

Vers un « déchochage » de nos disciplines en pelvi-périnéologie

B. Deval

Maternité régionale, 10, rue du Docteur-Heydenreich, F-54000 Nancy, France

Notre champ diagnostique et thérapeutique est actuellement réduit au programme cloisonné de nos disciplines. Notre activité nous conduit à une répétitivité des conduites diagnostiques et des actes, alors que la pelvi-périnéologie, exemple de multidisciplinarité, devrait étendre notre niveau de pratique.

Sommes-nous limités dans notre niveau d'activité ? Existe-t-il une réelle application de la multidisciplinarité en pelvi-périnéologie en France ? L'hyperspécialiste est-il le garant de l'efficacité du geste ? Vers quelle formation devons-nous tendre ? Si nous optons pour une rupture des barrières de spécialité, notre champ d'action rendrait-il notre discipline plus attractive ? Devons-nous privilégier la multifonctionnalité ou la multidisciplinarité ?

État des lieux

Prenons quelques exemples :

- le docteur H., urologue diplômé, souhaite, dans le cadre de son activité chirurgicale, traiter un prolapsus génito-urinaire. L'une des recommandations de la conservation utérine est de s'assurer par le biais d'une hystéroscopie diagnostique qu'il n'existe pas de lésion bénigne ou précancéreuse utérine contre-indiquant tout geste de conservation. Or le docteur H. n'a pas l'habilitation pour effectuer l'endoscopie utérine, son activité est donc limitée par un défaut d'attribution de compétences ;

- le docteur L. est médecin neurorééducateur reconnu dans sa discipline. Il suit les femmes incontinentes et connaît parfaitement cette pathologie. Il en effectue le bilan régulièrement ; malheureusement, son champ de compétence s'arrête à l'établissement du diagnostic. Il se voit donc dans l'obligation de passer la main pour des gestes de première intention (obturateurs urétraux, injection d'acide hyaluronique ou autres) qu'il pourrait lui-même réaliser ;

- le docteur S. est coloproctologue, il s'intéresse aux troubles de la statique pelvi-périnéale ; son métier est d'en faire le diagnostic et le traitement. Il suit une femme souffrant d'une incontinence urinaire et anale. Il pourra assurer la réparation du sphincter anal mais sera limité dans le traitement chirurgical de son incontinence urinaire ;

- enfin, le docteur P., gynécologue, lui aussi s'intéresse aux troubles de la statique pelvienne. Il connaît le mode de traitement des vessies hyperactives ou des cystites interstitielles. Habitué à effectuer des gestes de réparation de statique pelvienne, il aimerait que son champ de compétence puisse s'étendre à l'injection endoscopique de toxine, la mise en place de neuromodulateurs sacrés ou prescrire l'Elmiron®.

Ces quatre exemples illustrent la réalité de notre pratique, le passage de témoin est facilité dans des centres d'hyperspécialistes, il n'est pas sûr qu'à distance de ces centres, l'application de la multidisciplinarité soit d'une application aisée.

L'aspect multidisciplinaire de la pelvi-périnéologie est actuellement incontournable, cependant nous n'avons, à l'heure actuelle, aucune information sur son application en France. Il n'est pas certain que la majorité des centres de CHU, riches d'internes de spécialité, de médecins hospitaliers plein temps ou de médecins hospitalo-universitaires fonctionnent en interactivité avec d'autres disciplines. Quant aux CHR ou centres d'activité libérale, la multidisciplinarité y reste dépendante des connexions humaines et de disponibilité.

Courbe d'apprentissage, répétitivité et sécurité

La répétitivité d'un geste en garantit-elle la sécurité ? Il existe de nombreuses publications sur la courbe d'apprentissage, elles définissent un nombre limité de gestes, permettant de déterminer un « cut-off » de

dangereuse et d'efficacité. Cet aspect rationnel nous conduirait à penser qu'au-delà d'un nombre prédéfini de procédures, le risque de complications serait de zéro, le pourcentage de patient(e)s guéri(e)s serait de 100 %. Or, il n'en est rien : il existe quel que soit l'opérateur un facteur d'échec en termes de morbidité et d'efficacité, la garantie du résultat est sûrement dépendante de l'opérateur, mais pas seulement. C'est en ce sens que la multifonctionnalité pourrait ouvrir une nouvelle voie à notre pratique et à l'application clinique de la pelvi-périnéologie.

Vers une modification de la maquette d'enseignement

Prenons l'exemple de la gynécologie. Outre-Manche, outre-Atlantique, l'interne de spécialité en gynécologie suit pendant ses deux premières années un tronc commun. Une fois ses années passées, il doit faire un choix en fonction de ses appétences. Il devient alors spécialiste en oncologie, en procréation médicalement assistée, en diagnostic prénatal, en pelvi-périnéologie. M. Fynes, chef de service de chirurgie de reconstruction pelvi-périnéale, du Saint-Georges Hospital à Londres, s'étonne à chacune de nos rencontres de notre mode de formation et de pratique, surprise que nous puissions prétendre être spécialistes de pelvi-périnéologie, si dans notre activité clinique nous soignons pêle-mêle des femmes infertiles, cancéreuses ou porteuses de grossesse ? Alors peut-être faut-il s'inspirer du mode de fonctionnement anglo-saxon privilégiant la surspécialité et abandonner l'aspect « généraliste » de notre formation et de notre pratique. Si la volonté affichée est effectivement de tendre vers un décloisonnement de nos disciplines, osons définir des terrains de stage une fois l'étudiant décidé à prendre les rênes de notre pratique.

À l'heure d'une raréfaction des internes de spécialité en chirurgie digestive et en gynécologie obstétrique, cette extension pourrait rendre une attractivité certaine aux disciplines déchuës. Nous sommes quelques-uns à penser qu'il faut tendre vers ce décloisonnement et vers une multicompetence puisque la multidisciplinarité connaît ses limites et ses interrogations. Il est insuffisant d'espérer pour être novateurs, osons mettre en pratique nos convictions et donnons une véritable image de progrès et d'évolutivité.