

Compte-rendu de l'Assemblée Générale annuelle de l'UPIGO du 22 Septembre 2001 à Marrakech (Maroc)

Allocution d'ouverture du Président : Nicolas TSATSARIS

Avant tout il dit sa profonde horreur et sa désolation suite aux terribles évènements qui ont frappé le monde le 11 septembre dernier. Il remercie les délégués d'avoir surmonté leurs craintes et d'être venus malgré tout à Marrakech.

Cette AG du 22 septembre sera pour l'UPIGO une date importante : celle des retrouvailles avec sa vocation internationale, celle qu'elle avait à sa fondation en 1953 avant d'être par la suite plus ou moins cantonnée à l'Europe.

Il est très heureux de saluer 2 nouveaux délégués : le Dr Rose Wardini Hachem qui représente le Sénégal et le Prof. Eusèbe Alihonou qui représente le Bénin-Togo.

Le Président remercie enfin le Dr Agoumi ainsi que le Secrétaire Général pour tous les efforts qu'ils ont déployé pour organiser cette première réunion de l'UPIGO en dehors de l'Europe.

Allocution du Secrétaire Général : Guy SCHLAEDER

L'activité du secrétariat général a été intense tout au long de l'année passée. De nombreux contacts et échanges de courrier ont eu lieu avec des confrères d'Europe, d'Afrique et d'ailleurs. Nos diverses délégations ont participé activement à l'enquête sur la contraception initiée à Poznan. Un compte-rendu a été rédigé et adressé à chaque délégation.

Représentée par son secrétaire général, l'UPIGO participe régulièrement au Conseil de l'Europe à un groupe de travail sur l'éducation à la santé et à la sexualité, avec d'autres ONG (organisations non gouvernementales).

L'important travail sur la FMC (Formation Médicale Continue) réalisé pour Dresden a été photocopié et diffusé assez largement.

Rapport du trésorier : Raymond BELAICHE

Un décompte détaillé a été communiqué en séance à chaque délégué.

Les comptes sont équilibrés. Au 15 octobre le solde s'élève à 25.546,31 euros.

Conférence spéciale : La santé de la mère au Maroc à travers quelques indicateurs par le Dr Abdelwouhab ZERRARI, chef de la Division de la Santé Maternelle et Infantile au Ministère de la Santé du Maroc.

La mortalité maternelle et néonatale constituent des problèmes de santé publique majeurs. Au Maroc, le nombre de décès maternels est estimé à 228 décès pour 100 000 naissances vivantes, avec une différence très significative entre les régions, les provinces et les milieux.

La mortalité néonatale est quant à elle de 19 pour 1000 naissances vivantes.

L'enquête Nationale faite au Maroc en 1997 a montré que 33% des décès maternels surviennent avant l'accouchement, 21% au moment de l'accouchement et 46% durant les deux mois qui suivent l'accouchement.

La même enquête a montré qu'en milieu rural, seuls 20% des femmes accouchent en milieu surveillé contre 70% en milieu urbain. La consultation prénatale est, elle estimée à 42% des femmes enceintes.

Cette mortalité et morbidité maternelles et infantiles peuvent être réduites au maximum, à travers des actions ciblées, intéressant en premier lieu les professionnels de santé et faisant appel à une dimension multisectorielle.

Parmi les stratégies de lutte que le Ministère de la Santé a mises en place pour réduire l'acuité de ce problème, citons :

La consultation et les soins prénatals

Cette activité vise à asseoir un examen périodique clinique et biologique de qualité, aux femmes enceintes, pour diagnostiquer les troubles entravant le bon déroulement de la grossesse, dépister et prendre en charge les grossesses à risque. Les femmes qui présentent des complications lors de la grossesse ou considérées comme ayant des grossesses à haut risque seront référées pour un accouchement en milieu surveillé.

La promotion de l'accouchement en milieu surveillé

L'accouchement dans une maternité ou une maison d'accouchement par un personnel qualifié, disposant d'un plateau technique adéquat, des médications nécessaires et de moyens d'évacuation en cas de complication vers le niveau supérieur, est un garant pour une maternité à risques réduits, surtout pour les grossesses à haut risque .

La prise en charge des complications obstétricales.

Les complications obstétricales ne sont ni prévisibles, ni évitables mais sont curables. Certaines femmes peuvent présenter une complication au cours de la grossesse, de l'accouchement ou dans le post-partum.

La prise en charge de ces complications est basée sur la notion des trois délais et permet de sauver le maximum de femmes et de nouveau-nés qui peuvent courir le risque de mourir ou de garder des séquelles durant toute leur vie.

La consultation et les soins postnatals

Durant la période du post-partum, les femmes et les nouveau-nés ne semblent pas bénéficier de soins appropriés. Or si on veut réduire la morbidité et la mortalité maternelle et néonatale au Maroc on doit passer obligatoirement par une amélioration de la qualité de prise en charge de l'accouchée et du nouveau-né et leur surveillance systématique dans le post-partum.

Les efforts déployés récemment par le Ministère de la Santé ont été axés sur l'amélioration de la qualité des soins obstétricaux d'urgence au niveau des structures d'accouchement, par l'aménagement des structures d'accouchement, leur équipement en matériel technique et éducatif, l'acquisition de moyens d'évacuation des cas compliqués et, la formation du personnel de santé. Il y a lieu de consolider ces efforts par l'amélioration de la qualité de surveillance de l'accouchée et du nouveau-né dans le post-partum.

L'impact de ces activités ne peut être que bénéfique, les prémices réunis permettent d'avancer que la mortalité maternelle et néonatale a connu une réduction non négligeable.

THEME PRINCIPAL 1 : Les conditions d'exercice de la gynécologie-obstétrique en 2001. Rapporteur Guy SCHLAEDER

Cette enquête de l'UPIGO a pu être à menée à bien grâce à la collaboration des délégués de 12 européens et africains.

Voir l'enquête complète en diaporama sous « communications » dans le sommaire de ce site.

THEME PRINCIPAL 2 : La couverture sociale de la maternité. Rapporteur Saad AGOUMI.

L'étude de la nature et du fonctionnement de la prise en charge de la maternité a concerné les pays suivants :

France, Allemagne, Tchéquie, Slovaquie, Italie, Danemark, Sénégal, Maroc, Suisse, Bénin, Luxembourg.

A l'exception du Maroc et du Bénin, le système général de santé couvre 100% de la population. Au Maroc, cette couverture sociale atteint seulement 15% et au Bénin 10%.

Dans sa mise en place et son fonctionnement, nous avons relevé 3 grands systèmes

- L'état maître absolu, car il contrôle des acteurs privés ou des mutuelles.
- L'état seul acteur car il assure seul la couverture sociale (Slovaquie, Tchéquie).
- L'état co-acteur, il participe auprès d'organismes privés et des mutuelles (Allemagne, Bénin, Maroc).

Tous les systèmes incluent la prise en charge de la maternité à l'exception du Maroc et de la Grèce. Pour le premier, seuls les fonctionnaires du secteur public bénéficient de cette particularité.

Pour la Grèce, la prise en charge de ce volet n'est pas assurée, si la patiente s'adresse aux praticiens du secteur libéral non conventionnés.

Dans son fonctionnement global, la prise en charge de la maternité est conditionnée dans deux pays sur trois par le nombre de consultations et le nombre d'échographies. Un pays sur trois impose une déclaration obligatoire de la grossesse le plus souvent au 1er trimestre (Ex : France, Maroc).

Quand le couple est au chômage, il peut en général profiter d'un système d'aide sociale étatique.

Ailleurs et indépendamment du suivi de la grossesse, la France et le Luxembourg sont les seuls pays à prendre en charge l'accouchement systématiquement. En parallèle, un pays sur deux donne une indemnité forfaitaire en lieu et place de la prise en charge de l'accouchement (Ex : Assurances privées au Maroc).

Quel que soit le mode d'accouchement, le montant de la prise en charge est le même et peut atteindre la totalité du coût dans 50% des cas. La seule aberration est une pratique des assurances privées au Maroc qui ne prennent en charge que l'accouchement par césarienne qu'elles assimilent à un acte de chirurgie générale.

Quant le suivi de la grossesse est assurée par une sage-femme, les remboursements ne sont pas admis ou au mieux à des taux moindres que pour les médecins.

Dans les suites de couches un pays sur deux ne prend pas en charge la rééducation périnéale.

Le congé de maternité atteint en général 12 semaines ; exception faite de la Slovaquie où il est de 3 ans.

Les IV G. sont autorisées dans tous les pays cités sauf au Maroc et au Bénin pour des raisons religieuses.

En somme, nous sommes encore loin de la prise en charge de la maternité par un système de sécurité sociale en vue d'assurer la qualité de la santé de la mère et de l'enfant. Un effort particulier est à faire par les pays en voie de développement. Une aide de conseil et de logistique peut venir des pays développés avec une longue expérience dans ce domaine.

ASSEMBLEE GENERALE STATUTAIRE

- Les rapports du secrétaire général et du trésorier sont adoptés à l'unanimité.
- Nouvelles candidatures proposées : celle du Bénin-Togo par Eusèbe Alihonou et celle du Sénégal par Rose Wardini Hachem. Elles sont acceptées à l'unanimité.
- Prochain bureau de l'UPIGO : Président Nicolas TSATSARIS ; Past-President Giovanni ADINOLFI ; Vice-Président Martin LINK ; Trésorier Raymond BELAICHE ; Secrétaire Général Guy SCHLAEDER.
- Prochaine assemblée générale : 3 propositions nous sont aimablement présentées :

- Bratislava par Jan STENCL,
- Dakar par Rose WARDINI HACHEM et
- Rome par Romano FORLEO.

Pour chaque ville, des informations complémentaires devront être fournies pour que nous puissions décider de la date et du lieu.

Thème principal 1 : l'exercice de la gynécologie-obstétrique en Afrique ,
coordonateur Eusèbe ALIHONOU.

Thème principal 2: l'expertise judiciaire en gynécologie-obstétrique,
coordonateur Raymond BELAICHE

- **Divers** : par lettre le Prof. ADINOLFI , Past-president, a exprimé le souhait de faire éditer une plaquette à l'occasion du 50^{eme} anniversaire de l'UPIGO. Ce problème sera mis à l'ordre du jour de l'AG de 2002.

AUTRES THEMES

Collaboration UEMS-UPIGO : Hans Henrik WAGNER, actuel Président de la section gyn obs de l'UEMS, propose une rencontre officielle entre les 2 organismes. Il est convenu que plusieurs membres du bureau de l'UPIGO assisteront à la prochaine réunion de la section à Frankfurt en Novembre 2001.

La responsabilité civile professionnelle (RCP) par Raymond BELAICHE

Aujourd'hui l'obstétrique est la spécialité qui coûte le plus chère en matière de Responsabilité Civile Professionnelle.

Le public n'accepte plus le coup de tonnerre sinon même le moindre nuage, dans le ciel serein de ce que devrait être pour chacun la naissance d'un enfant.

Toute anomalie, toute anicroche, tout problème, grave ou non, lors d'un accouchement font de l'obstétricien un candidat au procès juridique.

Cette évolution, peut-être en provenance des USA, a transformé le paysage assurantiel médical. Le rôle des médias qui conforte d'une part le public dans la nécessité d'obtenir un risque 0 en matière de naissance et qui traîne dans l'opprobre l'accoucheur, responsable ou non, assigné en justice, apporte une sorte de caution aux juges qui indemnisent de plus en plus chèrement les préjudices obstétricaux.

L'absence de loi sur l'aléa thérapeutique dans la plupart de nos pays européens et l'obligation pour chacun de nous d'être bien assuré ne peuvent qu'aggraver une situation déjà précaire dans ce registre.

En France, trois assureurs restent sur le « marché » de la RCP des obstétriciens.

Le jeu de la concurrence diminuant, une situation de monopole s'installe avec les risques inflationnistes auxquels on peut s'attendre.

Quelles sont les réponses possibles à cette situation pour nous accoucheurs de terrain en secteur libéral surtout ?

Nos confrères du secteur public seront petit à petit touchés car les fautes «détachables» du service s'élargissent et les assureurs des hôpitaux imputent de plus en plus la responsabilité au praticien.

Selon le grand principe qui énonce que «l'union fait la force » nous devons obtenir chaque fois que cela sera possible des contrats de groupe et peut-être, rêve ou utopie, un contrat de groupe international.

Pourquoi ?

. Tout d'abord parce que l'enveloppe globale des cotisations sera plus importante et «commerciallement rentable» pour l'assureur.

. Parce que le pourcentage de praticiens «border line» ou «à risque» sera plus faible eu égard au nombre de cotisants compétents et sérieux.

. Enfin parce que la mise en place de comportements consensuels actualisés dans le cadre de ce que l'on appelle aujourd'hui «le risk management» organisé sur le plan international aura peut-être plus d'impact sur les praticiens.

. La mise en place de réseaux comme cela est entrain de se faire en France, réduira les risques. En effet, l'organisation en réseau fondé sur le risque néo-natal et la prématurité mais aussi par ricochet sur la morbidité et la mortalité maternelle, scinde les structures hospitalières accueillant les femmes enceintes, privées ou publiques, en trois niveaux :

- Le niveau 1 accueillant les femmes enceintes a priori sans risques et accouchant entre 38 et 41 semaines.

- Le niveau 2 accueillant les parturientes à partir de 34 semaines

- Le niveau 3 accueillant toute patiente enceinte à pathologie grave ou à hauts risque de mise au monde avant 34 Semaines d'aménorrhée de fœtus fortement prématuré ou de fœtus à retard de croissance intra-utérin et/ou porteur de malformations ou maladies graves nécessitant une réanimation et un service de néonatalogie à proximité, permettant une prise en charge rapide et adéquate.

Cette organisation est relativement protectrice et salvatrice pour les mères et enfants à naître de même que pour les assureurs.

Si nous arrivions à créer une telle structure dans le cadre de l'UPIGO, nous pourrions mieux négocier nos tarifs de RCP avec un assureur international de haut niveau capable de s'adapter à nos nouvelles pratiques.

Des commissions gérées en partenariat avec l'assureur permettraient de faire régulièrement le point sur le «risk management» et de créer un «guide line» des comportements obstétricaux.

D'autres spécialités à risque comme l'anesthésie, la néonatalogie et la chirurgie seront intéressées à court terme par ce type de pratique partenariale, ce qui ne pourra qu'augmenter notre crédibilité et notre rôle de leader dans un contexte politique et médical fortement remis en question et où économie et santé publique sont en équilibre fragile.

Le dommage après acte médical par Pier Francesco TROPEA

L'évolution de la jurisprudence en Europe amène à reconnaître divers dommages susceptibles d'indemnisations : dommage matériel ou moral. Le dommage indirect moral a été reconnu pour les parents d'un nouveau-né porteur de lésions provoquées par l'accouchement. Il en résulte une augmentation sensible des primes d'assurance professionnelle.

Le gynécologue face aux incertitudes de la loi par Claude COLETTE

Devant la diversité, pour ne pas dire l'incohérence des lois nationales en regard du fœtus et de l'embryon, on suggère de faciliter le recours à des juridictions internationales. L'UPIGO devrait développer une structure juridique pour aider les professionnels et leurs organisations nationales.

Pour une future collaboration avec la FIGO par Romano FORLEO

L'auteur insiste sur les objectifs purement professionnels de l'UPIGO. Les activités respectives de UPIGO et de la FIGO devraient viser à la complémentarité

La situation de la gynécologie-obstétrique chez les nouveaux adhérents à

l'UPIGO : Sénégal par Rose WARDINI HACHEM Bénin par Eusèbe ALIHONOU

Ces 2 thèmes seront repris et développés dans le cadre du thème principal¹ prévu à l'AG de 2002.

MOTIONS ADOPTEES A MARRAKECH

1. L'UPIGO affirme que les politiques de santé concernant les mères et les nouveau-nés doivent être élaborées en concertation avec les Gynécologues et Obstétriciens.

La prise en charge précoce de chaque grossesse, le dépistage des grossesses à risques, l'évaluation de la qualité des soins, l'amélioration de la couverture sociale des femmes enceintes et la prise en charge des urgences obstétricales sont indispensables pour assurer les naissances dans la sécurité et réduire la mortalité maternelle et infantile.

L'UPIGO demande aux autorités de chaque pays de reconnaître comme acteurs et partenaires les organismes professionnels qualifiés.

2. L'UPIGO propose de mettre en place, dans tous les pays intéressés, une meilleure protection avancée de la mère et de l'enfant à naître par :

- La diffusion de recommandations des bonnes pratiques.
- la création d'organisations de structures hospitalières publiques et privées en réseaux de compétence fondés sur le pronostic foeto - maternel.

3. L'UPIGO demande :

- la désignation d'experts gynécologues - obstétriciens internationaux à compétences juridiques, susceptibles d'étudier les dossiers adressés par les praticiens des différents pays membres de l'UPIGO et éventuellement de gérer et conseiller un système de défense.
- la négociation par le bureau de l'UPIGO d'un contrat international de groupe en responsabilité professionnelle auprès d'un assureur de haut niveau.

4. L'UPIGO propose que sa commission d'ÉTHIQUE puisse émettre des avis sur des problèmes rencontrés par les confrères des pays membres de l'UPIGO .

5. L'UPIGO soutient la demande d'aide humanitaire émanant de certains pays membres de l'Union. Ceci pour permettre l'éducation sanitaire, la formation et éventuellement des soins dans des zones démunies de structures ; le tout en étroite collaboration avec les responsables politiques et médicaux des pays intéressés.

Toutes ces motions ont été adoptées à l'unanimité lors de l'assemblée générale de Marrakech.

Grâce à l'excellente organisation de Saad AGOUMI et de ses collaborateurs, les discussions furent denses et fructueuses lors de cette AG.

Les délégués présents à Marrakech étaient : Bénin-Togo : E.ALIHONOUCH
: H.J.WELTI-DK :H.H.WAGNER-F : C.COLETTE, G.M.COUSINGR
:N.TSATSARIS-I :R.FORLEO-L:A.CONZEMIUS-MA :S.AGOUMI,N.CHRAIBI,
F.LAYACHI- SK :J.STENCL-SEN R.WARDINI HACHEM.

Les membres du bureau présents étaient : Président N.TSATSARIS-Trésorier
R.BELAICHE- Secrétaire général G.SCHLAEDER.

Absents excusés : Cameroun R.J. LEKE -CZ M.KUDELA- D M.LINK Vice-président,
M.STEINER.- GR L.MAMMAS- I G.ADINOLFI Past president ; P.F.TROPEA ;
E.LENZI ; A.ZACUTTI IL J.SCHENKER-LIT A.VATKUVIENE-PL M.SPACZINSKIYU
V.KESIC

Rapport rédigé par G.SCHLAEDER
Secrétaire Général UPIGO
Strasbourg Décembre 2001