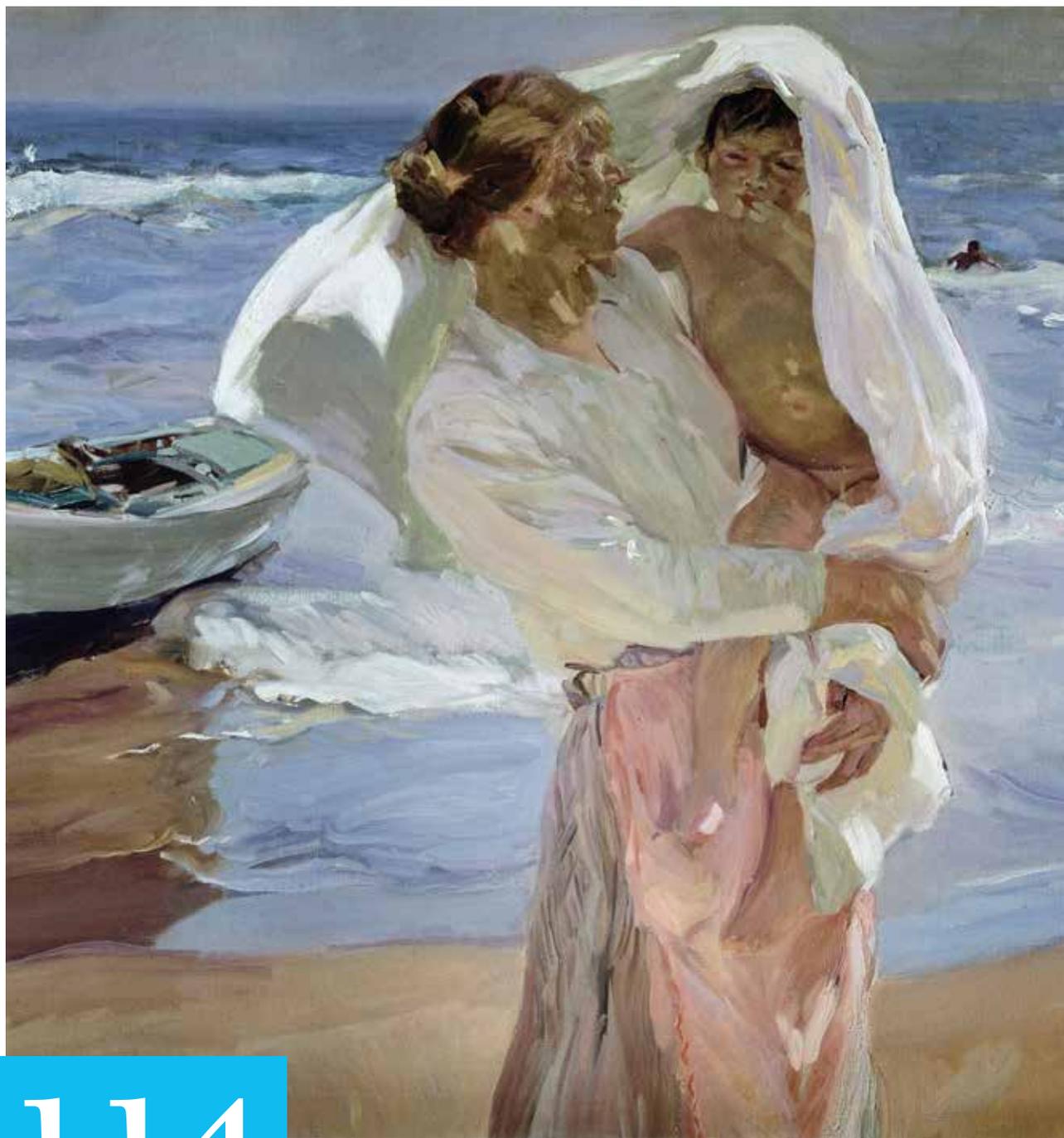


LES
CAHIERS

SYNGOOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



114

Octobre
2018

- Elections professionnelles du CNG
- Gynelog : un outil approuvé par la HAS
- Expertises en responsabilité médicale



Chirurgie Solidaire
71 rue de la petite Bapaume
Bat. 1 Appt 1109
95120 ERMONT
Chirurgie-solidaire.com



3 Editoriaux

B. DE ROCHAMBEAU, FX. BOYER DE LATOUR

INFORMATIONS SYNDICALES

5 Conseil d'administration

B. DE ROCHAMBEAU

9 Conseil d'administration exceptionnel

B. DE ROCHAMBEAU

10 Nouvel arrêté relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins

E. PAGANELLI

11 Élections professionnelles aux commissions statutaires nationales du CNG : Pourquoi ? Comment ?

P. LE PORS-LEMOINE, N. SMOLSKI, J. TRÉVIDIC

LE SYNGOF VOUS INFORME

13 Gynelog : un outil approuvé par la Haute Autorité de Santé

J. MARTY

14 Misoprostol, Gymiso et MisoOne : RTU pour les fausses couches en ville

E. PAGANELLI

16 Androcur (acétate de cyprotérone) et génériques : risque de méningiome lors d'une utilisation prolongée

E. PAGANELLI

18 Réflexion relative aux expertises en matière de responsabilité médicale

Propos recueillis par J. MARTY auprès de JL. GILLET

PRATIQUE MÉDICALE

20 Recommandations pour la pratique clinique : Prévention et prise en charge de l'infection herpétique au cours de la grossesse et de l'accouchement

DROIT ET GYNÉCOLOGIE

29 Décisions administratives et judiciaires

O. LECA

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

32 Les jumeaux acardiaques dans la peinture de Jérôme Bosch et Peter Brueghel l'ancien

P. TOURAME, A. STAHL, C. TOURAME

VOS RUBRIQUES

37 Propos de lecture

38 Conseil d'administration

39 Petites annonces

40 Délégués régionaux

42 Les annonces de recrutement

114

octobre



The Bridgeman Art Library

Just Out of the Sea, 1915 (oil on canvas), Sorolla y Bastida, Joaquín (1863-1923); Museo Sorolla, Madrid, Spain/ Index/ Bridgeman Images

Directeurs de la Publication :

Dr François-Xavier Boyer de Latour

Tél. 03 23 64 53 59 fxdelatour@gmail.com

D' Bertrand de Rochambeau Tél. 01 64 72 74 26

bdr@club-internet.fr

Comité de Rédaction : Docteurs Boyer de Latour, de Rochambeau, Favrin, Paganelli, Rivoallan

Régie publicitaire :

M. Kamel TABTAB - reseauprosante.fr

contact@reseauprosante.fr - 01 53 09 90 05

Siège social : Syngof, 25 rue du Tendat

81000 ALBI - Tél. 04 67 04 17 18

syngof@syngof.fr

www.syngof.fr

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les "copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective" et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et illustrations, "toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite", (alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du code pénal.

Créateur des Cahiers Syngof :

Raymond Belaïche

Conception et réalisation :

Émeline Barbé

Maquette P.A.O. : Réseau Pro Santé

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 3^{ème} trimestre 2018

Imprimé en EU

Le Syngof décline toute responsabilité sur les opinions émises dans les articles qui n'engagent que leurs auteurs.



FRANÇOIS-XAVIER BOYER DE LATOUR
DIRECTEUR DE PUBLICATION

Le SYNGOF a toujours tout fait pour que le droit de toutes les françaises à pouvoir recourir à l'IVG soit respecté. Le SYNGOF a, également, toujours défendu le droit pour les gynécologues obstétriciens français de pouvoir refuser de pratiquer ce geste, si leurs convictions personnelles s'y opposaient.

La clause de conscience : une de nos libertés.
Qu'est-ce que la cause de conscience ?

En 2007, Simone Veil interrogée sur la clause de conscience de « sa » loi répondait :

Simone Veil : On comprend que, pour un certain nombre de gens, il existe un cas de conscience face à cette pratique. C'est une question éthique et pas seulement un geste médical. La seule chose que j'avais négociée avec l'Église était de ne pas contraindre les médecins. C'est un point à maintenir, car on ne peut obliger personne à aller contre ses convictions. Il est de plus en plus évident scientifiquement que, dès la conception, il s'agit d'un être vivant.

Le 11/9/2018 sur TMC, le Dr de Rochambeau s'exprimait à titre personnel, et non au nom du SYNGOF, sur la clause de conscience qui permet à tout médecin de ne pas pratiquer des interruptions volontaires de grossesse si

cet acte va à l'encontre de ses convictions. Il expliquait que pour certains, dont lui, la pratique d'une interruption de grossesse était un acte qui aboutit à interrompre une vie, ce que contestait la journaliste qui l'interrogeait. Il précisait que la loi reconnaissait cette clause de conscience, ce qui est tout à fait exact. Il est regrettable que la position personnelle de Bertrand de Rochambeau ait pu être prise pour être celle du SYNGOF qui représente tous

les gynécologues obstétriciens et médicaux, dans toutes leurs sensibilités. Le SYNGOF a, vis-à-vis, de l'interruption volontaire de grossesse (IVG) une position très claire. Il respecte le droit de toutes les françaises à pouvoir recourir à l'IVG, et a toujours tout fait pour que ce droit soit respecté. Parallèlement le SYNGOF a, également, toujours défendu le droit pour les gynécologues obstétriciens français de pouvoir refuser de pratiquer ce geste, si leurs convictions personnelles s'y opposaient.

Que ne dirions-nous pas, chers confrères, si demain une loi nous contraignait à pratiquer des actes que notre conscience réproouve ?

Nous, médecins, ne sommes pas responsables de la pénurie actuelle en gynécologues obstétriciens qui entraîne des situations de carence médicale. Ce sont nos gouvernants depuis plusieurs décennies qui en portent la responsabilité, par le maintien d'un numérus clausus absurde.

Dans cette tempête médiatique, le conseil d'administration du SYNGOF a renouvelé, à l'unanimité, au Docteur de Rochambeau toute sa confiance, qui, dans cette circonstance comme dans beaucoup d'autres, n'a fait que défendre les libertés des gynécologues.

Dans les mois qui suivent l'entrée de Simone Veil au Panthéon, nous ne pouvons que saluer sa sagesse, à laquelle beaucoup feraient bien de se référer.



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION

Ce n'est pas en retirant leur éthique et leur conscience aux médecins que la nation permettra un égal accès à l'avortement pour les françaises qui le demandent. Les solutions à ce défaut de service public se trouvent dans la décision politique de donner les moyens nécessaires à ce service.

Le 26 juillet dernier, au cours d'une question orale au Sénat à l'attention de Madame la Ministre de la Santé, Agnès Buzyn, la sénatrice Nadine Grelet-Certenais a déclaré : « *il est intolérable que les femmes ne puissent pas exercer leur droit essentiel parce que des médecins, au mépris de l'accès aux soins, font valoir des réticences d'ordre personnel ou éthique* » (JO du sénat du 26/07/2018 page 3808). Rappelons que cette déclaration faisait référence au cas exceptionnel du centre hospitalier de Bailleul, dans la Sarthe, où suite au départ à la retraite d'un médecin et au recours à la clause de conscience des trois autres praticiens de l'établissement, ce dernier n'était plus en mesure temporairement de pratiquer l'IVG. En réponse à Madame la sénatrice, le SYNGOF précise que si l'accès à l'avortement pour les femmes est un droit essentiel, incontesté et incontestable, la réalisation de l'avortement n'est pas un acte de soins ordinaire. A ce titre, il nécessite des médecins à qui la loi reconnaît le droit d'avoir une

liberté de conscience. Qu'une sénatrice de la France, élue de la nation, ne reconnaisse pas la liberté de conscience des soignants est intolérable à la nation.

Prétendre que les médecins ont le mépris de l'accès aux soins, alors qu'ils sont au contact direct avec la souffrance de leurs patientes, c'est ne pas connaître leur vie.

Toutefois le débat que ce cas exceptionnel dans la Sarthe a soulevé met

en évidence un problème de fond dans l'organisation de l'accès aux soins sur le territoire. Alors que la loi N°2016-41 du 26 janvier 2016, dans son article premier, fait de l'Etat l'organisateur et le responsable de la santé en France, la pénurie de gynécologues annoncée par la profession depuis vingt ans s'aggrave depuis plusieurs années, et les gouvernements successifs n'ont pas jugé utile de la corriger.

Et ce n'est pas en retirant leur éthique et leur conscience aux médecins que la nation permettra un égal accès à l'avortement pour les françaises qui le demandent. Comme Madame la sénatrice a une éthique et une conscience, qu'elle souffre que les médecins en aient une et que l'Etat la respecte.

L'Etat est l'organisateur et le responsable de l'accès au service d'interruption volontaire de grossesse en France. Les solutions à ce défaut de service public se trouvent dans la décision politique de donner les moyens nécessaires à ce service. Le défaut de moyens est une des principales causes de souffrance des soignants et par suite de maltraitance des patientes[1]. Le SYNGOF exhorte le gouvernement et le Président de la République à écouter les acteurs de terrain pour régler dans chaque territoire les difficultés d'un égal accès aux soins dans les maternités.

[1] HCE [les actes sexistes durant le suivi gynécologique et obstétrical_20180629](#)
Académie de médecine Rapport-M-crépin-18-septembre-2018

A faire parvenir au SYNGOF
 BP 60034 - 34001 MONTPELLIER CEDEX 1
 Tél. 04 67 04 17 18 Email : syngof@syngof.fr

Je soussigné(e)

Nom _____

Prénom _____

Né(e) le _____ à _____

Date de votre installation _____

Tél mobile _____

e-mail _____

En notant votre email sur ce bulletin, vous acceptez l'envoi d'informations syndicales par courrier électronique

Adresse professionnelle _____

Nom et adresse de la maternité où vous exercez : _____

Inscrit à l'Ordre des Médecins de _____ N° _____

sollicite mon admission au
SYNDICAT NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS DE FRANCE

• Souhaitez-vous le reversement d'une partie de votre cotisation à une centrale nationale ?
 Si oui, laquelle ?

C.S.M.F. F.M.F. S.M.L. LE BLOC AUTRES.....

• Nom de votre compagnie d'assurances : _____ Tarif 2018 _____

• Secteur d'activité : Secteur 1 Secteur 2 Non conventionné

• J'exerce en Gynécologie médicale • Je suis Médecin libéral
 Gynécologie obstétrique Praticien hospitalier
 Gynécologie obstétrique Chef de clinique
 et chirurgie gynécologique Interne

• Type d'exercice Privé Public Privé et Public

- Cotisations 2019 -

⇒ Membre actif	230,00 €
⇒ Assistant chef de clinique	150,00 €
⇒ 1 ^{ère} année d'installation	150,00 €
⇒ Retraité	70,00 €
⇒ Interne	10,00 €

• 20% de réduction sur le tarif "membre actif" pour groupe supérieur ou égal à 5 associés ou membres d'une même équipe hospitalière sous réserve d'un paiement global en une seule fois de tous les membres.

• 20% de réduction sur le tarif "membre actif" pour les gynécologues médicaux inscrits à un Collège de Gynécologie Médicale pour un groupe supérieur ou égal à 5 cotisants sous réserve d'un paiement en une seule fois de tous les membres.

Je souhaite adhérer à l'ASSOCIATION GYNELOG : 45 € (ne donne pas droit au logiciel)
 Règlement séparé à l'ordre de "ASSOCIATION GYNELOG"

Date, cachet et signature



Conseil d'administration

Vendredi 7 septembre 2018

B. de ROCHAMBEAU*

Rappelons que dans le Serment d'hippocrate, comme dans le code de la santé publique, il est précisé que les médecins doivent des soins consciencieux, mais peuvent à tout moment, pour des raisons de conscience, refuser certains soins. Ils doivent alors orienter sans délai leur patiente vers des médecins qui peuvent les prendre en charge.

é

étaient présents les Docteurs :

BASTIAN, CACAULT, CAMAGNA, DE BIÈVRE, DE ROCHAMBEAU, DENJEAN, GARRIOT, GUERIN, GRAVIER, HORROVITZ, LAPLACE, LAZARD, LE PORS, MARTY, PAGANELLI, PEIGNÉ, RIVOALLAN.

Étaient excusés les Docteurs :

BOYER DE LA TOUR, BLUM, BONNEAU, COICAUD, DARMON, DREYFUS, FAIDHERBE, GUIGUES, HOMASSON, LEGRAND, LONLAS, MIRONNEAU, ROBION, THIEBAUGEORGES.

Ouverture du CA à 14h par le Président B. DE ROCHAMBEAU.

Approbation du procès-verbal de la séance précédente **B. DE ROCHAMBEAU**

Le procès verbal est validé à l'unanimité

IVG et clause de conscience **B. DE ROCHAMBEAU**

Le 26 juillet dernier, au cours d'une question orale au Sénat à l'attention de Madame la Ministre de la Santé, Agnès Buzyn, la sénatrice du sud de la Sarthe a directement remis en cause la clause de conscience des médecins concernant l'IVG. Pour rappel,

cette déclaration faisait référence au cas exceptionnel du centre hospitalier de Bailleul, dans la Sarthe, où suite au départ à la retraite d'un médecin et au recours à la clause de conscience des trois autres praticiens de l'établissement, ce dernier n'était plus en mesure temporairement de pratiquer l'IVG.

La sénatrice a interrogé la Ministre pour savoir ce qu'elle avait prévu de faire pour « corriger cette anomalie de l'engagement du service public ». En réaction à cette mise en cause directe des médecins, le SYNGOF a diffusé un communiqué de presse pour rappeler que la loi reconnaît aux médecins le droit d'avoir une liberté de conscience. Le SYNGOF soulignait ainsi que si l'accès à l'avortement pour les femmes constitue un droit incontestable et incontesté, la loi Veil n'est pas une obligation mais une autorisation de pratiquer l'IVG. Le CNGOF ne s'est pas opposé à la position du SYNGOF. Notons que la Ministre de la Santé n'a pas acquiescé aux attaques sur la clause de conscience de la sénatrice et a promis un retour à la normale pour septembre dans cette région du sud de la Sarthe.

Rappelons également que dans le Serment d'hippocrate, comme

dans le code de la santé publique, il est précisé que les médecins doivent des soins consciencieux, mais peuvent à tout moment, pour des raisons de conscience, refuser certains soins. Ils doivent alors orienter sans délai leur patiente vers des médecins qui peuvent les prendre en charge. Dans le cas de l'IVG, il s'agit d'un service public. C'est donc au directeur de l'hôpital avec le chef de service d'assurer cette permanence de l'offre.

Ces attaques ne sont pas les premières. Depuis 2013, le haut commissariat à l'égalité des hommes et des femmes demande la suppression de la clause de conscience spécifique à l'IVG. Plusieurs amendements de la loi de modernisation de la santé de 2016 ont proposé la suppression de la clause de conscience. Si personne ne s'oppose à ce bruit de fond, il passera dans une loi prochaine et il sera trop tard pour agir. Je vous demande votre accord pour cette vigilance. Le CA soutien à l'unanimité cette attitude. Le syndicat sera par conséquent très vigilant, notamment à l'approche des discussions sur la loi de bioéthique.

*Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

Loi Veil

Article 1

La loi garantit le respect de tout être humain dès le commencement de la vie. Il ne saurait être porté atteinte à ce principe qu'en cas de nécessité et selon les conditions définies par la présente loi ;

Article 2

Est suspendue pendant une période de cinq ans à compter de la promulgation de la présente loi, l'application des dispositions des quatre premiers alinéas de l'article 317 du code pénal lorsque l'interruption volontaire de la grossesse est pratiquée avant la fin de la dixième semaine par un médecin dans un établissement d'hospitalisation public ou un établissement d'hospitalisation privé satisfaisant aux dispositions de l'article L. 176 du code de la santé publique.

Réforme de la santé et modification des statuts du CNPGO B. DE ROCHAMBEAU

Un grand vent de réforme souffle sur le secteur de la santé. Le Président de la République exposera son plan courant septembre, mais les institutions sont déjà au travail : le ministère est aujourd'hui en discussion à tous les niveaux, sociétés savantes et syndicats, pour recueillir la ligne de chacun en vue d'une part de modifier l'organisation de notre système de soins au niveau des maternités, et d'autre part de revisiter les critères de qualité - et pas uniquement des normes - de présence et d'offres de soins.

La loi Touraine prévoit depuis 2016 que les Conseils Nationaux Professionnels de Spécialité sont les interlocuteurs du ministère. La loi prévoit un CNP par spécialité ; si des spécialités veulent se regrouper, elles peuvent faire des fusions de CNP. En gynécologie, il est difficile d'établir un vrai CNP. Une des premières questions qu'il faut résoudre est de savoir si l'on fait deux CNP ou si l'on fait un CNP commun aux spécialités gynécologie médicale et gynécologie obstétrique. Dernièrement les gynécologues médicaux ont opté pour un CNP commun à condition qu'ils y aient une juste place, ce qui a été validé par les instances du collège de gynécologie obstétrique.

La discussion porte aujourd'hui sur la répartition du pouvoir au sein de ces CNP. Statutairement les syndicats ont une place réservée et la seule parité exigée dans les instances professionnelles est la parité Public-Privé. Il convient de statuer rapidement car à l'heure actuelle il est difficile de répondre à toutes les sollicitations de ce CNP. Ainsi, sur les sujets de la réorganisation de l'offre de soins en maternité, de notre représentation dans les différentes instances : HAS, ministère, direction de la sécurité sociale, direction de l'offre de soins, qui chacune ont des chantiers, il a fallu missionner des administrateurs. Emmanuel Peigné, administrateur du SYNGOF, est missionné à la FHP pour la gynécologie obstétrique ; François-Xavier Boyer de Latour représente le SYNGOF à la HAS ; Olivier Thiebaugeorges est l'interlocuteur des directions du ministère de la Santé. Le SYNGOF a transmis aux administrateurs un projet de réforme des statuts du CNP soumis par le Collège, qui établit une présidence fixe, élue pour trois ans, et une représentation juste entre gynécologues médicaux et gynécologues obstétriciens, avec une minorité de blocage pour les syndicats. En l'absence à l'heure actuelle de disposition relative au financement, ce dernier sera proportionnel aux structures présentes. Calendrier proposé : Assemblée Générale du Collège en décembre,

validation des statuts, suivie de la première séance du CNP nouvelle formule. J'attends donc un retour du CA sur ce sujet avant notre réunion de décembre.

Avis relatif à l'avenant n° 4 à la convention nationale des sages-femmes J. RIVOALLAN ; B. DE ROCHAMBEAU

Un nouvel avenant à la convention nationale des sages-femmes signée le 11 octobre 2007 et tacitement renouvelée, revoit leurs conditions tarifaires. Il apparaît qu'un certain nombre de cotations sont majorées et nous interpellent :

- Alignement des tarifs des échographies gynécologiques sur ceux des médecins, sachant que l'échographie gynécologique se fait essentiellement en cas de pathologie, or les sage-femmes n'ont pas reçu la même formation que les gynécologues et par conséquent ne disposent pas de cette compétence en pathologie.
- Création d'une consultation de surveillance de terme dépassé entre 41 SA et 41 SA+6J, valorisée à 35 € pour les grossesses simples et à 54,60 € pour les grossesses multiples. En comparaison, pour les gynécologues, il s'agit de CS simples de 23 ou 30 €.

En outre, cette nouvelle disposition semble incohérente puisqu'on ne laisse pas une grossesse multiple aller jusqu'à 41 SA ;

- Création d'un nouvel acte de prévention et d'information.

En comparaison, les gynécologues effectuent cet acte lors des CS de grossesse au CS de 23 ou 30 euros.

- Majoration conventionnelle (MSF) de 2 €, portant la consultation de SF à 25 €.

En comparaison, nos CS secteur 2 sont à 23 €.

- L'apparition de cotation de surveillance de grossesse pathologique à 43,68 et 63,28 €, sans qu'il soit indiqué « sur prescription médicale » ou « sous le contrôle d'un médecin ».

- Obtention de la majoration K pour les accouchements, alors que nos secteurs 2 n'en bénéficient pas.

- Alignement des modificateurs d'urgence sur les gynécologues obstétriciens, en sachant que, jusqu'à présent, les SF, comme les pédiatres et les généralistes, pouvaient coter la majoration de dimanche dès le samedi 12h. Est-ce toujours le cas ?

Le SYNGOF veille à ce que les revalorisations tarifaires qui sont octroyées aux sages-femmes soient octroyées à part égale aux gynécologues. Ainsi, le SYNGOF va reprendre point par point les avancées que les sages-femmes ont obtenu pour demander une évolution à l'identique de la nomenclature sur les consultations et actes gynécologiques concernés. *Retrouvez l'intégralité de cet ave-
nant sur le site du syngof.*

Elections professionnelles P. LE PORS

En juin 2019, devrait avoir lieu le renouvellement des Commissions Statutaires Nationales et des Commissions de Discipline

qui règlent pour les praticiens hospitaliers différentes difficultés ou conflits. En 2011, il y avait 5 intersyndicales (date à laquelle fut créée Avenir Hospitalier au sein de laquelle siège le SYNGOF). Depuis cette date, Avenir Hospitalier AH et la Confédération des Praticiens des Hôpitaux CPH se sont rapprochées, fondant Avenir Praticiens Hospitaliers : APH. Il est donc possible que les élections se fassent cette année sous la même bannière syndicale.

Les listes présentées doivent être paritaires hommes-femmes à proportion des spécialités représentées. Ces élections détermineront la composition de la commission statutaire des personnels médicaux qui va discuter toutes les modifications et réformes statutaires hospitalières. Nous vous en reparlerons dans nos prochains numéros. *Voir notre article pages 11 et 12.*

Démocratie sanitaire P. LE PORS

L'organisation en région des Conférences Régionales de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) est en principe une voie privilégiée de la démocratie sanitaire, favorisant l'appropriation collective - par les représentants des usagers, des professionnels de la santé hospitaliers et libéraux, de l'aide sociale ainsi que des élus - des enjeux de santé pour participer à l'élaboration et à la mise en place du Projet Régional de Santé.

La Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins (CSOS), sous-commission de la CRSA composée de représentants élus dont les syndicats de personnels, donne des avis - consultatifs - particulièrement importants sur la répartition des matériels lourds et plateaux techniques.

Ce qui vient de se passer en Bretagne est une atteinte grave et caricaturale à la démocratie sanitaire :

Après instruction très objective du dossier et audition de tous les intervenants, la CSOS a voté le 17 mai à l'unanimité moins 3 absentes la transformation de la maternité de Guingamp en Centre périnatal de proximité. Cette décision responsable au regard de l'équilibre nécessaire de sécurité/proximité en périnatalité, est également vivement soutenue par la conférence des présidents de CME et la FHF.

LE DG de l'ARS de Bretagne a suivi ce vote et signifié sa décision à l'hôpital de Guingamp, décision assortie de toutes les précautions de maintien d'activité de suivi gynécologique obstétrical et aussi de développement de chirurgie ambulatoire, préservant ainsi les emplois. La présidence de la République a suspendu cette mesure.

Las... la presse révélait un argument de poids contre cette décision : Jean-Marie Bigard soutient la maternité de Guingamp ! Pire (car la santé des femmes et des enfants est en jeu !), comment ne pas voir de lien entre LA COUPE DU MONDE de FOOTBALL... et la joie de deux présidents (celui de notre République et celui de la Fédération Française de Football, Noël Le Graët, ancien maire de Guingamp et grand défenseur de sa maternité locale) ?

La CRSA de Bretagne a interrogé - sans réponse à ce jour - la Ministre de la Santé sur les arguments sanitaires qui conduisent au maintien de la maternité de Guingamp : nous aimerions les entendre, faute de quoi il serait permis de s'interroger sur la démocratie sanitaire...

Ceci est particulièrement grave dans notre spécialité où la sécurité de la naissance doit bien-sûr primer sur le lobbying. Ce cas est caricatural mais loin d'être isolé dans ses rouages : chacun de vous en région doit veiller sur la démocratie sanitaire.

**Misoprostol,
Gymiso et MisoOne -
RTU pour les fausses
couches en ville
E. PAGANELLI**

L'ANSM a élaboré des Recommandations Temporaires d'Utilisation (RTU) pour le Misoprostol, le Gymiso et le MisoOne. Les RTU ont une durée maximale de 3 ans renouvelable. Leur objectif est de sécuriser l'utilisation des médicaments grâce à la mise en place d'un suivi des patients organisé par les laboratoires concernés.

Elisabeth Paganelli présente en séance les nouvelles cotations. *Se référer à notre article pages 14 et 15 pour les informations détaillées relatives aux RTU.*

**Festival Canchange
E. PAGANELLI**

Ce festival qui devait avoir lieu le 22 septembre, devait initialement porter sur la prévention du cancer. Les organisateurs avaient sollicité le Syngof à ce titre. Ils se sont depuis associés à un organisme international avec une nouvelle orientation sur les traitements innovants et n'ont pas donné suite aux propositions du Syngof pour participer au dépistage. Sans réponse de leur part et compte tenu de cette nouvelle orientation, le Syngof a suspendu sa décision d'apporter une contribution financière.

**Gynelog et gestion
des risques
J. MARTY**

Gynelog est un logiciel associatif qui appartient à ses utilisateurs. Il a été initié et soutenu depuis son origine en 1992 par le SYNGOF et aujourd'hui surtout par GYNERISQ. L'équipe de la Haute Autorité de Santé, chargée de l'examen des logiciels médicaux, a reconnu l'intérêt de son utilisation dans

les établissements sans qu'il soit nécessaire que ce logiciel soit lui-même certifié au titre de l'aide à la prescription en établissement. Un certain nombre d'établissements s'étaient en effet laissés influencés par les éditeurs des logiciels d'établissement pour interdire l'usage de Gynelog dans leurs murs. Ils ont ainsi un démenti formel. *Voir notre article en page 13.*

**Expertises en
responsabilité
médicale
J. MARTY**

Ce sujet sera abordé à l'occasion du **Colloque Expertises en responsabilité médicale organisé le 12 octobre prochain à la Faculté des Saints-Pères à Paris, à l'initiative de Monsieur Rémi PELLET**, Professeur à l'Université Sorbonne Paris Cité, Faculté de Droit Paris Descartes, membre de l'Institut de Droit de la Santé. Inscription : <http://www.institutdroitsante.fr/manifestations/les-expertises-en-responsabilite-medicale>.

Le problème de la responsabilité médicale est un facteur de désaffection des activités obstétricales qui retient toute l'attention du SYNGOF. Le Collège s'est associé à la réflexion de GYNERISQ qui porte sur les procédures d'expertises. Deux séances préparatoires à l'élaboration de propositions avaient lieu au printemps dernier. Il en ressort deux propositions portées par la profession :

Le Collège propose de constituer une compagnie des experts par spécialité qui assurerait la formation et l'évaluation des experts. Elle proposerait ses membres aux magistrats avec cette garantie d'avoir des experts bien formés et dont le travail est régulièrement évalué. Ce projet est confié au Dr Jean Thévenot ;

l'objectif est donc la prévention des mauvaises expertises par la formation et l'évaluation continue des experts.

GYNERISQ a privilégié l'évaluation des expertises d'un point de vue exclusivement médical. Les expertises se déroulent de manière immuable par la confiance du Magistrat en un expert unique dans sa spécialité qu'il investit d'autorité pour définir quel est l'état de la science au moment des soins et si les soins s'y sont conformés. Un praticien unique, détenteur d'une autorité médicale incontestable, est une disposition obsolète en médecine du 21^{ème} siècle. Notre proposition est celle d'une relecture des expertises lorsqu'une partie le demande. Pour que cette évaluation soit objective et acceptable par les victimes, l'expertise doit être anonymisée. Il revient à la HAS de constituer un jury sanitaire sans conflit d'intérêt qui produira un rapport après délibération et vote par le jury, comme le font les comités d'experts qu'elle rassemble déjà. Le Magistrat et les parties disposeront ainsi d'un éclairage pondéré.

Le CNGOF et GYNERISQ proposent donc deux voies complémentaires pour la qualité des expertises : **une de « prévention et une de « récupération »**. L'écho au cours de ces séances a été bon, particulièrement auprès des magistrats qui sont conscients de leur impuissance devant la fragilité médicale des expertises dans le déroulement du procès.

L'ensemble de ces travaux sera remis, pour la totalité des spécialités médicales, le 12 octobre prochain durant le Colloque Expertises en responsabilité médicale. La journée Gynersiq qui se tiendra durant le congrès du CNGOF le 6 décembre prochain, traitera de ses propositions dans les limites de notre spécialité.

Conseil d'administration exceptionnel

27 septembre 2018

B. DE ROCHAMBEAU

La polémique médiatique qui a suivi la diffusion de l'extrait d'une interview accordée par Bertrand de Rochambeau à l'émission Quotidien sur TMC le 11 septembre dernier, a suscité de la confusion chez les adhérents. Rappelons que dans cette interview, Bertrand de Rochambeau s'exprimait en son nom personnel, et non en celui du syndicat, sur le recours à la clause de conscience dans le cadre d'une IVG.

La tenue d'un conseil d'administration exceptionnel est apparue nécessaire pour, d'une part, clarifier la position des membres du CA vis-à-vis du Président, et d'autre part définir la posture du SYNGOF relative à la clause de conscience. A l'issue de ce conseil d'administration exceptionnel, le conseil a renouvelé à l'unanimité sa confiance au Président Bertrand de Rochambeau.

Etaient présents les Docteurs :
BASTIAN, BOYER DE LATOUR, DE ROCHAMBEAU, GRISEY, HORROVITZ, LONLAS, PAGANELLI

Etaient excusés et avaient voté par mail le renouvellement de leur confiance et leur Quitus à Bertrand de Rochambeau, les Docteurs :

BLUM, BONNEAU, CACAULT, CAMAGNA, COICAUD, DENJEAN, FAIDHERBE, GRAVIER, GUERIN, GUIGUES, JELEN, LAPLACE, LE PORS, MARTY, MIRONNEAU, PEIGNÉ, RIVOALLAN, ROBION, THIEBAUGEORGES

Debriefing de la crise sur l'IVG

Depuis l'intervention de la sénatrice du sud de la Sarthe le 26 juillet dernier, que nous évoquons dans notre compte rendu du 7 septembre, la polémique a enflé autour de la clause de conscience spécifique à l'IVG. Des mouvements féministes se sont emparés du sujet, accusant les médecins faisant valoir la clause de conscience de porter atteinte au droit de la femme de recourir à l'interruption volontaire de grossesse. Aujourd'hui, ce sont des sénateurs qui déposent un projet de loi pour supprimer la clause de conscience spécifique à l'IVG. Il est donc primordial d'affirmer clairement la défense et la nécessité de préserver la clause de conscience. Cette position est adoptée à l'unanimité par le conseil.

Renouvellement de la confiance et Quitus au Président

Les 7 membres présents au CA et les 19 membres excusés, qui avaient voté précédemment par mail, ont voté le renouvellement de leur confiance et leur Quitus au Président.

Par conséquent, la confiance et le quitus sont renouvelés à l'unanimité au Président Bertrand de Rochambeau.

Perspective d'actions

A l'occasion de la journée mondiale de l'avortement qui avait lieu le 28 septembre, Bertrand de Rochambeau propose la diffusion d'un communiqué de presse qui aura pour objet de :

- Rappeler le soutien indéfectible du SYNGOF au droit à l'avortement.
- Affirmer la défense de la clause de conscience qui ne doit pas être remise en cause.

Une nouvelle posture dans ce communiqué vise à dénoncer la décision politique de ne pas mettre plus de moyens sur l'orthogénie, au titre que l'Etat est l'organisateur et le responsable de l'accès au service d'interruption volontaire de grossesse en France. Voir l'édito de Bertrand de Rochambeau.

Le communiqué est acté par le conseil.

Nouvel arrêté

relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins

E. PAGANELLI*

Ce nouveau dispositif vise à mettre en œuvre les dispositions issues de la Loi santé et à améliorer l'information délivrée au patient

L'arrêté du 30 mai 2018 relatif à l'information des personnes destinataires d'activités de prévention, de diagnostic et/ou de soins a été publié au Journal officiel (PJ), et entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2018. Ce dispositif se substitue à celui prévu par le décret n° 2009-152 du 10 février 2009 relatif à l'information sur les tarifs d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé, lequel est en cours d'abrogation.

Ce nouveau dispositif vise à mettre en œuvre les dispositions issues de la Loi santé et à améliorer l'information délivrée au patient, notamment au travers des points suivants :

- Elargissement des catégories de professionnels visés par les obligations de transparence tarifaire. Ce texte s'appliquera à l'ensemble des professions de santé et professions réglementées exerçant dans le secteur de la santé ;
- Obligation d'information préalable par tout moyen des patients sur les tarifs avant visite à domicile et pratique médicale réalisée à distance ;
- Prise en compte de l'essor de la prise de rendez-vous en ligne. C'est ainsi que les professionnels de la santé doivent faire état de leur conventionnement sur les plateformes de prise de rendez-vous médical en ligne ;

- Information précise du patient sur le périmètre des frais facturables ;
- Mise en transparence de la pratique des « fourchettes tarifaires », en autorisant les professionnels de santé à indiquer leurs montants d'honoraires sous forme de fourchettes à condition qu'ils affichent les critères de détermination de ces honoraires ;
- Clarification de la responsabilité des établissements publics de santé vis-à-vis des professionnels exerçant en leur sein en libéral concernant l'affichage des tarifs des prestations rendues.

La DGCCRF s'attachera à suivre la mise en œuvre effective de ce texte au travers de contrôles qui seront mis en œuvre à compter de septembre 2018 auprès des professionnels concernés. Ces contrôles seront, dans un premier temps, à visée pédagogique, et conduiront les services de la DGCCRF à rappeler la réglementation applicable.

* Gynécologue médicale, Secrétaire générale du Syngof et Présidente du Collège de Gynécologie du Centre Val de Loire

Élections professionnelles

aux commissions statutaires nationales du CNG

Pourquoi ? Comment ?

P. LE PORS-LEMOINE*, N. SMOLSKI**
J. TRÉVIDIC***

e

n juin 2019 devrait avoir lieu le renouvellement des Commissions

Statutaires Nationales et des Commissions de Discipline qui règlent pour les praticiens hospitaliers différentes difficultés ou conflits. En même temps devraient se dérouler d'autres élections très importantes, d'une toute nouvelle structure réclamée avec force par le Conseil d'Etat, à savoir le Conseil Supérieur des Personnels Médicaux, organisation en miroir du Conseil de la Fonction Publique, où seront discutés tous les projets de textes et de réforme pour les praticiens titulaires et non titulaires.

Ces commissions, où siègent des pairs syndicalistes élus, sont renouvelées normalement tous les 5 ans.

Un principe de fonctionnement paritaire

Chaque commission voit siéger 6 praticiens hospitaliers titulaires avec 6 suppléants et des représentants des administrations centrales, sur un mode paritaire. Ce paritarisme est très important car il permet une expression de toutes les sensibilités de l'hôpital, professionnelles et administratives. Les discussions sont souvent animées, mais un consensus se dégage en général pour des avis (consultatifs) équilibrés, que la directrice du CNG suit avec constance. La participation

Nous cherchons toujours à prendre des décisions justes pour tous les protagonistes et pertinentes pour la qualité des soins.

active des syndicats est primordiale pour le soutien des collègues et la recherche d'amélioration de conditions locales souvent difficiles.

Il existe 7 grandes disciplines, avec de très grosses inégalités de représentation démographique : anesthésie-réanimation, biologie, chirurgie, médecine, pharmacie, psychiatrie et radiologie. Chaque discipline a une commission hospitalière stricte et une hospitalo-universitaire.

Les commissions statutaires nationales se prononcent lorsque les chefs de pôle et les directions au sein des CME émettent des avis divergents lors de la titularisation des PH. Si les avis sont convergents pour ne pas titulariser, les dossiers ne passent pas en commission et les collègues ne sont pas titularisés, sans recours. Les avis peuvent être : le licenciement, la titularisation sur place, le renouvellement de la période probatoire sur place ou dans un autre établissement.

Les commissions de discipline sont convoquées en cas de manquements graves ou de problèmes comportementaux. Le bilan de ces commissions est très variable selon les spécialités : en médecine et en chirurgie, pour les temps pleins hospitaliers, les commissions se réunissent souvent et ont à régler des cas souvent très difficiles. Les restructurations hospitalières et évolutions des GHT ont un retentissement non négligeable sur les carrières, en particulier chirurgicales (dont la gynécologie obstétrique), médicales, d'anesthésie et de biologie. Pour les autres spécialités, la fréquence des convocations est plus anecdotique.

* Gynécologue obstétricienne, Vice-présidente d'Avenir Hospitalier

** Anesthésiste réanimatrice, Présidente du SNPHAR-E, Présidente d'honneur d'Avenir Praticien Hospitalier (APH)

*** Président de la CPH, Président d'Avenir Praticien Hospitalier (APH)

Nous recevons les dossiers (souvent trop peu de temps) à l'avance, les étudions, et contactons les différents protagonistes afin de défendre au mieux les collègues impliqués qui sont souvent très inquiets des décisions qui seront prises et de leurs conséquences pour leur carrière et leurs vies personnelles.

Nous avons toutefois à cœur de ne pas défendre l'indéfendable, car certaines histoires sont édifiantes et parfois des équipes entières sont en grande souffrance. Nous cherchons toujours à prendre des décisions justes pour tous les protagonistes et pertinentes pour la qualité des soins.

**Une représentativité
indispensable
pour défendre
l'impartialité au sein du CNG**

L'aspect administratif des dossiers est pris en charge par le CNG qui « gère » nos carrières. Nous regrettons fortement les délais d'instruction trop longs, source de grande souffrance pour les praticiens concernés (en particulier ceux qui dans l'attente d'une décision sont suspendus et sans activité). Dans un certain nombre de cas, les dossiers sont montés « à charge » contre le praticien, le CNG prenant souvent a priori le parti de l'institution hospitalière, et nous sommes obligés parfois de ferrailler longtemps et fortement pour défendre des collègues pris dans une spirale institutionnelle très destructrice. Nous aimerions que le CNG soit impartial

et sanctionne également s'il y a lieu le management défaillant de certains directeurs.

Jusque là, les élections professionnelles au CNG étaient l'occasion de mesurer l'audience des différentes intersyndicales et leur représentativité. En 2011, il y avait 5 intersyndicales (date à laquelle fut créée **Avenir Hospitalier** au sein de laquelle siège le SYNGOF). Depuis cette date, Avenir Hospitalier **AH** et la Confédération des Praticiens des Hôpitaux **CPH** se sont rapprochées, fondant Avenir Praticiens Hospitaliers : **APH**.

Cette année, la situation se complique avec la création du Conseil National des Professions Médicales, qui devra statuer sur toutes les réformes statutaires et dont la composition découlera des résultats de ces élections. Il y aura donc deux élections simultanées.

Ce seront donc des élections très importantes pour tous les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires qui devront choisir quelle intersyndicale défend au mieux leurs valeurs et les portera le plus vigoureusement au sein de ce Conseil Supérieur, mais aussi les défendra au mieux devant ces commissions (dont personne n'imagine avant d'y être confronté qu'il peut entrer dans l'œil du cyclone et avoir besoin d'être défendu !).

Vous allez donc entendre beaucoup parler de ces élections, de leurs enjeux et des différents engagements envers vous des syndicats et intersyndicales : votre vote sera déterminant et sera le moment de vous remercier qui vous a aidé ou informé au quotidien.

« Syndicalement vôtre »



Suivez le SYNGOF sur Facebook

Gynelog :

un outil approuvé par la Haute Autorité de Santé

J. MARTY*

La HAS approuve l'utilisation de Gynelog dans les établissements de santé

Gynelog est un logiciel associatif qui appartient à ses utilisateurs. Il a été initié et soutenu depuis son origine en 1992 par le SYNGOF et aujourd'hui surtout par GYNERISQ. C'est un logiciel métier complet pour les gynéco-obstétriciens. Il remplit toutes les conditions des cahiers des charges des logiciels médicaux rédigés par les pouvoirs publics. Son utilisation donne droit à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Le dossier médical informatisé permet d'avoir un meilleur dossier médical et ainsi de réduire les risques professionnels. Il constitue ainsi un outil de gestion des risques. À ce titre, le séminaire de l'Ile d'Oléron, qui avait lieu du 14 au 16 septembre derniers, est une formation Indemnisée par l'ANDPC.

Cette année le séminaire a pris un caractère particulier du fait que l'équipe de la HAS chargée de l'examen des

L'utilisation de Gynelog donne droit à la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), ce qui représente plus d'un millier d'euros réglés chaque année par l'Assurance Maladie, qui couvrent l'intégralité des frais d'informatiques du cabinet.

logiciels médicaux a reconnu l'intérêt de son utilisation dans les établissements sans qu'il soit nécessaire que ce logiciel soit lui-même certifié au titre de l'aide à la prescription en établissement. Un certain nombre d'établissements s'étaient en effet laissés influencés par les éditeurs des logiciels d'établissement pour Interdire l'usage de Gynelog dans leurs murs. Ils ont ainsi un démenti formel. Les utilisateurs privés de leur logiciel étaient d'autant plus frustrés que les logiciels d'établissement très généralistes n'ont pas la capacité de structurer l'information médicale pour permettre la construction de barrières contre différentes défaillances professionnelles alors que Gynelog le permet. Surtout Gynelog permet aux médecins eux-mêmes d'assurer ce paramétrage. Ces formations présentent l'intérêt de mettre aux utilisateurs le pied à l'étrier.

Il y avait au programme du séminaire :

Le 14/09 : Les risques liés à l'informatique.

Le 15/09 : Les barrières informatique des risques médicaux.

Le 16/09 : L'évolution du logiciel au service de la sécurité.

Entre les sessions, les utilisateurs ont pu, comme chaque année, avoir des échanges avec les développeurs du logiciel.

*Gynécologue obstétricien, Trésorier et ancien Président du Syngof

Misoprostol, Gymiso et MisoOne

RTU pour les fausses couches en ville

E. PAGANELLI*

L'ANSM a élaboré des RTU pour sécuriser l'utilisation du Misoprostol, du Gymiso® et du MisoOne® dans la prise en charge des fausses-couches précoces

L'ANSM peut encadrer des prescriptions non conformes à l'autorisation de mise sur le marché (AMM), sous réserve qu'il existe un besoin thérapeutique et que le rapport bénéfice/risque du médicament soit présumé favorable, notamment à partir de données scientifiques publiées d'efficacité et de tolérance.

Il élabore à cette fin des Recommandations Temporaires d'Utilisation (RTU). Les RTU ont une durée maximale de 3 ans renouvelable. Leur objectif est de sécuriser l'utilisation des médicaments grâce à la mise en place d'un suivi des patients organisé par les laboratoires concernés.

Misoprostol :
RTU pour les fausses couches précoces - ANSM Février 2018

Protocole de suivi des patientes traitées par le Misoprostol dans la prise en charge des fausses couches précoces (grossesses arrêtées avant 14SA)

Aucun médicament n'a jamais bénéficié d'une AMM dans cette indication en ambulatoire. Or, il existe un besoin thérapeutique et, compte tenu du rapport bénéfice/risque du Misoprostol présumé favorable, une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) a été établie par l'ANSM pour l'usage du Misoprostol, dans cette indication.

Posologie et mode d'administration

La posologie initiale est de 400 µg par voie orale, éventuellement renouvelée toutes les 3 heures si nécessaire. Ne pas dépasser une dose totale de 2400 µg par 48h. En l'absence d'expulsion dans le délai indiqué par le professionnel de santé, il est recommandé à la patiente de consulter afin de connaître la conduite à tenir.

Modalités de prescription dans le cadre de la RTU

Avant d'initier une RTU de Misoprostol dans la prise en charge d'une fausse couche précoce, le médecin prescripteur :

- Vérifie les critères de prescription.
- Vérifie l'absence d'une contre-indication au traitement (se référer au RCP).
- Informe la patiente (et/ou son représentant légal ou la personne de confiance) de la non-conformité de la prescription par rapport à l'AMM, des risques encourus, des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament, des traitements alternatifs autorisés et disponibles et des conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie. Le médecin doit s'assurer de la bonne compréhension de ces informations.
- Remet la note d'information destinée à la patiente dans laquelle il a préalablement renseigné les mo-

*Gynécologue médicale, Secrétaire générale du Syngof et Présidente du Collège de Gynécologie du Centre Val de Loire

dalités de prise du médicament ainsi qu'un numéro de téléphone du médecin prescripteur à joindre en cas de complications (douleur, etc.).

- Informe, si possible, le médecin traitant/le gynécologue/la sage-femme de la patiente (selon le cas).
- Motive sa prescription dans le dossier médical de la patiente.
- Si nécessaire, remet à la patiente une ordonnance d'antalgique.
- Si nécessaire, remet à la patiente l'ordonnance pour le dosage du taux plasmatique dhCG ou convient d'une date pour la visite de contrôle.

Pour tout renseignement complémentaire concernant la RTU, le numéro suivant est à votre disposition : 01.81.79.40.79 - (numéro de fax : 01.58.28.16.90).

Gymiso et MisoOne – RTU pour les fausses couches précoces – ANSM 2 mars 2018

Suite à l'arrêt de la commercialisation du Cytotec au 1^{er} mars 2018, les spécialités Gymiso® 200 microgrammes comprimé et MisoOne® 400 microgrammes comprimé font l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation pour la prise en charge des fausses couches précoces du premier trimestre (avant 14 SA) en cas de grossesses arrêtées.

- **Gymiso® 200 microgrammes comprimé, boîte de 2 cps.**
- **MisoOne® 400 microgrammes comprimé, boîte de 1 cp.**

Pour rappel, les spécialités MisoOne® et Gymiso® ne peuvent pas être dispensées aux patientes en officine et sont réservées à l'usage professionnel.

Dans le cadre de la RTU, ces 2 médicaments sont accessibles :

- En établissement de santé : dotation de service.
- Pour tous les médecins (contrairement à l'indication IVG qui est réservée aux médecins ou sage-femmes ayant conclu une convention avec un établissement de soins), sur présentation d'une commande à usage professionnel portant la mention « usage professionnel ». Le médecin remet le médicament à la femme lors de la consultation.

La Commande à usage professionnel doit indiquer lisiblement :

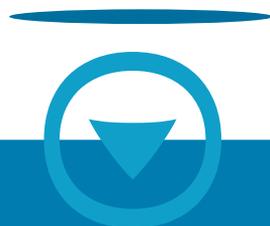
- La date - le nom, la qualité, le numéro d'inscription à l'Ordre, l'adresse et la signature du praticien - la dénomination du médicament et les quantités commandées - la mention « usage professionnel » - la mention « prescription sous RTU ». La dispensation au public est interdite.

Pour la facturation aux professionnels de santé de ces deux spécialités, deux indications (IVG et fausse couche précoce), le prix d'une boîte est fixé à 13,88 euros TTC, auquel s'ajoute le tarif unitaire de l'honoraire de dispensation (1,02 euros TTC) par boîte, soit 14,90 euros TTC.

Ces médicaments sont pris en charge par l'Assurance Maladie dans le cadre du forfait « fausse couche » qui a été élaboré -à titre dérogatoire et transitoire- à cette fin. Le médecin facture à l'Assurance Maladie, outre le montant de la consultation fixée à 25 euros, le montant du forfait « fausse couche ».

Ce forfait doit couvrir l'intégralité du traitement d'une patiente, quel que soit le nombre de boîtes délivrées par le médecin dans la limite de six boîtes.

Mais depuis cette date, les modalités pratiques de facturation sur le site ameli.fr ne sont pas précisées.



Retrouvez les petites annonces
sur

www.syngof.fr

Androcur (acétate de cyprotérone) et génériques : risque de méningiome lors d'une utilisation prolongée

E. PAGANELLI*

L' ANSM a publié cet été un point d'information concernant l'acétate de cyprotérone et le risque de méningiome lors d'une utilisation prolongée. Elle adressera en fin d'année des recommandations d'utilisation de l'Androcur et ses génériques ainsi que des mesures d'encadrement du risque.

Information actualisée le 07/09/2018

Actions de l'ANSM

Compte tenu de ces nouvelles données qui indiquent que le risque de méningiome augmente en fonction de la durée d'utilisation et de la posologie, l'ANSM a réuni le 13 juin 2018 un comité d'experts indépendants (CSST), composé d'endocrinologues, endocrinologue-pédiatres, gynécologues, neurochirurgiens et dermatologues.

A l'issue de cette première réunion, l'ANSM a mobilisé les sociétés savantes afin d'établir des recommandations d'utilisation de l'acétate de cyprotérone ainsi que des mesures d'encadrement du risque de méningiome.

Lors d'une réunion du CSST qui avait lieu le 1^{er} octobre, la place de cette spécialité dans la stratégie thérapeutique devait être réévaluée sur la base du travail effectué par les sociétés savantes avec notamment une révision des indications, de la posologie, de la durée de traitement et des précautions d'emploi de la spécialité ainsi que des mesures de surveillance du risque (imagerie cérébrale).

Dès la publication des résultats consolidés de l'étude de l'Assurance Maladie, l'ANSM partagera ces nouvelles données sur le risque de méningiome ainsi que les recommandations établies par le CSST à l'Agence européenne des médicaments (EMA) afin de réévaluer le bénéfice / risque au niveau européen de l'acétate de cyprotérone.

Les patients et les professionnels de santé peuvent déclarer tout effet indésirable suspecté d'être lié à un médicament, directement sur le portail de déclaration du ministère en charge de la santé : signalementsante.gouv.fr

Depuis 2009, l'acétate de cyprotérone fait l'objet d'une surveillance particulière suite au signal émis par la France au niveau européen sur le risque d'apparition de méningiome. L'évaluation de ce signal par l'Agence européenne des médicaments (EMA) a conduit à faire figurer ce risque dans la notice du médicament en 2011. Pour préciser la relation entre la prise du médicament et le risque de méningiome, l'Assurance Maladie a mené une étude pharmaco-épidémiologique. Les résultats de cette étude suggèrent que le risque de méningiome est multiplié par 7 pour les femmes traitées par de fortes doses sur une longue période (plus de 6 mois) et par 20 après 5 années de traitement. Au regard de ces nouvelles données disponibles, l'ANSM a donc décidé de créer un comité scientifique

* Gynécologue médicale, Secrétaire générale du Syngof et Présidente du Collège de Gynécologie du Centre Val de Loire

spécialisé temporaire (CSST) qui a pour objectif de discuter des conditions d'utilisation et de prescription de ces médicaments afin de limiter ce risque. Réuni pour la première fois en juin 2018, le CSST a proposé que des recommandations soient élaborées avec les professionnels de santé.

L'ANSM rappelle d'ores et déjà que la présence ou un antécédent de méningiome est une contre-indication à l'utilisation de ce médicament et que l'apparition en cours de traitement doit conduire à son arrêt.

Contexte

L'acétate de cyprotérone est un dérivé de la progestérone ayant des propriétés anti-androgéniques. Les indications dépendent du dosage de cyprotérone.

- Les comprimés à 50 mg sont indiqués chez la femme, dans le traitement de certaines maladies hormonales se manifestant par une augmentation du système pileux (hirsutisme). Chez l'homme, ce médicament est préconisé dans certaines formes de cancer de la prostate.
- Les comprimés à 100 mg ont des indications dans le traitement de paraphilie en association avec une prise en charge psychothérapeutique.

Le méningiome est une tumeur, le plus souvent bénigne, qui se développe à partir des membranes qui enveloppent le cerveau et la moelle épinière (les méninges). Le risque de méningiome était déjà connu et mentionné dans la notice du médicament depuis 2011 suite à un signal européen lancé par la France en 2009[1]. Ainsi, le Résumé des Caractéristiques des Produits (RCP) et la notice ont été modifiés pour ajouter :

- Une contre-indication en cas d'« existence ou antécédents de méningiomes ».
- Une mise en garde précisant que « des cas de méningiomes (simples et multiples) ont été rapportés en cas d'utilisation prolongée (plusieurs années) d'androcure à des doses de 25 mg et plus par jour. Si un méningiome est diagnostiqué chez un patient traité par androcure 50 mg, le traitement devra être arrêté »
- Une mention dans la liste des effets indésirables indiquant que « des cas de méningiomes (simples et multiples) ont été rapportés en cas d'utilisation prolongée (plusieurs années) d'androcure à des doses de 25 mg et plus par jour ».

Les données de la littérature scientifique montrent que les méningiomes liés à la prise de cyprotérone régissent, pour la plupart, à l'arrêt du traitement[2] [3].

Résultats de l'étude de l'Assurance Maladie

Pour préciser en vie réelle la relation entre la prise du médicament, notamment la dose et la durée de traite-

ment, et l'apparition de méningiome, une étude a été menée par l'Assurance Maladie en coopération avec le service de neurochirurgie de l'hôpital Lariboisière. Cette étude a été réalisée sur 250 000 femmes exposées au cyprotérone, en comparant celles qui ont reçu de fortes doses (plus de 3g sur 6 mois, soit au moins 3 boîtes, puis poursuite du traitement) à celles faiblement exposées (moins de 3g sur 6 mois, soit une ou deux boîtes, puis arrêt du traitement). La survenue d'un méningiome chez ces femmes a donc été surveillée pendant 7 ans.

Les résultats complets seront disponibles ultérieurement. Les résultats indiquent que l'exposition à l'acétate de cyprotérone à forte dose expose à un risque de méningiome - pris en charge en neurochirurgie - multiplié par 7 par rapport au groupe de femmes faiblement exposées et qui ont arrêté le traitement.

Il existe par ailleurs une forte relation entre la dose et l'effet, le risque étant multiplié par plus de 20 au-delà d'une dose cumulée de 60 g, soit environ 5 ans de traitement à 50 mg/j ou 10 ans de traitement à 25 mg/j (lorsque le traitement est pris 20 jours par mois).

Actions de l'ANSM

Compte tenu de ces nouvelles données qui indiquent que le risque de méningiome augmente en fonction de la durée d'utilisation et de la posologie, l'ANSM a réuni le 13 juin 2018 un comité d'experts indépendants (CSST), composé d'endocrinologues, endocrinologue-pédiatres, gynécologues, neurochirurgiens et dermatologues.

Dans ce cadre, l'ANSM mobilise les sociétés savantes afin d'établir des recommandations d'utilisation de l'acétate de cyprotérone ainsi que des mesures d'encadrement du risque.

Les recommandations seront discutées lors d'une prochaine réunion du CSST.

Pour toute question, les patients sont invités à se rapprocher de leur médecin ou de leur pharmacien. Ils ne doivent en aucun cas arrêter leur traitement sans l'avis d'un médecin.

Lire aussi

- CSST Méningiome et acétate de cyprotérone du 13/06/2018 - Compte-rendu (27/08/2018).
- [1] Froelich, S. et al. Does cyproterone acetate promote multiple meningiomas? *Endocrine abstracts* 16, P158 (2008).
- [2] Bernat, A. L. et al. Growth stabilization and regression of meningiomas after discontinuation of cyproterone acetate: a case series of 12 patients. *Acta Neurochirurgica* 157, 1741-1746 (2015).
- [3] Botella, C., Coll, G., Lemaire, J.-J. Et Irthum, B. Méningiomes intracrâniens et utilisation prolongée d'acétate de cyprotérone à dose conventionnelle chez la femme : à propos de deux cas de régression tumorale après arrêt du traitement. *Neurochirurgie* 61, 339-342 (2015).

Réflexion relative aux expertises

en matière de responsabilité médicale

Propos recueillis par J. MARTY*
auprès de J.L. GILLET**

Le problème de la responsabilité médicale est un facteur de désaffection des activités obstétricales qui retient toute l'attention du SYNGOF. La réflexion de GYNERISQ porte sur les procédures d'expertises. La contradiction dans l'expertise « pointue » oblige la partie qui veut la pratiquer utilement à une connaissance partagée et à l'emprunt d'un savoir fatalement concurrent de celui de l'expert.

Q. A propos d'une éventuelle réforme de l'expertise en matière de responsabilité médicale, on parle volontiers de la nécessité de sauvegarder le principe de contradiction. En quoi consiste concrètement ce principe et quel regard le magistrat porte-t-il sur lui ?

J.L.G. Ce principe, autrement appelé « le principe du contradictoire » ou plus brièvement « le contradictoire », signifie que dans un procès toute partie doit être informée des faits et des moyens de droit qu'on lui oppose et mise en mesure de les discuter. Il constitue la trame obligatoire du débat judiciaire et c'est son respect même qui caractérise la décision juridictionnelle à laquelle mène ce débat, en la distinguant d'une décision qui ne le serait pas et serait par exemple purement administrative. Le respect de ce principe à valeur constitutionnelle conditionne la régularité de la décision de justice statuant ensuite sur les prétentions des parties, que ces parties soient demandresses (elles réclament d'un juge une appréciation, une mesure ou un avantage concret) ou défenderesses (elles demandent au juge de rejeter la réclamation adverse) ou les deux (elles présentent des réclamations et combattent celles des autres). Il est acquis que ce principe est la pièce maîtresse, en matière civile, du « procès équitable » exigé par l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH). La né-

cessité de son application est rappelée dans les règles spécifiques de procédure et notamment à l'article 16 du code de procédure civile (CPP).

Son champ d'application est général, ses implications sont multiples.

Q. Comment se manifeste cette généralité du champ d'application ?

J.L.G. Le principe concerne toutes les phases de l'instance. En premier lieu son engagement. L'acte introductif (par exemple l'assignation ou la requête) énonce les prétentions dont il saisit le juge et porte ces prétentions à la connaissance de l'adversaire pour qu'il prépare sa défense. Il en est ainsi à toute hauteur de procédure (première instance, appel, pourvoi).

Il concerne en deuxième lieu l'instruction de l'affaire. Les actes de procédure, conclusions écrites ou expressions orales de chaque partie doivent être formulés au vu et au su de l'autre partie et en temps utile pour qu'il puisse y être répondu. Sont par ailleurs rendues après échanges contradictoires les ordonnances des juges instaurant, organisant ou contrôlant des mesures d'instruction (notamment des constatations, consultations ou expertises), celles constatant l'extinction de l'instance, les injonctions qu'ils peuvent délivrer et les décisions administratives qu'ils peuvent rendre (ordonnances de clôture, de radiation, etc.).

Il faut relever ici que le respect du principe de contradiction peut s'entendre soit d'une phase précise d'instruction de l'affaire (par exemple l'expertise dans son organisation ou son déroulement entre certaines parties) soit de l'ensemble de l'instruction (ainsi d'une discussion contradictoire des conclusions de l'expert dans le débat de fond par une partie qui n'aurait pas été présente à l'expertise).

* Gynécologue obstétricien, Trésorier et Président Honoraire du Syngof
** Président de chambre honoraire à la Cour de Cassation

Il concerne en troisième lieu l'issue de l'affaire : le jugement, l'ordonnance ou l'arrêt, qui doit répondre aux prétentions et moyens des parties, est rendu et notifié selon des modalités appropriées, à des dates connues d'avance, et sous réserve de recours prévus par les textes et rappelés dans les notifications.

Il concerne aussi tous les participants à l'instance.

Il imprègne d'abord les relations des parties entre elles. Elles doivent, sous la surveillance du juge, se livrer à un échange constituant la « mise en état » de l'affaire, selon les modalités adaptées à la procédure suivie devant la juridiction concernée, qui peut être écrite (conclusions signifiées et déposées au greffe) ou orale (formulation à l'audience sous réserve des injonctions éventuellement données pour un échange préalable d'observations écrites datées, à reprendre à l'audience). Il s'étend aux relations des parties et du juge. Ce dernier doit respecter le principe de contradiction, en ne statuant qu'entre des parties présentes, représentées ou dûment appelées, après écoute et analyse – dans le jugement – de leurs moyens et prétentions, et par des décisions motivées. S'il relève d'office, comme il en a le pouvoir, des moyens de droit, il doit inviter les parties à les discuter.

Il s'étend de même aux relations des parties et des auxiliaires du juge, et notamment des experts et autres techniciens commis à des mesures d'instruction. Toute formulation, même scientifique ou technique, doit pouvoir être expliquée, prévue, annoncée et clairement formulée et étayée pour se prêter à une contestation motivée. Tout « dire » à l'expert doit pouvoir être formulé en temps utile et il doit y être répondu, toute critique de l'expertise doit pouvoir être émise et appréciée par le juge.

Q. *Quelles sont, concrètement, les implications de ce principe ?*

J.L.G. Il implique en toute matière une gestion du temps. Échanger des argumentaires nécessite d'étudier ceux de l'autre et de procéder avec les interlocuteurs ou correspondants en cause aux concertations nécessaires. Cela convie à une appréciation de la durée raisonnable de l'instance pour les besoins d'un échange raisonné et complet entre les parties. Des techniques, telles celles du « calendrier de procédure » ou de la « fixation prioritaire », ouvrent la voie d'une planification dans le temps de l'instruction de l'affaire, avec prise en compte de son degré de complexité ou d'urgence. Elles profitent, à des degrés divers, de l'expérience et de la loyauté de chacun. Elles s'accommodent éventuellement de délais fixés ou distillés par la juridiction et peuvent susciter un tri raisonnable des affaires. Elles commandent à coup sûr d'affirmer et de sauvegarder l'autorité du juge apte à décider, après un temps laissé à son appréciation, de la clôture de l'instruction en dépit de toute velléité dilatoire.

Ajoutons que le principe de contradiction implique la méfiance de l'automatisme et la confiance dans un régulateur. Il est recommandable de préconiser, pour la bonne mise en état d'une affaire ou le meilleur accomplissement possible d'une mesure d'instruction, l'organisation d'une étape intercalée et incidente du procès devant un « chef d'orchestre », juge-pilote saisi par une partie ou se saisissant d'office, pour un développement raisonnable et humanisé du débat de fond ou la recherche bien comprise d'une vérité par l'organisation d'une mesure complémentaire. Il est par ailleurs salutaire d'affirmer et de sauvegarder l'autorité du juge toujours apte à décider du caractère complet ou non de l'instruction et capable, par-dessus tout, de sauvegarder la sagesse jurisprudentielle au-delà du risque d'automatisme d'un droit qui serait nourri d'algorithmes.

Q. *Qu'en est-il plus particulièrement en cas d'expertise ?*

J.L.G. Le principe, à sauvegarder là comme ailleurs, implique plus particulièrement pour les parties et leurs conseils une formation renouvelée aux aspects techniques des mesures d'instruction et notamment à ceux de l'expertise lorsqu'il concerne de telles mesures.

Une véritable contradiction dans une relation d'expertise ne peut guère se réaliser par un dialogue entre une ignorance et un savoir. La contradiction dans l'expertise « pointue » oblige la partie qui veut la pratiquer utilement à une connaissance partagée et à l'emprunt d'un savoir fatalement concurrent de celui de l'expert. Cela appelle une réflexion s'agissant de l'assistance et de la représentation des parties comme de la compétence des juridictions.

Q. *Nous sommes particulièrement sensibles aux difficultés liées à l'expertise en matière de responsabilité médicale. Imaginons qu'une réforme dans ce domaine aboutisse à l'instauration d'une sorte de « relecture » possible de conclusions expertales par un organisme public légitimement chargé de porter une appréciation sur leur pertinence scientifique ? Quelle serait dans une telle optique la place du principe de contradiction ?*

J.L.G. Dans l'état actuel du droit, une telle possibilité de relecture, à ne pas confondre avec une contre-expertise, n'existe pas et le juge se trouvera face au seul rapport, qui d'ailleurs ne le liera pas. Mais au prix d'un effort d'imagination incluant la création, l'identification et la légitimation d'un tel organisme, on est tenté de répondre que ce serait une belle et salubre manifestation du principe de contradiction que de voir une partie solliciter du juge contrôleur de l'expertise qu'il enjoigne à l'expert de transmettre son rapport ou projet de rapport à une instance chargée de sa relecture. Et ce juge statuerait après débat contradictoire devant lui. Et si quelqu'un veut contester le résultat de la relecture, il le fera valoir devant le juge du fond. Car celui qui tranche le litige est bien sûr le juge...

Recommandations pour la pratique clinique

Prévention et prise en charge de l'infection herpétique au cours de la grossesse et de l'accouchement

e

n partenariat avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français nous publierons régulièrement dans cette revue des recommandations issues des conférences de consensus et de la réflexion d'experts à qualités. Nous remercions le CNGOF d'avoir bien voulu accepter la publication de ces recommandations que vous pouvez retrouver sur leur site internet : <http://www.cngof.fr>

F. X. BOYER de LATOUR

Le groupe de travail

Promoteur

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français) 91 boulevard de Sébastopol - 75002 Paris

Comité d'organisation

J.P. LAPLACE (président, Gynerisq, Bordeaux),
M.V. SENAT (coordonnateur, gynécologue-obstétricien, CHU Le Kremlin-Bicêtre, CNGOF),
L. SENTILHES (coordonnateur, gynécologue-obstétricien, CHU Bordeaux, CNGOF), Y. SELLIER (CNSF, Collège national des sages-femmes de France)

Experts du groupe de travail

O. ANSELEM (gynécologue-obstétricien, Paris),
O. PICONE (gynécologue-obstétricien, Colombes),
L. RENESME (pédiatre, Bordeaux), N. SANANÉS (gynécologue-obstétricien, Strasbourg),
C. VAULOUP-FELLOUS (virologue, Paris)

Lecteurs

V. ACHARIAN (gynécologue-obstétricien, Pau),
Y. AUJARD (pédiatre, Paris), I. BAUVIN (pédiatre, Pau),
G. BESNOIT (gynécologue-obstétricien, Caen), M. BREGAMELLI (sage-femme), C. CHIESA DUBRUILLE (sage-femme), F. COATLEVEN (gynécologue-obstétricien, Bordeaux),
F. EBOUÉ (gynécologue-obstétricien, Paris),
P. FOURNET (gynécologue-obstétricien, Mont-Saint-Aignan), G. GREMMO FEGGER (pédiatre, Brest), R. KUTNAHORSKY (gynécologue-obstétricien, Colmar), B. LANGER (gynécologue-obstétricien, Strasbourg), J.P. LE MEAUX (gynécologue-obstétricien, Bordeaux),
J. LEPERCQ (gynécologue-obstétricien, Paris),
G. MACÉ (gynécologue obstétricien Bourg-en-Bresse), S. MARRET (pédiatre, Rouen),
E. MEUNIER (sage-femme, Vincennes),
I. MONNIER (sage-femme, Inserm), J.R. NELSON (pédiatre, Libourne), D. NICOBHARAYE (pédiatre, Agen), S. PARAT (pédiatre, Paris),
A. RICBOURG (pédiatre, Neuilly), E. ROTH (sage-femme, Strasbourg), F. ROZENBERG (virologue, Paris), R.C. RUDIGOZ (gynécologue-obstétricien, Lyon), L. SALOMON (gynécologue-obstétricien, Paris), J. SARLANGUE (pédiatre, Bordeaux),
T. SCHNEIDER (gynécologue obstétricien),
F. SERGENT (gynécologue-obstétricien, Amiens),
O. THIEBAUGEORGES (gynécologue-obstétricien, Toulouse)

Introduction

Les recommandations pour la pratique élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) visent à aider le clinicien à prendre une décision, en lui offrant une synthèse disposant d'un niveau de preuve scientifique ou d'un accord professionnel, pour essayer d'améliorer la prise en charge des mères et des futurs enfants à naître.

Ces recommandations ont un but informatif. Elles ne sont absolument pas « médicalement opposables » et n'ont pas pour but d'être instrumentalisées lors de contentieux médicaux. Ainsi, un soignant (sage-femme, gynécologue-obstétricien, pédiatre, infectiologue) a le libre choix de ne pas appliquer une recommandation élaborée par le groupe d'experts, s'il estime que cette recommandation ne représente pas l'option la plus appropriée pour la prise en charge de la patiente dont il a la charge. Ceci est particulièrement vrai pour les recommandations de faible grade.

Concernant les niveaux de preuve observés (NP), trois éléments méritent d'être clarifiés pour aider le lecteur à la compréhension de la cotation et de la formulation de ces RPC :

- Le groupe de travail a privilégié le présent pour le temps des verbes quand le NP est élevé (NP1 et NP2, voire exceptionnellement NP3 quand toutes les études sont concordantes pour l'événement étudié) ; dans le cas contraire, le conditionnel est privilégié ;
- Deux résultats issus de la même étude ont pu être cotés différemment (NP2 pour l'un et NP3 pour l'autre, par exemple) si l'un des événements était le critère de jugement principal de l'étude et l'autre un des critères de jugement secondaire, ou si la puissance statistique de l'étude était considérée comme insuffisante pour l'un des deux critères étudiés ;
- La qualité scientifique d'une étude est évaluée par un niveau de preuve (NP), tandis que la force de la recommandation, élaborée à partir des données scientifiques, est évaluée par un grade, selon la cotation proposée par la Haute Autorité de santé (HAS) ;
- Enfin, il est important pour le lecteur de comprendre sans ambiguïté la formulation des recommandations :
 - « Il est recommandé de faire... » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste diminuait les risques ; il faut donc faire ce geste dans la mesure du possible ;
 - « Il n'est pas recommandé de faire... » signifie que la littérature n'a pas démontré que faire ce geste diminuait les risques ; il n'est donc pas nécessaire de faire ce geste systématiquement. Mais il n'est pas interdit de le faire ;
 - « Il est recommandé de ne pas faire... » signifie que la littérature a démontré que faire ce geste augmente les risques ; il faut donc éviter de faire ce geste.

1. Définitions [1]

Définitions cliniques

En pratique clinique, le praticien est confronté à deux situations qui seront développées dans ces recommandations pour la pratique clinique (Figure 1) :

1. Une lésion génitale d'allure herpétique sans antécédent connu d'herpès génital, qui peut correspondre à une primo-infection herpétique, mais également à une infection initiale non primaire, ou encore à une récurrence lorsque la primo-infection, voire de précédents épisodes de récurrence, sont passés inaperçus. L'infection initiale primaire est celle qui est le plus à risque pour le nouveau-né ;
2. La mise en évidence de lésions cliniques génitales chez une patiente ayant déjà un antécédent d'infection herpétique sur le même site : il s'agit d'une récurrence. Les co-infections génitales HSV1 HSV2 (infections non primaires) sont exceptionnelles et seront considérées comme des récurrences.

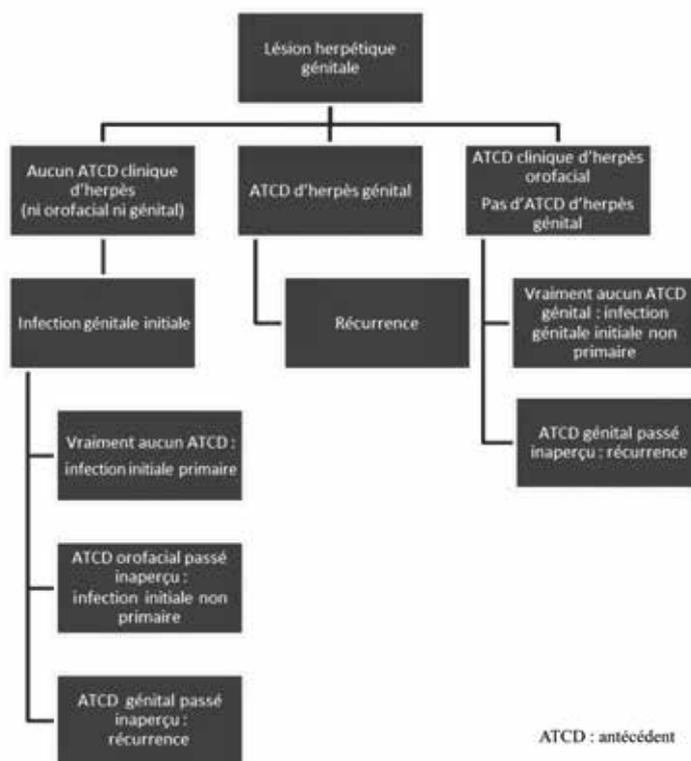


Figure 1 - Définitions

2. Épidémiologie, manifestations de la maladie, prévention et dépistage [1]

La symptomatologie peut être atypique (NP2). Il n'existe pas d'étude comparant la symptomatologie clinique pendant et en dehors de la grossesse. Par comparaison indirecte, il ne semble pas y avoir de particularité de l'expression clinique de l'herpès génital pendant la grossesse (accord professionnel). L'infection

génitale est le plus souvent due à HSV2 mais la prévalence de l'infection par HSV1 est en cours d'augmentation ces dernières années (NP2). 70 à 80 % des femmes enceintes ont un antécédent d'infection par un virus Herpès simplex, sans préjuger de la localisation génitale ou labiale et de l'histoire clinique, et celui-ci est, dans la majorité des cas, de type 1 (NP2). En cas de récurrence herpétique génitale pendant la grossesse, en l'absence de traitement, la prévalence des lésions cliniques d'herpès à l'accouchement est de l'ordre de 14,3 %, contre 36 % en cas d'infection initiale, sans que le type viral soit précisé (NP4). En l'absence de récurrence pendant la grossesse, la prévalence des lésions lors de l'accouchement n'est pas connue. Chez les patientes séropositives pour l'un ou l'autre type viral, l'excrétion herpétique asymptomatique détectée par Polymerase Chain Reaction (PCR) est de l'ordre de 4 à 10 % (NP 3). Le HSV2 est plus souvent retrouvé que HSV1 (NP2). Le taux d'excrétion augmente chez les patientes VIH+ (de l'ordre de 20 à 30 %) (NP2). Le risque de séroconversion HSV pendant la grossesse est de l'ordre de 1 à 5 % (NP2), mais peut atteindre 20 % en cas de couple séro-discordant (NP2). Le principal facteur de risque de contamination par HSV pendant la grossesse est l'existence d'une autre maladie sexuellement transmissible (MST) (NP2), le fait d'être en couple depuis peu de temps (NP2), et l'antécédent d'herpès chez le partenaire (NP2). L'interrogatoire n'est pas toujours suffisant pour connaître l'antécédent d'infection herpétique d'une patiente et de son conjoint (NP2). En l'absence de lésion, l'examen clinique a une valeur prédictive négative forte (NP2). En cas de lésion initiale, la valeur prédictive positive de l'examen clinique est assez élevée mais l'importance de faire un diagnostic précis pour la prise en charge la plus adaptée nécessite une confirmation par une PCR sur les lésions (grade B). Les hépatites herpétiques sont rares et potentiellement graves (NP4). Il faut y penser devant toute cytolysse hépatique inexplicée pendant la grossesse (accord professionnel). Devant tout tableau évocateur d'encéphalite fébrile, l'encéphalite herpétique doit être évoquée (grade C) et un traitement antiviral démarré le plus tôt possible (accord professionnel). Il n'y a pas de lien établi entre l'infection herpétique et les fausses couches (NP3). Il semble exister une association entre l'infection herpétique non traitée et l'accouchement prématuré (NP3). Cette association pourrait disparaître en cas d'infection traitée (NP3). Les fœtopathies herpétiques sont exceptionnelles et peuvent être dues à des infections primaires comme non primaires, à HSV 1 ou 2, en présence ou non de symptômes maternels (NP4). Il n'y a pas d'argument pour recommander une prise en charge spécifique de diagnostic anténatal en cas d'infection herpétique pendant la grossesse (accord professionnel). Le port du préservatif diminue le risque d'infection initiale chez la

femme non enceinte (NP3). En cas de couple séro-discordant (F-, H+), le port du préservatif au troisième trimestre peut être proposé au couple en l'absence de lésion clinique (grade C). En cas de lésion clinique, il est recommandé de ne pas avoir de rapports sexuels, y compris bucco-génitaux, particulièrement à l'approche du terme (accord professionnel). Il n'existe pas de vaccin utilisable à l'heure actuelle (accord professionnel). Faire des sérologies HSV aux deux membres du couple représenterait certainement un coût important, alors que les cas d'herpès néonataux sont très rares en France. Il faudrait en plus que le conjoint soit présent, qu'il réponde sincèrement aux questions sur ce sujet délicat, et que le résultat soit récupéré en temps et en heure. Il faudrait également que ce dépistage soit réalisé de façon exhaustive pour être efficace, ce qui n'est pas possible. Il n'existe pas d'étude clinique évaluant les stratégies de dépistage sérologique. Pour toutes ces raisons, il n'y a pas d'argument suffisant pour justifier une politique de dépistage systématique pendant la grossesse (accord professionnel).

3. Outils du diagnostic virologique [2]

En vue d'une détection directe du virus, il est recommandé de privilégier la PCR à la culture et à la détection antigénique (accord professionnel). Cependant, la PCR n'est actuellement pas inscrite à la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) et n'est donc pas remboursée par l'Assurance Maladie. Le prescripteur devrait s'enquérir de la technique qui est mise en œuvre dans le laboratoire, afin d'adapter le mode de prélèvement et les conditions de transport en conséquence (accord professionnel). Réciproquement, et au plus tard lorsque ces examens seront inscrits à la NABM, les laboratoires devraient mettre en place les techniques dont les sensibilités et les spécificités sont les plus satisfaisantes, et qui s'adaptent au mieux à l'organisation des soins, en particulier concernant le délai de rendu des résultats (accord professionnel). Concernant la sérologie HSV, la recherche des IgG spécifiques de type doit être privilégiée (grade B). En l'absence de lésion, elle permettra de déterminer le statut immunitaire d'une patiente (grade B). En cas de lésions, sa prescription doit être limitée à la situation clinique d'un épisode herpétique survenant chez une patiente sans antécédent d'herpès génital, en vue de différencier une primo-infection d'une infection initiale non primaire, ou d'une éventuelle récurrence (accord professionnel). Cependant, la sérologie spécifique de type n'est actuellement pas inscrite à la NABM et n'est donc pas remboursée par l'Assurance Maladie. La recherche des IgM n'a aucun intérêt dans le diagnostic de l'herpès génital maternel ou l'herpès néonatal

(grade C). En présence de lésions herpétiques en cours de grossesse chez une patiente qui ne rapporte aucun antécédent d'herpès, il faut distinguer la primo infection et l'infection initiale non primaire d'une récurrence dont l'épisode initial serait passé inaperçu. Cette distinction doit reposer sur la recherche directe du virus dans les lésions (par PCR, ou à défaut par culture) et la sérologie spécifique de type (recherche des IgG uniquement) (grade C). Chez une patiente ayant un antécédent d'herpès génital connu, en l'absence de lésion ou de prodrome, quel que soit le moment de la grossesse, qu'une prophylaxie antivirale ait été reçue ou non, et quel que soit le délai entre le dernier épisode de récurrence et l'accouchement, il n'est pas recommandé d'effectuer de sérologie ni de prélèvement génital à la recherche d'une excrétion virale asymptomatique (accord professionnel). Devant une lésion typique et de présentation clinique habituelle chez une femme enceinte ayant un antécédent d'herpès génital connu, le prélèvement en vue de la confirmation virologique n'est pas recommandé pour confirmer qu'il s'agit bien d'une lésion d'herpès, y compris en début de travail ou en cas de rupture des membranes (accord professionnel). En revanche, pendant la grossesse, chez une patiente ayant un antécédent d'herpès génital connu, et devant une lésion atypique ou dont la présentation clinique est inhabituelle, un prélèvement en vue de la confirmation virologique est recommandé

(accord professionnel). Enfin, en début de travail ou en cas de rupture des membranes, en cas de prodrome, de lésion atypique ou de présentation clinique inhabituelle, un prélèvement en vue de la confirmation virologique peut être réalisé lorsqu'un rendu rapide du résultat est possible et que celui-ci peut modifier la prise en charge obstétricale (accord professionnel) (Figure 2). Le diagnostic virologique de l'herpès néonatal doit reposer sur la recherche directe du virus par PCR, dès que le nouveau-né est suspect d'herpès néonatal (nouveau-né symptomatique), de préférence avant l'instauration du traitement antiviral mais sans le différer, ou après 24 h de vie si le nouveau-né est à risque (majeur ou mineur) d'herpès néonatal mais asymptomatique (accord professionnel). Les prélèvements doivent au minimum inclure le sang et un prélèvement périphérique, complété par le LCR et d'autres prélèvements périphériques (ou des lésions éventuelles), en cas de risque majeur d'herpès néonatal (primo-infection ou infection initiale non primaire maternelle), de nouveau-nés suspects d'herpès néonatal (nouveau-nés symptomatiques) ou de PCR HSV positive sur les premiers prélèvements (accord professionnel). Si la PCR est négative mais qu'il y a une forte suspicion clinique d'herpès néonatal, ces prélèvements doivent être répétés et inclure de multiples localisations (accord professionnel).

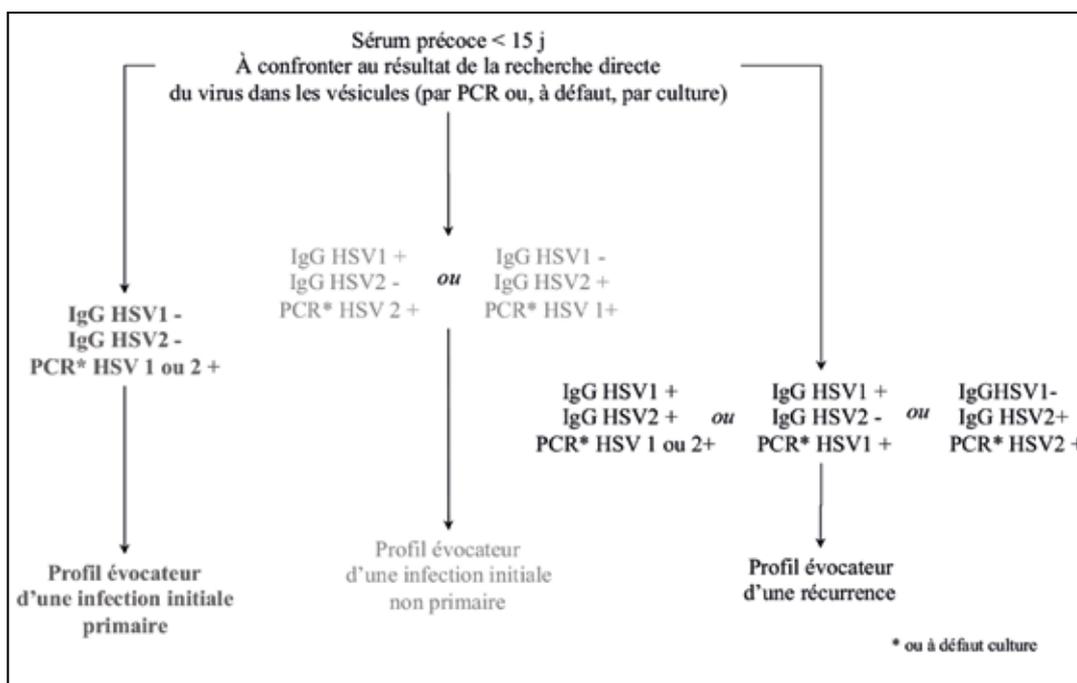


Figure 2 - Interprétation des examens virologiques en cas de signes cliniques évocateurs d'une infection génitale à HSV chez une patiente sans antécédent connu d'herpès génital

4. Suspicion de lésion d'herpès génital chez une patiente enceinte sans antécédent connu d'herpès génital [3]

Il n'y a pas d'étude permettant d'évaluer l'efficacité d'un traitement antiviral sur la symptomatologie locale, en cas d'épisode initial d'herpès génital chez la femme enceinte. Chez l'homme et la femme non enceinte, un traitement antiviral par comprimés d'aciclovir 200 mg *per os* répartis en 5 prises par jour, pendant 5 à 10 jours en fonction de l'état clinique, permettrait de réduire la durée des symptômes et des lésions d'un épisode initial d'herpès génital, en particulier lorsqu'il s'agit d'une primo-infection herpétique (NP3). Le valaciclovir 500 mg offre une efficacité semblant similaire, avec seulement 2 prises de 2 comprimés par jour (NP3). Il n'y a pas d'argument pour administrer l'aciclovir en intraveineux plutôt que par voie orale, en cas d'herpès génital non compliqué (avis d'expert). Les traitements topiques antiviraux sont moins efficaces que les traitements par voie générale (NP3). En cas d'herpès disséminé, il est recommandé d'administrer un traitement antiviral par voie intraveineuse, de façon précoce, et de mettre en place une prise en charge pluridisciplinaire entre gynécologues-obstétriciens et infectiologues (accord professionnel). Les données relatives aux potentiels effets secondaires fœtaux et néonataux d'un traitement antiviral par aciclovir ou valaciclovir pendant la grossesse sont rassurantes (NP2). Il est recommandé d'initier un traitement antiviral en cas d'épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse (grade C). Les données concernant l'innocuité de l'aciclovir sur le fœtus sont plus nombreuses, mais le valaciclovir peut également être prescrit, en raison de la simplicité de son utilisation (accord professionnel). Le traitement consiste en de l'aciclovir *per os* à raison d'un comprimé de 200 mg cinq fois par jour, ou alors du valaciclovir à raison de deux comprimés de 500 mg deux fois par jour, pendant 5 à 10 jours en fonction de l'état clinique (grade C).

Un traitement antiviral peut être initié devant une suspicion d'épisode initial d'herpès génital, sans attendre les résultats des examens biologiques, en fonction de l'état clinique et du délai attendu des résultats (accord professionnel). L'herpès est une infection sexuellement transmissible, et le principal facteur de risque d'infection initiale herpétique pendant la grossesse est l'existence d'une autre infection sexuellement transmissible (NP2). En cas d'herpès génital, le risque de transmission du VIH au partenaire et au nouveau-né est potentiellement majoré (NP4). Le préservatif réduit le risque de transmission des infections sexuellement transmissibles, et en particulier l'herpès (NP2). En cas d'épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse, il est recommandé de proposer à la patiente une sérologie VIH

(grade B), et de réaliser chez elle et son partenaire un dépistage d'autres infections sexuellement transmissibles, en fonction du contexte (accord professionnel). Il est recommandé de conseiller à la patiente de s'abstenir d'avoir des relations sexuelles en présence d'ulcérations ou de symptômes évocateurs d'herpès génital, afin d'éviter de transmettre l'herpès à son partenaire (accord professionnel).

Chez les femmes ayant présenté un épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse, bien qu'il n'existe pas de bénéfice démontré du traitement prophylactique pour réduire le risque d'herpès néonatal, il est recommandé de mettre en place une prophylaxie antivirale, à partir de 36 semaines d'aménorrhée (SA) et jusqu'à l'accouchement, afin de réduire le risque de césarienne pour lésion herpétique (grade B). En cas de grossesse gémellaire, un traitement pourrait être initié dès 32 SA, en raison du risque majoré d'accouchement prématuré (accord professionnel). De même, dans certaines situations à risque important d'accouchement prématuré, un traitement antiviral pourrait être initié précocement (accord professionnel). Ce traitement consiste en de l'aciclovir *per os* à raison de deux comprimés de 200 mg fois par jour ou du valaciclovir 500 mg deux fois par jour (Figure 3).

Le risque d'herpès néonatal est plus important lorsque l'épisode initial d'herpès génital survient à proximité de l'accouchement, en raison du risque d'excrétion virale et d'absence de séroconversion maternelle protectrice pour le nouveau-né (NP2). Il peut atteindre 44 % en cas de primo-infection et 25 % en cas d'infection initiale non primaire (NP2). Le temps nécessaire à une séroconversion, après un épisode initial d'herpès génital, est variable mais est le plus souvent inférieur à 6 semaines (NP3). En cas de présence de lésions et/ou de symptômes évocateurs d'un épisode initial d'herpès génital (ou d'épisode initial d'herpès génital confirmé) au moment du travail, il est recommandé de réaliser une césarienne, car cela permet vraisemblablement de diminuer le risque d'herpès néonatal en cas de primo-infection herpétique (grade C). En cas d'accouchement moins de 6 semaines après un épisode initial d'herpès génital, il est recommandé de réaliser une césarienne (accord professionnel). En cas d'épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse, de traitement antiviral prophylactique bien conduit, et d'absence de lésions et/ou de symptômes évocateurs au moment du travail, un accouchement par voie basse est possible, y compris lorsque cet épisode survient au troisième trimestre, tant que l'accouchement a lieu au moins 6 semaines après l'épisode infectieux (accord professionnel). En cas de présence de lésions et/ou de symptômes évocateurs d'un épisode initial d'herpès génital (ou d'épisode initial d'herpès génital confirmé), et de rupture de la poche des eaux après 37 SA, il est recommandé de réaliser une césarienne, si possible dans les 4 heures suivant la rup-

ture (accord professionnel), car cela pourrait permettre de diminuer le risque d'herpès néonatal (avis d'expert). En cas de rupture des membranes prolongée à terme, et même en cas de travail, il est recommandé de réaliser une césarienne plutôt qu'une voie basse (accord professionnel), car même s'il n'y a pas de données dans la littérature permettant d'évaluer l'intérêt d'une césarienne dans ce cas de figure (NP4), un épisode initial d'herpès génital au moment de l'accouchement est la situation la plus à risque d'herpès néonatal (NP2). En cas d'association d'un épisode initial d'herpès génital et d'une rupture prématurée des membranes, la prise en charge doit être décidée de façon multidisciplinaire, en prenant en compte principalement la problématique de l'âge gesta-

tionnel (accord professionnel). Plus l'âge gestationnel de la rupture est précoce, plus une expectative avec traitement antiviral sera à privilégier (accord professionnel). Si l'accouchement a lieu plus de 6 semaines après l'épisode infectieux, un accouchement par voie basse est possible, en cas de rupture prématurée des membranes, en l'absence de lésions et/ou de symptômes évocateurs au moment du travail (accord professionnel). En cas de découverte d'une lésion herpétique génitale maternelle après l'accouchement, l'appréciation du risque de transmission au nouveau-né permettra au pédiatre d'adapter la prise en charge néonatale (accord professionnel). Le traitement antiviral de la mère peut se faire selon les modalités habituelles (grade C).

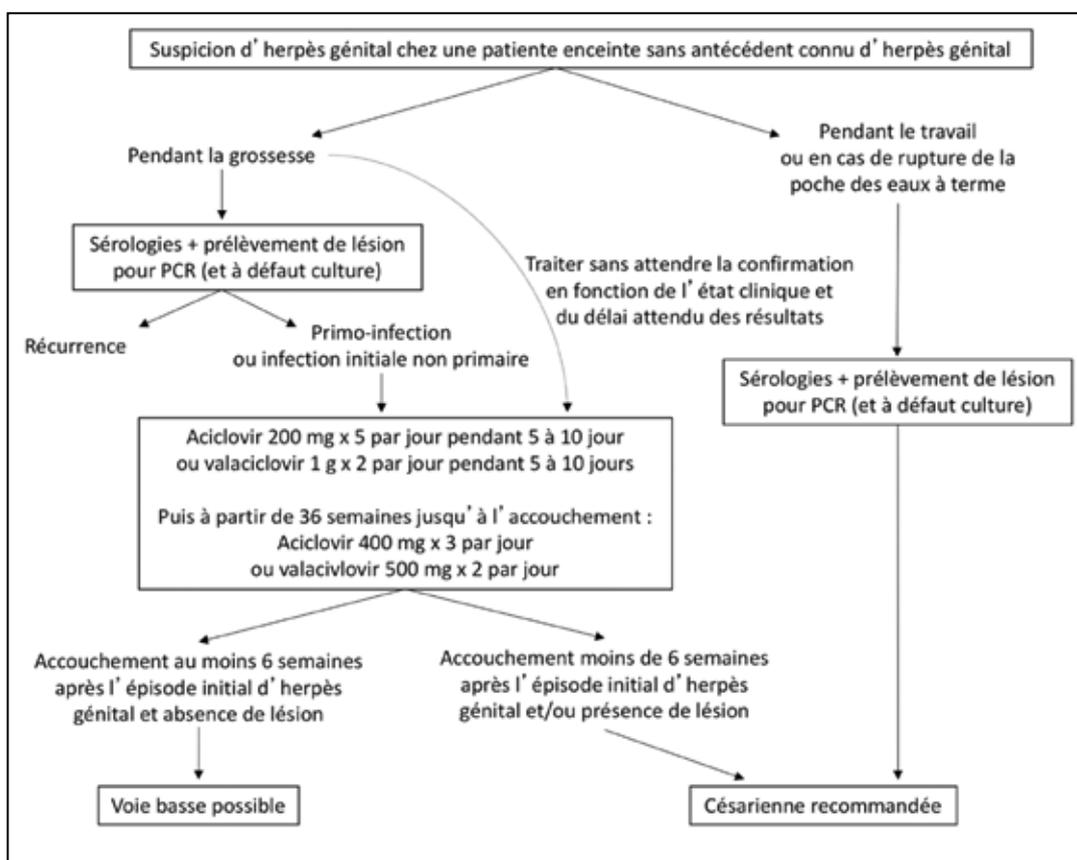


Figure 3 - Algorithme de prise en charge d'un épisode initial d'herpès génital pendant la grossesse

5. Suspicion de lésion d'herpès génital chez une femme enceinte ayant un antécédent d'herpès génital connu [4]

Devant une lésion typique et de présentation clinique habituelle chez une femme enceinte ayant un antécédent d'herpès génital connu, il n'est pas recommandé de faire un prélèvement pour confirmer qu'il s'agit d'une lésion d'herpès (accord professionnel). Devant une lésion atypique, une confirmation virologique est recommandée, par écouvillonnage de la lésion, afin de

pratiquer une recherche du virus par PCR ou culture (accord professionnel). Devant une lésion d'herpès génital chez une femme ayant un antécédent d'herpès génital connu, la probabilité d'infection initiale non primaire est très faible. Un prélèvement n'est donc pas nécessaire pour considérer qu'il s'agit d'une récurrence (grade C). Il n'y a pas d'étude permettant d'évaluer l'efficacité d'un traitement antiviral sur la symptomatologie en cas de récurrence d'herpès génital pendant la grossesse. Un traitement antiviral par aciclovir (200 mg x 5 par jour) ou valaciclovir (500 mg x 2 par jour) peut être proposé, pour réduire la durée et l'intensité des

symptômes, devant des prodromes ou une récurrence d'herpès génital, dans les 24 heures suivant le début de l'éruption chez une femme enceinte très invalidée par ses symptômes (grade C). Néanmoins, le bénéfice du traitement est modeste, avec une réduction de la durée de l'excrétion virale et de la durée des symptômes de 1 à 2 jours (NP3). Le traitement consiste en de l'aciclovir à raison de 1 cp à 200 mg per os 5 fois par jour pendant 5 jours, ou du valaciclovir à raison de 1 cp à 500 mg per os 2 fois par jour pendant 5 jours (grade C). Chez les femmes ayant présenté au moins une récurrence pendant la grossesse, bien qu'il n'existe pas de bénéfice démontré du traitement prophylactique pour réduire le risque d'herpès néonatal, il est recommandé de proposer une prophylaxie antivirale à partir de 36 SA, afin de réduire le risque de césarienne pour lésion herpétique (grade B). Les antiviraux recommandés sont l'aciclovir, à la posologie de 400 mg 3 fois par jour per os, ou le valaciclovir, à la posologie de 500 mg 2 fois par jour per os, jusqu'à l'accouchement. Dans les situations à risque de naissance prématurée (menace d'accouchement prématuré, grossesse multiple), la prophylaxie pourra être débutée plus précocement (accord professionnel). Chez les femmes ayant un antécédent d'herpès génital et pour lesquelles le dernier épisode de récurrence est antérieur à la grossesse, le bénéfice du traitement prophylactique n'est pas démontré. Il n'est donc pas recommandé de proposer systématiquement une prophylaxie antivirale aux femmes qui n'ont pas eu de récurrence pendant la grossesse, mais elle sera d'autant plus à considérer que les récurrences étaient récentes et fréquentes avant la grossesse (accord professionnel). Le risque d'herpès néonatal, en cas de récurrence herpétique lors de l'accouchement, est estimé à environ 1 % (NP3). Devant une lésion typique chez une femme ayant un antécédent d'herpès génital connu, en début de travail ou en cas de rupture des membranes, il n'est pas recommandé de faire un prélèvement pour confirmer qu'il s'agit d'une lésion d'herpès (accord professionnel).

Devant une lésion atypique ou en cas de prodrome, une confirmation virologique peut être réalisée par écouvillonnage de la lésion, afin de pratiquer une recherche du virus par PCR lorsqu'un rendu en urgence du résultat est possible et lorsque le résultat peut modifier la prise en charge obstétricale (accord professionnel). Le risque d'herpès néonatal, en cas d'excrétion virale asymptomatique chez une femme ayant un antécédent d'herpès génital, est faible (NP3) et il n'existe pas de données dans la littérature pour évaluer la pertinence de la PCR en urgence chez les femmes asymptomatiques. Il n'est donc pas recommandé de réaliser une PCR en urgence en l'absence de lésion ou de prodrome chez une femme ayant un antécédent de récurrence herpétique, en début de travail ou en cas de rupture prématurée

des membranes, qu'une prophylaxie antivirale ait été reçue ou non et quel que soit le délai entre le dernier épisode de récurrence et l'accouchement (accord professionnel). En cas de prodrome ou de lésion clinique d'herpès génital chez une femme en début de travail ayant un antécédent d'herpès connu, les données de la littérature ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une autre (accord professionnel). Une césarienne sera d'autant plus à considérer que les membranes sont intactes, et/ou en cas de prématurité et/ou en cas de séropositivité au VIH (accord professionnel). En revanche, un accouchement par voie vaginale sera d'autant plus à considérer qu'il existe une rupture des membranes prolongée, après 37 SA et en l'absence de séropositivité au VIH (accord professionnel). En l'absence de lésion ou de prodrome chez une femme ayant un antécédent d'herpès génital connu, il n'y a pas de contre-indication à la réalisation d'un prélèvement au scalp, à l'utilisation d'électrode de scalp, ou à la réalisation d'une extraction instrumentale. Il n'y a pas de contre-indication à la rupture artificielle des membranes. La gestion du travail est habituelle (accord professionnel). Chez les femmes ayant une récurrence herpétique en cours de travail, en cas d'accouchement pas voie vaginale, il n'existe pas de données suffisantes pour déterminer si l'utilisation d'électrode de scalp, la réalisation d'un pH au scalp ou d'une extraction instrumentale augmentent le risque d'herpès néonatal, ni sur l'efficacité d'un traitement antiviral pour réduire le risque d'herpès néonatal (avis d'expert). Cependant, si un accouchement par voie vaginale est autorisé, il est conseillé, par extrapolation des données connues en cas de primo-infection herpétique, de ne pas réaliser de prélèvement au scalp, de ne pas utiliser d'électrode de scalp et de limiter l'amniotomie aux indications validées, mais il n'y a pas de contre-indication à réaliser une extraction instrumentale (accord professionnel). En cas de récurrence herpétique de localisation péri-anale, fesses ou cuisses, un examen minutieux de la filière génitale à la recherche d'une lésion herpétique génitale est recommandé (accord professionnel). En l'absence de lésion génitale concomitante, le risque d'excrétion virale génitale est faible, il n'est pas recommandé de réaliser des prélèvements génitaux à la recherche d'HSV (accord professionnel).

Les modalités de prise en charge de l'accouchement ne doivent être dictées que par des considérations obstétricales (accord professionnel). En cas de récurrence herpétique chez une femme présentant une rupture prématurée des membranes avant 37 SA, les risques liés à la prématurité et les risques d'herpès néonatal doivent être mis en balance. Les données de la littérature sont insuffisantes pour déterminer à partir de quel âge gestationnel un déclenchement du travail doit être recommandé, par

rapport à une attitude expectative (accord professionnel). Compte tenu de l'efficacité du traitement antiviral pour réduire l'excrétion virale, un traitement par aciclovir ou valaciclovir est recommandé (accord professionnel). Il

n'y a pas de données suffisantes pour considérer que la prise en charge doit différer de celle habituellement mise en œuvre en cas de rupture prématurée des membranes avant 37 SA (accord professionnel) (Figure 4).

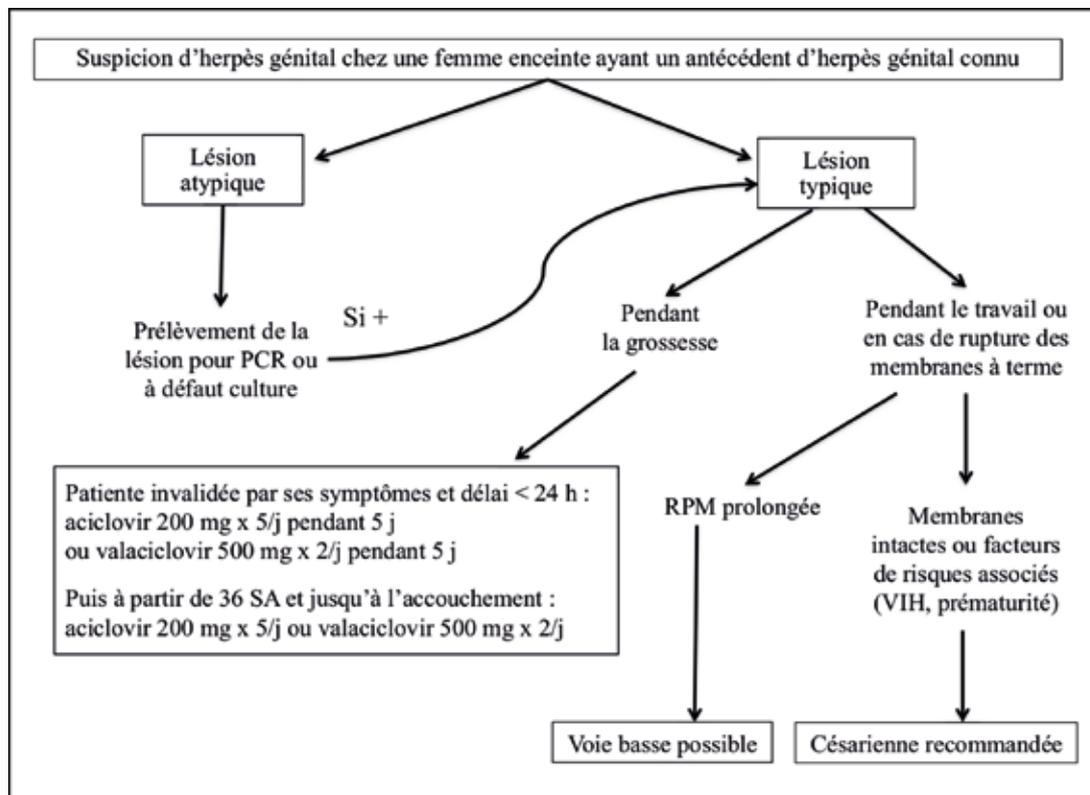


Figure 4 - Algorithme de prise en charge d'une récurrence herpétique pendant la grossesse

6. Épidémiologie, manifestations cliniques et prise en charge de l'herpès néonatal [5]

L'herpès néonatal est rare (incidence 3/100 000 naissances) (NP3), avec une prédominance pour le sérotype HSV 1 (NP3) sur les études les plus récentes. Les principaux facteurs de risque de transmission mère-enfant sont la primo-infection maternelle et le sérotype HSV-1 (NP 3). L'impact de la prophylaxie anténatale par aciclovir ou valaciclovir sur le risque de transmission mère-enfant est inconnu. La mortalité, en cas d'herpès néonatal, est élevée et dépend de la forme clinique (mortalité avec traitement : forme cutanéomuqueuse 0 %, atteinte système nerveux central 6 %, atteinte disséminée 31 %) (NP 3). L'administration précoce d'aciclovir intraveineux à forte dose (60 mg/kg/j) permet de réduire la mortalité en cas d'atteinte neurologique (NP3).

La morbidité est principalement neurologique (retard mental, cécité, épilepsie, atteinte neuro-motrice) (NP3) et dépend de la forme clinique (NP3). Il existe peu de données sur le risque de récurrence pendant l'enfance, notamment depuis la mise en place du traitement suppressor par aciclovir oral (avis d'expert).

Il n'existe aucun antécédent d'herpès génital chez la mère dans la majorité des cas d'herpès néonatal (NP3). La fièvre et les lésions vésiculeuses typiques peuvent être absentes à l'admission et même au cours de l'évolution de la maladie (NP3).

Le diagnostic doit être évoqué devant tout tableau néonatal atypique (respiratoire, neurologique ou de saignement inexpliqué) ou de sepsis résistant aux antibiotiques (grade C). Au total, chez un nouveau-né à partir de la fin de la première semaine de vie présentant un syndrome infectieux ou neurologique, le dosage des transaminases peut être réalisé pour évaluer une éventuelle atteinte hépatique (accord professionnel), qui serait un argument en faveur d'une infection herpétique. Sa normalité n'exclut pas le diagnostic (avis d'expert). En cas de suspicion d'atteinte du système nerveux central, des examens complémentaires (électroencéphalogramme et imagerie par résonance magnétique (IRM) cérébrale) peuvent être réalisés pour argumenter le diagnostic (accord professionnel).

Le diagnostic de confirmation virologique repose sur la PCR HSV (accord professionnel) :

- Tout nouveau-né suspect d'herpès néonatal doit avoir une ponction lombaire (PCR HSV sur liquide céphalorachidien) (accord professionnel) ;

- Pour améliorer la probabilité du diagnostic, les prélèvements pour PCR HSV doivent être multiples et réalisés le plus précocement possible, de préférence avant le traitement mais sans le différer (accord professionnel) ;
- En cas de négativité de la PCR HSV et de forte suspicion clinique d'herpès néonatal, les prélèvements pour PCR doivent être répétés, y compris sur d'autres localisations (muqueuses, cutanée) (accord professionnel).
- Chez un nouveau-né suspect d'herpès néonatal, un traitement par aciclovir intraveineux doit être débuté sans attendre la confirmation virologique (grade A).
- Chez le nouveau-né à risque d'herpès néonatal, la prise en charge dépend de l'évaluation du risque de transmission mère-enfant :
- En cas de récurrence (risque de transmission mineure), les prélèvements PCR HSV cutanés et sanguins sont réalisés à 24 heures de vie (accord professionnel). En cas de positivité, une PCR HSV sur le LCR doit être réalisée et un traitement curatif par aciclovir débuté (accord professionnel) ;
- En cas de primo-infection ou infection initiale non primaire (risque de transmission majeur), les prélèvements PCR HSV cutané, sang et LCR doivent être réalisés à 24 heures de vie et un traitement pré-somptif par aciclovir doit être débuté en attendant les résultats (accord professionnel).

Le traitement de l'herpès néonatal repose sur l'aciclovir intraveineux à la posologie de 60 mg/kg/j (grade C). La durée de traitement dépend de l'indication : 14 jours pour les formes cutanéomuqueuses isolées, et 21 jours pour les formes disséminées et cérébro-spinale (accord professionnel). Concernant le traitement « préventif », la durée proposée est de 10 jours.

En cas d'atteinte isolée ou associée du système nerveux central, une ponction lombaire pour réalisation d'une PCR HSV sur le LCR doit être contrôlée avant la fin du traitement. En cas de positivité, le traitement par aciclovir intraveineux doit être poursuivi jusqu'à négativation de la PCR HSV (accord professionnel). Un relais par aciclovir oral à la dose de 300 mg/m²/j en 3 fois pour une durée de 6 mois est recommandé, quelle que soit la forme clinique, afin d'améliorer le pronostic neurologique et de diminuer le risque de récurrence (suppressive therapy) (grade B) (Figure 5). La transmission postnatale concerne principalement HSV 1. La contamination se fait par contact direct entre le nouveau-né et une lésion d'herpès (NP4). Le risque d'une transmission via une excrétion asymptomatique chez une personne ayant un antécédent d'herpès labial est inconnu. L'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué, sauf en cas de lésion du mamelon. Il n'existe pas de données sur un risque de transmission via le lait maternel (accord professionnel).

Les règles de prévention de la transmission postnatale de l'HSV doivent être connues des parents et de l'entourage mais également du personnel soignant (accord professionnel).

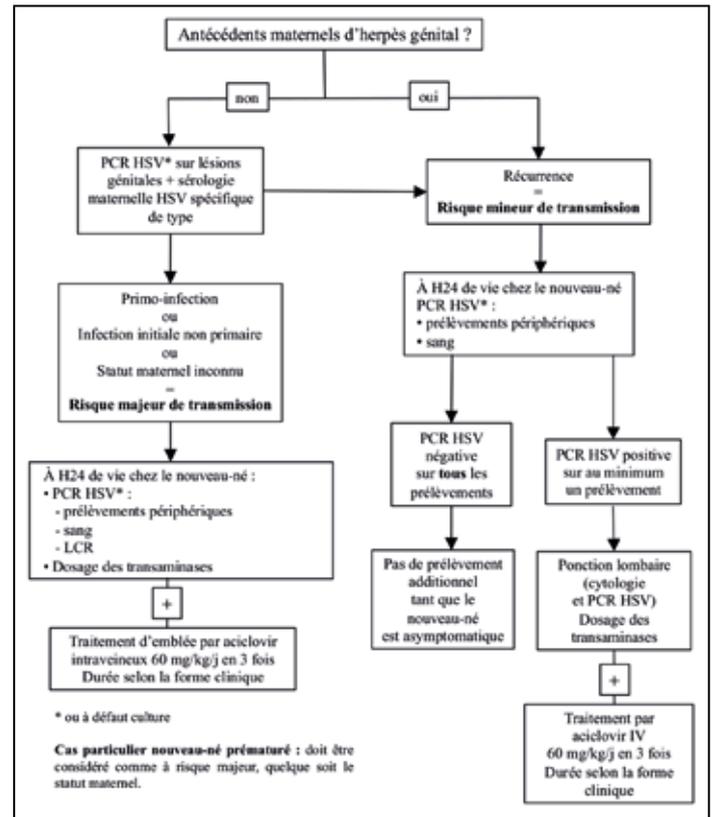


Figure 5 - Conduite à tenir chez un nouveau-né asymptomatique né de mère ayant des lésions herpétiques au moment de l'accouchement (naissance par voie vaginale ou césarienne). Adapté d'après Kimberlin et al. [6]

Déclaration publique d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en lien avec l'article.

Bibliographie

- [1] Picone O. Herpès génital et grossesse épidémiologie, manifestations de la maladie, prévention et dépistage. Recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Gyn Obstet Fertil Et Sén 2018. Sous presse.
- [2] Vauloup-Fellous C. Herpès génital et grossesse outils du diagnostic virologique. Recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Gyn Obstet Fertil Et Sén. Sous presse.
- [3] Sananes N. Suspicion de lésion d'herpès génital chez une patiente enceinte sans antécédent connu d'herpès génital. Recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Gyn Obstet Fertil Et Sén. Sous presse.
- [4] Anselem O. Suspicion de lésion d'herpès génital chez une femme enceinte ayant un antécédent d'herpès génital connu. Recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Gyn Obstet Fertil Et Sén. Sous presse.
- [5] Renesme L. Herpès néonatal : épidémiologie, manifestations cliniques et prise en charge. Recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Gyn Obstet Fertil Et Sén. Sous presse.
- [6] Kimberlin DW, Baley, Committee on Infectious Diseases, Committee on Fetus and Newborn. Guidance on management of asymptomatic neonates born to women with active genital herpes lesions. Pediatrics. 2013; 131:383-6.

Décisions administratives et judiciaires

nous avons choisi de vous présenter des commentaires d'arrêts de juridictions administratives et judiciaires provenant du cabinet d'avocats de Maître Olivier LECA qui a l'amabilité de collaborer avec notre revue. Il éclaire de façon différente et complémentaire l'information que nous devons apporter à nos patientes.

D^r BOYER de LATOUR
D^r de ROCHAMBEAU

Echographie souvenir : la santé publique prime sur la liberté d'entreprendre

Maître O. LECA*

La section du contentieux du Conseil d'État a jugé que les restrictions apportées à l'utilisation des dispositifs médicaux d'échographie foetale sont justifiées au regard de l'objectif de protection de la santé publique.

CE, 12 juillet 2018 n°412025

Il faut rappeler qu'en France, depuis 2017, la pratique de l'échographie foetale fait l'objet d'un meilleur encadrement, ce qui n'est pas du goût de certaines entreprises qui souhaitent développer des offres commerciales d'échographie « souvenir » du bébé in utero. L'une d'elle pratiquant des échographies non médicales saisit le Conseil d'Etat pour annuler deux décrets encadrant l'échographie foetale.

Pour mémoire, la loi Santé du 26 janvier 2016 a prévu la possibilité de poser, par décret, les conditions dans lesquelles la vente, la revente ou l'utilisation de certains dispositifs médicaux ou catégories de dispositifs médicaux peut être interdite ou réglementée (C. santé publ., art. L. 5211-6).

C'est ainsi qu'un premier décret du 26 janvier 2017 a interdit la vente, la revente et l'utilisation d'échographes pour de l'imagerie foetale humaine par des personnes physiques n'exerçant pas la profession de médecin ou de sage-femme.

Il a aussi interdit la vente, la revente et l'utilisation d'échographes pour de l'imagerie foetale humaine par des personnes morales autres que les établissements de santé, les sociétés civiles professionnelles, les sociétés d'exercice libéral ou les sociétés en participation de médecins ou de sages-femmes, les centres de santé, les maisons de santé, les maisons de naissance, les

services départementaux de protection maternelle, les universités dispensant des formations en médecine humaine et en maïeutique.

Un second décret du 2 mai 2017 a ensuite bien spécifié que **les échographies obstétricales et fœtales ne peuvent être réalisées que par des médecins et des sages-femmes disposant de compétences reconnues par un diplôme en attestant ou un titre de formation équivalent les autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen (C. santé publ., art. R. 2131-1, VI).**

Ce sont ces deux décrets que la société attaque pour excès de pouvoir, considérant notamment qu'ils portent atteinte à la liberté d'entreprendre.

L'objet social de la société consiste en la création de DVD à la suite de séances échographiques non médicales et en la création et administration de contenus numériques. Pour cela, elle emploie des manipulateurs d'échographes qui ne sont ni médecins ni sages-femmes.

Le Conseil d'Etat rejette la requête et rappelle qu'il ne peut être exclu que l'utilisation, par une personne ne disposant pas d'une qualification adéquate, d'un appareil d'échographie, qui est un dispositif médical de classe II-a) correspondant à un risque potentiel modéré, ait des effets sur la santé de l'enfant à naître, notamment en cas de mésusage de l'appareil ou d'augmentation de la durée d'exposition et de la puissance du signal pour améliorer la qualité des images obtenues, et puisse don-

* Maître Olivier LECA, Avocat, 7 rue Marbeuf - 75008 Paris
T. 06 32 49 81 35 - www.leca-avocat.fr - cabinet@leca-avocat.fr

ner lieu à une interprétation erronée des images, voire à une prise en charge inadaptée de l'enfant à la suite d'informations révélées par ces images.

Par conséquent, l'atteinte portée à la liberté d'entreprendre par les décrets, s'agissant d'une utilisation des

appareils d'échographie dépourvue de justification médicale, ne peut être regardée comme injustifiée ni disproportionnée au regard de l'objectif de protection de la santé publique qu'ils poursuivent.

De la déontologie entre confrères

Maître Olivier LECA

U

n médecin généraliste est condamné à 3 mois d'interdiction d'exercice pour avoir manqué à son devoir de confraternité en adressant une note à l'avocat d'un patient mettant en cause un confrère.

CE, 18 juillet 2018 n°418910

Dans le cas d'espèce, un patient s'estimant victime de fautes commises lors d'une intervention médicale effectuée par un ophtalmologue, sollicite à titre amical, son médecin généraliste.

Ce dernier rédige, sur la base de certains éléments du dossier médical, une note qu'il adresse directement à l'avocat du patient et qui présente plusieurs arguments permettant d'étayer la mise en cause de l'ophtalmologue. Ce dernier porte plainte contre son confrère généraliste devant la chambre disciplinaire de première instance de l'Ordre des médecins. Une interdiction d'exercer de 3 mois est alors prononcée contre le généraliste et la sanction est confirmée en appel.

Le médecin généraliste saisit le Conseil d'Etat pour faire annuler cette décision. Le pourvoi est rejeté.

La Haute juridiction rappelle d'abord que les juridictions disciplinaires de l'Ordre des médecins peuvent avoir connaissance de l'ensemble du comportement professionnel de l'intéressé, sans se limiter aux faits dénoncés dans la plainte.

A ce titre, la chambre disciplinaire nationale a pu se fonder sur des griefs nouveaux pour infliger une sanction et notamment retenir que le généraliste avait méconnu l'obligation déontologique de respecter le

secret médical, en ce qu'il avait transmis directement sa note à l'avocat du patient et non à ce dernier.

Le Conseil d'Etat rappelle ensuite que « la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite » (C. santé publ., art. R. 4127-28) et que « les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité » (C. santé publ., art. R. 4127-56, al. 1^{er}).

Ces obligations déontologiques s'imposent à tout médecin, y compris celui qui est librement sollicité par un particulier en vue d'apporter son concours, par des analyses ou des conseils, dans le cadre d'un litige ou d'une expertise.

Or, et c'est le plus important dans cette décision, le médecin généraliste avait procédé à des affirmations inexactes, fait état de vérités tronquées, donné pour établis des faits qui ne l'étaient pas, ou à l'inverse, présenté comme hypothétiques des faits dont la réalité était incontestable. La chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins a donc exactement qualifié les faits qui lui étaient soumis en affirmant que la rédaction de la note en question était constitutive d'une méconnaissance de l'interdiction déontologique de délivrer un rapport tendancieux et, qu'une telle mise en cause tendancieuse du comportement professionnel de son confrère, formulée sans prendre l'attache de ce dernier ni demander des renseignements complémentaires au patient, était constitutive d'un manquement au devoir déontologique de confraternité.

Les médecins exerçant en société civile professionnelle restent personnellement responsables de leurs actes

Maître O. LECA

P

our apprécier cette décision, il faut d'abord savoir que sur un plan juridique la SCP reste solidairement responsable des dettes des associés.

Cependant, cette solidarité est rarement appliquée dans le domaine médical, compte tenu de l'obligation d'assurance personnelle s'imposant aux praticiens associés. Le cas d'espèce fournit néanmoins une illustration.

Il s'agit du cas d'un particulier qui présentait une dissection d'une artère vertébrale, ayant entraîné un accident vasculaire, qu'il impute à une manipulation cervicale pratiquée par son kinésithérapeute.

Après expertise, il assigne l'assureur de ce dernier, ainsi que les héritiers du praticien entre-temps décédé, et enfin, la société civile professionnelle (SCP) dans laquelle celui-ci exerçait.

Au fond, le patient victime est étrangement débouté de ses demandes, alors que l'expertise semblait mettre en exergue la faute du praticien.

D'une part, les héritiers sont mis hors de cause, en raison de la cession des parts sociales qu'ils ont consentie à l'un des associés de la SCP et, d'autre part, les juges conviennent que les constatations du rapport d'expertise ne sont pas opposables à la SCP, non présente ni convoquée aux opérations.

La décision est cependant cassée au visa des articles 16 de la loi n° 66-879 du 29 novembre 1966, R. 4381-25 du code de la santé publique et, enfin, 16 du code de procédure civile.

D'abord, pour la Cour de cassation, le juge ne peut refuser de prendre en considération un rapport d'expertise, fût-il non contradictoire, dès lors qu'il a été régulièrement versé aux débats et soumis à la discussion contradictoire des parties.

C'est le premier intérêt de cet arrêt, qui s'inscrit dans une ligne jurisprudentielle classique.

Ensuite, concernant le cas de la SCP « médicale », elle précise que **chaque associé reste personnellement responsable des actes professionnels qu'il accomplit, si bien que la cession par un associé de ses parts sociales est dépourvue d'effet sur sa responsabilité**

qui demeure engagée au titre des conséquences dommageables des soins qu'il a personnellement prodigués dans le cadre de son exercice.

L'assureur du praticien décédé prendra donc en charge le règlement des condamnations en cas de responsabilité personnelle retenue par la Cour d'appel de renvoi.

Les associés nouveaux de la SCP échappent ainsi à la mise en cause de leur entité d'exercice par un court-circuit lié par la combinaison des articles R. 4381-25 du code de la santé publique et l'article 16 de la loi portant sur les sociétés civiles professionnelles :

« Chaque associé répond sur l'ensemble de son patrimoine, des actes professionnels qu'il accomplit.

La société est solidairement responsable avec lui des conséquences dommageables de ces actes.

La société ou les associés doivent contracter une assurance de responsabilité civile professionnelle, dans les conditions prévues par le décret particulier à chaque profession. ».

Cette décision est tout à fait transposable aux médecins par interprétation de l'article 69 du Code de déontologie :

« L'exercice de la médecine est personnel ; chaque médecin est responsable de ses décisions et de ses actes. ».

Vos informations au quotidien sur syngof.fr

Les jumeaux acardiaques

dans la peinture de
Jérôme Bosch et Peter Brueghel l'ancien

P. TOURAME*, A. STAHL** C. TOURAME***

Les monstres au Moyen Âge et à la Renaissance faisaient-ils peur à nos ancêtres ? Bien des théologiens et des moralistes de leur temps leur reprochaient plutôt de courir voir ces motifs invariants des bas reliefs des cathédrales, des enluminures, des bestiaires, des recueils et œuvres peintes.

Dans l'étude iconographique des monstres, si importante dans l'histoire de l'art, le premier à évoquer la filiation possible avec la tératologie serait le zoologiste Camille Dareste¹ (1876) : « Dareste, le premier, envisagea cette question d'un point de vue scientifique, quand il nota en un passage bref de son traité de tératologie que certaines figurations de monstres, les cyclopes, les sirènes étaient tirés de la réalité. »²

Les nouveau-nés syrenomèles ont pu être à l'origine de la légende des sciapodes et des sirènes. La

cyclopie a pu inspirer la légende des Cyclopes. L'anencéphalie explique probablement la description des acéphales ou blemmyes.³ Ces êtres monstrueux improbables ne connaissent pas de frontières entre le réel et l'irréel. Leur représentation artistique donne une crédibilité à l'imaginaire et valide leur existence. Mais les rapprochements suggérés entre art et tératologie sont soumis à une critique par les historiens de l'art. Gilbert Lascaux, professeur de philosophie de l'art qui a analysé les formes monstrueuses dans l'art occidental, doute d'une filiation linéaire entre art et observations de nouveau-nés malformés mais admet que l'artiste puisse « rendre adulte et vivant le monstre mort-né qu'on lui décrit »⁴. A l'évidence, il nous semble que la tératologie pourrait rendre compte des naissances monstrueuses qui ont pu constituer la base concrète à partir de laquelle l'imagination a conçu certaines des formes de monstres de légende.

Nous souhaitons dans cet article confirmer ce que le Dr Felix Regnault écrivait à la fin du XIX^e siècle : « il n'existe point d'image de monstres purement imaginaires, c'est-à-dire chez lesquels on ne retrouverait aucun souvenir de formes réelles : car l'esprit tire toutes ses conceptions des données que lui fournissent les sens ».⁵ « Les foetus acardiaques pourraient expliquer certaines formes monstrueuses caractéristiques de l'œuvre de Jérôme Bosch »⁶. Cependant, pour d'évidentes raisons de cloisonnements disciplinaires, il est regrettable de constater que les récentes bibliographies prétendument exhaustives de la plupart

*Espace éthique méditerranéen UMR ADES 7268 EFS- Université d'Aix-Marseille. Hôpital de La Timone 264, rue Saint-Pierre, 13005 Marseille.

** Espace éthique méditerranéen, hôpital de La Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13005 Marseille

*** CEREM - Espace éthique méditerranéen, hôpital de La Timone, 264, rue Saint-Pierre, 13005 Marseille

1. Camille Dareste (1822-1899), médecin, établit la tératologie expérimentale comme science. *Recherches sur la production artificielle des monstruosité, ou Essais de Tératologie expérimentale*, Paris, 2^{ème} édition (1891). *Précis de tératologie anomalies chez l'homme et les animaux*. JP Baillere, Paris, 1893 ; accès libre BNF - Gallica.
2. Dr Felix Regnault. *Les monstres dans l'ethnographie et dans l'art*. Bulletin et Mémoires de la société d'anthropologie de Paris, 1913, Volume 4, N° 3, p 400-411. En ligne Persée <http://www.persee.fr>
3. Marie-Joséphine, Wolff-Quenot. *Des monstres aux mythes*. Guy Trédaniel Editeur. 1996.
4. Gilbert Lascaux *Le monstre dans l'art occidental* Paris Klincksieck 4^{ème} tirage, 2004 ? p 204-208.
5. Dr Felix Regnault. *Ibid*, p 401.
6. A. Stahl, P. Tourame. *De la tératologie aux monstres de la mythologie et des légendes antiques*. Archives de pédiatrie, Novembre 2010 : 17 : 1716-1724.

des historiens de l'art ignorent les écrits des médecins⁷.

Nous prendrons ici l'exemple des "grylles", ces monstres dépourvus de tronc qui sont légion dans les enluminures⁸, et tout particulièrement de leurs représentations chez deux grands peintres flamands du XVI^{ème} siècle, Jérôme Bosch et Peter Bruegel l'ancien. Leurs tableaux nous proposent une rencontre émotionnelle, mais nous offrent également des descriptions précises de ces êtres improbables, flottant entre réel et imaginaire.

Nous faisons ici le choix d'adopter une attitude médicale dans l'étude de ces représentations artistiques en y recherchant les signes cliniques, dans une approche sémiologique. Plusieurs monstres fantastiques retrouvés dans ces tableaux, dont la caractéristique commune est l'absence de tronc, évoquent un mimétisme avec certaines formes de jumeaux acardiaques. Nous pouvons, en effet, comparer ces créatures "tête à Jambes" avec les pièces anatomo-cliniques de jumeaux acardiaques photographiées ou décrites dans les traités et publications médicales, des plus anciennes aux plus contemporaines. Les exemples qui nous paraissent les plus évidents sont issus du :

- triptyque de « *La tentation de Saint Antoine* »⁹ (1505) de Jérôme Bosch
- tableau de « *Margot la folle* »¹⁰ (1564) de Pieter Bruegel l'ancien.



Jérôme Bosch. Triptyque de *La tentation de saint Antoine*. Détail du panneau central.



Jérôme Bosch. Triptyque de *La tentation de saint Antoine*. Détail du panneau droit.

7. R.H. Marijnissen, P. Ruyffelaere. *Jérôme BOSCH Tout l'œuvre peint et dessiné*. Editions Charles Moreau, 2007 ; page 23-49 *l'interprétation de l'œuvre depuis le XVI^{ème} siècle*.

8. J Baltrusaïtis. *Le Moyen Age fantastique*. Champs Flammarion, 1993. Historien de l'art, l'auteur a décrit et classifié les grylles. Il a apporté une contribution décisive pour la connaissance de ces êtres "têtes à jambes".

9. Ce tableau fut réalisé vers 1505. Il est exposé au musée national d'art ancien de Lisbonne (Portugal). On connaît plusieurs copies, dont une version se trouve au musée du Prado à Madrid.

10. Pieter Bruegel l'ancien *Margot la folle*, 1564. Musée Mayer van der Bergh Anvers.



Pieter Bruegel l'Ancien. *Margot la folle*. Détail.

Qu'est-ce qu'un jumeau acardiaque ?

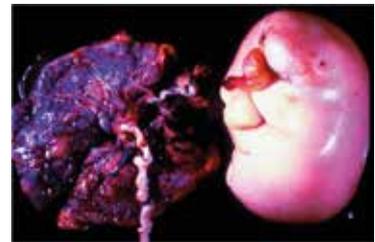
C'est une complication rare mais grave des grossesses géminaires monochoriales biamniotiques. Ces grossesses géminaires sont connues comme étant des grossesses à risque de malformation fœtale. Le fœtus acardiaque est une complication spécifique de ces grossesses multiples monozygotes. Parmi les explications physiopathologiques proposées, seule la théorie vasculaire est retenue. Il s'agit d'anastomoses artério-artérielles. Le jumeau acardiaque n'est plus vascularisé par le placenta mais uniquement, à contre-courant, par une artère ombilicale de l'autre jumeau. Il existe un fœtus acardiaque et un jumeau pompe. Dans la littérature médicale anglo-saxonne, ce phénomène est désigné par le terme de *Trap*

syndrome (twin reverse arterial perfusion). Sa fréquence est de 1/35000 et il touche 1 % des grossesses géminaires monochoriales.

De très nombreux cas, sous formes de cas cliniques, sont régulièrement rapportés dans la littérature médicale et ce depuis que l'on a quitté l'explication par le surnaturel diabolique et recherché les origines de la difformité dans des causes naturelles.

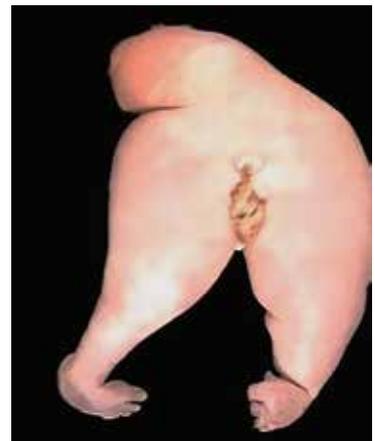
Aujourd'hui, le diagnostic est le plus souvent anténatal par échographie mais, dans nombreux cas, la découverte se fait à la naissance ou au décours d'une complication¹. Le fœtus acardiaque n'est jamais viable, et les complications concernant le fœtus pompe sont : la prématurité, l'hydramnios, l'anasarque fœto-placentaire, la défaillance cardiaque et la mort in utero.

Comment se présentent les pièces anatomo-cliniques ?



Publication de Habernitch, I Nisand (Strasbourg). *Acardius Amorphus* : Aspects macroscopiques du fœtus acardiaque et de la masse placentaire unique où l'on note la proximité d'insertion des deux cordons.

Autre représentation de pièces anatomique issue de la collection publiée par E. Quarello et Y. Ville dans « *Imagerie des grossesses géminaires* »².



Acardius myelocephalus. Collection E. Quarello et Y. Ville

Le fœtus acardiaque représente le dernier degré de la régression anatomique. Quelque chose d'impossible à reconnaître comme humain s'est substitué à un corps normalement constitué. Le degré maximum d'équivoque est atteint lorsque la forme générale du corps se perd. Ce produit utérin informe, développé en parasites d'un jumeau bien conforme, aurait pu être un enfant sous d'autres conditions de développement. Simple bourse de

11. S. Jayi. *Une complication rare de la grossesse gémellaire monochoriale : la séquence TRAP*. Pan African Medical Journal ; 2015, 20, 347.
12. E. Quarello et Y. Ville. *Imagerie des grossesses géminaires - Jumeau acardiaque*. Sauramps Medical, 2005. P 58-67

peau ne contenant que de la graisse, quelques poils, quelques os, dernier degré de régression anatomique, il n'est pas un humain potentiel car, parvenu à ce point, il n'aurait pu se développer davantage, se normaliser davantage. Il n'est pas un nouveau-né avorté ni un embryon expulsé de sa matrice, il n'est rien d'autre qu'un produit aberrant de la génération. Malgré notre explication étiologique actuelle d'arrêt du développement embryologique, ne reste-t-il pas pour notre imaginaire "le dernier des monstres" ?

Classification des jumeaux acardiaques

Les fœtopathologistes classent les jumeaux acardiaques en cinq types :

1. *Acardius anceps* : il s'agit du fœtus acardiaque le plus différencié ; tête petite et malformée ; extrémités peu développées ; organes thoraciques rudimentaires, hypoplasiques ; foie, rate et reins dysplasiques ; sinus urogénital ; atrésie intestinale ; omphalocèle.
2. *Acardius acephalus* : même aspect du précédent, mais dépourvu de tête, d'organes thoraciques et de bras.
3. *Acardius acormus* : tête associée ou non à un corps rudimentaire. Le cordon s'implante en région cervicale.
4. *Acardius myélocéphalus* : masse amorphe reproduisant l'aspect d'une ou deux extrémités de membres.
5. *Acardius amorphus* : masse irrégulière sans aucune différenciation externe, et couverte de peau et enfermant des différentes ébauches viscérales et des pièces squelettiques segmentées.

La comparaison des pièces anatomopathologiques des fœtus acardiaques avec les représenta-

tions dans les tableaux est suffisamment évidente pour être considérée comme une preuve à première vue.

Dans les trois exemples choisis, l'analyse laisse peu de doutes.

A. Jérôme Bosch. Personnage "tête à jambes" du panneau droit du triptyque de La tentation de Saint Antoine et fœtus acardiaque *amorphus*.



Pièce anapath (XX^e siècle)
publiée par le D^r Henry Greppo-Favot.



Détail du panneau droit du triptyque de La tentation de Saint Antoine. (XVI^e siècle)

Dans ce volet droit du triptyque, figure un grylle assis par terre, un poignard dans le ventre. Sur le plan morphologique, le rapprochement s'impose entre le monstre créé par Jérôme Bosch et l'aspect du fœtus acardiaque de type *amorphus myélocéphalus*.

On pourrait imaginer l'intuition géniale de Bosch qui remplace le cordon fœticide par un poignard, sachant que la mort du jumeau acardiaque vient de l'artère ombilicale...

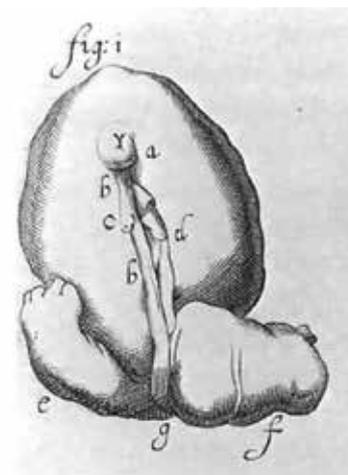
Georges Canguilhem observe d'ailleurs que « les outils et les machines sont traités comme des organes ». « Les grylles de Jérôme Bosch ne connaissent pas de démarcation entre les organismes et les ustensiles, pas de frontière entre le monstrueux et l'absurde.¹³ ».

Cas cliniques

De nombreux cas de fœtus acardiaque de fœtus *amorphus* ont été décrits et ont fait l'objet d'études de cas régulièrement publiées.

Nous en citerons 2 à trois siècle d'écart :

1616 : Fortunio Liceti, Italien, docteur en médecine et en philosophie, écrit un traité sur *Les causes, la nature et les différences entre les monstres* en 1616 dans lequel on retrouve une représentation anatomique classée comme monstre, née d'une femme et que l'on reconnaît aujourd'hui comme un fœtus acardiaque *amorphus*.



Fortunio Liceti, illustration de l'édition de 1665 de son Traité sur *les causes, la nature et les différences entre les monstres* dans lequel il répertorie ce monstre né d'une femme.

13. G. Canguilhem. *La connaissance de la Vie*. Vrin Réédition 2006, p 226.

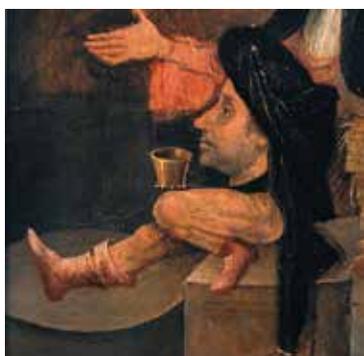
2007. La représentation de Liceti ressemble à s'y méprendre et pourrait être confondue avec le cas publié par V. Guigue¹⁴ en 2007 dans le *Journal de gynécologie obstétrique* dont la radiographie est présentée ci-dessous.



Radiographie du cas de jumeau acardiaque. Dr V. Guigue. 2007

Dans ce cas clinique, le diagnostic de syndrome TRAP a été tardif car, non fait en période prénatale, la grossesse était considérée comme unique et avez bénéficié d'un suivi classique. Mais lors de l'accouchement, devant l'impossibilité de réaliser la délivrance, il a été découvert un deuxième fœtus ne comportant ni tronc ni tête. Il s'agit d'un fœtus de sexe féminin pesant 806 g et mesurant 13 cm de longueur. Les deux membres inférieurs comportent chacun un pied de 5,5 cm.

B. Jérôme Bosch. Personnage du panneau central du triptyque de *La tentation de Saint Antoine* et fœtus acardiaque *acormus*.



Au centre du tableau, se situe la scène la plus énigmatique : une "tête à jambes" est assise aux côtés de Saint-Antoine. Un verre est posé sur sa jambe repliée. Le personnage ressemble à un jumeau acardiaque projeté à l'âge adulte, de type *acormus*. Son visage aux traits réguliers, ses jambes musclées, chaussées de bottes sont d'un extraordinaire réalisme. C'est ce normal dans l'impossible qui attire notre attention. Le saint, lui, nous regarde, imperturbable. Jérôme Bosch exprime ainsi « la fermeté inébranlable du saint », « cette fermeté de l'âme, résistant victorieusement aux pires tourments que le diable puisse inventer »¹⁵.

C. Peter Bruegel l'ancien. Personnage du tableau de *Margot la folle et fœtus amorphus*.



On observe un grylle avec une seule jambe et un seul bras qui tient une écuelle. Une cuillère est placée dans ce qui lui sert de bouche. Cette caractéristique d'un bras et une jambe qui paraît irréaliste, se retrouve dans la publication de P. Abboud, Fœtus acardiaque et grossesse triple, une association rarissime¹⁶ (2000), décrivant un fœtus *amorphus* : « il existait effectivement un fœtus sans activité cardiaque, avec une longueur cranio-caudale de 72 mm (conforme à 13 sa), un crâne rudimentaire, un volumineux œdème sous-cutané, un seul membre supérieur très

court et un seul membre inférieur apparemment normal. ». On peut également s'interroger sur la cuillère dans la bouche du personnage étant donné que l'artère ombilicale, cordon nourricier du fœtus acardiaque, serait placée exactement à cet endroit dans la réalité... Le substitut du cordon est la fois fœticide (poignard pour Jérôme Bosch) et nourricier (cuillère pour Peter Bruegel).

Conclusion

Au regard d'une approche semniologique de ces œuvres d'art, on ne peut se priver d'une réflexion sur le rôle qu'ont pu jouer les naissances dites « monstrueuses » sur l'imaginaire des artistes du Moyen-Âge et de la Renaissance. Les êtres imaginaires "tête à jambes" peints par Jérôme Bosch et Peter Bruegel l'ancien sont ainsi comparables aux fœtus acardiaques, imaginés à l'âge adulte. Leur représentation reste même très précise, notamment pour l'insertion du cordon et sa fonction nourricière et mortifère par "reverse flow" (poignard et cuillère). Les illustrations des premiers traités de tératologie étaient inspirées des créatures de légende et inspiraient tout à la fois les artistes de leur temps. « La tératologie du Moyen-Âge et de la Renaissance est à peine un recensement des monstruosité, elle est plutôt une célébration du monstrueux¹⁷. ». On peut même penser que ces traités authentifiaient les légendes. La réalité et la fiction se nourrissaient mutuellement et se distinguaient peu. Ce n'est qu'au XIX^{ème} siècle que se construira l'explication scientifique des naissances monstrueuses et, de ce fait, la frontière entre réel et imaginaire.

14. V. Guigue et al. *Un cas de jumeau acardiaque et revue de la littérature*. *Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction* ; 36 (2007), Page 296.
 15. R.H. Marijnissen, P. Ruuffelaere. *Jérôme BOSCH Tout l'œuvre peint et dessiné*. Editions Charles Moreau, 2007 ; page 158.
 16. P. Abboud. Fœtus acardiaque et grossesse triple : une association rarissime cas clinique. *Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction* ; vol 29, n°1, 2000.
 17. G. Canguilhem. *La connaissance de la Vie*. Vrin Réédition 2006, p 226.

Propos de lecture

Présentation du livre de Catherine Nicol

E. PAGANELLI*

« Lorsque l'on me dépose Justine dans les bras, elle est paisiblement installée dans un lit d'ange avec un petit bonnet sur la tête. Je tiens mon bébé dans les bras. Je suis heureuse de l'avoir vue, l'avoir serrée. Le deuil de Justine est très dur à faire. »

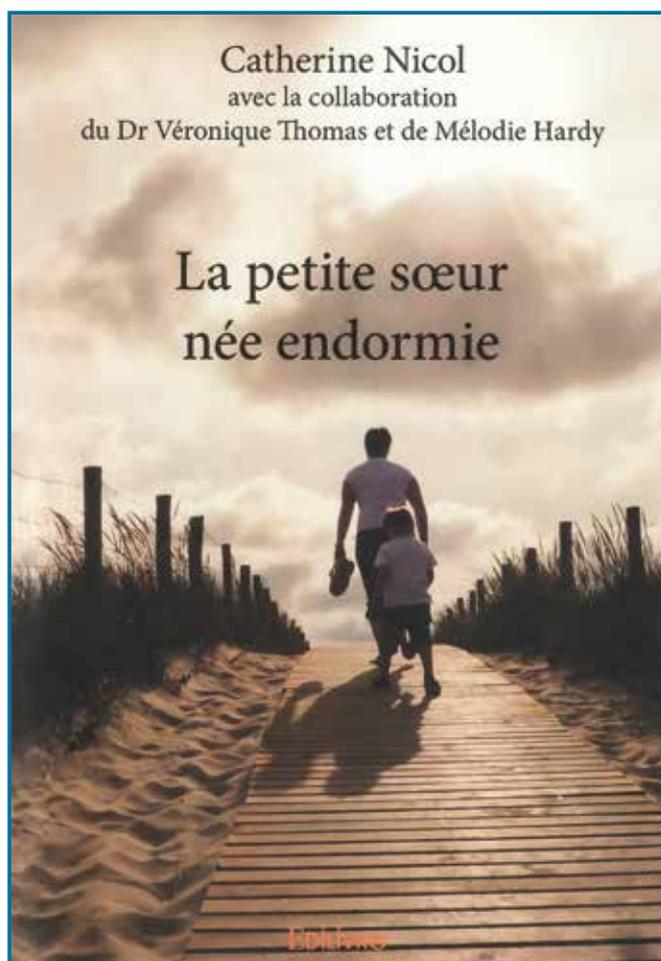
Accouchement, autopsie, obsèques, trois mots qui ne sonnent pas bien.

Ce livre est le témoignage poignant d'un couple qui a traversé les étapes du deuil périnatal. Ce témoignage est en-

riche des expériences d'une gynécologue et d'une psychologue dans l'accompagnement de parents endeuillés.

Il peut aider les gynécologues confrontés à l'annonce de ces morts fœtales et les aider à bien accompagner ces couples dans la douleur.

*Secrétaire générale du Syngof



Paru chez Edilivres - Mars 2018

174 pages - 15 euros

Conseil d'Administration

du Syngof

Président

Docteur de ROCHAMBEAU
Hôpital privé Marne Chantereine
BROU SUR CHANTEREINE

Présidents d'honneur

Docteur COUSIN
Professeur GIRAUD
Docteur ROZAN

Vice-Présidents

Pôle Gynécologie Obstétricale

Libérale

Docteur BOYER DE LATOUR
1 bd Schweitzer
SAINT QUENTIN

Docteur LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Pôle Praticiens Hospitaliers

Docteur FAIDHERBE
CHU Arnaud de Villeneuve
MONTPELLIER

Docteur LE PORS-LEMOINE
Centre Hospitalier - ST MALO

Pôle Gynécologie Médicale

Docteur GUERIN
13 bd des rochers - VITRÉ

Docteur HOMASSON
5 rue Chanez - PARIS

Secrétaire Générale

Docteur PAGANELLI

Secrétaire Général Adjoint

Docteur RIVOALLAN

Secrétaire Général honoraire

Docteur MISLER

Trésorier

Docteur MARTY

Trésorier adjoint

Docteur GRAVIER

Membres de droit

Docteur BELAICHE
Professeur COLETTE
Professeur GIRAUD

Membres du Bureau

Docteur BOYER DE LATOUR
Tél. 03 23 64 53 59

Docteur DE ROCHAMBEAU
Tél. 01 64 72 74 31

Docteur FAIDHERBE
Tél. 06 85 73 38 00

Docteur GRAVIER
Tél. 06 62 45 28 10

Docteur GUERIN
Tél. 06 35 22 19 33

Docteur HOMASSON
Tél. 01 40 71 93 64

Docteur LAPLACE
Tél. 05 56 43 72 24

Docteur LE PORS-LEMOINE
Tél. 02 99 21 21 98

Docteur MARTY
Tél. 05 63 77 79 00

Docteur PAGANELLI
Tél. 02 47 37 54 49

Docteur RIVOALLAN
Tél. 02 98 95 84 84

Membres

Docteur BASTIAN
Place du Grand Jardin - VENCE

Docteur BLUM
10 rue du Rhône - MULHOUSE

Docteur BOHL
1-3 av Carnot - SAINT-MAX

Docteur BONNEAU
2 bd du Roy
LES PAVILLONS/BOIS

Docteur CACAULT
71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

Docteur CAMAGNA
1 rue Velpeau - ANTONY

Docteur COICAUD
45 Bd George V - BORDEAUX

Docteur DARMON

18 rue des remises
ST MAUR DES FOSSES

Docteur DE BIEVRE
6 rue St Fiacre - MEAUX

Docteur DEFFARGES
59 rue de la Chataigneraie
BEAUMONT

Docteur DENJEAN
7 av. Pierre Verdier - BEZIERS

Docteur DREYFUS
25 rue Garibaldi - LYON

Docteur GARRIOT
7 rue J J Bernard - COMPIEGNE

Docteur GERAUDIE
26 bd Dubouchage - NICE

Docteur GRISEY
Hôpital privé de Parly 2 - LE CHESNAY

Docteur GUIGUES
2 bis av. du CANADA - CAEN

Professeur HOROVITZ
Hôpital Pellegrin Maternité
BORDEAUX

Docteur JELEN
Polyclinique de la Résidence - BASTIA

Docteur LAZARD
6 rue Rocca - MARSEILLE

Docteur LEGRAND
12 rue de France - NICE

Docteur LONLAS
6 rue de la manufacture
ORLEANS

Docteur MIRONNEAU
4 rue Lounès Matoub - DIJON

Docteur PEIGNÉ
Polyclinique du Beaujolais - ARNAS

Docteur ROBION
11 Quai Alsace Lorraine - MELUN

Docteur SEGUY
Av Leopold Heder - KOUROU

Docteur TEFFAUD
Polyclinique de l'Atlantique
ST HERBLAIN

Docteur THIEBAUGEORGES
Clinique Sarrus Teinturiers
TOULOUSE

Petites annonces

Toutes les annonces doivent être adressées à :

Syngof
BP 60034

34001 MONTPELLIER Cedex
ou passez directement votre annonce sur le site :

<http://www.syngof.fr>

Ventes et Associations

■ AJACCIO Corse

Cabinet gynécologie médicale et obstétrique tenu depuis 1979 recherche association succession.
T. 06 24 54 20 08

■ NANTES Pays de la Loire

Cause départ en retraite en 2019, ACCA secteur 2 recherche successeur gynécologue obstétricien à orientation chirurgicale : grosse activité de chirurgie gynécologique et oncologie, activité PMA sur site. Consultations et exercice au sein d'une Polyclinique MCO niveau 2 A avec 4500 accouchements/an. Association de 18 gynécologues obstétriciens ACCA. Gardes partagées. IRM Scanner sur place. Possibilité de remplacements réguliers avant installation.
T. 06 08 31 07 63

■ LONGJUMEAU Île-de-France

Recherche collaborateur (trice) ou remplaçant en gynécologie obstétrique (profil ancien ACCA) pour partager activité gynéco chirurgicale et obstétricale en secteur 2 dans une clinique avec maternité de Niveau 1 (900 acc/an, au sud de Paris). Activité chirurgicale avec autorisation de cancérologie gynécologique (avec projet de mutualisation de chirurgie robotique avec le pôle urologie), travail en équipe obstétricale avec partage des honoraires d'accouchements (masse commune), possibilité d'échogra-

phies gynéco obstétricales, prise en charge stérilité à développer, consultations gynéco obstétricales au sein même de la clinique. Opportunité de travailler en tant que salarié dans le cadre d'une SELARL ou à temps partiel.

T. 06 09 30 31 73

■ AIX en PROVENCE Provence-Alpes-Côte d'Azur

Clinique statut ESPIC 2700 accouchements/an, diagnostic anténatal et chirurgie, équipe dynamique de 8 praticiens cherche remplaçant profil obstétrico-chirurgical cause départ d'un praticien.
T. 04 42 91 52 52 // 06 20 75 58 27

■ TARBE Occitanie

Le cabinet de gynécologie-obstétrique de l'Ormeau cherche un nouvel associé. Cabinet installé au sein de la Polyclinique comprenant 5 gynécologues obstétriciens (secteur 2). Clinique médico-chirurgicale réputée de 303 lits et places. Plateau technique complet: bloc obstétrical, bloc opératoire, 2 scanners, etc. Maternité niveau 1 avec 850 accts en 2017. Activité chirurgicale forte et complète. A 1h20 de Toulouse et Biarritz et 45 mn des stations de ski.
T. 05 62 34 74 89 // 06 15 56 73 45

■ QUINCY SOUS SENART Île-de-France

Groupe de 4 gynécologues obstétriciens dans centre hospitalier privé, maternité II A, 1200 accts/an, cherche ACCA ou ancien PH pour association. Plateau technique complet (embolisation, IRM, Réa médicale). Echographie GO, activité chirurgicale possible, tour de garde de 24h avec partage des honoraires.
T : 06 83 21 69 22

■ VERSAILLES Île-de-France

En vue d'un départ nous recherchons un(e) gynécologue obstétricien(ne) (ancien ACCA ou ancien PH) pour compléter notre équipe de 10 praticiens à la clinique des Franciscaines. 20 mn de la gare Montparnasse, maternité de niveau 2, 1600 acc/an. Accouchements,

chirurgie, consultations gynéco-obstétricales dans un cabinet de groupe dans la clinique, possibilité d'échographies, stérilité à développer si souhaitée. Conditions de travail et clientèle très agréables, secteur 2. Gardes sur place tous les 10 jours (nuits et week-end).

T : 06 13 45 98 84

Remplacements

■ SARCELLES Île-de-France

Propose remplacements et gardes d'obstétrique dans maternité de niveau 2 A avec service de néonatalogie. Embolisation sur place à Sarcelles banlieue parisienne. 500 euro pour 12 h - 1000 euro pour 24 h. Nécessité soit d'avoir un numéro au conseil de l'Ordre soit une licence de remplacement.
T. 06 61 91 24 21

■ PARIS Île-de-France

Urgent. Gynécologue obstétricien, secteur 2, Paris 3^{ème} arr, recherche remplaçant(e) pour consultations entre le 8 et le 22 juillet, compétences écho souhaitées. Journées, demi journées, horaires adaptables dans ce segment de date.
T. 06 12 84 38 85

■ Provence-Alpes-Côte d'Azur

Gynécologue obstétricien qualifié en chirurgie et échographie t1 t2 t3 recherche contrat praticien clinicien.
T. 06 31 21 18 28

■ MACON Bourgogne - Franche Comté

Cherche colposcope de préférence Leisegang pour installation début 2019.
T. 06 28 72 06 78

■ EPINAL Grand Est

Groupe de gynécologues obstétriciens en clinique privée, recherche des remplaçants pour gardes sur place, unité de lieux, cabinet, salle d'accouchement, logement travail en équipe, forte activité, possibilités d'installations futures.
T. 06 03 07 06 01

Délégués régionaux

du Syngof

Auvergne – Rhône-Alpes

Dr Jean Valère DEFFARGES
59 rue de la chataigneraie
63110 BEAUMONT
email : virval@wanadoo.fr

Dr Jean Michel DREYFUS
25 rue Garibaldi
69006 LYON
email : dreyfusjm@yahoo.fr

Dr Emmanuel PEIGNÉ
Polyclinique du Beaujolais
69400 ARNAS
email : emmanuel.peigne@orange.fr

Bourgogne – Franche Comté

Dr Philippe MIRONNEAU
4 rue Lounès Matoub
21000 DIJON
email : pmironneau3333@orange.fr

Bretagne

Dr Catherine GUÉRIN
13 bd des rochers
35500 VITRÉ
email : cathguerin@gmail.com

Dr Pascale LE PORS-LEMOINE
CH de St Malo
35400 ST MALO
email : p.lepors@ch-stmalo.fr

Dr Jacques RIVOALLAN
6 rue Saint Marc
29000 QUIMPER
email : jacques.rivoallan@wanadoo.fr

Centre – Val de Loire

Dr Gérard LONLAS
6 rue du Brésil
45000 ORLEANS
email : gerard.lonlas@wanadoo.fr

Dr Elisabeth PAGANELLI
54 rue Louis Bézard
37540 ST CYR SUR LOIRE
email : elizabeth.paganelli@wanadoo.fr

Corse

Dr Harold JELEN
Polyclinique de la Résidence
20200 BASTIA
email : Harjel5@gmail.com

Grand Est

Dr Georges-Fabrice BLUM
10 rue du Rhône
68100 MULHOUSE
email : gfbfum@evhr.net

Dr Marc BOHL
1-3 av. Carnot
54130 SAINT MAX
email : marc.bohl@free.fr

Hauts de France

Dr François BOYER DE LATOUR
1 bd Schweitzer
02100 SAINT QUENTIN
email : fxdelatour@gmail.com

Dr Benoit GARRIOT
7 rue J. Jacques Bernard
60200 COMPIEGNE
email : bengarriot@gmail.com

Ile-de-France

Dr Mireille BONNEAU
2 bd du Roy
93320 LES PAVILLONS/BOIS
email : mirbonneau@club-internet.fr

Dr Karen BONNET
55 bd Maréchal Joffre
77305 FONTAINEBLEAU Cdx
email : kbonnet@ch-fontainebleau.fr

Dr Jean Alain CACAULT
71 bd Commandant Charcot
92200 NEUILLY
email : ja.cacault@wanadoo.fr

Dr Olivier CAMAGNA
1 rue Velpeau
92160 ANTONY
email : oliviercamagna@gmail.com

Dr Franklin DARMON
18 rue des Remises
94100 ST MAUR DES FOSSÉS
email : franklindarmon@free.fr

Dr Pascal DE BIÈVRE
6 rue St Fiacre
77100 MEAUX
email : p-debievre@ch-meaux.fr

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU
Hôpital Privé de Marne
Chan tereine
77177 BROU SUR CHANTEREINE
email : bdr@club-internet.fr

Dr Arnaud GRISEY
21 rue de Moxouris
78150 LE CHESNAY
email : p-debievre@ch-meaux.fr

Dr Nelly HOMASSON
5 rue Chanez - 75016 PARIS
email : n.homasson@orange.fr

Dr Joëlle ROBION
11 Quai Alsace Lorraine
77000 MELUN
email : joelle.robion@gmail.com

Normandie

Dr Béatrice GUIGUES
2 bis av. du Canada
14000 CAEN
email : b.guigues@wanadoo.fr

Nouvelle Aquitaine

Dr Marianne COICAUD
45 Bd George V
33000 BORDEAUX
email : marianne.coicaud@gmail.com

Dr Antoine GRAVIER
12 bd Paul Painlevé
19100 BRIVE
email : a.gravier@mac.com

Pr Jacques HOROVITZ
Hôpital Pellegrin
33076 BORDEAUX CEDEX
email : jacques.horovitz@chu-bordeaux.fr

Dr Jean Pierre LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
33300 BORDEAUX
email : dr.jplaplace@bordeauxnord.com

Occitanie

Dr Régis DENJEAN
7 av Pierre Verdier
34500 BEZIERS
email : regis.denjean@free.fr

Dr Jacques FAIDHERBE
CHU Arnaud de Villeneuve
34090 MONTPELLIER
email : j-faidherbe@chu-montpellier.fr

Dr Jean MARTY
Rue du Tendat - 81000 ALBI
email : j.marty@outlook.fr

Dr Olivier THIEBAUGEORGES
49 allée Charles de Fitte
31076 TOULOUSE
email : othieb@gmail.com

Pays de Loire

Dr Olivier TEFFAUD
Polyclinique de l'Atlantique
44819 ST HERBLAIN CEDEX
email : drteffaud@polyclinique-atlantique.fr

PACA

Dr Jean-Marc BASTIAN
Place du Grand Jardin
06140 VENCE
email : jean-marc.bastian@wanadoo.fr

Dr Philippe GÉRAUDIE
26 Bd Dubouchage
06000 NICE
email : geraphil@aol.com

Dr Alexandre LAZARD
6 rue Rocca
13008 MARSEILLE
email : alexandre.lazard@yahoo.fr

Dr Daniel LEGRAND
12 rue de France
06000 NICE
email : daniel.legrand13@wanadoo.fr

Outre-Mer

Dr Bernard SEGUY
CMCK Croix-Rouge Française
av. Léopold Heder
97387 KOUROU Cedex
email : bernardseguy@wanadoo.fr

1^{ère} édition



Gynécologie médicale & Cancer

Vendredi 25 janvier 2019

**Comité scientifique : Dr Florence Coussy,
Dr Anne-Sophie Hamy-Petit, Pr Fabien Reyrol**

8h30 - Accueil

9h - Introduction - Pr Fabien Reyrol (Institut Curie, Paris)

Cancer du sein triple négatif : quoi de neuf en 2019 ?

Modérateurs : Dr Coraline Dubot (Institut Curie, Saint-Cloud)

9h15 - Introduction - Dr Florence Ledoux (Hôpital Saint-Louis, Paris)

9h20 - Particularité de la chimiothérapie dans les cancers du sein triples négatifs
Dr Sophie Frank (Institut Curie, Paris)

9h40 - Thérapies ciblées : le futur pour les cancers du sein triples négatifs ?
Dr Florence Coussy (Institut Curie, Paris)

10h - Oncogénétique et cancer du sein triple négatif
Dr Claire Sénéchal (Institut Bergonié, Bordeaux)

10h20 - Pause Café

Cancer du sein et fertilité : ENFIN des données !

Modérateurs : Dr Clémentine Cohade (Hôpital Paule de Viguier, Toulouse), Dr Magali Provansal (Institut Paoli Calmette, Marseille)

10h50 - Introduction - Dr Christine Rousset-Jablonski (Centre Léon Bérard, Lyon)

10h55 - Préservation de la fertilité : résultats de la cohorte Curie - Aullene Toussaint (Institut Curie, Paris)

11h15 - AMH et patientes mutées
Dr Laurie Denis-Laroque (Centre Léon Bérard, Lyon)

11h35 - Etude FEERIC (Fertilité, grossesse, et contraception après un cancer du sein)
Julie Labrosse (Institut Curie, Paris)

11h55 - Fertility-on-line : un algorithme pour prédire la fertilité après cancer
Dr Enora Laas (Institut Curie, Paris)

12h15 - Pause déjeuner

Le gynécologue médical :

qui suis-je ? d'où viens-je ? où vais-je ?

Modérateurs: Pr Fabien Reyrol (Institut Curie, Paris)

14h - Introduction

Dr Anne-Sophie Hamy-Petit (Institut Curie, Paris)

14h10 - Historique de la gynécologie médicale
Pr Anne Gompel (Paris)

14h30 - Mon projet de recherche en 10 minutes
Dr Florence Coussy (Institut Curie),
Dr Anne-Sophie Hamy-Petit (Institut Curie),
Dr Christine Rousset-Jablonski (Lyon),
Dr Claire Saule (Institut Curie),
Dr Charlotte Sonigo (Clamart)

15h45 - Table ronde « Carrière en gynécologie médicale »
Dr Claire Sénéchal (Institut Bergonié, Bordeaux),
Dr Alette Dezellus (ICO, Saint-Herblain),
Dr Magali Provansal (Institut Paoli Calmette, Marseille)

16h15 - Etat des lieux de la gynécologie médicale - AIGM

Gynécologie médic@le et c@ncer 3.0 : se fédérer à l'heure des réseaux sociaux

16h35 - Réseaux sociaux pour les Nuls : in progress

17h - Conclusion - Pr Fabien Reyrol (Institut Curie, Paris)

Inscription <https://bit.ly/2x2Lqzb>

Lieu Amphithéâtre Constant Burg
12 rue Lhomond 75005 Paris



UNIVERSITÉ
PARIS
DESCARTES

Avec le soutien institutionnel de



LES ANNONCES DE RECRUTEMENT

ÎLE-DE-FRANCE

Le Groupe Hospitalier Sud Île-de-France, support du GHT 77



Le GHSIF, établissement de référence du Sud Seine et Marne, recherche un gynécologue obstétricien. Possibilité d'un poste de Clinicien / poste éligible à la prime d'engagement de carrière hospitalière pour les contractuels. Inscription à l'Ordre ou lauréat de la PAE requis. Venez rejoindre l'équipe de gynécologues obstétriciens dans le nouvel hôpital. L'établissement est à 30 minutes de Paris en transport en commun (transilien gare de Lyon-Melun).

Présentation du service :

Bloc obstétrical : 4 salles d'accouchement et 3 salles de pré-travail.
Capacité du service : 59 lits.
Unité Kangourou : 4 chambres.
Activité de chirurgie gynécologique urgente et programmée.
Possibilité de développer une activité territoriale multi-sites (dans GHT ou hors GHT).
Possibilité de développer une activité d'enseignement et de recherche.

Activités et plateau technique :

Maternité de niveau 2B réalisant environ 2800 accouchements par an, Garde sur place, 7 internes dont 1 de spécialité, Diagnostic prénatal, Réanimation adulte, SAMU – SMUR 77, SAU, Néonatalogie, Pédiatrie dont Urgences pédiatriques, Service d'imagerie médicale, Centre de planification familial, Unité de Recherche Clinique : Ingénieur et ARC en interne.

Objectifs et Missions :

Activité obstétricale,
Activité de chirurgie gynécologique,
Participer à la liste de garde,
Prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales,
Consultations gynécologiques,
Consultations prénatales, consultations d'échographies prénatales,
Assurer la continuité des soins en secteur hospitalisation : Grossesses à haut risque, Suite de couche, chirurgie.



Contact BAM : bam@ch-melun.com

HAUTS-DE-FRANCE

LE GROUPE HOSPITALIER SECLIN CARVIN (Métropole Lilloise)

841 lits et places dont 293 de MCO, 138 de SSR, 60 de long séjour, 50 de Foyer de vie et 309 d'EHPAD
À 10 mn de Lille, son bassin de rayonnement est de près de 250 000 habitants.
Recherche activement - Afin de compléter l'équipe en place

UN GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN TEMPS PLEIN

Avec une activité polyvalente et compétence chirurgicale

Le Groupe Hospitalier SECLIN CARVIN est un hôpital alliant proximité et technicité. Il rassemble une équipe médicale renouvelée et dynamique comptant plus de 150 praticiens.

- 2000 naissances/an ; maternité de niveau 2 A.
- Site internet : www.ghsc.fr

Profil recherché :

- Gynécologue Obstétricien titulaire du DES.
- Activité polyvalente et compétence chirurgicale.
- Inscrit à l'Ordre des médecins.

Poste à pourvoir rapidement

Pour tout renseignement sur le profil de poste merci de bien vouloir contacter :

M. le Docteur Nicolas MONSARRAT - Chef du Pôle Mère Enfant Gynécologie
nicolas.monsarrat@ghsc.fr - 03 20 62 70 00 poste 8345

Candidature à adresser à la Directrice des Ressources Médicales : Madame Laurence MANNIEZ
Groupe Hospitalier SECLIN CARVIN - Rue d'Apolda - BP 109 - 59471 SECLIN Cedex
laurence.manniez@ghsc.fr - 03 20 62 75 06 (secrétariat)





Le centre hospitalier Aunay-Bayeux, situé dans le Calvados à 20 minutes de Caen,

recherche un gynécologue obstétricien pour son service de maternité niveau 1 (site de Bayeux).



Activité partagée possible avec d'autres institutions ou d'autres modes d'exercice.

Activité également envisageable au sein du centre périnatal de proximité situé sur le site d'Aunay.

Le site de Bayeux se situe dans une ville touristique, proche de Caen et des plages du débarquement.

Toutes informations disponibles auprès du directeur ou de la cheffe de service l'un et l'autre joignables via le standard 02 31 51 51 51

Les candidatures ou demandes de renseignement peuvent être adressées aux affaires médicales à l'adresse mail : affaires.medicales@ch-ab.fr



Le Centre Hospitalier Jean Marcel de Brignoles (Var) recrute H/F pour son service Gynécologie-Obstétrique Brignoles est la "capitale" du Centre Var. La ville bénéficie d'une situation géographique privilégiée et stratégique, au carrefour de voies de communication (RN7/A8). Sa situation particulière lui permet d'être à 45 minutes du bord de mer, d'Aix-en-Provence, à 1h de Marseille, de Nice et à 1h30 de la frontière italienne.

■ **1 GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN**
TEMPS PLEIN ou PARTIEL
DES en gynécologie-obstétrique
Inscription au Conseil de l'Ordre des médecins obligatoire.
Poste à pourvoir immédiatement

L'hôpital de Brignoles est intégré dans un ensemble hospitalier de 763 lits et 980 agents.

Le Centre Hospitalier Jean Marcel dispose de toutes les disciplines MCO (Maternité, Chirurgie viscérale et orthopédique, Médecine) mais aussi de services de Gériatrie, d'une Unité de Soins Continus de 8 lits et d'un accès à la Biologie et l'Imagerie H24 avec scanner.

Constitué d'une équipe pluridisciplinaire de 2 gynécologues temps plein et 1 gynécologue temps partiel, 3 pédiatres dont 1 généticienne et 15 sages-femmes, vous participerez à l'organisation médicale du service.

• Maternité de niveau - 1 accès sur la physiologie, 714 accouchements par an • 15 lits d'Obstétrique • Bloc obstétrical contigu au Bloc central et SSPI commune • 2 salles de naissance - 1 salle de pré travail • 1 secteur d'urgence avec 1 salle d'examen et 1 salle de monitoring • Activité d'Orthogénie
Le service fait partie du réseau PACA Méditerranée.

Les candidatures sont à adresser à Monsieur le Directeur, Centre Hospitalier Jean Marcel, CS 10301 - 75 Boulevard Joseph Monnier, 83175 Brignoles Cedex

Pour tout renseignement, contacter :

- Monsieur de BERNIERES, Directeur des Affaires médicales - 04.94.72.65.02. - e.debernieres@ch-brignoles.fr
- Madame PIERRAT, AAH aux affaires médicales - 04.94.72.65.05. - m.pierrat@ch-brignoles.fr



Le CHIHC Maternité de niveau 2A, 1200 accouchements par an

RECRUTE

Contacts :

M^{me} VOLLE, Directeur Secréariat : 03.81.38.53.01

Dr FAIVRE Mickaël
Gynécologue-obstétricien, Chef de Service

Direction des Affaires Médicales :

M^{me} QUERRY Catherine
03.81.38.58.80

cquerry@chi-hc.fr

M^{me} BEUQUE Flora
03.81.38.53.70

fbeuque@chi-hc.fr

Pour remplacements et/ou poste d'Assistant, praticien contractuel ou PH, un gynécologue-obstétricien ayant une compétence mixte chirurgicale et obstétricale, afin de compléter une équipes de 2 PH tps plein, 2 Praticiens tps partiel et 2 assistants spécialistes. Contexte de départ en retraite progressive du Chef de Service et d'un congé de maternité. Poste à pourvoir maintenant.

Profil recherché :

- Médecin inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins
- Pratique de l'échographie obstétricale
- Pratique de la chirurgie gynécologique non carcinologique
- Pratique obstétricale
- Capacité de travail en équipe.



Les internes en fin de cursus avec licence de remplacement sont acceptés avec possibilité d'intégrer un poste d'assistant spécialiste. Le service dispose d'une maternité de 22 lits, d'une unité de néonatalogie et d'une activité de chirurgie gynécologique non carcinologique, agréé pour la formation des internes.

Pontarlier est une ville de 20000 habitants située dans le Haut-Doubs (25), région frontalière avec la Suisse, à 1 heure de Besançon et 40 mn de Lausanne.



CENTRE HOSPITALIER DE BIGORRE (65000 Tarbes – Hautes Pyrénées)
SERVICE DE GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE 21 lits maternité + 5 lits chirurgie

RECRUTE

UN PRATICIEN GYNÉCOLOGUE TEMPS PLEIN
ASSISTANT OU CONTRACTUEL
TITULAIRE DU DU D'ÉCHOGRAPHIE
POUR COMPLÉTER UNE ÉQUIPE DE 4,6 ETP PRATICIENS

Cadre de vie agréable, au pied des montagnes, à mi-chemin entre Toulouse et la côte atlantique.

Contacts :

Dr Anne-Sophie VITRAC - Chef de service de gynécologie obstétrique - avitrac@ch-tarbes-vic.fr - Tél. : 05 62 54 61 83

Dr Pascal CAPDEPON - Président de la CME - 05 62 54 56 49 – pcapdepon@ch-tarbes-vic.fr

Mme Aurélie BARATIER - Directrice Adjoint Chargée des Affaires Médicales - 05 62 54 56 37 – abaratier@ch-tarbes-vic.fr



Le Centre Hospitalier Ouest Guyane (CHOG) Recrute deux Sages-Femmes second Grade (Inscription à l'Ordre obligatoire). Sous contrat : Remplaçant. La date de prise de fonction est à définir.

Dans le cadre du déménagement et de l'agrandissement de notre maternité, nous recherchons des sages-femmes pour des postes à pourvoir entre août et décembre.

Nous recherchons des sages-femmes dynamiques, prêtes à s'investir pour le bien-être et la sécurité de nos patients de l'ouest guyanais. Vous serez intégré(e) successivement dans toutes les unités de la maternité en dehors des consultations externes.

Dans nos projets : le déménagement vers un hôpital neuf en septembre 2018, ouverture d'une unité kangourou, développement des projets de santé autour de la parentalité, évolution vers une maternité niveau 3...

Nous proposons des contrats de 1 an minimum, 18 mois à 2 ans si vous le souhaitez, avec possibilité de titularisation.

Nos actions de formation continue sont axés sur la formation simulation, les développements de compétences et formations diplômantes pour les sages-femmes qui s'investissent à long terme auprès des Guyanaises.



Centre Hospitalier de l'Ouest Guyanais

Candidature et CV à adresser à :

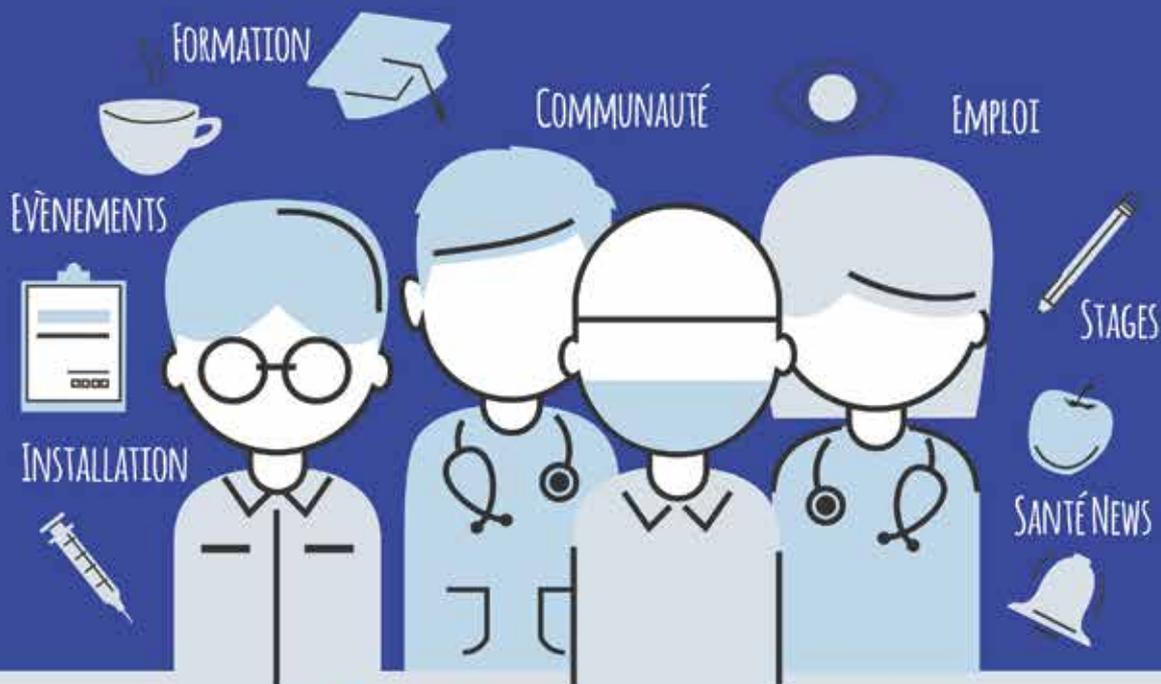
Valérie FOLIE - Coordonateur en maïeutique

Mail : v.folie@ch-ouestguyane.fr

Téléphone : 05 94 34 89 91

(Décalage horaire -5h en été/-4h en hiver)





Réseau PRO Santé

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



☎ 01 53 09 90 05

✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode





**ACTIONS
SANTÉ
FEMMES**

Siege Social : 50, rue Raffet - 75016 PARIS
Association tel. 1191 - Siret 810 382 887 - Sirex 810 382 887 06018