en lien avec les activités complémentaires d'imagerie, d'oncologie médicale, d'anatomie pathologique...
- Le réseau ville-hôpital joue un rôle important en obstétrique : pour le suivi des grossesses normales, la préparation à la naissance et surtout pour l'accompagnement au retour à domicile après un accouchement. Ce réseau repose en grande partie sur les sages-femmes libérales qui travaillent en lien étroit avec les services et qui permettent des sorties précoces de maternité, une réduction des durées de séjour et un ratio accouchements/nombre de lits optimisé, tout en maintenant, voire en améliorant la qualité de prise en charge des parturientes.
- Le réseau avec les correspondants de ville joue également un rôle important dans le recrutement de l'activité chirurgicale, qu'elle soit bénigne ou oncologique.
- Le recrutement chirurgical à l'AP-HP continue de reposer sur la notoriété du chirurgien, auquel les patients sont adressés personnellement, à la différence des centres de lutte contre le cancer où les patients sont adressés « au centre » de manière non nominative pour la prise en charge.

Innovations diagnostiques

La généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus par les frottis cervicaux existe depuis des décennies, mais il n'existait pas jusqu'à présent de dépistage systématique généralisé à l'ensemble de la population.

Innovations thérapeutiques

- L'essentiel des innovations thérapeutiques font évoluer la chirurgie gynécologique vers des actes de moins en moins lourds et de moins en moins invasifs (chirurgie endoscopique par hystéroscopie, par cœlioscopie, voire par robot), alternatives à la chirurgie (thermablation de l'endomètre, radiofréquence…).
- Vaccination contre le papillomavirus (HPV), permettant de réduire l'incidence de cancer du col de l'utérus.

Recherche clinique et translationnelle

- Il existe beaucoup de travaux de recherche clinique collaboratifs, principalement en obstétrique, à l'échelle de l'AP-HP, de l'Île-de-France et au niveau national, dans le cadre du GROG (Groupe de recherche en obstétrique et gynécologie).
- Nombreux PHRC et STIC en cours avec pour investigateur principal un gynécologue obstétricien de l'AP-HP (JUMODA, NOCETER, INDAO, FEDEP, GENIFERh, DPNI...).

Concurrence hors AP-HP

- Limitée pour l'activité obstétricale dans Paris intra-muros : de nombreuses structures privées ont fermé ou abandonné l'activité d'obstétrique.
- Pour l'activité chirurgicale, part très importante du secteur privé lucratif :
  - très importante pour l'onco-gynécologie et majeure pour l'oncologie mammaire, de la part des CLCC ;
  - importante pour l'AMP, de la part du secteur privé lucratif et des ESPIC.

Restructurations prévues ou en cours

- De nombreuses restructurations et évolutions des services de l'AP-HP sont survenues au cours de 10 dernières années :
  - ouverture de Bicêtre,
  - ouverture de Trousseau,
  - fermeture de Saint-Antoine et regroupement avec Trousseau et Tenon,
  - ouverture du nouveau Necker,
  - fermeture de Saint-Vincent-de-Paul et regroupement avec Port-Royal,
  - ouverture du nouveau Port-Royal.
- Plusieurs maternités de l'AP-HP peinent aujourd'hui à avoir une activité obstétricale en accord avec leur capacité optimale. Ces sites sont ceux de Beaujon, de la Pitié et de Tenon.
  - Pour l'essentiel, le manque d'attractivité de ces structures pour les femmes enceintes tient à la vétusté de leurs locaux et au faible nombre de chambres seules et équipées de sanitaires. Les standards actuels d'accueil des femmes enceintes, de leur enfant et de leur conjoint ne sont clairement pas atteints et ces maternités nécessitent des mises à niveau importantes ; ce qui est possible dans certains cas, mais plus improbable dans d'autres.
  - Par ailleurs, il ne semble pas y avoir de logique à maintenir de petites structures obstétricales généralistes au sein de l'AP-HP. L'activité des maternités de l'AP-HP devrait viser à permettre dans tous les cas la prise en charge des maladies maternelles et l'accueil de nouveau-nés prématurés. L'existence de maternités de petit

volume d'activité de type I n'est pas en accord avec l'objectif d'excellence de l'AP-HP.

- Les scénarios paraissant devoir être envisagés sont les suivants.
  - Fermeture de Beaujon et regroupement avec Bichat (sur nouveau site) pour un service de gynécologie-obstétrique à forte activité chirurgicale et à activité obstétricale de type IIb (ou III), de 3 500 à 4 000 naissances par an.
    - Évolution indispensable car l'activité de la maternité de Beaujon est en chute libre, du fait non pas de l'équipe médicale, mais de la vétusté des locaux, à la limite de l'insalubrité. La remise en état des locaux paraît illusoire et inadaptée, compte tenu du projet AP-HP de regrouper Bichat et Beaujon.
    - Le regroupement de ces deux services sur un site commun, comme cela est envisagé pour l'ensemble du GH, paraît la solution la plus rationnelle, permettant d'envisager une structure de gynécologie-obstétrique effectuant autant d'accouchements que les 2 structures séparément et dans de meilleurs conditions de complémentarité avec les autres services du GH.
  - Remise à niveau des locaux de Tenon et de Pitié-Salpêtrière.
    - Il s'agit d'envisager non pas un « coup de peinture », mais une révision de l'architecture interne de ces maternités de conception ancienne, afin d'aboutir à une majorité de chambres seules équipées de sanitaires individuels (douche, toilettes). Le nombre de lits dédiés à chaque activité (grossesses pathologiques, suites de couches, etc.) doit être repensé afin d'être conforme aux activités envisagées et au type de chaque maternité.
    - L'objectif de 3 200 naissances par an peut être raisonnablement envisagé pour Tenon où des locaux ont été libérés par l'activité chirurgicale transférée au bâtiment BUCA.
    - L'objectif de 2 600 naissances à la Pitié-Salpêtrière est difficile à dépasser avec les contraintes architecturales actuelles.

Enseignement et recherche

- Il existe un DHU « Risques et grossesse » coordonné par le Pr François GOFFINET (Paris 5, Paris 7, INSERM).
- Le Pr Vassilis TSATSARIS, coordonnateur du DES depuis 2013, a élaboré un nouveau programme d'enseignement faisant une plus grande part à la simulation, à la formation en ligne.
- Coopération internationale « de service à service » et par l'intermédiaire de bourses d'étude en particulier vers le Canada.