

LES
CAHIERS

SYNGOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



88

Mars
2012

- Le nouveau Bureau du Syngof
- Syngof et Avenir Hospitalier
- Fiche Gynerisq'Attitude



Depuis

20 ans



La revue SYNGOF vous informe



2 Lettre de la rédaction des Cahiers du Syngof

B. de ROCHAMBEAU

3 Éditorial

F. X. BOYER de LATOUR

INFORMATIONS SYNDICALES

4 Assemblée Générale du 16 mars

J. MARTY

10 Syngof et Avenir Hospitalier

P. LE PORS-LEMOINE

11 Le Syngof écrit au CNOM.... et

14 Réponse du Conseil National de l'Ordre

M.A. ROZAN

16 CS + Echo, un nouveau jugement favorable

J. RIVOALLAN

18 Recommandations pour la pratique clinique : Prévenir les complications de la chirurgie prothétique du prolapsus

Groupe de travail du CNGOF

GYNERISQ'ATTITUDE

22 Fiche Gynerisq'Attitude : Les hémorragies du post-partum (HPP)

Groupe d'experts de GYNERISQ

RISQUE MÉDICAL

26 Revue de presse médicale

M-A ROZAN

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

28 Un américain à Paris : Marion Sims le père de la gynécologie américaine

B. SEGUY

VOS RUBRIQUES

36 Conseil d'Administration – Représentants

38 Propos de lecture

40 Petites annonces

41 Le coin des cinéphiles du siècle dernier

42 Commissions de qualification

43 Agenda des congrès

FORMATION MÉDICALE CONTINUE

44 L'IVG en 2012

J. FAIDHERBE

88

mars

The Bridgeman Art Library



Pot Pourri (oil on canvas)

Millais, Sir John Everett (1829-96)

Private collection

Directeurs de la Publication : Drs François-Xavier
BOYER de LATOUR, Bertrand de ROCHAMBEAU
Comité de Rédaction : Professeurs Bernard et
Horowitz.

Docteurs Belaiche, Boyer de Latour, Faidherbe, Favrin,
Guérin, Rivoallan, Rozan, Tourame.

Publicité : INTERMÉDIAIRE

Directeur : Gaël YARD

93 quai de la pie - 94100 ST MAUR

Tél/Fax 01 48 83 21 50

e.mail : g.yard@intermediaire-rp.fr

Siège social : Syngof, 34 rue de Clémentville

34070 Montpellier - Tél. 04 67 04 17 18

e.mail : syngof@syngof.fr

Site internet : <http://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 d'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.

Conception et Réalisation :

Nadine Prugny

Maquette P.A.O. : Nadine Prugny

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2012

Imprimé en France

SOULIE Imprimeur - 34110 FRONTIGNAN

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

Magazine adressé à titre gratuit aux adhérents du Syngof.



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION

Lettre de la rédaction des Cahiers du Syngof

Dans les numéros 86 et 87 des cahiers du Syngof a été publié au sein de la rubrique *Histoire de l'Obstétrique*, un article de Claude Colette intitulé : *"Les féminismes rencontrés au cours d'une carrière de gynécologue ; témoignages et réflexions"*.

Cet article a pu choquer certains par la liberté de son ton et de ses propos.

Nous rappelons que les opinions émises dans nos colonnes n'engagent pas le Syngof mais uniquement leurs auteurs.

Claude Colette est bien connu des *"anciens"* de notre syndicat pour son volontarisme et son implication dont il a fait preuve au SYNGOF comme au cours de sa brillante carrière bisontine. Son texte, que nous avons publié, est celui d'un discours prononcé à l'académie de Franche-Comté. C'est à ce titre qu'il a été publié dans les *Cahiers du SYNGOF*. Il a la valeur d'un témoignage historique avec ce que cela suppose de souvenirs et de vécu par un témoin partisan dans un domaine qui a beaucoup évolué dans la deuxième partie du 20^{ème} siècle. Ses propos ne sont pas consensuels. Ce texte exprime la sensibilité de Claude Colette, son combat pour ses convictions ; c'est un témoignage personnel où chacun trouvera à dire et redire, c'est ce qui le rend intéressant.

La liberté d'expression est précieuse. A l'avenir, dans de telles circonstances, nous tenterons d'équilibrer de telles prises de position avec une réplique contradictoire.

Nous remercions vivement les lecteurs attentifs, qui par leurs critiques, font progresser et construisent les *Cahiers du SYNGOF*.



Suivez l'actualité du SYNGOF
au quotidien sur

www.syngof.fr



FRANÇOIS-XAVIER BOYER DE LATOUR
DIRECTEUR DE PUBLICATION

Comme beaucoup d'entre vous depuis que je suis *"tombé tout petit dans la marmite de l'obstétrique"*, le visage souriant de Raymond BELAICHE ouvrait la revue des *Cahiers du Syngof* et symbolisait en quelque sorte notre syndicat.

Mais c'est depuis que je me suis réellement investi dans l'action syndicale que j'ai découvert sa forte personnalité, et pu apprécier son rôle dans son fonc-

tionnement. Depuis une vingtaine d'années malgré une activité professionnelle intense libérale, à Montpellier, il a été la cheville ouvrière du SYNGOF, administrateur, et trésorier en charge de la continuité du syndi-

Merci, au revoir et à bientôt

cat, il a été le facilitateur à chaque passage de relais pour le secrétariat général ou la présidence. Ces dernières années, période où je l'ai bien connu, il a su concilier et autonomiser les différents pôles de la profession (gynécologues obstétriciens libéraux, gynécologues médicaux, la PMA et les médecins hospitaliers), en faisant preuve d'une autorité bienveillante acceptée par tous. Cette unité nous a permis de représenter l'ensemble de notre profession. Grâce à ses positions sans ambiguïté, nous avons pu affranchir notre stratégie syndicale de celle des syndicats polycatégoriels et à partir du SYNGOF créer aussi bien dans le secteur libéral avec LE BLOC que tout récemment dans le secteur public avec AVENIR HOSPITALIER des forces syndicales autonomes porteuses des intérêts des gynécologues obstétriciens au sein des spécialistes "PTL". Cela était nécessaire pour faire progresser la reconnaissance des fortes sujétions de la spécialité, objectif historique du syndicat. Il a œuvré au maintien et à la renaissance du pôle médical menacé. C'est cette unité qui nous a permis de commencer à engranger des succès électoraux ouvrant sur nos représentativités (LE BLOC et AVENIR HOSPITALIER) et la résolution des trous de garantie en RCP, et nous en espérons encore beaucoup d'autres. C'est de tout cela dont nous, c'est-à-dire l'ensemble des gynécologues, lui sommes redevables.

Mais voilà, le temps passe et notre ami a décidé de prendre une retraite bien méritée, de prendre un peu de recul dans son action syndicale, et de quitter ses fonctions de trésorier, et de rédacteur de notre revue. Nous lui souhaitons donc une retraite aussi paisible et longue que possible, mais nous espérons surtout qu'il continue de venir à nos réunions pour nous aider de ses conseils et de nous faire bénéficier de son expérience. C'est pourquoi nous lui disons aujourd'hui, merci, au revoir mais surtout à bientôt.

Assemblée générale

16 mars 2012

J. MARTY*

C'est cette unité qui nous a permis, de commencer à engranger des succès électoraux ouvrant sur nos représentativités (LE BLOC et AVENIR HOSPITALIER)...

Le Président le Dr ROZAN ouvre la séance.

Etaient présents les Docteurs :
BELAICHE, BOHL, BONNET, BOYER DE LATOUR, CACAULT, COUSIN, DARMON, DE ROCHAMBEAU, DENJEAN, DREYFUS, FAIDHERBE, FAVRIN, GAMBINI, GERAUDIE, GRAVIER, GUERIN, HOMASSON, HOROVITZ, LAPLACE, LARDENOIS, LEGRAND, LE PORS, LONLAS, MARTY, MUSZYNSKI, PAGANELLI, RIVOALLAN, ROUGÉ, ROZAN, TEFFAUD, TOURAME, VERHAEGHE

Emeline BARBÉ : Conseil en communication du Syngof

Etaient excusés les Docteurs :
BASTIAN, BIAUSQUE, BONNEAU, CARRON, DE BIEVRE, DESROCHES, GRYNBERG, JUBIOT, LEBOEUF, LE MEAUX, MAJIDI, MIRONNEAU, MUHLSTEIN, PEIGNÉ.

Le Président remercie de leur présence les administrateurs présents et précise que l'ordre du jour sera modifié à la demande de R. BELAICHE.

Approbation du PV du CA précédent

Adoption à l'unanimité du compte rendu de l'Assemblée générale de mars 2011.

Le Président, le Dr ROZAN, donne la parole au Dr BELAICHE et précise à l'assemblée que c'est le dernier rapport du Dr Raymond BELAICHE qui cesse ses fonctions de trésorier lors de cette assemblée générale.

Rapport du Trésorier Raymond BELAICHE

A la fin de l'année 2011, le nombre d'adhérents est de 1775 mais seulement 1393 ont payé leurs cotisations. Au cours de l'année, il y a eu 38 nouvelles adhésions, 17 démissions, et 155 ont été radiés pour non-paiement de 2 années consécutives (conformément aux statuts).

L'exercice comptable est marqué par les éléments suivants :

- Baisse des cotisations : -52 000 €, du fait d'une diminution du nombre d'adhérents.
- Baisse des recettes publicitaires : -64 000 €, du fait de la rupture d'un contrat avec un client qui réalisait des prestations d'envoi pour le SYNGOF.

Il apparaît dans la trésorerie après encaissement et décaissement, des activités totales enregistrées pour 2011, un solde positif.

Le bilan comptable fait ressortir un exercice bénéficiaire de 10 233 €.

Conclusion : on constate encore cette année, une baisse (- 80 personnes) du nombre de cotisants par rapport à 2010.

Il est prévisible que pour 2012, les frais seront diminués du fait du changement d'adresse du SYNGOF,

* Président du Syngof
Co-Président du BLOC

ce qui affectera la trésorerie. Le Dr BELAICHE lit le rapport du Commissaire aux comptes qui précise qu'il n'y a aucune anomalie dans les comptes annuels du syndicat.

Il rappelle que le commissaire aux comptes a été élu par l'assemblée en mars 2010 pour 6 ans.

Le Président demande à l'Assemblée de voter le quitus.

Le quitus est voté à l'unanimité des membres présents.

Fixation de la cotisation 2013 : Le trésorier propose aux administrateurs d'augmenter (après 3 années sans augmentation) de 10 euros la cotisation de membre actif soit un tarif annuel de 230 €.

Cette proposition est adoptée à l'unanimité.

Le Dr F. X BOYER DE LATOUR fait un discours (cf *Edito*) pour remercier le Dr BELAICHE pour ces années où il s'est occupé de la trésorerie du syndicat et de la revue Syngof.

Le Dr BELAICHE remercie tous les membres présents pour leur soutien et leur confiance durant ces années.

Rapport moral du Secrétaire Général Jean MARTY

Le Rapport Moral ne marque pas que le bilan syndical de l'année 2011. Les échéances sont cette année plus nombreuses.

D'une part, le mandat du président de la République arrive à son terme. Si le syndicat ne fait pas de politique, nos interlocuteurs sont les collaborateurs du locataire de l'Élysée, qui s'est occupé des assurances et a abordé plusieurs fois la question du secteur optionnel. D'autre part, il s'agit de dresser le bilan de 4 ans de mandature pour le bureau du SYNGOF que nous allons renouveler aujourd'hui.

C'est enfin le moment que le trésorier a choisi pour mettre un terme à ses mandats dans le bureau. Ce rapport moral me permet de rendre hommage à son action.

On lui doit la continuité du syndicat tant d'années avec l'organisation des relais successifs à la tête du syndicat, son administration et la défense de sa ligne identitaire. Nous le remercions d'avoir largement contribué à la correction heureuse depuis 2000 de la ligne stratégique du SYNGOF.

Il a soutenu avec continuité l'affranchissement vis-à-vis de la double tutelle des universitaires et des syndicats polycatégoriels.

Sous l'emprise universitaire, nous avons cautionné les plans périnatalités, dont nous avons compris qu'ils avaient certes porté des mesures en faveur de la sécurité des femmes et des nouveau-nés mais qu'ils avaient douloureusement sacrifié le secteur privé au secteur hospitalier public. Alors que les maternités privées étaient à foison, il n'en reste plus aujourd'hui que 150. Cette année encore à Nice, nous recevons de la Clinique Santa Maria Lenval des demandes de soutien des collègues qui subissent des pressions pour la conversion d'un établissement privé en établissement public. A Toulouse, l'ARS fait pression pour le renoncement aux dépassements d'honoraires pour les accouchements dans les cliniques. Alors que les difficultés des cliniques privées concernaient jusqu'à présent toujours les villes périphériques, elles s'étendent désormais aux villes disposant d'un CHU.

Nous n'avons jamais pu nous dégager de cette malédiction, de ce véritable échec professionnel et syndical et même les praticiens des établissements publics n'ont pas tiré avantage de cette politique. En réalité, les universitaires ont été doublés par l'administration qui y a vu un moyen de renforcer son bilan mais c'est au détriment des praticiens du secteur public même : plus de travail sans moyens suffisants et au total une raréfaction des compétences médicales dans les hôpitaux des périphéries. Ils sont contraints de fonctionner de manière précaire avec des contractuels de formation étrangère et sur-

tout de formation incertaine. C'est dans notre spécialité, nous apprend le conseil de l'Ordre, que ces contractuels sont les plus nombreux. C'est aussi dans nos spécialités que les tribunaux enregistrent à partir de ces établissements le plus grand nombre de contentieux. En un mot, que la dégradation des soins est la plus rapide au détriment de la population féminine.

Ce climat dissuade les jeunes collègues (200 formés par la filière chaque année) à exercer dans les maternités publiques et privées. C'est aussi le problème des pédiatres qui ne voient aucun intérêt à nous rejoindre dans nos établissements. Le syndicat a porté 11 propositions au Ministère en compagnie de la FHP pour sauver les maternités privées, mais en vain. Nos collègues se reclassent mal dans le secteur public. A Fréjus, nos collègues qui exercent à l'hôpital en tant que libéraux depuis 10 ans doivent aujourd'hui abandonner l'activité secteur II alors qu'elle est toujours permise aux PH ! Nous devons donc améliorer l'intégration des collègues dans le secteur public quand ils le souhaitent. Nous avons alerté très régulièrement les cabinets des ministres et de l'Élysée de ces problèmes qui demandent une solution politique. Cela a été en vain!

Pour l'affranchissement vis-à-vis des syndicats polycatégoriels, notre trésorier a mis tout son poids de conviction dans le rappel des périodes durant lesquelles le SYNGOF collaborait avec la Confédération, mais en vain. Jamais, a-t-il rappelé, le SYNGOF n'a tiré de cette collaboration le moindre avantage. Alors qu'il avait fait partie des délégués de la confédération dans sa région, il a été obligé de constater que tous les progrès étaient réservés aux spécialités médicales.

Il a cautionné la constitution des 3 pôles au sein du syndicat et le SYNGOF s'est appliqué à lui-même le principe selon lequel chacun devait rester maître de la défense de ses propres intérêts. Un principe en

opposition avec la délégation à une structure polycatégorielle, toujours dominée par l'intérêt d'un groupe. Il a fait du SYNGOF le banquier de l'UCDF, favorisant sa création. Il a mis les moyens pour la course à la représentativité dans l'étape fédératrice mais chaotique de l'Union Collégiale puis dans celle plus claire du BLOC et enfin d'Avenir Hospitalier. C'est cette unité qui nous a permis, de commencer à engranger des succès électoraux ouvrant sur nos représentativités (LE BLOC et AVENIR HOSPITALIER), de résoudre le problème des trous de garantie de nos RCP, et d'espérer de nombreux succès à venir.

Cette représentativité est totalement acquise pour les libéraux avec le BLOC et promise pour les PH avec Avenir Hospitalier. Pascale Le PORS a mené de main de maître en quelques semaines une campagne qui a reproduit à l'hôpital public le succès obtenu par le BLOC dans le privé. Et, juste retour de cette grande ligne de force, le vote identitaire des praticiens du bloc hospitalier a donné toute sa légitimité au double enracinement public et privé du SYNGOF.

Ceci correspond aux pierres blanches de 2011. Cela s'associe au succès que nous avons enregistré en matière de sécurité assurantielle après 10 ans de lutte contre les trous de garantie. Le SYNGOF a gagné la disparition du risque de ruine pour les sinistres dépassant les plafonds et l'expiration des garanties. Encore un risque que le SYNGOF de l'année 2000 avait laissé passer sans broncher, se flattant des avancées humanistes de la loi Kouchner sans voir les périls qui nous attendaient derrière les créations heureuses de l'aléa thérapeutique et de l'ONIAM.

Nous sommes décidés à nous battre encore pour ceux dont le sinistre a été déclaré entre 2002 et 2012, car pour eux la menace de ruine se précise. Nous avons obtenu un relèvement du plafond de l'aide à l'assurance de 40%, cela compense à peine l'augmentation des primes

d'assurance de 5 à 10 % par an. Nous n'avons pas pu arracher la modification simple du décret de l'aide à l'assurance pour que les spécialistes de la FIV puissent percevoir l'aide à l'assurance s'ils sont aussi accoucheurs.

Et plus généralement notre métier reste à grand risque pour nous. Nous avons été très affectés par la condamnation injuste de notre ami Claude CARON à Toulouse. Nous lui disons la permanence du soutien du SYNGOF. Il a payé très cher les maladresses de certains de nos amis habituellement mieux inspirés dans l'exercice de leurs responsabilités et cela est d'autant plus douloureux pour nous !

Le problème de la responsabilité professionnelle reste lourd. Les Pouvoirs publics ne nous aident vraiment pas face au lobby de tous ces juristes qui font leurs grands bénéfices des malheurs que nous partageons avec nos patientes. Le retour d'expérience et les préconisations que commence à en déduire GYNERISO devraient nous permettre de mieux nous préparer aux risques. Elles devraient nous prémunir contre certaines expertises judiciaires terrifiantes. La première est dans cette revue et une au moins devrait paraître chaque trimestre.

2011 n'a pas été une année de succès conventionnels. Nous avons un espoir légitime, tiré des propositions de Nicolas SARKOZY, de mieux rémunérer les spécialités à fortes contraintes, "*sujétions*" a-t-il dit en 2007, la nôtre en particulier, et de régler l'injustice sectorielle entre des praticiens de même diplôme mais placés sous des régimes tarifaires conventionnels différents. L'Elysée n'a manifestement pas demandé à Frédéric VAN ROEKEGHEM de reprendre ces 2 propositions alors qu'il a depuis la loi de 2004 toute liberté pour imposer une convention. Il a même refusé toute négociation avec nous.

L'augmentation des consultations au cours desquelles nous pratiquons un frottis ne compense même pas l'inflation.

Il nous a manqué quelque 200 voix aux élections aux URPS pour que nous puissions enrayer cette convention de 2011. Malheureusement, 30% des collègues ont apporté aux syndicats polycatégoriels ces quelques voix qui nous ont privés du droit de veto sur une convention qui a reconduit l'insupportable blocage de nos tarifs.

Cette convention a perpétué un système qui accroît toujours plus la part des honoraires des spécialités médicales, qui ont pu industrialiser leurs actes d'exploration, d'irradiation et d'hémodialyse. Leur multiplication, la revalorisation de leur valeur à chaque étape de l'appropriation du progrès technique leur permet de s'accaparer la totalité des marges nouvelles apportée annuellement par l'ONDAM tandis que la part des spécialistes "*artisansaux*" que nous sommes se rétracte comme peau de chagrin. Les radiologues remplacent les gynécologues dans les petites villes.

Le secteur II a été reconduit. Mais le secteur optionnel qui devait permettre aux secteurs I de rattraper le retard tarifaire par une revalorisation de 50% a fait fiasco en deux temps : un mauvais texte de 2009 qui excluait les CES de la spécialité ; puis un recul du gouvernement face aux complémentaires. Cette revalorisation était pourtant promise depuis longtemps. Alors, puisqu'elle a été justifiée par les Pouvoirs publics eux-mêmes, disons-le : il faut la prendre. Pour que le droit rejoigne la coutume. Beaucoup de secteur I le font déjà sans difficulté. La création de l'option de coordination pour les secteurs II, dont le décret est imminent, c'est objectivement la création d'un secteur I en ce qui concerne les charges mais avec un droit de dépassement de 50%. Quel mépris de la convention pour les secteurs I qui ont été les plus respectueux de son principe. Maintenant cela suffit ! Les secteurs I doivent avoir le courage de l'appliquer. D'ailleurs, tout laisse croi-

re que la justification de cette transgression des règles conventionnelles est telle que le risque n'est pas démesuré. Le SYNGOF a été reconnu pour son courage. Il a encore une fois rendez-vous avec l'action. Les secteurs I sont légitimes à appliquer cette disposition.

C'est dans cet état d'esprit qu'a été mis en ligne le questionnaire pour l'application du secteur d'option de coordination par les secteurs I.

Les secteurs II qui appliquent pourtant les règles de la convention sont harcelés par les caisses si leurs dépassements sont les plus forts de la région, indépendamment du montant.

Clairement, c'est la volonté de créer un conflit qui permet à la direction de la caisse d'obtenir une réduction des dépassements par création d'une inquiétude, avec le même principe que la vitesse sur les routes et les radars. Mais la vitesse limite n'est pas connue et on nous menace quand même...

Il serait bon pour défendre ces collègues dans les commissions paritaires locales que nous signions la convention. Il nous reste à décrocher les chirurgiens et les anesthésistes de la position figée d'opposition à la convention. Ils n'osent sortir de la posture d'opposition qui leur semble déterminante vis-à-vis des confrères sur le terrain alors que seule la signature des premiers syndicats compte pour valider la convention. **La signature des suivants leur permet simplement de participer à la suite des discussions, dont nous nous sommes exclus : cela ne correspond à aucune caution donnée au texte conventionnel !** La réflexion doit s'approfondir sur ce point.

Nous vous donnons tous rendez-vous le **6 avril à 13h30 au Sénat** pour un colloque consacré aux dépassements d'honoraires et aux tarifs, à l'occasion de la sortie de l'enquête de l'IGAS. Les candidats à élection présidentielle nous ont envoyé des porte-paroles pour la santé.

Rapport moral Pôle Gynécologie Médicale Elisabeth PAGANELLI

Je remercie le Bureau du SYNGOF me faire confiance. Je ne regrette pas d'être restée, un peu isolée comme gynécologue médicale dans ce syndicat qui représente l'ensemble des professionnels de la gynécologie.

Grâce au dynamisme du pôle GO libéral nous pouvons ainsi coter l'échographie de grossesse avec le Cs. Les gynécologues médicaux se réjouissent donc des victoires juridiques obtenues par le SYNGOF. Cette victoire reconnaît la réalité des consultations médicales et obstétricales.

Grâce au communiqué de presse *"prescription de la contraception : on récolte ce que l'on a semé"* j'ai été contacté par des journalistes qui ont apprécié le ton de ce texte. J'ai pu collaborer au journal Santé Magazine, avec réponses à des lectrices. Toutes ces femmes ont pu comprendre l'importance de la consultation médicale pour la prescription et le renouvellement des contraceptifs.

En avril 2012 je suis invitée à Europe 1 comme expert pendant une heure dans une émission dédiée à la contraception.

Après des mois de silence, j'ai été contactée par le SGM, syndicat présidé par le Dr M. Josée RENAUDIE. Ces gynécologues deviennent réalistes en 2012. *"Le SGM est conscient de l'urgente obligation de travailler conjointement avec les autres syndicats et les sociétés savantes"*. Nous avons fait une réunion téléphonique récemment dans ce sens. Première action commune : nous proposons d'envoyer une lettre commune aux CNPGO pour lui demander d'intégrer les syndicats des gynécologues dans cette structure.

Je vous propose de vous adresser par email ce courrier avant de l'envoyer au Pr PUECH, président du CNPGO. Pour rappel, le CNPGO est l'organisme qui doit organiser la FMC pour les

gynécologues. Il est constitué de 3 sociétés savantes : CNGOF, SFG et FNCGM.

Je dirai deux mots du 3^{ème} syndicat de gynécologie médicale. Il est dirigé par le Dr Lydia MARIE-SCEMAMA. J'ai écouté sa présentation lors de la dernière AG de la FNCGM en mars 2012. Elle soutient être la seule gynécologue présente aux négociations conventionnelles 2011 et revendique avoir obtenu le Cs + frottis. Elle semble connaître le SYNGOF via le Dr ROZAN mais n'a jamais contacté le pôle gynécologie médicale.

Je terminerai en vous lisant le message de la représentante des internes en gynécologie médicale, Florence SCHEFFLER, fille de la présidente de la FNCGM qui s'excuse de n'avoir pu être présente ce jour.

"Place du futur gynécologue médical dans l'organisation des soins :

- *hospitalier avec plus ou moins une partie universitaire,*
- *libéral à 100% afin d'assurer le suivi des femmes,*
- *libéral avec quelques vacations hospitalières.*

Globalement nous avons l'impression de nous orienter soit vers une surspécialisation avec un travail hospitalier soit vers des gynécologues pour assurer le suivi gynécologique des femmes. Avec donc une gynécologie de première et seconde ligne.

Cependant, nous ne serons bien évidemment pas suffisamment nombreux pour combler le trou démographique qui approche à grands pas, et nous devons composer avec les médecins généralistes et probablement les sages-femmes qui assurent une partie de la première ligne du suivi gynécologique des femmes."

Rapport moral Pôle PH Pascal LE PORS

En 2011, le SYNGOF – pôle hospitalier s'est donné les moyens de mieux vous défendre en cofondant AVENIR HOSPITALIER, et en travaillant pour

son succès aux élections professionnelles : AH a recueilli 30,4% des voix du collège de chirurgie PH (24% sur les listes présentées, 20% toutes listes confondues) Les commissions statutaires et disciplinaires sont importantes : chacun peut un jour se retrouver en position délicate, et il est alors capital d'être soutenu par un PH connaissant parfaitement l'exercice de la spécialité.

La reconnaissance de la Représentativité d'Avenir Hospitalier passe par la constitution d'un dossier (toutes les intersyndicales vont y être soumises) Le SYNGOF, aux côtés des autres syndicats constitutifs d'AH y travaille, et cette représentativité compte tenu des résultats électoraux, mais aussi des preuves patentes de réalité d'existence et de sérieux de nos syndicats (éléments du dossier), sera reconnue.

Le ministère (FX SELLERET directeur de cabinet de X. BERTRAND récemment nommé à la DGOS en remplacement de Mme PODEUR) s'est engagé à faire accéder sans délai AH aux négociations statutaires *ès qualités*, dans l'attente des résultats de la procédure de représentativité.

Ces discussions reprendront le vaste périmètre de "l'Accord-cadre" (PDS, surcharge administrative des PH, accueil des jeunes PH, retraites, RTT etc.)

Ainsi votre avenir professionnel et ses conséquences sur votre vie familiale (pénibilité, conditions de retraite...) en dépendent ! Apportez vos idées en vous engageant activement, confortez le SYNGOF en adhérant et motivant vos collègues PH temps pleins comme temps partiels. Le SYNGOF, pôle hospitalier peut et doit se renforcer.

Au-delà des adhésions, nécessaires, l'efficacité que vous attendez de votre organisation syndicale dépend aussi et avant tout de l'implication de chacun : Le SYNGOF vous offre la possibilité de prendre des responsabilités et venir porter la vraie vie de PH vos idées vos difficultés aux auto-

rités directement là où l'avenir se discute (cf texte page 10)

Le Président demande le vote de l'Assemblée pour les rapports moraux.

Les rapports sont votés à l'unanimité.

Elections des administrateurs

32 administrateurs sont présents

Sont à réélire :

- Dr Mireille BONNEAU d'Ile de France
- Dr Serge BIAUSQUE du Nord-Pas-de-Calais
- Dr Yves VERHAEGHE du Nord-Pas-de-Calais
- Dr François-Xavier BOYER DE LATOUR de Picardie
- Dr Saïd CHEKKOURY de Cayenne (DOM)

Tous les administrateurs qui se présentent sont réélus à l'unanimité.

A Elire :

- Dr Jean-Patrick LE MEAUX d'Aquitaine

Elu à l'unanimité

Le Président déclare l'Assemblée Générale close.

Conseil d'administration du 16 mars 2012

Le Président le Dr ROZAN ouvre le Conseil d'Administration et précise que son mandat arrivant à son terme il ne se représentera pas pour un nouveau mandat.

Elections du Président

Il appelle le plus ancien des administrateurs pour procéder à l'élection du nouveau président.

Le Dr CACAULT demande qui se présente comme candidat pour le poste de président. Seul le Dr Jean MARTY se présente.

L'AG procède au vote.

Le Dr MARTY est élu Président à l'unanimité.

Le Dr MARTY remercie l'assemblée et fait appel à candidatures.

Pour les postes suivants se présentent

Vice-présidents :

Pôle Gynécologie Médicale

Catherine GUERIN

Nelly HOMASSON

Sont élues à l'unanimité

Pôle Gynécologie Obstétrique

Bertrand de ROCHAMBEAU

Jean-Pierre LAPLACE

Sont élus à l'unanimité

Pôle Praticien Hospitalier

Pascale LE PORS-LEMOINE

Jacques FAIDHERBE

Sont élus avec une abstention

Après discussion du CA le Pôle AMP est supprimé et remplacé par la Commission AMP dirigée par le Dr DREYFUS. Le Dr FAIDHERBE est membre de la commission pour les PH.

Secrétaire Générale

Elisabeth PAGANELLI

Elue à l'unanimité

Secrétaire général adjoint :

Jacques RIVOALLAN

Elu à l'unanimité

Trésorier :

François-Xavier BOYER de LATOUR

Elu à l'unanimité

Trésorier adjoint :

Marc BOHL

Elu à l'unanimité

Problème à la Polyclinique Santa Maria, Nice Daniel LEGRAND

Le Dr LEGRAND expose le problème de la Polyclinique Santa Maria qui a été créé à Nice. Entre 1997 et 1999, elle s'est progressivement installée dans des locaux qu'elle loue à la Fondation Lénval. La polyclinique compte une centaine de lits et places dont 53 de gynécologie obstétrique. Elle bénéficie du concours de 56 praticiens et 190 salariés. En 2011, elle a réalisé 13709 séjours hospitaliers dont 2393 accouchements. Son activité progresse régulièrement et ses comptes sont équilibrés.

La Fondation Lénval exploite sur le même site un hôpital pédiatrique et s'est engagée en août 2010 dans un

GCS expérimental avec le CHU de Nice pour regrouper ses propres services de pédiatrie et ceux de cet établissement. L'essentiel de la pédiatrie niçoise fonctionne désormais sur le même site. A terme, il est prévu de réaliser un centre Femme-Mère-Enfant avec la venue, sur le site, de la maternité publique.

A cette occasion, l'Agence Régionale de Santé veut imposer un changement de statut à Santa Maria et la transformer en Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif. Or, Santa Maria est une Société Anonyme dont l'actionnaire majoritaire est certes Lenval mais qui compte aussi plusieurs autres actionnaires historiques.

L'argument avancé est de favoriser l'accessibilité aux soins en obstétrique pour la population résidant de Menton à Saint Laurent du Var. Cet argument ne résiste pas à l'analyse : il n'existe pas d'objectif quantifié d'activité qui plafonnerait les capacités de la maternité publique. En conséquence, les parturientes choisissent librement leur établissement de santé. Le Schéma Régional bafoue donc ce principe général de libre choix de son établissement de santé consacré par la Loi hospitalière.

Au cours de la concertation qui a précédé l'adoption du Schéma Régional, la Conférence de Territoire, présidée par le Doyen de la Faculté de Médecine, avait émis à l'unanimité un avis défavorable aux propositions du Schéma et considérait, qu'en matière de périnatalité, le seul objectif qui pouvait raisonnablement être inscrit dans le Schéma Régional était la création du centre Mère-Enfant.

La remise en cause, sans aucune concertation, de l'organisation et de l'existence même de la Clinique est inacceptable. En effet, c'est une atteinte injustifiée aux droits des actionnaires de la Clinique mais surtout aux droits des praticiens qui y exercent et qui sont menacés de per-

dre, du jour au lendemain, le bénéfice de leurs contrats d'exercice. Les salariés de la Clinique sont, pour leur part, légitimement inquiets que des dispositions de cette nature puissent être prises sans que l'Administration se soit donnée la peine de les informer préalablement.

En conséquence, laisser-faire l'Administration lèserait non seulement la Polyclinique Santa Maria et ses professionnels mais créerait surtout un redoutable précédent à partir duquel l'Administration aurait la possibilité de remettre en cause l'existence de tout établissement privé.

Il faut donc se mobiliser pour obtenir, dans l'intérêt de tous, le retrait pur et simple des dispositions correspondantes du Schéma Régional d'Organisation des Soins de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Discussion avec la salle.

Le Dr MARTY présente Emeline BARBÉ la nouvelle attachée de communication du SYNGOF.

Il propose de communiquer sur le sujet avec Emeline et de joindre les personnes qui peuvent aider le SYNGOF dans ce dossier et il suggère au Dr LEGRAND de mettre en place une association d'usagers pour les aider dans ce dossier.

Colloque au Sénat le 6 avril 2012 13h30 à 18h00

Le Dr MARTY demande aux administrateurs de s'inscrire pour le Colloque au Sénat du 6 avril qui aura lieu sur le thème "Dépassements d'honoraires et tarifs opposables : analyse et propositions".

E. BARBÉ explique qu'il faut qu'il y ait des médecins face aux politiques pour montrer une mobilisation des professionnels de santé.

Le Dr MARTY insiste sur leur présence afin que le SYNGOF soit crédible dans ses demandes aux politiques.

L'UCDF et l'AAL seront présents avec le SYNGOF.

Il rappelle que sera présenté un rapport de l'IGAS, par la personne qui a mené l'enquête, sur la CCAM avec en suivant une discussion avec le professeur de droit R. PELLET.

Le colloque terminera par une table ronde regroupant les complémentaires et les politiques.

Organisation du nouveau Bureau

Le Dr MARTY propose aux administrateurs même non membres du Bureau de s'investir dans les commissions de travail et leur ouvre la séance du matin lors de chaque CA (commission AMP, commission juridique...).

Le principe général est de créer des commissions et de présenter les projets. Les moyens demandés seront accordés afin de faciliter le travail de chacun.

Cotations

Discussion sur les associations d'actes et les cotations.

Le Dr RIVOALLAN précise que la cotation CS+ECHO est : **CS+MPC+MCS+JQQM 010, 016, 018, 002....ou JNQM001**

Pour le CS+Frottis la cotation est **CS+MPC+MCS+JKHD001/2**, et ce à partir du 23 mars.

En ce qui concerne la colposcopie on ne peut pas l'associer à la biopsie, car le JLQE002 précise : colposcopie avec ou sans biopsie.

Le Dr De ROCHAMBEAU remercie le Docteur Marc-Alain ROZAN pour ses 4 années de Présidence du syndicat. Le Docteur Marc-Alain ROZAN est nommé Président Honoraire.

La séance est levée à 16h10

**Prochain Conseil d'Administration
Vendredi 8 juin 2012**

Syngof et Avenir hospitalier

P. LE PORS-LEMOINE*

Le SYNGOF est, et doit rester, le SYNDICAT UNI ET UNIQUE représentant l'ensemble des gynécologues et obstétriciens.

Le SYNGOF pôle hospitalier grâce à son engagement dans les élections professionnelles de praticien hospitalier a activement contribué au succès de la nouvelle intersyndicale **Avenir Hospitalier** (cf revue Syngof n°87 décembre 2011) : 20% des suffrages exprimés, 24,5% si l'on exclut les collèges où **Avenir Hospitalier** ne présentait pas de liste. Cela nous impose au sein du collège chirurgical de la commission disciplinaire un devoir de défense et de conciliation tout particulièrement auprès des gynécologues obstétriciens mis en cause.

Avenir Hospitalier (Syngof, Snphar-e, smh), comme cela fut le cas pour le BLOC doit maintenant arracher la reconnaissance de sa représentativité (...le suffrage universel ne suffit pas !), et permettre ainsi au SYNGOF de figurer pour la première fois *en qualités* à la table des négociations.

Le 31 janvier 2012, Avenir Hospitalier (P Le Pors/Syngof, N. Smolski, B. Mas/Snphar-e) a été reçu par M. F. X. Selleret (cabinet de M. X Bertrand), devenu, depuis, directeur de la DGOS en remplacement de Mme Podeur (février 2012) :

- Les résultats électoraux sont incontestables et reconnus,
- Le dossier de représentativité prouvant la réalité d'existence des syndicats constitutifs (nombre de cotisants, compte-rendus CA et AG, comptes certifiés etc.) ainsi que celle d'**Avenir Hospitalier** ne nous pose pas de problème (sa fondation récente ne saurait être un motif d'exclusion et serait une offense aux principes démocratiques),
- Les autres intersyndicales devront également remplir le dossier de représentativité (QUID de CPH et INPH qui ont présenté des listes communes aux élections professionnelles, mais sont toujours 2 intersyndicales distinctes ?),
- Enfin, point capital, M. Selleret s'est engagé à faire rentrer **Avenir Hospitalier** dans les discussions guidées par

l'ACCORD-CADRE sur l'exercice médical à l'hôpital (signé quelques jours avant les résultats des élections professionnelles... nous ne saurions en être exclus !!).

Cet ACCORD-CADRE est capital : valorisation de l'exercice hospitalier, négociations statutaires, retraites complémentaires, retraites des universitaires, alignement du statut temps partiel, CET, reconnaissance de la pénibilité, mais aussi "élimination des charges administratives indues et redondantes", place du jeune praticien, passerelles professionnelles, permanence des soins, discussions sur l'"alternative à l'hospitalisation complète" etc.

Cette mobilisation a donné au SYNGOF les moyens de porter les idées et soucis des gynécologues obstétriciens PH temps pleins comme temps partiels.

Donnez une vraie vie à ce pôle

Le SYNGOF est et doit rester le **SYNDICAT UNI ET UNIQUE** représentant l'ensemble des gynécologues et obstétriciens : ce que certains considèrent comme un péché originel est au contraire le reflet de la maturité de nos discussions privés-hospitaliers, et aussi et surtout le reflet de la vraie vie : nous sommes issus des mêmes formations, années qui ont forgé des amitiés solides et indépendantes du type d'exercice !

L'organisation en réseau et nos patientes ont tout à gagner d'un dialogue confraternel et respectueux.

Le **PÔLE HOSPITALIER** doté maintenant des moyens de se faire entendre de la DGOS et du ministère doit travailler, ses représentants doivent s'investir plus activement, et surtout il doit se renouveler en faisant valoir aux jeunes gynécologues obstétriciens l'intérêt professionnel, intellectuel et pratique d'un tel investissement.

Chaque membre doit faire l'effort d'information, d'explication auprès de sa propre équipe, mais aussi des collègues de sa région.

Hospitaliers mobilisez-vous enfin !!

Cette mobilisation a donné au SYNGOF les moyens de porter les idées et soucis des gynécologues obstétriciens PH temps pleins comme temps partiels.

* Administrateur pôle hospitalier du Syngof
Centre Hospitalier de Saint-Malo

Le Syngof

écrit au Conseil national de l'ordre des médecins

MA ROZAN*

Le SYNGOF remercie le Conseil national de l'ordre des médecins, et particulièrement son Président le Dr LEGMANN de recevoir deux de ses représentants le 4 janvier 2012.

Le SYNGOF présente tous ses vœux à l'ordre des médecins pour cette nouvelle année.

L'entretien a été sollicité afin d'attirer l'attention de l'ordre sur des dérives répétées qui peuvent être considérées comme diffamatoires de la part de certaines organisations de sages-femmes à l'encontre des gynécologues médicaux comme obstétriciens, et d'ailleurs parfois de l'ensemble des médecins.

La santé des femmes et des nouveau-nés est au centre des préoccupations de tous les professionnels concernés, et sous prétexte d'études plus complètes et longues que celles de leurs collègues sages femmes, il ne saurait être retiré aux médecins la qualité de leur engagement déontologique et humain auprès des femmes, tout comme des arguments de genre (homme ou femme) du praticien relève du sexisme... Des idées fausses sciemment développées relèvent du lobbying, et non d'une discussion ouverte et nécessaire sur la meilleure répartition des tâches au service et pour la santé des femmes, dans un contexte économique ou la juste attribution des budgets relève de l'éthique.

1 - "la critique des usagers de l'hypermédicalisation systématique de la maternité"

(intersyndicale de sages-femmes, mouvement du 12 mai 2011 APM 5 mai 2011, doc. n°1) : cette organisation propose "plus d'humanité"... Or les études les plus récentes de satisfaction des usagers (DRESS sept. 2008, doc. n°2 ; CNGOF/CNSF/COSF Ipsos 2010, doc. n°3 ; Magic maman 2011, doc. n°4) montrent que :

- "la majorité des mamans" (94%) estiment avoir été bien prises en charge pendant la grossesse",
- "et la plupart d'entre elles (80%) trouvent que la grossesse n'a été ni surmédicalisée, ni sous médicalisée mais adaptée à ce qu'elles souhaitent",
- "en moyenne 81% des femmes interrogées estiment le suivi ni trop médicalisé, ni trop contraignant, et trouvent qu'il leur permet de vivre leur grossesse naturellement (Ipsos)",
- Cour des comptes sept 2011 (doc n°5) : "évaluation du plan périnatalité de 2010, les femmes ont très largement intégré la médicalisation de l'accouchement et recherchent la suppression de la douleur".
- "un groupe minoritaire souhaite pouvoir bénéficier d'un accouchement peu médicalisé..." (Pyrénées orientales, Lozère).

Cela ne dispense pas de chercher à encore mieux répondre aux attentes, mais ceci rend diffamatoire la critique constante de surmédicalisation, et/ou son exploitation à visée strictement économique qui met en jeu l'éthique.

Il faut noter que par "hypermédicalisation" seuls les médecins sont visés, les sages-femmes, profession médicale reconnue n'étant pas concernées par ces propos.

Leur compétence dans le suivi de la grossesse physiologique ne prête bien sûr à aucune discussion.

Il existe par contre un glissement de la reconnaissance de cette compétence, vers une obligation qui serait faite aux médecins d'adresser les suivis de grossesse physiologique aux sages-femmes : ceci est inacceptable, les médecins en général, et gynécologues médicaux et obstétriciens en particulier ayant une compétence ordinale reconnue et qu'il convient de faire respecter.

A cet égard, l'argument d'accessibilité aux soins ne peut être avancé, puisque par définition de la permanence des soins, en cas d'urgence ou de pathologie, il y a partout et 24h/24 un gynécologue obstétricien de garde : la prise en charge de grossesses physiologiques par le gynécologue (plébiscitée en toute liberté par les patientes) n'est donc jamais un obstacle à la prise en charge des pathologies.

De la même façon, la déclinaison des sous spécialités (chirurgie, échographie etc.) fait que dans tous les cas, le méde-

* Président du Syngof

La santé des femmes et des nouveau-nés est au centre des préoccupations de tous les professionnels concernés.

cin a la charge de répondre aux besoins des femmes dans des délais conformes et contrôlés (autorisation cancérologie, échographie).

Ceci amène au deuxième point : la démographie médicale.

2 - la démographie médicale

- Les internes de médecine générale formés dans les services de gynécologie obstétrique et pédiatrie sont intéressants, et intéressés. Un certain nombre d'entre eux complète leur formation en gynécologie, avec reconnaissance ordinaire ; ils n'ont pas à être sous estimés.
- Concernant la démographie des **gynécologues obstétriciens** : le fléchissement de 6% prévu de 2010 à 2020 ne tient, semble-t-il, pas compte du report de 2 ans de l'âge de la retraite qui maintiendra nombre d'entre eux en activité...
- En outre est prévue sur 2020-2030 une augmentation de 18% des GO (soit en moyenne de 2006 à 2030 augmentation de 13% des GO, chiffres rapport de la Cour des comptes septembre 2011, doc. n°5).
- Le même rapport de la Cour des comptes note qu'entre 1999 et 2009, le nombre des GO avait augmenté de 8%, celui des gynécologues médicaux de 16%.
- Entre 1990 et 2009, le nombre des sages-femmes libérales a triplé, et le nombre des sages-femmes salariées augmenté de 60%.

"On observe une progression continue du nombre de sages-femmes, calculé en ETP, dans le secteur public et une diminution dans le secteur privé à but lucratif. Toutefois, dans le secteur public, après la forte croissance de 2002-2003, un quasi-maintien des effectifs a été constaté, ce qui expliquerait que les sages-femmes aient actuellement plus de difficultés à trouver un poste" (rapport CDC sept 2011 p. 179).
CDC p. 192 : *"A un horizon plus éloigné, la croissance du nombre des sages-femmes peut poser la question d'une recomposition plus profonde"*

CDC p. 193 : *"Un parcours de soins faisant davantage de la sage-femme le professionnel de premier recours en cas de grossesse et pour le suivi gynécologique contraceptif et de prévention pourrait être en effet envisagé à terme, à l'instar de ce qui est pratiqué dans d'autres pays."*

Les évolutions démographiques inverses pour les professions de sage-femme et de gynécologue obstétricien au cours des dix prochaines années pourraient constituer à cet égard un facteur de nature à faciliter une meilleure articulation de ces deux professions médicales qui apparaissent en tout état de cause souhaitable.

De ce point de vue, compte tenu de la lenteur des ajustements liés à la durée des études médicales, la détermination du nombre de postes d'internes en gynécologie obstétrique à compter de 2015 devra faire l'objet d'une réflexion particulièrement attentive."

Au-delà de 2020 que pense faire la Cour des comptes des démographies en forte hausse des sages-femmes et des gynécologues ?

Est-ce normal que la seule variable d'ajustement, à revoir à la baisse bien sûr, soit la démographie des internes de GO ? (Cet ajustement sur les internes n'aurait d'ailleurs d'effet qu'à partir de 2027).

Enfin est-ce le rôle de la Cour des Comptes, parlant de la périnatalité ("80% en France" DRESS 2006), d'apprécier *"cette conception Française de l'accouchement est loin d'être universelle"* ou est-ce aux femmes d'apprécier ?

La Cour des comptes n'est pas dans son rôle pour juger de la qualité et la pertinence des soins. Le rapport de la Cour des comptes note successivement :

- Nombreuses sages-femmes formées,
 - Places hospitalières occupées,
 - Faire plus de place aux sages-femmes libérales (qui demandent des augmentations de tarif, même acte, même tarif) ; ou seront les économies ? *a contrario*, à *"enveloppe constante"* de quoi vivront les nombreuses nouvelles sages-femmes libérales ?
 - Grande disparité de répartition des sages-femmes libérales (9/10000 en Picardie, 43/1000 en Languedoc-Roussillon) superposable aux démographies des médecins.
- Autre mention de la Cour des comptes : *"à Paris, elles (les SF) pratiquent des dépassements d'honoraires ; ce que leur convention n'autorise pas mais sans qu'elles soient pour autant sanctionnées"*...

Mme KELLER est-elle présidente du Conseil de l'ordre des sages-femmes lorsqu'elle souligne (dépêche APM 15 nov. 2011) qu'*"actuellement, une consultation gynécologique à Paris coûte en moyenne 60 euros"* et fait abstraction des dépassements d'honoraires, eux par contre illégaux, des sages-femmes Parisiennes, ou est-elle militante ?

L'Ordre des sages-femmes d'Ille et Vilaine n'est-il pas militant lorsqu'il soutient des sages-femmes libérales se plaignant du respect des recommandations de la HAS concernant la kinésithérapie du postpartum.

3 - Le rapport qualité/coût des soins

Le coût

La Cour des comptes plaide pour une prise en charge des femmes (grossesses physiologiques suivi systématique, dépistages par les sages-femmes libérales dans *"une tarification à reconfigurer à enveloppe constante au profit du suivi global et du suivi postnatal"* (rapport CDC p. 195).

Les organisations de sages-femmes, Ordre en tête sont très favorables à ce développement des consultations, mais pas un mot sur la décote dans le cas de la préparation à la naissance (50% de leurs revenus) ni sur le retrait des sages-femmes de la kinésithérapie périnéale (25% de leurs revenus), activités *"qui n'impliquent aucune décision médicale"* (rapport CDC p. 194), c'est-à-dire sous employant la profession médicale de sage-femme.

La Cour des Comptes, sans tenir compte des étudiants (sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues)

déjà en cour d'études, incite à profiter d'un creux démographique passager (2011/2020) pour faire effectuer rapidement un transfert de tâches des gynécologues vers les sages-femmes libérales incitées à s'installer nombreuses.

En 2020, sera donc installée une *sur-offre* de praticiens libéraux qui auront grande difficulté à vivre de leurs honoraires (*sic* plus de sages-femmes, et budget constant, et arrivée de la filière d'internes de gynécologie), les sages-femmes ayant en outre possibilité d'autoprescription de leurs visites postpartum par exemple.

Il serait à tout le moins prudent d'étudier l'expérience Toulousaine de délégation de tâches des psychiatres aux infirmiers libéraux (Le Monde 8-9 mai 2011)... qui a rapidement tourné court (cf doc. n°6 – APM 15 nov. 2011 ; doc. n°7).

La CPAM a insidieusement installé le retour précoce à domicile (PRADO) en le présentant comme une expérience (2010 Annecy, Rennes, Versailles) très positive (en fait conclusions pratiquement non discutées et très mitigées), et à généraliser, ce qui est en cours.

Nous n'avons pas la notion de consultation à ce sujet du Conseil de l'ordre des médecins, mais nous nous permettons de faire remarquer qu'il s'agit de faire passer dans toutes les chambres de parturientes un personnel de la CPAM (nouveau métier de la sécurité sociale... dans un contexte où il y a un moindre besoin de personnel pour traiter les feuilles de remboursement du fait de la télétransmission) afin de proposer à chacune une visite postpartum de sage-femme à domicile (renouvelable sur avis de la sage-femme elle-même).

2 questions au conseil de l'ordre :

- Que vient faire ce personnel administratif dans la Chaîne médicale de soins, s'interposant entre parturiente et sage-femme et/ou médecin ?
- Quelle déontologie quand un médecin référent (généraliste ou gynécologue) voit adresser sa patiente à un autre professionnel libéral... en outre susceptible de faire valoir sa capacité à assurer dans l'avenir le suivi gynécologique ? (ceci ne se pose pas pour la sage-femme qui aurait suivi une grossesse, il est bien précisé qu'elle reverra sa patiente).

Les pédiatres, le cas échéant, référents de nouveau-nés sont également concernés.

Le travail en réseau est intégré, et son intérêt reconnu par tous : tous les professionnels de la naissance soutiennent le principe de repérage médical précoce et d'intervention auprès des mères et des nouveau-nés à risque (CNN, doc. n°7).

La CNN a également rappelé (réunion CNNSE 28 juin 2011, doc. n°8) qu'*"un séjour en maternité ne doit être écourté que dans l'intérêt des mères et des nouveau-nés"* est-ce aussi clair pour les organismes financeurs ?

La proposition systématique, plutôt que sur avis médical (cad de sage-femme ou médecin), de visite par sage-femme à domicile a-t-elle un réel intérêt autre que d'amorcer le

détournement gynécologique des femmes au profit des sages-femmes ? Si les sages-femmes hospitalières assurent ce suivi, que restera-t-il de l'économie ? Si ce sont les sages-femmes libérales dans les conditions financières suscitées, pourront-elles en vivre ?

Enfin et surtout...

Qu'en est-il de la qualité des soins ?

Les sages-femmes sont parfaitement formées au suivi de la grossesse normale. Les sages-femmes exerçant depuis quelques années n'ont pas bénéficié de formation de gynécologie.

Alors que les gynécologues diplômés se voient en permanence demander des preuves supplémentaires de qualification (écho : clarté nucale, chirurgie : qualification en cancérologie, conisations, nombre d'actes, résultats histologiques etc.), aucun contrôle de formation ni de pratique n'est à notre connaissance prévu pour les sages-femmes jusqu'alors purement formées à l'obstétrique, et nullement à la gynécologie : c'est faire bien peu de cas de la part médicale de la gynécologie !

Ces réformes sont-elles vraiment pensées pour la qualité des soins, ou plutôt sous couvert d'amélioration des soins menées dans un strict but économique au détriment de la santé des femmes ?

Un lobbying hyperactif en fait-il un must ?

Reste-t-il une place pour une discussion posée et franche ? Trop occupés au chevet des femmes, et aussi parce qu'au quotidien ils apprécient la collaboration avec les sages-femmes, les gynécologues et obstétriciens ont laissé les choses aller trop loin sous la pression d'organisations pour certaines extrémistes.

Nous interpellons aujourd'hui officiellement le Conseil de l'ordre des médecins, et lui demandons son avis :

- Quid du droit des médecins à suivre des grossesses physiologiques ?
- Quid de l'interposition d'un administratif au chevet des parturientes ? (PRADO, doc. n°8)
- Quid du dénigrement lancinant du travail et de l'engagement humain des gynécologues, par certaines organisations de sages-femmes dont parfois le Conseil de l'ordre des sages-femmes ?
- Quid du détournement des patients de leur médecin référent vers un autre praticien (femme/MG ou gynéco, bébé/pédiatre habituel) ? Avis du Conseil de l'ordre sur le PRADO ?
- Quid des intitulés d'ordonnance de sages-femmes (question posée au conseil de l'ordre Ille et Vilaine : possibilité pour une sage-femme de faire figurer *"faculté de médecine de..."*) ?

Vous remerciant par avance de l'éclairage que le Conseil de l'ordre pourra nous apporter, et souhaitant vivement, si l'ordre le pense justifié, un soutien actif, nous tenons à nouveau à vous remercier de votre écoute, et vous présenter, de nouveau, nos meilleurs vœux.

Réponse du CNOM au Président

Entretien du 4 janvier 2012 avec P. LE PORS et
MA ROZAN

à

*l'occasion de notre entretien du 4 janvier
2012 vous avez posé plusieurs questions
au Conseil national de l'Ordre des médecins,
auxquelles je vais m'efforcer de répondre*

*Michel LEGMANN
Président du Conseil National
de l'Ordre des Médecins*

1 - Prescription hors AMM, en clinique ou en cabinet de ville

La question se pose pour :

- METHOTREXATE® (GEU),
- ADALATE® ou LOXEN® (MAP),
- CYTOTEC® (Hémorragies).

Vous nous indiquez que ces médicaments sont prescrits dans les maternités hospitalières et délivrés sans difficultés. Leur prescription et leur prise en charge en clinique ou en cabinet de ville suscitent, en revanche, l'inquiétude des gynécologues obstétriciens compte tenu de la réglementation de la prescription hors AMM et des risques juridiques de ces prescriptions évoqués par le Dr André DESEUR, chargé de la communication du Conseil national de l'Ordre des médecins et repris par Egora le 21 octobre 2011.

Le SYNGOF se demande quelle est la responsabilité du gynécologue-obstétricien pour non respect des protocoles hospitaliers si l'AMM est respectée et, à l'inverse, quelle est sa responsabilité pour avoir respecté les protocoles en indi-

quant NR et hors AMM pour les patients bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME qui ne peuvent pas acheter ces médicaments non remboursables.

La prescription hors AMM est aujourd'hui encadrée par l'article 18 de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé :

"I. •Après l'article L. 5121-12 du même code, il est inséré un article L. 5121-12-1 ainsi rédigé :

"Art. L. 5121-12-1. - I. • Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation, sous réserve :

"1° Que l'indication ou les conditions d'utilisation considérées aient fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, cette recommandation ne pouvant excéder trois ans ;

"2° Ou que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique du patient.

"II. • Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont mises à disposition des prescripteurs.

"III. • Le prescripteur informe le patient que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché, de l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament et porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché".

"Il informe le patient sur les conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite.

"Il motive sa prescription dans le dossier médical du patient.

"IV. • Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont établies après information du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché.

*Le Conseil national dans un courrier
qu'il a adressé récemment a clairement
fait savoir au Directeur général de la
CNAMTS que le PRADO supposait une
prescription du médecin.*

"Les recommandations temporaires d'utilisation sont élaborées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Concernant les maladies rares, l'agence visée à l'article L. 5311-1 élabore les recommandations temporaires d'utilisation en s'appuyant notamment sur les travaux des professionnels de santé prenant en charge ces pathologies et, le cas échéant, les résultats des essais thérapeutiques et les protocoles nationaux de diagnostics et de soins.

"Ces recommandations sont assorties d'un recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation de la spécialité par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite, dans des conditions précisées par une convention conclue avec l'agence. La convention peut comporter l'engagement, par le titulaire de l'autorisation, de déposer dans un délai déterminé une demande de modification de cette autorisation".

II. L'article L. 162-4 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

"Pour les spécialités pharmaceutiques mentionnées au 1°, l'inscription de la mention : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché" prévue à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique dispense de signaler leur caractère non remboursable".

Il appartient donc aux gynécologues obstétriciens, conformément aux données acquises de la science, de prescrire, s'il y a lieu, ces médicaments après avoir informé la patiente dans les termes prévus par la loi.

En ce qui concerne leur prise en charge, pour les patientes bénéficiaires de la CMU-C ou de l'AME, il appartient aux organismes d'assurance maladie, de prendre leurs responsabilités dans l'attente de recommandations temporaires d'utilisation qui pourraient être élaborées pour ces spécialités pharmaceutiques par l'Agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé. Nous écrivons en ce sens au Directeur général de la CNAMTS.

2 - Attitude de l'Ordre des sages-femmes vis-à-vis des gynécologues-obstétriciens

Vous nous demandez si l'Ordre des sages-femmes est dans son rôle lorsque sa Présidente déclare à l'APM du 15 novembre 2011 *"qu'actuellement une consultation gynécologique à Paris coûte en moyenne 60 €"*, en faisant abstraction des dépassements d'honoraires, eux par contre illégaux, des sages-femmes parisiennes ou encore lorsque le Conseil départemental de l'Ordre des sages-femmes d'Ille et Vilaine

soutient des sages-femmes libérales se plaignant du respect des recommandations de la HAS concernant la kinésithérapie du postpartum.

Je rencontre régulièrement la Présidente du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes et j'ai pu m'entretenir avec elle à ce sujet. La question est résolue.

3 - Tentatives de syndicats de sages-femmes d'interdire aux gynécologues-obstétriciens le suivi des grossesses physiologiques

Le Conseil national de l'Ordre des médecins n'est pas informé de ces démarches qui, si elles étaient avérées, seraient bien entendu inacceptables. Dans l'hypothèse peu vraisemblable où le législateur se saisirait de cette question, l'Ordre saurait s'y opposer de la manière la plus ferme.

4 - Le PRADO (programme de retour à domicile initié par la CNAMTS)

Vous vous inquiétez de l'intervention d'un personnel administratif dans la chaîne médicale des soins, ou encore de l'éviction du médecin traitant.

Le Conseil national dans un courrier qu'il a adressé récemment a clairement fait savoir au Directeur général de la CNAMTS que le PRADO supposait une prescription du médecin (et dans le cas de l'accouchement, le cas échéant de la sage-femme) l'accord de la patiente (et dans le cas présent de la parturiente) et l'intervention du médecin traitant pivot de la prise en charge.

5 - Régularité de certaines ordonnances de sages-femmes

Certaines ordonnances mentionneraient *"faculté de médecine de..."* sans mentionner la profession exercée.

Je vais écrire au CNOSF pour leur demander quelles sont les pratiques autorisées et pour leur rappeler qu'en tout état de cause elles ne doivent pas induire une confusion dans l'esprit des patientes ou des parturientes sur la qualité du professionnel de santé auquel elles s'adressent.

Veuillez agréer, Monsieur et cher confrère, l'expression de mes sentiments confraternels les meilleurs.

Cs + Echo

Un nouveau jugement favorable

J. RIVOALLAN*

Jugement du TASS D'ORLÉANS

Après la Cour de Cassation en février 2011 et la Cour d'Appel de Rennes en juin et en septembre 2011, un nouveau jugement du Tass d'Orléans nous est favorable. Ne relâchons pas notre pression vis-à-vis des caisses, le Droit est avec nous.

A chaque fois qu'une CPAM nous refuse une cotation légitime, il ne faut pas hésiter à engager une procédure.

Ce n'est que par un combat continu que nous ferons appliquer le Droit.

J. RIVOALLAN

Jugement du Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale d'Orléans

21 juin 2011

Composition du tribunal :

Président : M. Bertrand MITSOUNDA, Juge au Tribunal de Grande Instance

Assesseurs : Mme Valérie DISSARD, représentant les employeurs et travailleurs indépendant,
M. Christian BOUCHER, représentant les salariés
En présence de Mme Evelyne LAMARRE, Secrétaire au Tribunal des affaires de sécurité sociale d'Orléans.

L'échographie ne peut être définie comme un acte de diagnostic courant dans la mesure où elle nécessite une compétence et une formation spécifiques que tous les spécialistes en gynécologie obstétrique ne possèdent pas.

Entre :

Docteur X Michel

Demandeur représenté par SCP LE METAYER-CAILLAUD-CESAREO-BONHOMME, Avocats au Barreau d'Orléans,
Et ;

CPAM du Loiret

Service Contentieux

Place du Général de Gaulle

45021 ORLÉANS CEDEX 1

Défenderesse représentée par Sylvie LAJUGIE en vertu de sa délégation permanente du 23 août 2008.

A rendu la décision dont la teneur suit, après avoir entendu, le 3 mai 2011, les parties présentes ou représentées, en leurs explications et plaidoiries, l'affaire ayant été mise en délibéré au 21 septembre 2011.

Exposé du litige

Le docteur Michel X, gynécologue obstétricien et échographiste a fait l'objet d'un contrôle de la facturation de ses actes effectués entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2008. Au cours de cette opération, il a été relevé des anomalies résultant du cumul des cotisations de consultation et d'échographie obstétricale.

En application des dispositions de l'article L.133-4 du Code de la sécurité sociale, la Caisse lui a notifié, le 24 décembre 2008, un indu d'un montant de 453,10 euros et, en l'absence de règlement, une mise en demeure lui a été adressée le 17 juin 2009 pour un montant de 498,41 euros (montant de l'indu augmenté d'une majoration de 10%).

La contrainte lui a été signifiée le 03 septembre 2009.

Le 11 septembre 2009, le docteur Michel X a alors formé opposition devant le Tribunal des affaires de sécurité sociale d'Orléans lequel a également été saisi le 05 octobre 2009 d'un recours dirigé à l'encontre d'une décision implicite de rejet de la Commission de recours amiable.

A l'audience du 03 mai 2011 au cours de laquelle l'affaire a été examinée, le docteur Michel X a été représenté par son

* Secrétaire Général Adjoint du SYNGOF
Gynécologue-obstétricien à Quimper

conseil qui a maintenu son recours et demandé en substance au Tribunal de faire droit à sa demande, de mettre à néant les décisions contestées et de condamner la Caisse primaire d'assurance maladie à lui payer la somme de 800 euros sur le fondement des dispositions de l'article 700 du Code de procédure civile.

La caisse primaire d'assurance maladie a quant à elle conclu au rejet de ces recours et à la confirmation des décisions entreprises.

Motifs

Eu égard au lien entre ces deux affaires, il sera procédé à la jonction de ces deux dossiers.

Le requérant expose que la position de la Caisse ne peut être soutenue au regard des dispositions de la CCAM et de la nature des actes qu'il a réalisés.

Il lui est reproché d'avoir facturé d'une part une échographie effectuée dans le cadre d'un contrôle de grossesse et d'autre part une consultation de la parturiente.

Or, il demeure que l'activité d'échographie et celle d'un praticien gynécologue obstétricien sont différentes au point d'ailleurs d'une part, que la majorité des gynécologues obstétriciens ne pratique pas l'échographie et d'autre part que l'acte d'échographie lié à une surveillance fœtale fait l'objet d'une cotation séparée au chapitre 9.1 de la CCAM avec une cotation figurant au chapitre 19, 01, 04 pour 30,24 euros sous la référence YYYYD88.

La pratique la plus constante est d'ailleurs que la femme enceinte dans le cadre de sa surveillance consulte d'une part son gynécologue pour vérifier l'évolution de sa grossesse et d'autre part fait établir par un praticien spécialisé une échographie du fœtus.

Même si ces deux actes sont accomplis par le même praticien, il s'agit bien de deux actes médicaux distincts concernant l'un la femme enceinte, et l'autre le fœtus et la CCAM prévoit bien deux cotations différentes.

Aux termes de l'article III-3 des dispositions générales de la CCAM, lorsque des actes techniques sont effectués dans le même temps qu'une consultation ou une visite, les honoraires de celle-ci ne se cumulent pas avec ceux des actes techniques.

Donnent lieu à des cotations distinctes, les actes médicaux correspondant à des examens indépendants à finalité différente, utilisant des techniques différentes avec un matériel distinct, dès lors qu'ils ne sont pas réalisés au cours de la même séance de manière ininterrompue, même s'ils sont pratiqués le même jour par le même praticien.

Il convient de rappeler à titre liminaire que la consultation comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique.

Sont également inclus dans la consultation les moyens de diagnostics courants ainsi que les petits actes techniques.

L'échographie ne peut être définie comme un acte de diagnostic courant dans la mesure où elle nécessite une compétence et une formation spécifiques que tous les spécialistes en gynécologie obstétrique ne possèdent pas.

En conséquence, les actes litigieux correspondent à des techniques différentes.

Ils ont été réalisés le même jour, par le même praticien, dans le même cabinet médical et ont été conduits dans le même temps.

Toutefois, la Caisse ne précise pas les conditions matérielles dans lesquelles ils ont été réalisés, s'abstenant ainsi de préciser si lesdits actes litigieux ont été exécutés de manière continue au cours de la même séance.

Dès lors, il y a lieu d'infirmer la décision incriminée et de faire droit au recours présenté par le docteur Michel X.

L'équité commande que la Caisse primaire d'assurance maladie soit condamnée à payer au demandeur la somme de 800 euros au titre des dispositions de l'article 700 du Code de procédure civile.

Par ces motifs

Le Tribunal statuant publiquement par jugement contradictoire rendu en premier ressort.

Ordonne la jonction des dossiers 0856/2009 et 0965/2009.

Déclare le docteur Michel X recevable et bien fondé en son recours.

Infirme les décisions entreprises.

Dit que les cotations séparées des actes litigieux pratiqués par le docteur Michel X sont justifiées et qu'il n'est redevable d'aucune somme envers la Caisse primaire d'assurance maladie du Loiret au titre des cotisations entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2008.

Rappelle que conformément aux dispositions de l'article R. 142-28 du Code de la sécurité sociale, les parties peuvent interjeter appel de la présente décision par lettre recommandée ou par déclaration au Greffe de la Cour d'Appel, 44 rue de la Bretonnerie 45000 Orléans, accompagnée de la copie de la décision dans le délai d'un mois à compter de sa notification.

Ainsi jugé et mis à disposition les jour, mois et ans susdits.

Le Président
B. MITSOUNDA
La Secrétaire
E. LAMARRE

Recommandations pour la pratique clinique

Prévenir les complications de la chirurgie prothétique du prolapsus

en 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 ès 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.asso.fr>

R. BELAICHE

Le groupe de travail

Promoteur :

CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) 91 bd de Sébastopol - 75002 Paris

Comité d'organisation :

F. PIERRE, président (gynécologue obstétricien, CHU, Poitiers), X. DEFFIEUX, méthodologiste (gynécologue obstétricien, CHU, Clamart), A. AGOSTINI, Gynerisq (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), P. MARES (gynécologue obstétricien, CHU, Nîmes)

Experts du groupe de travail :

V. LETOUZEY (gynécologue obstétricien, CHU, Nîmes), D. SAVARY (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), L. SENTILHES (gynécologue obstétricien, CHU, Angers)

Lecteurs :

G. BADER (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy), M. BOUKERROU (gynécologue obstétricien, CHU, La Réunion), L. BRESLER (chirurgien viscéral, CHU, Nancy), J.L. BRUN (gynécologue obstétricien, CHU, Bordeaux), M. COSSON (gynécologue obstétricien, CHU, Lille), C. COURTIEU (gynécologue obstétricien secteur privé, Montpellier), E. DARAÏ (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), J.v. DEFFARGES (gynécologue obstétricien secteur privé, Beaumont), R. de TAYRAC (gynécologue obstétricien, CHU, Nîmes), F. DEVIANNE (gynécologue obstétricien, CH, Orsay), A. FAUCONNIER (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy), H. FERNANDEZ (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), P. FERRY (gynécologue obstétricien, CH, La Rochelle), x. FRITEL (gynécologue obstétricien, CHU, Poitiers), M. HERRY (gynécologue obstétricien, PSPH, Paris), S. JACOB (gynécologue obstétricien chirurgien secteur privé, Genève, Suisse), J.P. LUCOT (gynécologue obstétricien, CHU, Lille), G. MAGE (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), A. MANSOOR (gynécologue obstétricien, CH, Issoire), L. MARPEAU (gynécologue obstétricien, CHU, Rouen), G. MELUER (gynécologue obstétricien, CHU Lyon), A. PIGNÉ (gynécologue obstétricien secteur privé, Paris), D. SALET LIZÉE (gynécologue obstétricien, PSPH, Paris), F. SERGENT (gynécologue obstétricien, CHU, Grenoble), V. VILLEFRANQUE (gynécologue obstétricien, CH, Pontoise), P. VON THEOBALD (gynécologue obstétricien, CHU, La Réunion)

Mesures préventives générales

Quelle que soit la voie d'abord, il est recommandé d'informer les patientes fumeuses qu'elles ont un risque accru de complication postopératoire (accord d'experts). Comme pour toute chirurgie, il est recommandé de proposer un sevrage tabagique péri-opératoire (accord d'experts) et d'équilibrer au mieux un éventuel diabète en péri-opératoire (accord d'experts).

Il n'y a pas d'argument pour recommander la prescription systématique d'estrogènes locaux ou généraux avant ou après une chirurgie prothétique du prolapsus, quelle que soit la voie d'abord (grade C). Une antibioprophylaxie est recommandée pour tout acte de chirurgie prothétique du prolapsus, quelle que soit la voie d'abord (accord d'experts). Il est recommandé de rechercher une infection urinaire pré-opératoire et de la traiter (accord d'experts).

Même s'il n'existe pas de données spécifiques à la chirurgie du prolapsus, il est recommandé de mettre en œuvre et de respecter les mesures de prévention des infections nosocomiales, notamment des infections du site opératoire (réglementaire). Il est recommandé de ne sortir la prothèse de son emballage qu'au dernier moment (accord d'experts). La manipulation de la prothèse doit être réalisée avec des gants propres (accord d'experts).

L'utilisation du "sondage vésical clos" est recommandée, quelle que soit la durée prévisible du sondage (réglementaire). Il est recommandé de limiter la durée du sondage urinaire qui augmente le risque d'infection (accord d'experts).

Il est recommandé de mettre en œuvre la traçabilité sur les points suivants (réglementaire) : antibioprophylaxie, préparation cutanée, périnéale et vaginale de l'opérée, identification des intervenants, matériels et dispositifs médicaux utilisés, notamment les implants et sutures (numéro de lot, nom commercial du matériel implanté, technique de pose, matériel de fixation) (réglementaire).

Il est recommandé de ne pas poser de prothèse synthétique non résorbable inter-recto-vaginale en cas de plaie rectale (accord d'experts). Les données sont insuffisantes pour conclure concernant la pose d'une prothèse inter-vésico-vaginale en cas de plaie rectale.

La mise en place d'une prothèse synthétique non résorbable inter-vésico-vaginale peut être envisagée après suture jugée satisfaisante d'une plaie vésicale (accord d'experts).

Les chirurgiens souhaitant mettre en place des prothèses pour la chirurgie du prolapsus doivent avoir suivi une formation sur cette technique, soit dans le cadre de leur formation initiale (post-internat), soit dans le cadre de la formation continue (grade C). Les premiers cas doivent être réalisés sous la direction d'un chirurgien expérimenté pour la technique considérée (grade C).

Chirurgie prothétique par voie vaginale

Les implants posés par voie vaginale doivent avoir un marquage CE (réglementaire). Il existe une norme de fabrication AFNOR (NF S94-801 décembre 2007) pour les implants de renfort mis en place par voie vaginale pour cure d'incontinence urinaire d'effort et/ou de prolapsus des organes pelviens. Au jour d'aujourd'hui, cette norme n'est pas obligatoire et n'a pas été évaluée par des études cliniques. Pour la cure de prolapsus par voie vaginale, si un renfort prothétique est mis en place, il est recommandé d'utiliser une prothèse en polypropylène monofilament tricoté à larges pores (macroporeux) (grade B). Compte tenu de l'évolution perpétuelle et rapide des matériaux commercialisés, il n'est pas possible de recommander un grammage précis. A l'heure actuelle, les données sont insuffisantes pour recommander ou ne pas recommander l'utilisation d'un kit de pose prothétique. Il est recommandé de ne pas utiliser de polyester par voie vaginale (grade B).

Lors de la mise en place d'une prothèse synthétique par voie vaginale pour traiter un prolapsus génital, une hystérectomie est possible mais non recommandée systématiquement (accord d'experts). Il est recommandé de limiter la colpectomie lors de la mise en place d'une prothèse par voie vaginale (accord d'experts).

Promontofixation

La voie d'abord à privilégier pour la promontofixation est la coelioscopie (grade C). Il est recommandé de ne pas insérer et suturer les prothèses par voie vaginale lors des promontofixations, c'est-à-dire qu'il est recommandé de ne pas faire de voie mixte (grade B). Les implants posés en promontofixation doivent avoir un marquage CE classe III (réglementaire).

Pour la promontofixation, il est recommandé de ne pas utiliser de polyester enduit de silicone, de prothèse biologique en derme porcin, de *fascia lata* de cadavre, de polytétrafluoroéthylène (grade B). Il est recommandé d'utiliser du polyester non enduit de silicone ou du polypropylène (grade C).

En promontofixation coelioscopique, la fixation de la prothèse au promontoire peut être réalisée par des fils ou des tackers (grade C).

La fixation des prothèses au vagin doit être réalisée par un dispositif non transfixiant (accord d'experts). Dans la plupart des séries publiées, cette fixation est réalisée grâce à des fils aiguillés. La fixation des prothèses au niveau du col/isthme utérin et du levator ani peut être réalisée par des fils ou des systèmes d'agrafage automatique (accord d'experts).

En promontofixation, si une hystérectomie est décidée, il est recommandé de réaliser une subtotal (grade C).

En promontofixation, il est recommandé de réaliser une péritonisation pour recouvrir les prothèses (accord d'experts).

Prise en charge d'une exposition prothétique vaginale

Devant une exposition prothétique vaginale, il est recommandé de rechercher un abcès ou une cellulite qui indiqueraient une reprise chirurgicale immédiate pour drainage et ablation du matériel prothétique (accord d'experts).

En cas d'exposition prothétique vaginale, en l'absence de signes d'infection (abcès, cellulite...), un traitement médical peut être proposé en première intention comprenant des estrogènes et/ou antiseptiques locaux (grade C).

Une exérèse chirurgicale (sous anesthésie locale ou générale) de la partie exposée de la prothèse est possible en première intention ou après échec d'un traitement médical (grade C). La partie excisée de la prothèse doit être adressée pour examen bactériologique (accord d'experts).

En cas d'exposition prothétique vaginale faisant suite à une promontofixation, il est recommandé de réaliser une exérèse chirurgicale de la partie exposée de la prothèse, par voie vaginale (accord d'experts). Une reprise par voie abdominale (coelioscopie ou laparotomie), avec ablation la plus complète possible de la prothèse, n'est nécessaire qu'en cas d'abcès ou de spondylodiscite associé, afin d'enlever le maximum de matériel prothétique (grade C). En cas de récurrence d'exposition après une première exérèse, il est recom-

mandé que la patiente soit traitée par une équipe ayant l'expérience de ce type de complication (accord d'experts).

Information

Les patientes doivent être informées des complications spécifiques liées à l'utilisation des prothèses (réglementaire), ainsi que des complications générales liées à la chirurgie du prolapsus, inhérentes à la voie d'abord vaginale ou abdominale. Les patientes doivent être informées des alternatives à la chirurgie (pessaire, rééducation) et des alternatives à la chirurgie prothétique, c'est-à-dire à la chirurgie avec tissus natifs (accord d'experts).

Les bénéfices attendus et risques respectifs des différentes techniques (voie d'abord, utilisation ou non d'un matériel prothétique) doivent être expliqués aux patientes (accord d'experts).

Bien que beaucoup de femmes voient leur sexualité inchangée ou améliorée après une chirurgie du prolapsus, les patientes doivent être informées du risque de détérioration ou de dyspareunies, quelle que soit la voie d'abord (accord d'experts). Par voie vaginale, ce risque de détérioration semble comparable avec ou sans interposition de matériel prothétique.

Déclaration des complications

Les complications associées à la mise en place d'une prothèse en urogynécologie (dispositif médical implantable) doivent être déclarées à l'AFSSAPS (réglementaire).

Niveaux de preuve et grades des recommandations selon la HAS cités par certains auteurs

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques).	Grade des recommandations
Niveau 1 (NP1) • Essais comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées	Preuve scientifique établie A
Niveau 2 (NP2) • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Etudes comparatives non randomisées bien menées • Etudes de cohorte	Présomption scientifique B
Niveau 3 (NP3) • Etude cas-témoins	Faible niveau de preuve C
Niveau 4 (NP4) • Etudes comparatives comportant des biais importants • Etudes rétrospectives • Séries de cas	

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 Fax

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 2012

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

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

• Type d'exercice ☐ Privé ☐ Public ☐ Privé et Public

- Cotisations 2012 -

⇒ Membre actif	220,00 €
⇒ Assistant chef de clinique	150,00 €
⇒ 1 ^{ère} année d'installation	150,00 €
⇒ Retraité	70,00 €
⇒ Interne	50,00 €

- 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 GYNÉLOG : 10 € (ne donne pas droit au logiciel)
 Règlement séparé à l'ordre de "ASSOCIATION GYNELOG"

Date, cachet et signature

Gynerisq'Attitude

Les hémorragies du post-partum (HPP)



Validée le 14 mars 2012 par le groupe d'experts de Gynerisq. Rédacteur Serge FAVRIN

f

emarques préalables

Le but des "fiches GYNERISQ" est de faire une mise au point pratique sur un sujet précis en termes de gestion des risques médicaux (GDRM) avec l'espoir d'en améliorer la prise en charge pour le bénéfice des patientes et des équipes soignantes. Ces risques médicaux sont volontiers doublés d'un risque médico-légal que l'on peut aussi espérer dans une certaine mesure prévenir.

Il ne s'agit donc pas de recommandations telles que peuvent les élaborer les sociétés savantes à partir d'une étude exhaustive de la littérature. Il ne s'agit pas de redéfinir non plus des conduites à tenir et des protocoles déjà validés par la profession. Il s'agit plutôt d'utiliser un retour d'expérience à partir de la base de données alimentée par les adhérents de GYNERISQ, dite "base REX". L'accent est mis sur les problèmes rencontrés de prise en charge en la comparant, lorsque cela est possible, à celle qui est, au moment de l'étude, officiellement et consensuellement souhaitable. Dès lors, nous essayons de dégager des causes à ces difficultés et de réfléchir sur des mesures qui, si elles étaient appliquées, pourraient éviter ces déviances. Dans le "jargon" de la GDRM ces mesures sont appelées "barrières". Nous les regroupons donc dans ces fiches que nous appelons GYNERISQ'Attitude pour bien les démarquer des recommandations professionnelles classiques.

Il s'agit d'utiliser un retour d'expérience à partir de la base de données alimentée par les adhérents de GYNERISQ, dite "base REX".

Dans le cadre des Hémorragies du Post-partum, premier sujet choisi, la méthodologie a été la suivante :

1. Utilisation d'un référentiel officiel - en l'occurrence les recommandations de la HAS et du CNGOF de décembre 2004,
2. Utilisation du retour d'expérience de la base REX de GYNERISQ - avec l'analyse des 293 déclarations de HPP avec transfusion sanguine, faites entre mars et octobre 2011, à partir du questionnaire ciblé,
3. Validation par le groupe des "experts" de GYNERISQ.

Ces fiches GYNERISQ'Attitude sont amenées à être adaptées en fonction bien sûr de l'évolution des techniques mais aussi en fonction des témoignages et commentaires des adhérents de GYNERISQ concernant notamment leur pertinence, faisabilité et efficacité.

Selon une présentation classique en GDRM, cette fiche énumère les barrières proposées aux trois étapes théoriques de l'événement :

- Avant l'événement : c'est l'étape de prévention,
- Au moment du diagnostic de l'événement : c'est l'étape de reconnaissance,
- Au moment de la gestion de ses conséquences : c'est l'étape de récupération.

1 – Etape de prévention

A - Les Anomalies d'implantation placentaire sont reconnues comme facteur de risque

Barrières :

■ Echographie orientée à 32 SA (même en l'absence de saignement) pour décrire la localisation placentaire et rechercher :

- un placenta recouvrant par voie vaginale en cas de placenta "bas inséré",
- des signes évocateurs d'accrète en cas de placenta antérieur et d'antécédent de césarienne.

Dans ces cas, le compte rendu d'échographie doit spécifier obligatoirement le détail de l'implantation du placenta et son caractère accreta éventuel, même si les difficultés de ce diagnostic sont connues. L'intérêt d'une IRM et éventuellement d'une cystoscopie est à discuter au cas par cas.

En cas de diagnostic de placenta recouvrant et/ou accreta – L'échographiste doit s'assurer que l'information est clairement transmise au clinicien. Celle-ci doit apparaître en bonne place dans le dossier pour être immédiatement visible,

– La prise en charge ultérieure de la grossesse et de l'accouchement doit être discutée en équipe.

⚡ **Anticipation des conditions d'accouchement dans ces cas à haut risque hémorragique** (placenta recouvrant, placenta accreta ou plus) pour s'assurer :

- D'une accessibilité des produits sanguins,
- De la présence d'une équipe médico-chirurgicale adaptée.

B – Les autres circonstances favorisantes sont moins bien listées. Sont souvent retenues :

1. Avant la grossesse :

- Antécédent d'hémorragie de la délivrance,
- Utérus cicatriciel (quelle que soit la voie d'abord : laparotomie, coelioscopie, hystéroscopie ou embolisation),
- Coagulopathies,
- Multiparité (> 4),
- Obésité morbide (BMI > 35),
- Fibromes utérins multiples et/ou de bonne taille (à titre indicatif > 6 cm).

2. Pendant la grossesse

- Grossesse multiple,
- Hydramnios,
- Macrosomie,
- Pré-éclampsie.

3. Pendant le travail

- Travail prolongé ou travail rapide,
- Fièvre,
- Rupture prématurée des membranes prolongée,
- MFIU.

Barrières :

⚡ Saisie prévue de façon spécifique dans le dossier.

⚡ Dépistage et correction impératifs pendant la grossesse d'une éventuelle anémie.

⚡ Anticipation précoce en équipe et avec les anesthésistes des conditions d'accouchement (équipe médicale présente dans l'établissement à l'expulsion, accessibilité des produits sanguins).

⚡ Précisions :

- Parmi les dossiers à discuter en équipe avant l'accouchement, on peut ajouter les difficultés thérapeutiques prévisibles (contre-indication au Nalador, groupe sanguin rare, témoin de Jehovah).

- La notion de travail prolongé comme facteur favorisant permet de renouveler la consigne de ne pas faire de déclenchement artificiel du travail sur un col défavorable, en l'absence d'indication médicale documentée.

C – La délivrance dirigée

L'efficacité étant reconnue, elle doit être systématique (Recommandation de grade A et B).

Barrières :

⚡ L'équipe doit s'organiser en termes de personnel, de voie veineuse et de disponibilité des produits pour appliquer cette recommandation. Elle doit anticiper les circonstances exceptionnelles (surcroît de travail).

⚡ Les cas de non réalisation doivent être revus par l'équipe pour analyser les causes et y remédier.

2 – Etape de reconnaissance

A – Accouchement par voie basse

Le saignement anormal doit être reconnu le plus rapidement possible.

Barrières :

⚡ Utilisation du sac de recueil avec appel de l'obstétricien si plus de 250cc dans les 1^{ères} minutes et toujours dès que la quantité atteint 500cc.

⚡ Surveillance clinique codifiée en équipe et avec les anesthésistes et prévue dans le dossier avec :

- Les critères à surveiller (au minimum : Pouls, TA systolique, douleurs, pertes extériorisées, rétraction utérine),
- Les seuils devant motiver l'appel au(x) médecin(s),
- La fréquence de la surveillance avec au minimum :
 - tous les ¼ heures pendant la 1^{ère} heure,
 - toutes les ½ heures pendant la 2^{ème} heure,
 - puis à H3, H4, H6, H8,
 - puis toutes les 6 heures pendant les 24 heures qui suivent.
 - puis toutes les 12 heures pendant l'hospitalisation.

⚡ Examen systématique de la filière génitale en cas d'extraction instrumentale et/ou d'épisiotomie.

⚡ TV systématique en cas de douleurs à la recherche d'un thrombus.

⚡ Les cas de non respect de ces consignes doivent être revus par l'équipe pour analyser les causes et y remédier.

B – Accouchement par césarienne

Là aussi le saignement anormal doit être reconnu le plus précocement possible.

La surveillance clinique est primordiale et prime sur la surveillance biologique.

Barrières :

- L'équipe doit définir un protocole d'estimation des pertes sanguines en per opératoire. Une des méthodes est de calculer la quantité de sang aspiré entre la naissance de l'enfant et la fermeture de l'hystérotomie en considérant comme anormal un saignement supérieur à 500cc.
- Vérification soigneuse et systématique de l'hémostase avec l'aide opératoire, en étant particulièrement attentif aux angles de l'hystérotomie. Vérification d'une perméabilité suffisante du col. Vérification de la rétraction utérine et de l'absence de saignement vaginal significatif. Aucun saignement ne doit être toléré avant la fermeture.
- La surveillance clinique doit être codifiée en équipe et avec les anesthésistes et doit être prévue dans le dossier avec :
 - Les critères à surveiller et les seuils devant motiver l'appel au(x) médecin(s). On peut s'inspirer du tableau ci-dessous en y rajoutant la surveillance des pertes sanguines et de la rétraction utérine.

Score	3	2	1	0	1	2	3
TA systo (mm Hg)	< 70	71-80	81-100	101-140	141-159	160-180	> 180
TA diasto (mm Hg)				< 90	90-104	> 105	
Poids (kg)	< 40		40-50	51-100	101-110	111-130	> 130
Frc respi (/min)		< 8	8	9-17	18-20	21-30	> 30
SpO2 (%)	< 95	95-99	90-94	< 90			
Temp		< 35	35-35,9	36-37,4	37,5-38,4		
conscience	Fus de réponse	Réponse à douleur	Réponse à voix	Horeux	Confus ou agité		
Débitas (ml/s)	< 10	< 20	< 50				

■ = score < 0 = Surveillance prévue
■ = score < 1 = Surveillance à observer
■ + ■ = score > 2 = Appel Médecin

- La fréquence de la surveillance doit être au minimum :
 - tous les ¼ heures pendant la 1^{ère} heure,
 - toutes les ½ heures pendant la 2^{ème} heure,
 - puis à H3, H4, H6, H8,
 - puis toutes les 6 heures pendant les 24 heures qui suivent,
 - puis toutes les 12 heures pendant l'hospitalisation.

Cette surveillance doit être effectuée, au moins pendant les 2 premières heures par un personnel dédié.

- Contrôle de la formation du personnel infirmier(e)s et sages femmes à la surveillance des césariennes (expression utérine et surveillance précise des critères cliniques choisis).
- Les cas de non respect du protocole de surveillance doivent être revus par l'équipe pour analyser les causes et y remédier.

- Etre particulièrement méfiant en cas de césarienne en urgence, de césarienne réalisée après un travail long et dystocique ou après une tentative d'extraction instrumentale.

C - Quel que soit le mode d'accouchement toute situation anormale impose :

- Appel à l'équipe médicale (obstétricien et anesthésiste).
- Mise en place des éléments de surveillance hémodynamique continue.
- Noter l'horaire et ouverture de la feuille de surveillance prévue pour cela.

Barrières :

- Vérification systématique par l'équipe soignante, en début de garde de :
 - De l'accessibilité et de la validité des numéros d'appel,
 - Du matériel de surveillance,
 - De l'accessibilité de la feuille de surveillance.

3 - Etape de récupération

A - Accouchement par voie basse (AVB)

Les trois paliers de prise en charge espacés au maximum de 30 mn en l'absence de résultat doivent être connus et protocolisés avec notamment :

- 1 - La vérification de la filière génitale, le contrôle de la vacuité utérine (RU) et la mise en route du syntocinon, en même temps que le massage utérin vessie vide et le conditionnement adapté de la patiente pour évaluation et prise en charge des éventuelles répercussions hémodynamiques et/ou hémostatiques.
- 2 - L'utilisation du Nalador
- 3 - Le recours aux techniques invasives (embolisation, capitonnage et ligatures vasculaires voir hystérectomie).*

* D'autres techniques telles que l'utilisation du ballonnet de Bakri peuvent trouver leur place dans ce schéma en fonction des possibilités et expériences de chacun en sachant qu'elles sont pour l'instant en cours d'évaluation et ne doivent pas retarder la prise charge officiellement recommandée.

Barrières :

- Protocoles connus avec répartition des rôles faite "à froid"
- Vérification en "début de garde" par l'équipe soignante des disponibilités chirurgicales et radio-interventionnelles.
- Circuit en place pour obtention de produits sanguins en moins de 30mn et si impossibilité du fait d'éléments extérieurs à l'équipe soignante signalement à la direction de l'établissement et éventuellement à l'ARS.
- Noter et respecter les délais - Il est souhaitable qu'un membre de l'équipe soit chargé de rappeler le temps écoulé (toutes les 15 mn par exemple) - Ces délais peuvent être raccourcis en fonction de la rapidité et/ou de l'abondance de l'hémorragie.

- ⚡ Programmer des "séances d'entraînement" et audits.
- ⚡ Vérification régulière de l'accessibilité du matériel et des produits.
- ⚡ Debriefing systématique en équipe de tous les cas ayant donné lieu à un appel pour saignement anormal.
- ⚡ Procédure pour mettre à disposition salle d'intervention et personnel en cas de surcharge d'activité.

B – Accouchement par césarienne

Toute hémorragie doit être maîtrisée avant fermeture.

Barrières :

- ⚡ Connaissance et apprentissage des procédures de traitement conservateur (ligatures vasculaires, capitonage) en sachant que :
 - Les techniques de capitonage sont surtout utiles en cas d'atonie utérine isolée.
 - Les techniques de ligatures vasculaires sont à privilégier en cas de saignement d'autre cause.*
 - L'hystérectomie d'hémostase sera envisagée en cas d'instabilité hémodynamique et/ou de non résolution définitive de l'hémorragie.

* Même remarque que pour les AVB.

4 – Préconisations générales

L'analyse de la base REX met en évidence des causes de dysfonctionnement non spécifiques à la prise en charge des HPP mais qu'il convient de souligner.

A – Problèmes de communication

A l'intérieur de l'équipe soignante de l'établissement

La plupart des patientes ne sont désormais plus prises en charge exclusivement par un seul obstétricien comme cela était le cas auparavant.

- ⚡ Il est dès lors essentiel que les dossiers complexes (dont la liste doit être consensuellement et régulièrement

définie) soient examinés par l'équipe, en amont, en appliquant le principe : "si l'équipe doit faire, l'équipe doit décider".

Deux circonstances apparaissent comme particulièrement à risque de défaut de communication :

- **La fin de garde :** ⚡ elle doit donner lieu à une transmission systématique et tracée entre les médecins comme entre le reste du personnel soignant.
- **L'appel téléphonique :** ⚡ il est souhaitable que ses modalités soient préalablement précisées en équipe. Une notion doit en particulier être clairement définie : est-ce que l'appelant demande à l'appelé de venir sur place auprès de la patiente ou pas.

Entre équipes d'établissements différents

Ces équipes peuvent être amenées à travailler ensemble au cours d'éventuels transferts de patientes. La communication peut être alors compliquée par des cultures différentes (public-privé) voire des rivalités sous-jacentes.

- ⚡ Il est souhaitable qu'une rencontre physique soit organisée à froid pour essayer d'anticiper et de préciser les modalités des éventuels transferts.

B – Problèmes de suractivité

Elle est fréquente en obstétrique et deux circonstances différentes doivent être distinguées :

La suractivité vraie imprévisible.

- ⚡ Les équipes doivent dans la mesure du possible définir des "plans B" pour pallier ces situations.

La suractivité "provoquée" qui révèle en fait des problèmes d'organisation et/ou de communication (gestion des déclenchements, des césariennes programmées, de la garde et des activités annexes chirurgie, consultations, gestion des intérimaires).

- ⚡ L'activité prévisible du bloc obstétrical doit être organisée sous la responsabilité d'un membre de l'équipe clairement identifié.



Retrouvez les petites annonces
sur

www.syngof.fr

Revue de presse

sur le risque médical

M-A ROZAN*

Relevé de décision d'une CRCI

Perte de chance de survie d'un nouveau-né de 30% et indemnisation du préjudice moral par l'hôpital

Une femme de 39 ans est suivie lors de sa 8^{ème} grossesse à la maternité de l'hôpital. Elle prend 13 kg pendant la grossesse. Un dosage des marqueurs sériques pour l'évaluation du risque trisomique n'est pas majoré. Compte tenu de l'âge, une amniocentèse est proposée, que la patiente refuse. A 31 SA + 4J, un test de O'Sullivan se révèle anormal, mais une épreuve d'hyperglycémie provoquée revient normale, éliminant un diabète gestationnel. A 32 SA + 2J, une échographie montre une biométrie normale et il est noté que les mouvements fœtaux sont présents et normaux ; le doppler ombilical est noté à 0,77 et le radiologue indique "à recontrôler" ; la conclusion de l'examen est : "biométrie normale, Surveillance RCF et contrôle écho dans 3 semaines". A 34 SA + 6J, la patiente est admise à la maternité pour une sensation de pesanteur pelvienne. A l'examen, la sage-femme retrouve une présentation céphalique sans activité cardiaque fœtale. La mort fœtale est confirmée par une échographie. Un bilan montre une anémie profonde avec une Hb à 6,7g/100ml, des perturbations hépatiques et des LDH augmentés. La patiente souffre d'hypertension. Le caryotype de l'enfant revient normal. Un bilan biologique de la mère retrouve un dosage de la protéine S anticoagulante inférieur à la normale (47% alors que la mortalité se situe entre 70% et 140%). L'examen anatomopathologique révèle, au niveau du placenta, un infarctus et des foyers de

nécrose ischémique : il s'agit d'un aspect évocateur de troubles majeurs de la vascularisation materno-fœtale.

Au cours de l'examen à 32 SA + 2J, le résultat du doppler ombilical était de 0,77 alors que les limites pour cet âge gestationnel vont de 0,54 à 0,77 selon les courbes du Collège Français d'échographie.

L'échographiste avait d'ailleurs mentionné "à recontrôler". Les experts de la CRCI notent que, dans le guide pratique de doppler en obstétrique, la normalité de l'index ombilical est jugée sur la valeur absolue de l'index et son évolution lors d'examen successifs. Un index est pathologique si sa valeur absolue est supérieure au 90^{ème} percentile ou inférieure au 10^{ème} percentile de la courbe de référence. Ici, l'index de résistance était de 0,77, supérieur au 90^{ème} percentile qui se situe à 0,75. Il aurait dû être suivi d'un doppler cérébral, d'une surveillance rapprochée du RCF, et être contrôlé dans les 8 jours. En cas d'aggravation, il imposait l'extraction fœtale. Le syndrome d'hypercoagulabilité a été à l'origine des troubles circulatoires et du décès de l'enfant. L'absence de surveillance fœtale accrue, faute de ne pas avoir tenu compte du résultat du doppler et des recommandations de l'échographiste, a présenté pour l'enfant une perte de chance de survie.

La CRCI retient une perte de chance de survie de 30% avec indemnisation par l'hôpital du préjudice moral.

La lettre de La Responsabilité Médicale n° 54 – Novembre 2011

Un bilan montre une anémie profonde avec une Hb à 6,7g/100ml, des perturbations hépatiques et des LDH augmentés.

* Revue de presse colligée par le Dr ROZAN, Président du Syngof

Le SYNGOF remercie les Editions SORMAN pour ces parutions.
www.editionssorman.com

Administration de doses injustifiées de Syntocinon® dans les suites d'un accouchement

Une femme de 33 ans, régulièrement suivie pour sa première grossesse, se présente à la maternité à terme. Le doppler ombilical, pathologique, montre une diastole nulle. À l'échographie, un épisode de bradycardie est noté. Un test au SYNTOCINON® (par perfusion) déclenche des contractions. Les modifications du RCF sont observées afin de décider d'une césarienne. Après une perfusion de 1h20, et devant un ralentissement du RCF, la césarienne est pratiquée sous rachianesthésie. La mère met au monde un enfant bien portant. Elle reçoit ensuite une injection de 5 UI de SYNTOCINON®, suivie d'une prescription de 20 UI sur 12 heures, puis d'une autre de 40 UI à renouveler une fois. À J+1, elle présente des vomissements, des sueurs et des troubles de la vigilance ; une hyponatrémie apparaît à 114mEq/l. À J+2, la patiente présente deux épisodes de convulsions, entraînant une chute, compliquée d'une luxation de l'épaule gauche. Elle est alors transférée en réanimation sous perfusion de SYNTOCINON® depuis 48 heures. À l'arrivée, devant les convulsions, l'hyponatrémie et les vomissements, le diagnostic d'intoxication à l'eau est porté. La perfusion est débranchée et la réhydratation entreprise. La patiente présente ensuite des troubles anxio-dépressifs qui nécessitent le passage quotidien d'un psychologue.

Le dommage consiste en une limitation des mouvements de l'épaule gauche associée à des douleurs du rachis cervical et du membre supérieur droit par compensation de l'autre membre, des troubles mnésiques, de la concentration, et un retentissement psychologique. Pour les experts, la crise d'épilepsie à J+2 est en rapport avec une hyponatrémie et le second épisode de convulsions a été suivi d'une chute avec luxation antéro-interne de l'épaule puis céphalées et épisode dépressif. Le dommage est la conséquence d'une hyperhydratation intra-cellulaire par administration prolongée de SYNTOCINON® pendant 48 heures, responsable d'une intoxication par l'eau. Cette complication est connue lors d'administration prolongée de SYNTOCINON® en rapport avec un effet antidiurétique.

La CRCI retient le dossier sur une ITT de plus de 6 mois et une faute pour administration de doses injustifiées de SYNTOCINON®. L'assureur de l'hôpital devra indemniser l'ITT, un DFP de 20%, des souffrances endurées de 4,5/6, un préjudice d'agrément moyen, un préjudice sexuel, un préjudice esthétique de 1,5/7, une perte de revenu, une prise en charge psychothérapique et un surcoût d'aménagement de véhicule automatique.

Responsable santé n°159 du 17 novembre 2011

Cancer du sein ; une intervention précipitée se complique du décès de la patiente : absence fautive de concertation pluridisciplinaire

Une femme de 58 ans, atteinte de psychose maniaco-dépressive, est hospitalisée en réanimation pour une tentative de suicide médicamenteuse. Transférée en psychiatrie, elle présente une douleur du mollet. Un dosage des D-dimères retrouve un taux de 5 fois la normale, faisant évoquer le diagnostic de thrombophlébite. Celui-ci est confirmé par un écho-doppler veineux qui retrouve une thrombose veineuse profonde supopoplée. Un traitement par LOVENOX® est institué, relayé par du PREVISCAN®. Lors du séjour en réanimation, une formation du sein gauche de 6 mm avec rétraction du mamelon est découverte. On pratique une cytoponction qui révèle un carcinome canalaire. Le diagnostic est annoncé à la patiente et, après une discussion avec les anesthésistes-réanimateurs, il est décidé une intervention dans les 10 jours.

La patiente est hospitalisée en cardiologie. Le LOVENOX® est arrêté. Une échographie hépatique et une scintigraphie osseuse prévues ne sont pas effectuées, et la malade est transférée en chirurgie où elle y subit, le jour même une mastectomie avec curage axillaire. À J+1, elle présente une agitation, des difficultés respiratoires avec hypocapnie et une insuffisance rénale. Transférée en réanimation, elle décède. Selon les experts, le choix du protocole thérapeu-

tique aurait dû être pris au cours d'une réunion de concertation pluridisciplinaire à laquelle devait participer un oncologue. Les bilans échographique, scintigraphique et d'extension auraient dû être faits. Une chimiothérapie pouvait s'envisager et aurait permis la poursuite des anticoagulants. L'intervention pouvait être différée sans modifier significativement l'évolution tumorale. Si le bilan avait montré des métastases, on aurait pu envisager une radiothérapie suivie d'une mastectomie simple, dite "de propreté". À J+1, devant une hypocapnie, une hypoxémie et une tachycardie, le diagnostic d'embolie pulmonaire devait être évoqué et le traitement anticoagulant repris.

Le décès a été provoqué par une embolie pulmonaire, conséquence d'un caillot sanguin qui s'est formé en pré ou peropératoire et qui a migré en postopératoire immédiat. L'anticoagulation n'a pas été conforme aux bonnes pratiques. L'intervention aurait dû être différée, permettant un bilan d'extension et un écho-doppler pré-opératoire, d'autant plus que le taux de mortalité par embolie pulmonaire passe de 2% à 28% en cas de cancer.

La CRCI retient une faute constitutive d'une perte de chance de survie de 50%.

La lettre de La Responsabilité Médicale n° 52 ; 09-2011

Un Américain à Paris

Marion SIMS

Le père de la gynécologie américaine

B. SEGUY*

1845 marque une double évolution capitale dans la carrière de Marion Sims : il devient un chirurgien de pointe inventant de nouvelles techniques pour certains cas délaissés ou grevés de trop d'échecs...

n

é en janvier 1813, dans le Comté de Lancaster en Caroline du sud, Marion était l'aîné de sept enfants d'une famille de fermiers, de lointaine origine anglaise, devenus ensuite hôtelier et épicier à Lancaster. Marion, à la fin de sa vie, a rédigé sa célèbre autobiographie qui servira ici de fil guide (1)(2).

Il fit ses études supérieures (ce qui correspond au baccalauréat chez nous) au *Columbia State College* (Tennessee) de 1830 à 1832. Comme il l'explique, il n'y avait, à cette époque, que trois carrières envisageables pour un jeune "graduate" de modeste origine : la juridique, la religieuse ou la médecine. Absolument pas attiré par les deux premières, pourtant privilégiées par son père qui le voyait bien avocat et par sa mère, confite en dévotion, qui l'aurait souhaité ministre du culte (mais qui était décédée quelques mois plus tôt), il choisit donc, sans grand enthousias-

me, la carrière médicale. Au grand désappointement de son père qui accueillit son choix par ces paroles : "C'est une profession pour laquelle j'ai le plus grand mépris. Elle n'est pas scientifique. Il n'y a pas d'honneurs à y espérer, ni de bonne réputation. Penser que mon fils devra aller de maison en maison à travers le pays avec une boîte de pilule dans une main et une seringue dans l'autre est une vision que je n'avais jamais envisagée et c'est ce qu'il va se passer". Fin 1833, il commença ses études médicales à la *Charleston Medical School*, taraudé par le doute quant à ses possibilités intellectuelles et physiques de les mener à bien. Fin 1834, il les poursuivit à Philadelphie au *Jefferson Medical College*. Il en sortit diplômé en Mars 1835, mais, comme il le reconnaît lui-même "je me sentais totalement incompétent pour assumer la pratique médicale. J'étais capable de disséquer, de sec-

tionner et de réparer une artère sur le cadavre, mais je ne connaissais strictement rien à la pratique médicale. Je n'avais aucune connaissance clinique, aucune pratique hospitalière et n'avais rien vu en pathologie". Il s'installa comme médecin dans sa ville de Lancaster au printemps 1835 mais il ne put éviter le décès de ses deux premiers patients, deux enfants de notables de la ville non guérissables par les moyens de l'époque. Heureusement, il sauva son troisième patient, l'homme le plus riche de la ville, d'un *delirium tremens* et comme il l'écrivit avec amertume : "les deux qui ne devaient pas mourir sont morts, celui qui devait mourir se porte bien". Très déprimé, il préféra quitter la ville. Il passa alors la frontière et partit vers l'Ouest lointain, le "Far West", avec un cheval et une carriole fournis par son père, ses instruments et ses sept livres de médecine qui constituaient sa bibliothèque. En Novembre 1835, à l'âge de 22 ans, il s'établit en Alabama, à Mount Meigs, en rachetant, à crédit, la clientèle d'un confrère partant ailleurs. Au bout de trois semaines, on vint le chercher pour la femme

Fin 1833, il commença ses études médicales à la Charleston Medical School, taraudé par le doute quant à ses possibilités intellectuelles et physiques de les mener à bien.

* Expert honoraire près la Cour d'Appel

d'un riche planteur qui présentait une fièvre puerpérale. Voici sa description de cette première visite en clientèle: *"Nous avons chevauché toute la soirée. Nous avons traversé une contrée sauvage occupée par les Indiens, dont nous pouvions voir les feux de camps, une contrée sans route où nous ne pouvions que suivre les "indians trails". Il faisait très froid, les loups hurlaient un peu partout. Ces campements indiens et ces loups hurlant dans toutes les directions constituaient une scène vraiment nouvelle pour moi".*



Une trousse médicale de selle fabriquée par Elliott à St Louis.

Son client habitait une maison en madriers (log-cabin) entourée d'une vingtaine d'habitations pour les esclaves. La jeune accouchée était déjà suivie par un confrère, et mourut quelques jours plus tard. Mais un autre malade au plus mal fut, à cette occasion, montré à Marion qui fit le diagnostic d'abcès du foie alors qu'un autre médecin, également appelé, parla de cancer. Une incision exploratrice évacua une grande quantité de pus et le patient fut sauvé.

La guerre indienne contre les Séminoles ayant juste éclaté en Floride, Marion voulut absolument y prendre part avec les jeunes garçons de Lancaster, mais son père, pour le détourner de ce funeste projet, l'obli-

gea à prendre en charge ses deux plus jeunes sœurs pour les convoyer au Nord vers le collège de Philadelphie. Cet aller-retour, au cœur de l'hiver de 1836, particulièrement rigoureux, prit plus de trois mois. A peine rentrés dans le sud, les indiens Creek se révoltèrent et Marion s'engagea dans la brigade de volontaires formée à Lancaster parmi les meilleures familles de la région pour contenir les indiens dans l'attente de l'arrivée de l'US Cavalry (il n'y avait pas encore le train et les déplacements militaires étaient lents et complexes). Il n'y eut finalement pas de combat et, l'armée arrivée, tous les volontaires rentrèrent chez eux sains et saufs...

Néanmoins, cet épisode "militaire" permit à Marion de se faire connaître et apprécier de toute la jeunesse des familles de riches planteurs de la région. En quelques mois, à partir de l'été 1836, sa clientèle augmenta très rapidement et d'autant plus que sévissait une terrible épidémie de malaria. Atteint lui-même en septembre, il refusa les traitements utilisés à l'époque, saignée, purgatifs, émétiques. Il n'y avait plus de médecin en ville, une forte proportion de la population était atteinte et mourante. Au quinzième jour, alors que, seul, il agonisait, un pharmacien qu'il avait connu dans la brigade des volontaires de la guerre indienne, arriva, par le plus grand des hasards, à Mount Meigs, demanda à le voir et, apprenant sa fin prochaine, alla chez lui, le trouva seul, décharné, couvert de sueur froide et avec un pouls filant, dans un état pre-mortem. Il passa la nuit à son chevet et lui administra du brandy et de la quinine. Il repartit le lendemain matin. Dès le lendemain, l'état de Marion s'améliora et, très lentement, en trois ou quatre mois, il recouvra la santé au milieu d'un Alabama dévasté par l'épidémie la plus terrible de son histoire.

Après s'être marié en décembre 1836 avec son premier amour de jeunesse, il partit exercer à une quinzaine de

kilomètres de Mount Meigs en association avec un médecin très bien introduit dans le milieu des riches familles de planteurs de la région. Sa clientèle augmenta rapidement et le jeune couple eut bientôt ses deux premiers enfants. Ainsi en 1840, il s'estimait un homme parfaitement heureux, visitant sa clientèle de planteurs et de leurs esclaves, son fusil de chasse accroché à sa selle et son chien gambadant à ses côtés. Comme, il le narre: *"il était bien rare que je ne ramène pas le soir une paire de perdrix ou un canard sauvage".* Mais en juillet 1840, lors d'une nouvelle épidémie, il fait de nouveau une sévère attaque de malaria dont il ne survit *in extremis* que grâce à la quinine donnée par un confrère d'une ville voisine appelé en urgence. Sa femme et ses enfants ayant été également atteints, ils décident de quitter la région à la recherche d'un environnement moins dangereux pour la santé. Il s'installa à Montgomery, une ville grande et riche pour l'époque, et, malgré des attaques fréquentes de fièvre récurrente, réussit à acquérir en quelques années réputation et bonne clientèle, et à installer son propre cabinet. Et ce, notamment, grâce aux premiers succès chirurgicaux obtenus, par ses nouvelles techniques, dans le traitement des pieds-bots et du stra-



Le cabinet de Sims à Montgomery

bisme. Comme il le reconnaît lui-même, c'est à Montgomery qu'il trouva sa véritable passion pour la chirurgie, la pratique médicale n'ayant été jusque-là qu'une manière comme une autre, mais sans enthousiasme, de gagner sa vie. C'est à la fin de 1844 qu'il réussit une difficile intervention de chirurgie réparatrice pour un bec-de-lièvre particulièrement horrible chez une femme de trente ans. La transformation fut radicale et l'intervention ayant permis la mise en place d'une prothèse dentaire supérieure, Sims dut, pour remercier son ami dentiste, rédiger en 1845 un compte rendu pour le *"Dental Journal"*, malgré son aversion et son complexe avoué pour toute rédaction. Par un effet du hasard, le plus célèbre et plus influent médecin de Montgomery lut cet article et, en trouvant le style simple mais de valeur descriptive pour un article médical, encouragea Marion à donner dorénavant la description de ses techniques chirurgicales dans les journaux médicaux. Cette année 1845 marque donc une double évolution capitale dans la carrière de Marion Sims : il devient un chirurgien de pointe inventant de nouvelles techniques pour certains cas délaissés ou grevés de trop d'échecs, d'une part, et, d'autre part, il commence à publier ses techniques dans les revues professionnelles.

Les fistules vésico-vaginales

C'est cette même année 1845 que lui furent présentés, pour la première fois de sa carrière, trois cas de fistules vésico-vaginales obstétricales importantes chez de jeunes esclaves amenées par leurs maîtres. Sims ne s'était jusqu'alors jamais occupé de gynécologie estimant ne pas connaître du tout ce domaine, et, comme il l'avoue lui-même : *"j'avais horreur d'examiner les organes féminins"*. Sa revue de la littérature sur le sujet lui fit rapidement comprendre que ces

cas étaient incurables, ce qu'il confirma aux demandeurs.

Les fistules vaginales étaient une complication fréquente et très invalidante des accouchements laborieux. De tout temps et dans toutes les civilisations, ce handicap incurable aboutissait plus ou moins rapidement au rejet de la pauvre femme, victime d'odeurs nauséabondes et de brûlures vaginales permanentes, par sa famille et son entourage, aboutissant à l'isolement et, non rarement, au suicide. Toutes les tentatives chirurgicales étaient vouées à l'échec, et grevées, régulièrement, d'aggravation, voire de décès. Les ustensiles palliatifs proposés n'amélioraient que fort peu la situation, qu'il s'agisse d'éponges ou de réceptacles de formes et de tailles diverses. En résumé, c'était le handicap féminin majeur par excellence et sans traitement efficace. Ces fistules étaient particulièrement fréquentes chez les grandes multipares des classes laborieuses, en Europe comme aux Amériques. Dans le Sud cotonnier des USA, la population noire était alors très massivement majoritaire, une famille de planteur pouvant posséder plusieurs centaines d'esclaves. C'était donc, mathématiquement, parmi la population noire que se trouvait la grande majorité des délabrements obstétricaux.

Ayant remarqué, à l'occasion d'une reposition digitale d'une rétroversion utérine, l'intérêt de la position genu-pectorale et d'une valve vaginale métallique pour bien voir la paroi antérieure du vagin, Sims pensa alors pouvoir, dans de bonnes conditions techniques et d'éclairage, grâce à une valve de son invention, mener à bien une cure de fistule... Il proposa donc de tenter cette intervention chez ces trois premières patientes ; initialement récusées, et dont les noms allaient ainsi passer bien involontairement à la postérité médicale : Lucy, Betsey et Anarcha. Mais les choses ne se passèrent pas aussi simplement qu'il l'avait espéré et il fut contraint de réopérer plusieurs fois

les trois jeunes femmes en essayant à chaque fois d'améliorer sa technique et ses instruments en fonction des causes d'échecs suspectées. Au final, cette première série d'interventions n'aboutit qu'à une diminution de la taille des fistules mais non à leur suppression.



L'examen gynécologique "à la française" (Maygrier)

Sans se décourager, Marion Sims fit de la mise au point d'un traitement efficace un véritable challenge et poursuivit pendant quatre ans ses essais, le plus souvent seul, car l'enthousiasme soulevé les premiers mois parmi ses confrères fit place progressivement au découragement devant la succession des échecs.



La position de Sims



La fameuse "valve de Sims" qui, avec une bougie bien dirigée" permettait une meilleure vision du fond vaginal

Quant aux pauvres jeunes femmes ainsi opérées à répétition, à une époque où l'anesthésie n'existait pas encore (elle ne fut révélée au monde qu'en 1847, et Sims utilisait parfois l'opium pour ses interventions, comme cela se faisait alors en Europe comme aux Amériques), elles n'avaient pas d'autres choix que de continuer à espérer, comme l'espérait le chirurgien lui-même, ou bien de retourner dans leur village et dans leur épouvantable condition antérieure. Trop contentes qu'un chirurgien renommé s'intéresse avec autant de patience à leur misérable condition et à leur cas jugé incurable par le monde médical, et veuille bien les accueillir dans son "hôpital" gratuitement pendant toutes ces longues années. C'est en juillet 1849 qu'après avoir utilisé pour la première fois, pour ses sutures, des fils d'argent fabriqués par son bijoutier, lors de la 13^{ème} intervention pratiquée chez Anarcha, il obtint enfin la guérison de la fistule. Lucy et Betsie bénéficièrent de la même technique et du même succès dans la foulée. Pour mémoire, à la même époque, à Paris, le célèbre chirurgien Jobard de Laballe avait opéré 17 fois une de ses patientes, sans succès. Mais l'immense majorité des chirurgiens européens, soit refusaient de prendre en charge ce type de patiente, soit abandonnaient définitivement au bout du deuxième échec.

Bien évidemment, ces interventions chirurgicales répétitives, sans vraie anesthésie, sur des esclaves, et l'utilisation d'opium, ont déclenché au XX^{ème} siècle une levée de boucliers (3)... Certains, animés de trop évidents motifs politiques, n'ont pas vu le sordide ridicule à utiliser le terme "d'expérimentations" pour qualifier les tentatives chirurgicales de Sims, ce qui permettait d'oser le comparer aux tortionnaires nazis!!! Sans, bien sûr, minimiser les souffrances de ces jeunes femmes, il aurait été intéressant de connaître ce que les détracteurs de ces faits avaient à proposer comme solution alternative, "propre" et efficace, à cette époque-là et dans ces lieux-là, pour guérir ces trois femmes? Sims les a guéries.

Un Sudiste chez les Yankees

Bien que sa situation professionnelle fût à cette époque plus que florissante, le malheur frappa sa famille. D'abord la mort de son second fils à l'âge de 3 ans en 1848 d'une diarrhée infectieuse (en fait, le choléra...) qu'il contracta lui-même ce qui mit sa vie en grand péril. Sa maladie devenue chronique et semblant liée étroitement au climat du grand sud américain, Sims, bien que pur Sudiste de cœur et d'éducation, se mit donc à envisager son départ pour un climat plus "sain"... Ayant fait plusieurs séjours dans le nord, il remarqua que c'était à New York que sa santé était la meilleure, ce fait s'expliquant d'après lui par la meilleure qualité de l'eau dans la ville, moins calcaire qu'ailleurs (l'origine bactérienne du choléra et sa transmission aquatique n'étaient pas encore connues à l'époque et ne le sera progressivement qu'à partir des années 1852).

Il s'établit donc à New York en 1853, à l'âge de 40 ans, juste un an après la publication de sa technique de cure de fistules vesico-vaginale dans le réputé "American Journal of the Medical Sciences" (janvier, 1852) (4),

(5), (6). Cet article concernant une pathologie incurable lui permit de capter l'intérêt de tous ses confrères New Yorkais et donc de se faire rapidement connaître dans une ville où il ne connaissait personne à son arrivée. Mais sitôt acquis les gestes, ses confrères le délaissèrent et appliquèrent sa méthode eux-mêmes et pour leur propre clientèle, notamment au *New York Hospital*. C'est dépité par cette attitude peu déontologique que Sims comprit la nécessité pour lui de créer son propre établissement spécialisé dans la chirurgie gynécologique difficile. Mais évidemment, ses confrères virent d'un très mauvais œil les idées originales de ce sudiste et son éventuelle concurrence potentielle, et le *New York Hospital* l'isola totalement de toutes possibilités d'exercice. Une fois de plus le destin joua en sa faveur et un ami de rencontre organisa un meeting public, annoncé par les principaux journaux new-yorkais, qui réunit, à sa grande stupéfaction, 250 médecins, pour l'écouter exposer son projet d'hôpital gynécologique qui fut agréé avec enthousiasme. Pendant les mois suivants, il batailla dur pour réunir le comité médical puis le comité féminin en support de son projet. L'appui des femmes les plus influentes de la cité fut d'un appoint fondamental pour mener à bien le projet, malgré l'opposition farouche du *New York Hospital*. Ce fut ainsi que s'ouvrit le 1^{er} mai 1855 à New York, Madison Avenue, le premier *Woman's Hospital* américain consacré exclusivement à la chirurgie gynécologique, un hôpital gratuit. Le succès fut immédiat et l'année suivante Sims dut prendre un assistant. Des 1857, Sims engagea les pourparlers politiques nécessaires pour obtenir la construction d'un hôpital plus grand sous la tutelle gouvernementale. La construction était possible sur un terrain appartenant à la ville, utilisé comme cimetière pendant le choléra de 1832, et dont il fallut extraire 27 000 dépouilles avant de

commencer les travaux. L'architecte retenu dessina un plan "à l'ancienne" d'un hôpital immeuble, alors que Sims souhaitait un hôpital moderne "pavillonnaire". Il décida donc, en juin 1861, de partir en Europe pour y étudier le fonctionnement hospitalier, sa santé s'étant nettement améliorée à partir de 1855, depuis, en fait, son installation à New York.

Son tour européen commença par Dublin où il fut magnifiquement reçu par Fleetwood Churchill, le maître incontesté de la gynécologie irlandaise, et par tout le gratin professionnel de l'île, qui ne cachèrent pas leur surprise de le voir manger si peu et ne pas accepter une seule goutte d'alcool !! Ensuite, ce fut Édimbourg et la réception par J. Y. Simpson et M. Duncan, puis Londres où l'accueil fut aussi favorable mais où l'intervention pour fistule qu'il exécuta se termina, cinq jours plus tard, par la mort de l'opérée, l'autopsie révélant une ligature accidentelle bilatérale des uretères...

Un américain à Paris

La méthode de Sims pour la cure des fistules était évidemment connue en France depuis sa publication mais n'avait jamais été couronnée de succès entre les mains des chirurgiens français, notamment de Jobard de Lamballe qui l'avait tentée à plusieurs reprises mais avec toujours des échecs. Cependant, trois ans auparavant, un des élèves de Sims, Nathan Bozeman, avait réalisé à Paris, en novembre 1858, cette nouvelle technique, qui excita énormément l'intérêt des chirurgiens français restés très incrédules quant aux résultats mirifiques rapportés dans les journaux anglo-saxons. Il opéra une patiente qui avait déjà subi deux échecs chirurgicaux avec les techniques classiques.

Voici ce que rapporte Rochard (7) sur cette fameuse intervention: "A cette époque, la chirurgie française se faisait encore une gloire de sa

prestesse et de la simplicité de ses moyens. Opérer rapidement et avec les premiers instruments venus, semblait le comble de l'habileté; le procédé américain, au contraire, se distinguait par un soin extrême, une patience infatigable dans l'exécution du moindre détail et par la multiplicité des instruments spéciaux qu'il nécessitait. Malgré toute son habileté, Bozeman avait mis trois heures à le pratiquer à l'Hôtel-Dieu; on n'avait pas l'idée parmi nous d'une pareille lenteur et d'un pareil raffinement de précautions. C'est qu'en effet la supériorité du procédé américain repose tout entière sur la perfection avec laquelle tous ses temps sont exécutés". Néanmoins, Sims, dans ses mémoires, précise que cet ancien élève s'était fait passer pour quasiment l'inventeur ou le "perfectionneur" de la méthode, et que, *in fine*, la fistule s'était rouverte si bien que, après l'enthousiasme initial, l'intervention avait été oubliée. Cependant, Rochard note à propos de cette démonstration: "Malgré l'éclatant succès obtenu par cet opérateur et l'hommage qu'on s'empresse de lui rendre, les sutures métalliques ne furent pas accueillies en France avec la même ferveur qu'à l'étranger".

Quand, en novembre 1861, Marion Sims arriva à Paris, il fut rapidement sollicité par les grands patrons parisiens et exécuta sa technique devant Huguier à Beaujon en présence de Nelaton et de Denonvilliers, puis refit une démonstration à la demande de Vernier à Saint-Louis, puis de Loquier à l'Hôtel-Dieu, où l'intervention eut lieu dans le grand amphithéâtre bourré de chirurgiens et d'étudiants. Enfin ce fut Velpeau qui, dans son service de La Charité, lui confia la patiente déjà opérée 17 fois par Jobard de Laballe sans succès. Sims opéra sous les yeux de Velpeau, Nelaton et Edmond Souchon (ce dernier avait la particularité d'être américain, élève de Velpeau, et un futur

interne des Hôpitaux de Paris, (concours 1865) (8), (9).

Sa technique, bien rodée, s'étant simplifiée et épurée, Sims ne mit que 28 minutes au total. Il fit suivre cette intervention, qui fut un nouveau succès, d'un exposé détaillé et explicite de sa technique en anglais, traduit "en live" par le fameux Souchon (qui deviendra plus tard un célèbre chirurgien à New Orleans). Cet exposé fut publié in extenso par Le Fort dans la "Gazette Hebdomadaire" du 22 novembre 1861 (10) et eut un grand retentissement dans tout le monde médical. Sims fut invité peu après à Bruxelles par le chirurgien du Roi Léopold et réalisa trois interventions dont l'une se termina par la mort de l'opérée, l'autopsie montrant que l'infirmière, non entraînée, avait perforé la paroi vésicale en changeant la sonde. De retour à Paris, une patiente lui fut présentée dans un état déplorable depuis vingt ans, et, comme il n'y avait aucun lit disponible dans les hôpitaux parisiens, Sims proposa de l'opérer dans une chambre de l'hôtel Voltaire. Étaient présents ce 18 octobre 1861: Nelaton, Velpeau, Civiale, Baron Larrey, Chassaignac, Ricord, Huguier parmi dix-huit des plus grands chirurgiens de la capitale. L'intervention, sous anesthésie menée par le Dr Johnstone, dura environ une heure. Ce fut le cinquième succès sur cinq cas opérés à Paris.

Le Pr Nelaton fit alors venir à Paris une riche et effroyablement mutilée jeune femme du sud de la France qui, depuis un accouchement d'un hydrocéphale deux ans plus tôt, avait la vessie complètement détruite et était dans un terrible état d'infection permanente. Après une préparation locale de deux semaines, l'intervention eut lieu à Saint-Germain assisté de Nelaton et Campbell, accoucheur "à la mode" alors à Paris qui s'occupa de la partie anesthésie au chloroforme. L'opération était presque finie quand la patiente fit un arrêt cardiaque que Nelaton réussit à récupérer.

rer en poussant son fameux cri "tête en bas !" et en ordonnant de faire de la respiration artificielle. Mais à trois reprises la patiente, dès qu'elle fut remise à l'horizontale, fit un arrêt cardiaque. Finalement, grâce aux directives de Nelaton, la patiente recouvra une respiration et un pouls régulier et l'intervention put être terminée. Le succès fut au rendez-vous une semaine plus tard lors de l'enlèvement des sutures métalliques. Sims en déduisit que la position tête en bas (nous dirions Trendelenburg accentuée) était la meilleure arme contre la syncope chloroformique par anoxie cérébrale. Il tira aussi une conclusion intéressante sur le fait qu'il n'y avait pas d'accident avec le chloroforme en obstétrique alors qu'il y en avait en chirurgie : pour lui, les effets des contractions utérines et des efforts expulsifs empêchaient mécaniquement la baisse de la pression sanguine cérébrale.

Les chirurgiens français adoptèrent avec enthousiasme la nouvelle méthode de Sims pour traiter les fistules, en y ajoutant au fil des années quelques minimes améliorations qui sont exposées dans l'ouvrage de Fleetwood Churchill dont la traduction française a pour titre : *"Traité pratique des maladies des femmes"* (1874) (11). Les avantages du procédé américain étaient incontestables et, comme l'écrit Rochard *"Depuis son adoption, les succès sont la règle, et les revers l'exception, tandis qu'auparavant c'était tout le contraire. Son exécution, bien que délicate, est à la portée de tout le monde"*.

Sims rentra aux USA en janvier 1862 pour découvrir que son pays entraînait dans la guerre civile. Il décida de retourner en Europe avec sa famille et quitta les USA, le 18 juillet 1862, sur le fameux steamer métallique de l'ingénieur Brunel le *"Great Eastern"*, pour son cinquième voyage. C'était le plus grand paquebot transatlantique de l'époque (qui inspira à Jules Verne, un de ses passagers, pour son roman

"une Ville flottante"). Il s'établit avec sa famille à Paris qui, sous Napoléon III, était redevenu le phare du monde (n'en déplaise à Victor Hugo). Grâce à sa réputation européenne et à ses nombreuses relations, il devint médecin de la *Duchess of Hamilton* qui l'emmena avec elle pour la saison d'été à Baden-Baden.

Pendant son séjour, le *Duke of Hamilton*, demeuré à Paris, fit une chute dans l'escalier au sortir d'un restaurant et sombra dans le coma. La Duchesse rappelée en urgence à Paris rentra avec Marion Sims pour assister à la mort de son époux à l'Hôtel Bristol. C'est là que Sims fut présenté à l'Impératrice Eugénie, épouse de Napoléon III, qui venait tous les jours voir le *Duke* dans le coma.



Marion Sims

L'Empereur avait déjà eu un rendez-vous au palais avec Sims en avril de la même année au sujet de la santé de son épouse. Celle-ci fit une diphtérie et partit à Saint-Cloud où Sims vint habiter en juin en tant que son médecin personnel, invité du Duc de Bassano. Sims, à l'époque, ne parlait pas du tout le français, mais l'anglais était assez courant à la Cour. N'oublions pas, en effet, que Napoléon III, élevé en Angleterre et aux USA, était très anglophile et moderniste, parlait couramment anglais, et connaissait beaucoup de pays étrangers. Sims fut très impressionné par l'Impératrice et il écrit : *"Elle était très attentive au bien-être de tout son*

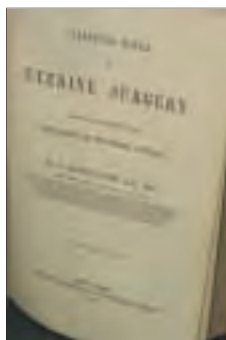
entourage. Elle était adorée, idolâtrée même, par tout son entourage, par la Cour et par tous ceux qui l'approchaient. L'infirmière qui s'occupa d'elle pendant l'accouchement du Prince Impérial, qui fut difficile, épuisant et la cloua au lit pendant de longues semaines, me confia qu'elle ne lui entendit jamais prononcer la moindre plainte. Je passais deux ou trois heures par jour en conversation avec l'Impératrice et la Duchess of Hamilton sur tous les sujets possibles. J'étais impressionné par la profondeur et la variété de ses connaissances. Nous parlions de sciences, de politique, de religion, de philosophie, d'art : aucun sujet ne lui échappait et je fus très étonné de voir combien elle avait une bonne connaissance de personnalités qu'elle n'avait jamais rencontrées".

Il rentra à Paris où il résida en 1864 et 1865. Pendant son séjour parisien, il fut très impressionné par Trousseau dont il écrit : *"Trousseau, l'un des plus grands praticiens de l'époque, un homme doté d'un beau physique et d'un intellect remarquable. Il n'avait aucun rival. Ses écrits étaient traduits dans toutes les langues ; il était lu et estimé autant en Angleterre et en Amérique qu'en France et en Europe ; il était le praticien renommé, le grand consultant, le médecin à la mode à Paris, et il avait réuni une grande fortune. Tout le monde disait du bien de lui, tout le monde l'admirait en tant qu'homme public et sa vie privée était au-dessus de tout reproche. Il avait tout pour être parfaitement heureux, mais il ne l'était pas vraiment du fait de ses problèmes dans sa vie de famille avec sa femme dont il était séparé, sa fille, divorcée, et son fils, joueur impénitent et dépravé à l'origine de bien des gros soucis"*. Sims en tira la conclusion que les succès professionnels ne sont pas toujours suffisants pour rendre un homme heureux s'ils ne s'accompagnent pas d'une heureuse vie familiale, ce à quoi il fut toujours très sensible.

C'est sur cette réflexion que se terminent les *mémoires* de Marion Sims (furent ajoutées par ses élèves et éditeurs, après son décès, en annexe, un grand nombre de lettres adressées à sa femme ou à ses amis).

Comme beaucoup de Sudistes émigrés, il était persuadé que la guerre civile se terminerait par une partition nord-sud. Il était évidemment très affecté par cette guerre et par la tournure en défaveur des sudistes. Comme il l'écrivit en Novembre 1861 : *"J'ai passé quarante ans de ma vie dans le Sud. Mes compagnons de jeunesse sont devenus les leaders de notre grande rébellion. Mon père, âgé maintenant de 73 ans, est sous les armes comme toute notre famille ; nos ancêtres sont enterrés là-bas"*. Aussi envisagea-t-il de s'installer définitivement à Paris et d'y faire venir sa famille restée à New York, compte tenu de la brillante réputation dont il jouissait maintenant dans la capitale *"Paris est comme New York. Paris est pour l'Europe ce que New York est pour notre pays"*.

En fait, il résida ensuite à Londres et c'est pendant ce séjour qu'il rédigea son ouvrage fameux de chirurgie gynécologique : *"Clinical Notes on Uterine Surgery"* (12) qu'il publia en 1866 simultanément à New York, Londres, Paris et Berlin, en anglais, français et allemand. Cet ouvrage, qui allait asseoir définitivement sa gloire, fut considéré comme une étape essentielle dans l'histoire de la chirurgie gynécologique et lui valut, aux USA, l'appellation de *"Père de la gynécologie américaine"*.



Clinical Notes on Uterine Surgery

Pour mémoire, le *"Traité de Gynécologie"* de Samuel Pozzi, qui allait être le premier titulaire de la Chaire de Gynécologie à Paris (Hôpital de Lourcine, futur Brocca), ne parut qu'en 1890.

l'ambulance américaine pendant la guerre de 1870

De retour à Paris pendant la guerre franco-prussienne de 1870, il participa activement à l'organisation de l'*"Anglo-American Ambulance Corps"* réunissant sous sa direction sept chirurgiens américains et huit chirurgiens anglais (13), (14). Il faut savoir que ce type d'*"Hôpital de campagne sous tentes"* avait été mis au point aux USA pendant la guerre civile, avec succès, et que, à l'initiative et aux frais du Dr Thomas W. Evans, une présentation du matériel avait été faite lors de la grande Exposition Universelle de 1867 à Paris. Néanmoins, et bien entendu, l'État Major français ne fut guère intéressé et, lors de la guerre de 1870, les hôpitaux *"en dur"* furent rapidement débordés, et les blessés durent être répartis n'importe où (se souvenir de la grande peinture ornant le grand escalier de la Faculté de médecine de Paris représentant *"l'ambulance"* de l'Opéra de Paris...). A la déclaration de guerre, les volontaires de la colonie américaine de Paris établirent seuls, à leurs frais et à leurs risques, un hôpital de campagne sous tentes sur l'avenue de l'Impératrice (actuelle av. Foch) entre l'Arc de Triomphe et le Bois de Boulogne (voir photo ci-dessous). Ils ne reçurent aucun appui du

gouvernement ou de l'État-major français. Le financement fut essentiellement assuré par le Dr Evans et par les Rothschild. C'est pour assurer le prestige de cet hôpital que ses fondateurs firent appel à Marion Sims, dont la renommée n'était plus à faire en Europe, et lui confièrent la direction du staff chirurgical. Son gendre, le chirurgien américain Thomas T. Pratt, lui succéda, quand il partit à Sedan, où il fut nommé *Chirurgien Chef* d'un hôpital militaire de 400 lits qu'il dirigea pendant un mois.

De retour aux USA en janvier 1872, il fut nommé membre du Collège des Chirurgiens du *"Woman's Hospital of New-York"* dont il démissionna cependant deux ans plus tard, par suite d'un double conflit d'idées : le Collège voulait limiter à 15 le nombre d'assistants autorisés pendant les interventions de gynécologie, pour des raisons de pudeur, ce que Sims refusa, la demande étant plus importante ; et, d'autre part, Sims voulait admettre les cancers gynécologiques à l'hôpital ce que le Collège refusait, le cancer étant alors considéré comme une affection potentiellement contagieuse...

En 1876, il fut élu *Président de l'American Medical Association*. En 1877, il fit un pèlerinage dans son Sud natal où se voyaient encore les ravages causés par la guerre et le passage des troupes yankees. Il fit deux nouveaux séjours à Paris avec sa famille en 1880 puis en 1882-83. Il acheta en 1883 un terrain à Washington et commença à y faire bâtir une maison en vue de sa retraite, mais mourut soudainement le 13 novembre 1883 chez lui à New York entre son épouse et son fils, médecin.





"Sa mort le fit entrer dans l'immortalité". Il avait 70 ans. Une statue fut élevée à sa mémoire en 1894 à Bryant Park puis déplacée en 1934 à Central Park en face de l'Académie de Médecine à New York. Ce fut le premier monument érigé aux USA en l'honneur d'un médecin. (15)(16)(17).

Bibliographie

- 1 - SIMS J.M. - "The Story of my Life" - Appleton Pub. NY 1885 (Nabu Reprints)
- 2 - RICCI J.V. - "One hundred years of Gynecology" - Blakiston Pub. Philadelphia, 1945
- 3 - SARTIN J.S. - "JM Sims, the father of gynecology : Hero or villain ?" - Southern Med J; 2004 may
- 4- SIMS J.M. - "On the treatment of vesico-vaginal fistula", Am Jnl Med Sci 1852;23:59-82
- 5 - "Sur le traitement de la fistule vesico-vaginale" analyse article JM Sims - Gazette Medicale de Paris. 6 nov 1852, n°45, p 710
- 6 - "Fistule vesico-vaginale" analyse article JM Sims - Archives Generale Médecine. 1853, serie 5, 2, 215
- 7- ROCHARD J. - "Histoire de la chirurgie française au XIXème siècle" - Bailliere Ed Paris 1875 - www.archive.org/stream/histoiredelachi00rochgoog/page/n4/mode/2up

- 8 - SOUCHON Ed - "Le Dr Marion Sims à Paris - Souvenirs". Gazette Med. de Paris, 27 avril 1895
- 9 - SOUCHON Ed - "Original Contributions of America to Medical Sciences" - Transaction of the American Medical Ass. 1917.
- 10 - "Description de la technique de Marion SIMS" - Gazette Hebdomadaire de Médecine et Chirurgie, VIII (47), p 747 (traduction par J. Souchon de l'exposé de M. Sims).
- 11 - CHURCHILL F. "Traité pratique des maladies des femmes"
- 12 - SIMS J.M. - "Clinical Notes on Uterine Surgery"
- 13 - The American Ambulance of 1870-71 - <http://www.ourstory.info/1/AA1.html>
- 14 - The American Ambulance of Paris - <http://blip.tv/presence/the-american-ambulance-of-paris-1870-71-138170>
- 15 - The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics. "James Marion Sims and his successful surgery" Don Todman
- 16 - <http://encyclopedia-of-alabama.org>- J. Marion Sims
- 17 - BALDWIN W.O. - "Tribute to the late JM Sims" - Brown Pub Montgomery 1884 <http://files.usgarchives.net/la/orleans/bios/s-000026.txt>

MALARIA

La Malaria (de l'italien, mauvais air) ou Paludisme (du latin, paludis: marais) fut un des fléaux majeurs de l'histoire de l'humanité à travers les siècles, puisque Toutankhamon en était atteint au moment de sa mort. Elle fut longuement décrite par Hippocrate qui, sous le nom de fièvre intermittente, en individualisa les trois formes: la tierce, la quarte et la continue, et qu'il établit un rapport avec certaines conditions climatiques (saison chaude) et environnementales (marais). Elle pourrait avoir été introduite aux Amériques par les premiers colons, puisque Christophe Colomb en était atteint. Néanmoins les amérindiens subissaient déjà les fièvres et avaient remarqué l'effet bénéfique des feuilles de Quinquina ou "arbre anti-fièvre". Les missionnaires Jésuites firent connaître ces propriétés bénéfiques dès le milieu du XVII^{ème} siècle, mais ce ne fut qu'en 1820 que son alcaloïde, la quinine, fut isolé et extrait par Pelletier et Caventou. C'est en 1898 que Laveran, ancien médecin militaire, publie son "Traité du Paludisme" où il relate sa découverte de l'hématozoaire responsable de la maladie, ce qui lui vaut le Prix Nobel 1907. Enfin, le Britannique Ronald Ross (Prix Nobel 1902) décrit le rôle de l'anophèle comme vecteur et le cycle du parasite chez les oiseaux, travaux repris et complétés pour le cycle chez l'homme par l'italien G.B. Grassi.

Marion Sims et les médecins des territoires américains du sud, dans les années 1835-45, connaissaient évidemment les fièvres intermittentes qu'ils mettaient en relation, comme Hippocrate, avec les conditions climatiques locorégionales, mais ils connaissaient également les vertus de la quinine. Cependant, pour les praticiens de cette époque, la quinine ne constituait qu'un adjuvant aux traitements classiques (saignée, purgation, cataplasmes) et n'était utilisée qu'à faible dose et seulement au bout de plusieurs jours de crises.

Conseil d'Administration

du Syngof

Président

Docteur MARTY

Clinique Claude Bernard - ALBI

Présidents d'honneur

Docteur COUSIN

Professeur GIRAUD

Docteur ROZAN

Vice-Présidents

**Pôle Gynécologie obstétricale
libérale**

Docteur DE ROCHAMBEAU

Hôpital privé Marne Chantereine
BROU SUR CHANTEREINE

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

46 rue de la Victoire - TOURS

Secrétaire Général Adjoint

Docteur RIVOALLAN

6 rue Saint Marc - QUIMPER

Secrétaire Général honoraire

Docteur MISLER

Trésorier

Docteur BOYER DE LATOUR

1 bd Schweitzer - SAINT QUENTIN

Trésorier adjoint

Docteur BOHL

1-3 av. Carnot - ST MAX

Membres de droit

Professeur COLETTE

Professeur GIRAUD

Professeur MONROZIES

Membres du Bureau

Docteur BOHL

Tél. 03 83 18 22 22

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 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 AMOR

42 bd Jean Jaurès - ST RAPHAEL

Docteur AZZOUZ

CH de Falaise - FALAISE

Docteur BASTIAN

Place du Grand Jardin - VENCE

Docteur BIAUSQUE

11 Hôpital de Seclin - SECLIN

Docteur BONNEAU

2 bd du Roy

LES PAVILLONS SOUS BOIS

Docteur BONNET

Hôpital de Fontainebleau

FONTAINEBLEAU

Docteur CACAULT

71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

Docteur CARRON

1 bd Bonrepos - TOULOUSE

Docteur CHEKKOURY

114 av du Gal de Gaulle

CAYENNE

Docteur CONSILLE

2 bd du Roy

LES PAVILLONS SOUS BOIS

Docteur CORTEY

28 av. Rockefeller- LYON

Docteur CRISTINELLI

Clinique Arc-en-ciel - EPINAL

Docteur DARMON

18 rue des Remises

ST MAUR DES FOSSES

Docteur DE BIEVRE

6 rue St Fiace - MEAUX

Docteur DENJEAN

7 av. Pierre Verdier - BEZIERS

Docteur DESROCHES

1 rue Porte de la Madeleine

ORLEANS

Docteur DREYFUS

25 rue Garibaldi - LYON

Docteur FAVRIN

Nouvelle Clinique de l'Union

SAINT-JEAN

Docteur GAMBINI

25 av. Scuderi - NICE

Docteur GERAUDIE

26 bd Dubouchage - NICE

Docteur GRAVIER

12 bd Paul Painlevé - BRIVE

Docteur GRYNBERG

42 rue Chabernaud

L'ISLE D'ESPAGNAC

Professeur HOROVITZ

Hôpital Pellegrin Maternité

BORDEAUX

Docteur JUBIOT

Clinique St Jean - TOULON

Docteur LEOEUF

7 av. H. Barbusse - LE BLANC MESNIL

Docteur LEGRAND

12 rue de France - NICE

Docteur LE MEAUX

Maternité Bordeaux Nord

BORDEAUX

Docteur LONLAS

6 rue de la manufacture - ORLEANS

Docteur MAALIKI

3 B rue A. Rodin - BESANCON

Docteur MAJIDI- AHI

Polyclinique de Courlancy

REIMS

Docteur MIRONNEAU
16 crs du Général de Gaulle
DIJON

Docteur MUHLSTEIN
3 rue des arquebusiers
STRASBOURG

Docteur PEIGNÉ
Polyclinique du Beaujolais
ARNAS

Docteur ROUGÉ
59 rue de la Chataigneraie
Clinique de la Chataigneraie
BEAUMONT

Docteur SEGUY
189 av de la Rochelle - NIORT

Docteur TEFFAUD
Polyclinique de l'Atlantique
ST HERBLAIN

Docteur TOMASINI
11 bd F. Salini
AJACCIO

Docteur TOURAME
230 av. du Prado
MARSEILLE

Docteur VERHAEGHE
43 rue des Meuniers
LESQUIN



Séminaire Gynélog

Arcachon les 29 et 30 septembre 2012

Samedi 29 septembre de 9h à 13h et de 15h à 18h

Dimanche 30 septembre de 9h à 13h

- Préprogramme :**
- Présentation des nouveautés
 - Développement en cours : DMP
 - Forum des utilisateurs
 - Assemblée Générale
 - Ateliers : nouveaux utilisateurs et questions libres aux informaticiens

Inscription gratuite. 20 participants maximum

Formulaire à découper et à retourner au Dr LAPLACE

Je soussigné :

Nom _____ Prénom _____

Tél. _____ Email _____

Adresse professionnelle _____

souhaite participer au Séminaire Gynélog des 29 et 30 septembre 2012.

Pour valider votre inscription nous vous remercions de nous adresser un chèque de caution de 100€ (au nom de l'association Gynélog joint impérativement à ce formulaire). L'hébergement est à la charge de chaque participant.

Renseignements et inscriptions :

Dr Jean-Pierre LAPLACE

35 rue Claude Boucher - Maternité Bel Air Bordeaux Nord - 33300 BORDEAUX

Email : jplaplace@free.fr

Propos de lecture



Naître Grandir Devenir - Editions BELIN
Octobre 2011 - 207 pages

Déjà père avant la naissance

Rencontre entre un psychanalyste et un obstétricien

Bernard THIS, Raymond BELAICHE

19,90

Dans ce livre écrit en collaboration avec le psychanalyste Bernard THIS, notre ami et confrère Raymond BELAICHE, vient de mettre en lumière une pratique peu connue : l'HAPTONOMIE. Cette pratique consiste, pour de futurs parents, à établir un véritable lien affectif *in utero* avec le fœtus.

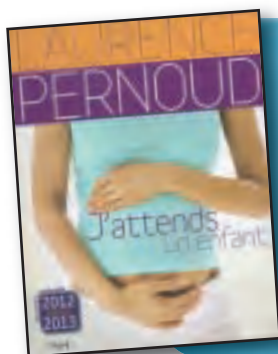
Aux alentours du quatrième mois de grossesse, la mère ressent les premiers mouvements de son enfant. Celui-ci est assez développé pour percevoir un contact psycho-tactile et le son des voix. Il réagira et le lien affectif ainsi renforcé, constituera une aide précieuse au bon déroulement de ses processus biologiques.

L'haptonomie permet au futur père de diminuer le décalage qui existe entre son vécu et celui de la mère par rapport au bébé. Le père devient un acteur essentiel de la symbiose du trio affectif "mère- père-enfant".

En cette période de fêtes, offrez ce livre passionnant qui raconte mois par mois, la réalité de la pratique haptonomique et de l'obstétrique.

Merci Raymond de nous avoir révélé cette science accompagnatrice de la grossesse.

M-A ROZAN



Editions HORAY
Edition 2012-2013

J'attends un enfant J'élève mon enfant

Laurence PERNOUD

30,50



Les "Laurence Pernoud" sont arrivés en librairie. Comme chaque année une nouvelle édition de "J'attends un enfant" et "J'élève un enfant" est à la disposition des futurs parents, des professionnels de la santé et de toute personne intéressée par la naissance et par la puériculture et la pédiatrie.

On y retrouve les réponses à toutes les questions relatives à la grossesse et l'accouchement, l'allaitement et l'évolution d'un enfant. Tout ce que l'on peut et doit savoir sur ces thèmes est développé avec les dernières mises à jour scientifiques et même administratives.

Laurence Pernoud nous a quittés depuis près de 2 ans mais Agnès Grison et Sophie Horay sont toujours attentives à ce que l'œuvre perdure avec la même qualité.

Ces ouvrages sont de véritables encyclopédies à conserver dans nos bibliothèques.

Laurence si tu nous regardes, nous t'embrassons et nous t'adressons un grand merci.

R. BELAICHE



Le 1^{er} Groupe Mutualiste Aquitain de Santé de BORDEAUX

Recrute pour la Clinique Mutualiste de L'ESPARRE

un GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN qui débutera le 1^{er} juin 2012

⇒ **Moyens du service gynécologie-obstétrique :**

102 lits et places dont 10 en maternité. Equipe de 6 sages-femmes

⇒ **Organisation du temps de travail :**

Temps plein, il participera aux astreintes opérationnelles

⇒ **Formation :**

Titulaire d'un doctorat de médecine et d'un DES de gynécologie-obstétrique ou diplôme de spécialité équivalent

⇒ **Compétences médicales :**

Réalisation d'échographies obstétricales, d'amniocentèses.

Prise en charge de grossesses pathologiques

Chirurgie gynécologique classique adaptée à l'urgence et chirurgie obstétricale

Forte motivation et rigueur indispensables

Contact : Joël BLANC

DRH Pavillon de la Mutualité

45 Crs du Maréchal Gallieni - 33082 BORDEAUX

Tél. 05 56 46 56 68

Email : necalle@pavillon-mutualite.fr



Je soussigné(e) :

Nom _____ Prénom _____

Date d'installation _____

Tél. _____ Email _____

Adresse professionnel _____

GYNÉLOG et MÉDY CS

ADHÉSION À L'ASSOCIATION GYNÉLOG et OBTENTION DES LOGICIELS

- | | |
|--|----------------|
| ☐ Adhésion établissement annuelle à l'association (permet l'obtention par téléchargement du logiciel Médy CS) – Les établissements partenaires de Nestlé peuvent être dispensés de cette cotisation. | 5 000 € |
| ☐ Adhésion individuelle complète annuelle à l'association (permet l'obtention par téléchargement du logiciel Médy CS pour UN médecin et son secrétariat). | 220 € |
| ☐ Adhésion simple annuelle à l'association (permet uniquement de recevoir les informations sur la vie de l'association mais ne donne pas droit au logiciel). | 10 € |
| ☐ Gynélog 4.0 monoposte (comprend les frais de pressage du CD, les frais d'emballage et d'acheminement, plus contact téléphonique de 20 minutes avec l'informaticien pour l'installation du logiciel).
Attention : uniquement compatible avec Windows XP et versions antérieures (voir site http://syngof.fr - rubrique Informatique). | 50 € |

A faire parvenir au trésorier de l'Association

Dr Jean MARTY Clinique Claude Bernard, 1 rue Père Colombier - 81000 ALBI

Tél. 05 63 77 79 01 - Fax 05 63 77 79 07

Date, cachet et signature

Petites annonces

Toutes les annonces doivent être adressées à :

Syngof
BP 60034

34001 MONTPELLIER Cedex 1
ou passez directement votre annonce sur le site :

<http://www.syngof.fr>

Ventes

■ SUD BRETAGNE

Départ en retraite fin juin 2012. Cède cabinet gynéco-obs-écho. Possibilités d'accès au plateau technique du centre hospitalier pour interventions obstétricales et gynécologiques.

Tél. 06 03 46 67 69

■ RHONE-ALPES

Cause retraite au 01.10.12, gynéco-obs-étricien cède patientèle gratuitement. Cabinet libéral 1/2 temps, possibilité de PH temps partiel immédiat, clinique ouverte au sein d'une maternité niveau I, 1500 accts/an. Gynéco méd + gynéco chir avec cancéro + obs. CHG de ville proche CHU. Murs du cabinet à louer ou à vendre : 100m2, convient pour deux médecins.

Tél. 06 76 60 28 97

■ NIMES

Retraite fin 2012. Propose succession cabinet gynéco-obs-étrique-échographie. Clinique Kennedy à 100 m. Clientèle + matériel=1/2 annuité CA. Avec ou sans les locaux.

Tél. 04 66 62 06 13

■ LILLE

Suite décès gynécologue-obstétricien, nous recherchons un gynécologue pour tenue de poste, possibilité d'échographies et éventuellement cession. Emplacement cabinet médical situé en face de la Clinique du Bois à Lille.

Tél. 06 40 36 65 44

■ BORDEAUX

Gynécologue médical, obs. et échographie secteur 2 au sein d'une SCM (2 associés) cherche successeur pour départ à la retraite mi 2012. Bon CA avec potentiel de développement, clientèle fidélisée, loyer modéré, secrétariat.

Tél. 06 83 73 42 45

■ MARSEILLE

Gynécologue obstétricien, secteur 2, cède cabinet à fort potentiel (SCM, groupe multispécialistes). Proximité hôpital privé Beauregard (13012). Deuxième semestre 2012 ; possibilité d'association/remplacement.

Tél. 06 13 61 54 58

■ MASSY

Belle opportunité d'installation. Cherche urgent successeur. Maternité Niv. 1, 1000 Acct. Equipe de 5 gynécos. Hôp. privé. Plateau technique de pointe. Bon CA.

Tél. 06 85 31 21 70

■ METZ

Cause retraite, gynéco. accoucheur vend local prof. situé au centre-ville avec parking 2 places en sous-sol : 260 000 (à débattre). Cession clientèle + matériel : gratuit. Libre de suite.

Tél. 06 80 05 63 25

Associations

■ RENNES

Cabinet de gynécologie obstétrique recherche 2 candidats pour éventuelle association. Un gynéco. médical et un obs. chirurgien. Cabinet important.

Tél. 06 80 98 62 00

■ AIX EN PROVENCE

Recherche successeur pour une clientèle de gynécologie chirurgicale et d'obstétrique en vue d'association avec jeune confrère déjà en place.

Tél. 06 72 11 96 12

■ ILE DE FRANCE

Association de 6 gynécologues obstétriciens dans CH privé, maternité 2A, 1500 accts cherche remplaçant en vue d'association cause départ en retraite.

Tél. 06 64 82 80 10

■ ILE DE FRANCE

Recherche 4^{ème} gynécologue obstétricien pour compléter équipe obs. Maternité niveau 1 (1200 acc/an) dans une zone géographique en plein développement. Pas d'apport financier pour l'installation.

Tél. 06 07 31 63 44

■ LORMONT

Cherche associé pour chirurgie gynécologique++ et obstétrique. Polyclinique Bordeaux rive droite, blocs neufs, maternité neuve, zone franche.

Tél. 06 60 16 14 58

Remplacements

■ Spécialiste du remplacement

Gynécologue obstétricien **longue expérience Métropole et Outre-Mer** cherche remplacements.

Tél. 04 77 57 14 90

ou 06 81 30 65 72

■ PARIS

Remplacement régulier de longue durée, Paris, Hauts de Seine.

CES de Gynécologie-Obs. Inscrite CO. CPS. N° RPPS. Médecin salarié en activité, plus de vingt ans d'expérience. Cherche remplacement régulier de longue durée, Sect. 2, consult. uniquement, tous les samedis matin, et au mois d'août 2 matinées et 2 après-midis par semaine.

Tél. 06 37 95 46 61

■ LOIRE ATLANTIQUE

Gynécologue obstétricien cherche remplacements en secteur public et privé, France métropolitaine et Dom Tom.

Tél. 06 99 47 74 81

■ ILE DE FRANCE

Gynécologue obs. souhaiterait faire des remplacements réguliers WE : obs., chirurgie gynécologique, écho...

Tél. 06 46 43 26 76

■ COLMAR

Chirurgien gynécologue obstétricien + écho. Retraité, cherche remplacements si possible réguliers en secteur public ou privé.

Tél. 06 16 67 13 32

■ PARIS

Gynécologue obstétricien thésé depuis avril cherche remplacements/gardes en secteur privé et public.

Expérience en chirurgie gynéco, pratique de l'écho non morpho.

Tél. 06 58 22 72 77

■ REIMS

Gynécologue obstétricien, avec agrément en PMA cherche remplacements réguliers. Etudie toute proposition.

Tél. 06 34 65 54 92

■ POINTE-A-PITRE

Gynécologue obstétricien ouvert et disponible pour toute proposition de remplacement en France ou Outre-mer.

Tél. 06 96 24 76 95

Le coin des cinéphiles du siècle dernier

L'intégrale Jacques Tourneur

Tous les jours d'avril dès minuit. Du lundi au vendredi à 13h30

Le meilleur de l'intégrale tous les samedis dès 20h40

Jacques Tourneur : maître du mystère



Auteur de films cultissimes comme *La Féline* et *La Griffé du passé*, Jacques Tourneur est vénéré par les amateurs de fantastique et de films noirs. Une bonne raison pour TCM de rendre hommage à ce cinéaste français adopté par Hollywood et qui a fait de l'angoisse sa marque de fabrique.

Si beaucoup de réalisateurs français ont tenté l'aventure d'Hollywood, rares sont ceux qui y ont fait l'essentiel de leur carrière, qui plus est en y laissant une œuvre majeure. A tel point que seul Jacques Tourneur semble correspondre véritablement

à ce profil ! Chéri des cinéphiles et plus encore des amateurs de fantastique, ce maître du mystère mérite bien cette affection sans limite, tant il s'est distingué par son sens aigu de la narration et de l'atmosphère...

Fils du cinéaste Maurice Tourneur, il passe toute sa jeunesse aux Etats-Unis où son père a émigré, participant à ses films comme acteur, assistant et monteur. En 1929, la famille revient en France où Jacques Tourneur fait ses premiers pas de réalisateur avec un autre débutant : l'acteur Jean Gabin ! Mais sa vraie carrière démarre en 1935 aux Etats-Unis, lorsque la MGM, éblouie par *They all Come out*, son moyen-métrage sur le thème des prisons, lui demande de le rallonger pour le sortir en salle. Adopté par Hollywood, il se voit alors confier la réalisation de deux épisodes de Nick Carter, série cinématographique à succès. Mais c'est avec son entrée à la RKO que les choses sérieuses vont commencer...

Recruté par le génial producteur Val Lewton qui partage son goût immodéré du mystère, Jacques Tourneur tourne avec lui une poignée de films qui deviendront des classiques du fantastique, en particulier *La Féline*, *Vaudou* et *L'Homme-léopard*. Autant d'œuvres qui ont le don de créer l'angoisse en suggérant l'horreur davantage qu'en la montrant. Tout un art qui repose non seulement sur la puissance des histoires et des personnages qu'il met en scène mais aussi sur l'atmosphère très particulière produite par son travail sur le son et la lumière. Une patte qui fait également merveille dans le registre du film noir, notamment avec *La Griffé du passé*, considéré par les spécialistes comme l'un des sommets du genre, ou d'autres thrillers comme *Angoisse*, *Berlin Express* et *Nightfall*.



Fidèle à son style, Jacques Tourneur ne s'en révèle pas moins versatile en explorant d'autres genres comme le western où il excelle en particulier avec *Le Passage du Canyon*, *Un jeu risqué*, et *Wichita*, ou le film d'aventures avec le virevoltant *La Flèche et le flambeau*. Virtuose du noir et blanc, il prouve aussi à travers ces nouvelles expériences qu'il peut se montrer tout autant à l'aise avec la couleur, et artiste jusqu'au bout des ongles, il est prêt à se faire sous-payer pour donner vie à un projet qui lui tient à cœur, en l'occurrence *Stars in My Crown*.

Un sacrifice qui, selon la rumeur, va le dévaloriser aux yeux des producteurs d'Hollywood, l'obligeant à tourner ailleurs, notamment en Angleterre où il signe le terrifiant *Rendez-vous avec la peur*. On le retrouve quand même par la suite sur le sol américain, mais pour y réaliser des œuvres moins marquantes dont *The Comedy of terrors* qui vaut avant tout pour son casting à couper le souffle : Vincent Price, Boris Karloff et Peter Lorre réunis sur la même affiche !

Ce sera l'un de ses derniers films puisqu'il prend sa retraite peu après, à l'aube de la soixantaine, en s'installant en Dordogne. C'est là, dans son pays natal, que mourra dix ans plus tard le plus américain des cinéastes français.

Merci à Sophie Hossard pour cette chronique.
Pour le détail des horaires tapez : <http://tcmcinema.fr>

Marc-Alain ROZAN

Commissions de qualification

	Titulaires	Suppléants
Commission Nationale de Première Instance	Dr Jacques FAIDHERBE CHU Arnaud de Villeneuve 191 av. du Doyen Giraud 34090 MONTPELLIER Email : j-faidherbe@chu-montpellier.fr Dr Jacques RIVOALLAN 6 rue Saint Marc 29000 QUIMPER Email : jacques.rivoallan@wanadoo.fr	Dr Karen BONNET CH de Fontainebleau 55 bd Maréchal Joffre 77305 FONTAINEBLEAU Cedex Email : kbonnet@ch-fontainebleau.fr Dr Marc Alain ROZAN 32 Bis Boulevard du Château 92200 NEUILLY SUR SEINE Email : mar@marcalain-rozan.com

	Titulaires	Suppléants
Commission Nationale d'Appel	Dr Raymond BELAICHE 117 rue de la Colline 34190 GRABELS Email : raymond.belaiche@wanadoo.fr Pr Jacques HOROVITZ Hôpital Pellegrin Service gynécologie-obstétrique 33076 BORDEAUX Cedex Email : jacques.horovitz@chu-bordeaux.fr	Dr Nelly HOMASSON 5 rue Chanez 75016 PARIS Email : nelly.homasson@sls.aphp.fr Dr Pascale LE PORS CH de Saint Malo 1 rue de la Marne 35400 SAINT MALO Email : p.lepors@ch-stmalo.fr



Agenda

- avril -

13 et 14 avril 2012

Progress and Controversies in Gynecologic Oncology Conférence

Hôtel Fira Palace
BARCELONA - SPAIN

Renseignements :

Tél. 31 70 3067190

gyncongress2012@prIMEoncology.org

Email : info@prIMEoncology.org

www.prIMEoncology.org/gyncongress2012

- mai -

4 et 5 mai 2012

Les journées Sexogyn

Hôtel Mercure Centre
MARSEILLE

Sous la présidence de M. LACHOWSKY
et P. MARES

Renseignements :

Secrétariat scientifique du congrès

Gisèle SOULA

Centre des spécialistes 13006 Marseille

Tél. 06 60 58 55 50

Fax : 04 91 75 86 74

E-mail : scmfriedland@orange.fr

9 au 11 mai 2012

9^e Congrès International de Gynécologie Obstétrique et Reproduction de la Côte d'Azur

Hôtel Le Negresco
NICE

Secrétariat scientifique : Pr A. BONGAIN

Tél. 04 92 03 61 05

Email : abongain@yahoo.fr

<http://www.gynazur.eu/>

21 et 22 mai 2012

Séminaires Gynerisq

Hôtel Bakoua
Trois îlets
MARTINIQUE

Prévention des hémorragies du post
partum (FAFPM)

25 et 26 mai 2012

Prévention du risque opératoire en
chirurgie gynécologique (OGC)

Renseignements et inscriptions :

Tél. 04 93 71 77 68 amiform.com

23 au 25 mai 2012

40^{èmes} Assises Nationales des Sages-Femmes

DEAUVILLE

Renseignements et inscriptions :

Arnaud DESHONS - CERC

95130 FRANCONVILLE

Tél : 01 34 15 56 75

<http://www.cerc-congres.com>

25 mai 2012

9^e Journée de Médecine Fœtale

Amphithéâtre Luton
Faculté de Médecine
Site Cochin - PARIS

Renseignements : JP.COM.B

6, rue du Gast

78100 ST GERMAIN EN LAYE

Tél. 01 34 51 29 85

Fax 01 34 51 29 86

Email : jpcomb@wanadoo.fr

- juin -

7 au 9 juin 2012

Journées annuelles de la Société Française de Mastologie et d'Imagerie du Sein

Le sein aux frontières de nos connaissances

Centre International
de DEAUVILLE

Renseignements : JPCOM

Tél. 02 31 27 19 18

Email : jp-com@wanadoo.fr

7 au 9 juin 2012

11^{èmes} Journées européennes de la Société Française de Gynécologie

Maison de la Chimie
28 rue St-Dominique
PARIS

Présidents :

J. BELAÏSCH-ALLART - P. MADELENAT

Présidents d'honneur :

Ph. BOUCHARD - J. CALAF

Renseignements et inscriptions :

Agence CCC

Tél : +33 (0)1 45 23 03 87

Email : info@sfgparis2012.com

Email : info.sfg2012@societecccc.fr

<http://www.sfgparis2012.com/>

18 au 22 juin 2012

Formation en Gynécologie Obstétrique Humanitaire

Pôle Santé

Léonard de Vinci

CHAMBRAY-LES-TOURS

Directeurs de l'enseignement :

Dr R. MATIS et Pr H-J PHILIPPE

Renseignements :

Gynécologie Sans Frontières

www.gynsf.org

Tél. 02 53 48 46 35

Déléguées : Elisabeth VAZ DO PIO

Tél. 06 09 93 93 35

Roselyne BARON

Tél. 06 98 70 50 54

Email : deleguee@gynsf.org

admin.gynsf@gmail.com

1^{er} et 2 juin 2012

2^{èmes} Journées organisées par le Pôle de Gynécologie Obstétrique et Reproduction

Cité Mondiale 18 Parvis des Chartrons
BORDEAUX

Renseignements et inscriptions

JBH Santé - 53, Rue de Turbigo - 75003 Paris

Tél. 01 44 54 33 54 Fax: 01 44 54 33 59

E-mail : ye@jbhsante.fr

Contact : Yaelle Elbaz

site www.jbhsante.fr

L'IVG en 2012

J. FAIDHERBE*
P. BENOS**

Depuis vingt ans, interruption volontaire de grossesse et naissances évoluent de manière quasiment parallèle, traduisant ainsi une relative stabilité de la propension à interrompre une grossesse sur cette période.

i

ntroduction

Depuis vingt ans, interruption volontaire de grossesse et naissances évoluent de manière quasiment parallèle, traduisant ainsi une relative stabilité de la propension à interrompre une grossesse sur cette période. Cependant de fortes variations existent selon l'âge. Sans surprise, c'est chez les plus jeunes et notamment chez les mineures que le rapport entre naissance et IVG est le plus élevé. Il a en outre augmenté sensiblement jusqu'au milieu des années 2000 dans cette classe d'âge.

L'accès à la contraception, facilitée par le remboursement par les organismes de soins, l'augmentation des IVG chez les mineures, doivent conduire les soignants à prévenir plus

que jamais, à conseiller encore, par l'utilisation adaptée de la contraception. L'interruption volontaire de grossesse devrait diminuer dans nos maternités et notamment l'utilisation des pratiques chirurgicales tant les procédures médicalementes ont prouvé leur relative innocuité.

2 - Petite histoire de la loi sur l'IVG

A- Loi Neuvirth et loi Veil

Ce rappel ne nous paraît pas inutile tant il est le reflet de l'évolution décidée au sein de la société française et du débat qu'a toujours suscité l'interruption volontaire de grossesse.

Nous empruntons à Hassoun et Rubellin-Devichi l'essentiel de ce calendrier des faits.

En 1810, le Code pénal, par son article 317, punit de réclusion criminelle le "crime d'avortement" ; à la fin du XIX^{ème} siècle, les registres d'hospitalisation de l'Assistance publique des Hôpitaux font envisager l'existence de 100 000 avortements par an pour la ville de Paris.

La loi du 31 juillet 1920 interdit les pratiques abortives, contraceptives et leur publicité ; seule la vente libre des pré-

Le taux mondial d'avortement qui se calcule en nombre d'avortements pour 1 000 femmes en âge de procréer (de 15 à 44 ans), est passé de 35 pour 1 000 en 1995 à 29 pour 1 000 en 2003 puis 28 pour 1 000 en 2008.

* Docteur Jacques FAIDHERBE, Vice-Président du SYNGOF - Pôle Praticien Hospitalier

** Docteur Paul BENOS, Praticien hospitalier - CHU Arnaud de Villeneuve



Fig. 1 Manifestation en 1967 - Loi Neuvirth
Archives Le Figaro

servatifs reste autorisée, dans l'unique souci de protection vis-à-vis de la syphilis.

La loi du 27 mars 1923 écarte la compétence de la Cour d'assise en matière d'avortement pour la confier à la Cour correctionnelle.

Le décret-loi du 29 juillet 1939 relatif à la famille et à la natalité française dit *"code de la famille"* aggrave les sanctions tout en admettant de façon implicite l'avortement thérapeutique.

La loi du 15 décembre 1942, sous le gouvernement de Vichy, qualifie l'avortement de *"crime contre la Nation"*, délit passible de la peine de mort. Cette loi est abrogée à la libération, non sans la résistance de certains...

La loi du 11 mai 1955 autorise l'avortement thérapeutique lorsque la grossesse met la vie de la mère en danger.

En 1960, création du M.F.P.F. (Mouvement français pour le planning familial).

La loi Neuvirth du 28 septembre 1967 suspend l'article 3 de la loi de 1920 et légalise la contraception ; elle ne prendra sa forme définitive que le 19 septembre 1967 en écartant les mineures (jusqu'en 1974), en créant l'obligation du carnet à souche (ce qui ne sera jamais respecté) et en interdisant la publicité pour la contraception ;

En 1968, la déclaration des droits de l'homme aux Nations Unies donne au couple *"le droit fondamental de décider librement et en toute responsabilité du nombre d'enfants qu'ils veulent et du moment de leur naissance"*.

En 1970 le Pr Le Jeune crée l'association *"Laissez-les vivre"*.

En 1971 et 1972, deux faits divers, largement médiatisés, vont faire pression sur le pouvoir politique pour une révision de la loi : le manifeste des *"343 salopes"* et le procès de Bobigny.

C'est le 17 janvier 1975 qu'est promulguée la loi Veil, dépénalisant l'avortement pour autoriser, dans des conditions précises, l'interruption volontaire de grossesse.

La loi du 31 décembre 1979, dit loi Veil-Pelletier pérennise la loi de 1975 en y ajoutant l'obligation hospitalière (obligation faite aux chefs de service de gynécologie des hôpitaux publics d'une activité d'orthogénie).

La loi du 31 décembre 1982 ouvre l'IVG au remboursement par la Sécurité sociale.

La loi du 16 janvier 1993 dite loi Neiertz instaure la notion d'entrave à l'IVG passible d'amende et d'emprisonnement ; après 1990, on assistera à près d'une centaine d'interventions de *"commandos anti-IVG"*, presque tous systématiquement condamnés.

Le décret du 4 juillet 2001 allonge le délai de prise en charge de 10 à 12 semaines de grossesse, modifie les conditions d'accès aux mineures et aux femmes étrangères et annule l'obligation de l'entretien social préalable.

La technique médicamenteuse est autorisée depuis 1989. La loi Aubry-Guigou du 4 juillet 2001 a introduit une modification des règles de recours à une IVG en portant le délai maximal de recours autorisé de dix à douze semaines de grossesse.

B – Nouvelles révisions de la loi et mesures récentes

La loi de juillet 2001 et ses textes d'application de juillet 2004 permettent également aux femmes de recourir aux IVG médicamenteuses dans le cadre de la médecine de ville et cela jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée. Les médecins pratiquant cette activité sont amenés à déclarer leur activité par le biais des établissements de santé avec lesquels ils ont signé une convention.

Le 8 mars 2010, à l'occasion de la Journée internationale de la femme, la ministre en charge de la Santé a annoncé plusieurs mesures facilitant l'accès à l'IVG (augmentation des forfaits IVG, actions de prévention...), l'accès à la contraception chez les mineures, la formation sexuelle chez les adolescents.

Enfin, concernant la prévention des grossesses non désirées, la loi du 21 juillet 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patientes, à la santé et aux territoires (HPST) vise à favoriser l'accès à la contraception, en élargissant les missions des sages-femmes, des infirmières et des pharmaciens pour le suivi et la prescription de contraceptifs.

C – Les lois de libéralisation de la contraception et de l'IVG ont-elles eu un effet permissif sur les demandes des patientes ?

Les lois encadrant la contraception et l'orthogénie ont en effet profondément modifié les attitudes de la société française dans ce domaine. Pour avoir un élément de réponse, il est intéressant de se pencher sur une récente publication du *Lancet* dans un travail relaté par le *Guttmacher Institute* montrant que le nombre d'avortements clandestins tend à progresser dans le monde soulignant l'effet pervers des *"législations restrictives"* dans certains pays en développement.

La proportion d'avortements *"non médicalisés"* pratiqués dans le monde, est passée de 44% en 1995, à 47% en 2003 puis 49% en 2008, selon les chiffres de cette étude.

Au même moment, le taux mondial d'avortement qui se calcule en nombre d'avortements pour 1 000 femmes en âge de procréer (de 15 à



44 ans), est passé de 35 pour 1 000 en 1995 à 29 pour 1 000 en 2003 puis 28 pour 1 000 en 2008.

Les avortements non médicalisés ont causé 220 décès pour 100 000 actes en 2008. "Cette mortalité se situe presque entièrement dans les pays en développement" indique dans un communiqué le *Guttmacher Institute*, institut basé aux Etats-Unis, spécialisé dans la reproduction et la sexualité. Selon l'étude, chaque année, environ 8,5 millions de femmes des régions en développement souffrent de complications d'avortement et parmi celles-ci trois millions ne reçoivent pas les soins nécessaires.

Les deux régions réputées les plus "restrictives", l'Afrique et l'Amérique latine, affichent des taux d'avortement élevés, de 29 et 32 pour 1 000 femmes en âge de procréer.

Au contraire en Europe de l'Ouest où les interruptions volontaires de grossesse (IVG) sont généralement légales, le taux d'avortement n'est que de 12 pour 1 000.

En Afrique, la région australe fait figure d'exception avec le taux d'avortement le plus faible du continent, à 15 pour 1 000, car les femmes y bénéficient de "la législation libérale d'Afrique du Sud". L'étude note toutefois une forte disparité régionale en Europe, avec un taux faible à l'ouest (12 pour 1 000) et au nord (17 pour 1 000) mais beaucoup plus élevé en Europe de l'Est (43 pour 1 000). "Cet écart s'explique par les niveaux relativement faibles des pratiques contraceptives modernes" à l'est, explique le *Guttmacher Institute*.

A l'échelle mondiale, la baisse du taux d'avortement observée entre 1995 et 2003 ne s'est pas poursuivie en 2008, sans doute en conséquence d'une stagnation observée dans l'usage des contraceptifs, selon Gilda Sedgh, chercheuse au *Guttmacher Institute* et principal auteur de l'étude. "Sauf investissement accru dans des services de planification familiale de qualité, on peut s'attendre à ce que cette tendance persiste", observe-t-elle.

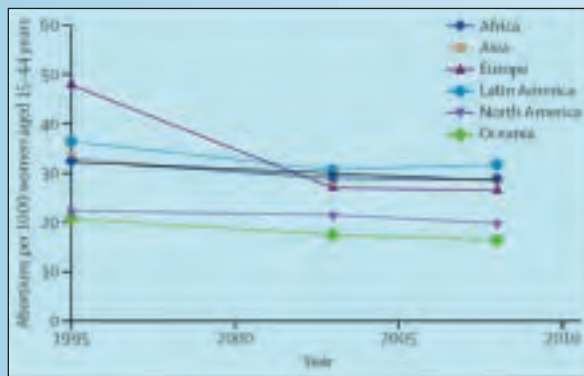


Fig. 2 Nombre d'IVG dans le monde et évolution de leur nombre entre 1995 et 2008.

(Gilda Sedgh and al. *Lancet*, January 19, 2012).

3 – Impératifs fixés par la loi

Ils sont similaires pour les techniques médicamenteuses et chirurgicales :

Consultation 1:

- Demande d'une interruption de grossesse
- Confirmation de la grossesse
- Estimation de la durée de l'aménorrhée (béta-HCG, échographie).
- Vérification de l'absence de GEU.
- Informations sur les différentes méthodes d'interruption de grossesse : médicamenteuses et chirurgicales. Risques et complications. L'IVG médicamenteuse est possible jusqu'à 7 SA en cabinet médical et 9 SA en centre d'orthogénie. Les procédures chirurgicales sont possibles jusqu'à 14 SA au centre d'orthogénie.
- Proposition de l'entretien psychosocial (obligatoire chez les mineures).
- Accompagnement des mineures par une personne majeure avec ou sans le consentement parental.
- Remise du dossier guide à la patiente.
- Réflexion de sept jours à compter de cette consultation pouvant être réduite en cas de risque de dépassement de la durée légale.

Consultation 2 au septième jour :

Confirmation de la demande d'IVG

1 - Si méthode médicamenteuse : 7 semaines de grossesse ou 63 jours d'aménorrhée.

- Signature du formulaire de consentement avec double à la patiente.
- Administration de la Mifégyne® en présence du médecin (le plus souvent 3 cp en une prise).

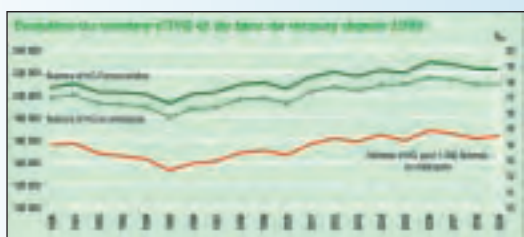
2 - Si méthode chirurgicale : consultation anesthésique si nécessaire et programmation chirurgicale.

Consultation n°3 :

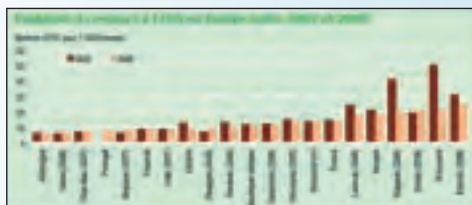
- Si méthode médicamenteuse, administration de la prostaglandine (Misoprostol 200 : 2 comprimés per os en une prise).
- A l'hôpital, surveillance de la patiente le temps jugé nécessaire.
- Prescription d'un contraceptif s'il y a lieu.
- Généralement, l'expulsion a lieu au cours des trois heures qui suivent.

Consultation n°4 :

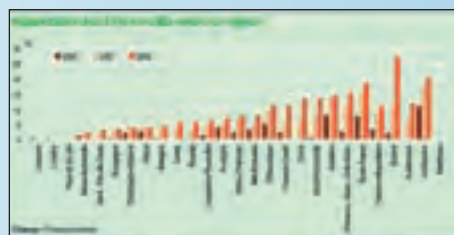
- Entre J14 et J21,
- Examen de contrôle,
- Vérification de la vacuité utérine (HCG ou échographie), d'absence d'infection, de métrorragies anormales.
- En cas de grossesse persistante, on propose de compléter la procédure par une aspiration de complément, le plus souvent sous anesthésie locale, ou par prise de prostaglandines supplémentaires.



Graphique n°1 – Evolution du nombre d'IVG en France depuis 1990.
Source DREES



Graphique n°2 – Recours à l'IVG en Europe.
Source DREES



Graphique n°3 – IVG médicamenteuse réalisée en ville.
Source DREES

		2007	2008	2009	2010	2011	2012
France totale	222 000	113 000	113 000	113 000	113 000	113 000	113 000
France totale	222 000	113 000	113 000	113 000	113 000	113 000	113 000
France totale	222 000	113 000	113 000	113 000	113 000	113 000	113 000
France totale	222 000	113 000	113 000	113 000	113 000	113 000	113 000

Tableau n°1 – Plus de 50% des IVG sont médicamenteuses
Sources DREES

4 - Données épidémiologiques

Un peu plus de 222 000 IVG ont été réalisées en France en 2008 ainsi qu'en 2009.

Avec 15 IVG pour 1000 femmes, la France se situe dans la moyenne européenne. Le chiffre des IVG n'augmente que de façon très modérée depuis 1990 (graphique n°1).

Si la France se situe dans la moyenne européenne, elle se situe cependant très au-dessus de l'Allemagne ou des Pays-Bas (graphique n°2).

Il est remarquable de trouver bien davantage d'IVG pratiquées en ville dans certaines grandes métropoles, mais aussi en Guyane et à la Réunion (graphique n°3).

Les IVG pratiquées en ville permettent de majorer le chiffre global d'IVG médicamenteuses (Tableau n°1).

Seules les régions où les IVG médicamenteuses sont élevées en ville peuvent permettre d'atteindre un taux d'IVG médicamenteuse supérieur à 60%.

5 – Les méthodes d'IVG

Deux méthodes sont utilisées pour interrompre une grossesse : l'IVG chirurgicale jusqu'à 14 SA et l'IVG médicamenteuse. Une note de l'HAS a publié le 28 avril 2011, des recommandations spécifiques pour l'IVG médicamenteuse. Cette dernière peut être réalisée en ville, jusqu'à 49 jours d'aménorrhée et jusqu'à 63 jours d'aménorrhée dans un établissement de santé. Ce dernier doit disposer d'un service de gynécologie-obstétrique ou de chirurgie ou d'une convention avec un établissement disposant du plateau technique permettant de prendre en charge l'ensemble des complications. Dans tous

les cas, les femmes doivent pouvoir choisir, si la durée de l'aménorrhée le permet, la méthode. Une information complète par les professionnels de santé, en particulier sur les effets indésirables tels que les hémorragies et la douleur, est essentielle.

L'IVG médicamenteuse repose sur l'association de l'antiprogesterone, la mifépristone (Mifégyne®), administrée au jour 1 et d'une prostaglandine administrée de 36 à 48 heures plus tard.

Son efficacité s'évalue sur deux critères : le taux de succès (obtention d'un avortement complet sans nécessité d'intervention chirurgicale), le taux de grossesses évolutives ou persistantes.

On retrouve dans cette recommandation de l'HAS deux protocoles pour les grossesses de moins de 7 SA avec deux séquences possibles, selon la posologie et le mode d'administration de Mifégyne® (mifépristone) :

- Une prise de 600 mg de mifépristone par voie orale suivie, de 36 à 48 h plus tard, de 400 µg de misoprostol par voie orale ;
- Une prise de 200 mg de mifépristone par voie orale suivie, de 36 à 48 h plus tard, de 400 µg de misoprostol (séquence hors AMM) est une pratique rapportée par certains praticiens qui conduit à des taux de succès comparable (91%). Néanmoins, avec 200 mg de mifépristone pourraient survenir jusqu'à 2,6% de grossesses évolutives supplémentaires par rapport à 600 mg.

La visite de contrôle réglementaire après 2 semaines n'étant pas souvent réalisée, les femmes peuvent ne pas être conscientes de la poursuite de la grossesse ce qui peut les conduire à dépasser le seuil légal de l'IVG chirurgical de 14 SA.



- Pour les grossesses de 49 à 63 jours d'aménorrhée, le traitement indiqué par l'AMM de Mifégyne® est une prise de 600 mg de mifépristone suivie, de 36 à 48 heures plus tard, de 1 mg de géméprost par voie vaginale.

L'administration de misoprostol par voie vaginale est plus efficace que per os (hors AMM), mais elle entraîne plus fréquemment des douleurs abdomino-pelviennes et de très rares accidents graves (il a été décrit des accidents cardiaques de l'association mifépristone misoprostol chez les fumeuses).

A – Méthode médicamenteuse

1 – En cabinet médical externe :

La loi du 4 Juillet 2001 relative à l'interruption de grossesse autorise à réaliser des IVG en dehors des centres de soins. La prescription des médicaments est faite au cabinet médical de ville. Ces IVG "à domicile" sont réalisées dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé. Seules les IVG médicamenteuses peuvent être pratiquées dans le cadre de ce dispositif, jusqu'à 7 SA.

2 consultations préalables à l'IVG :

La première consultation, non incluse dans le forfait, enregistre la demande d'IVG, informe la patiente sur les différentes techniques, propose l'entretien social et inaugure le délai de réflexion d'une semaine.

- 2 consultations délivrant la mifépristone (RU 486) et le Cytotec®
- Une consultation de contrôle.

La convention est à adresser à l'ordre des médecins, au conseil régional de l'ordre des pharmaciens, à la CPAM dont il relève.

Le médecin doit être qualifié en gynécologie médicale ou en gynécologie-obstétrique ou avoir une pratique régulière de l'IVG médicamenteuse dûment attestée dans un établissement de santé (les médecins généralistes ayant effectué un stage hospitalier et suivi une formation spécifique sont agréés).



Approvisionnement du médecin auprès de l'officine de son choix.

La prise des médicaments Mifégyne® et Gymiso®, se fait par la patiente au cabinet médical et jamais à son domicile.

Auparavant, le médecin a vérifié l'âge gestationnel de la patiente, l'état médical et psychologique de la patiente. La prescription médicamenteuse peut alors avoir lieu.

Le protocole est écrit et remis à la patiente. Les informations concernant les effets secondaires du médicament sont données à la patiente.

Le médecin s'assure que la patiente dispose bien d'un médicament antalgique et qu'elle peut se rendre dans l'établissement de santé dans un délai raisonnable de l'ordre d'une heure (coordonnées téléphoniques, fiche de liaison). Le suivi impose une prévention de l'incompatibilité rhésus et nécessite une nouvelle consultation dans les 15 jours.

Les attestations de consultations sont conservées par le médecin ainsi que le consentement écrit de la patiente.

Le médecin, enfin adressera à l'établissement de santé, les déclarations anonymes des IVG qu'il a pratiquées.

Pour les mineures, le principe légal de prise en charge anonyme et gratuite des IVG s'applique aux interruptions de grossesse pratiquées en ville.

2 – En centre de soin public ou privé.

La prescription est similaire concernant les IVG avant 49 jours d'aménorrhée.

Entre 49 et 63 jours, le protocole le plus courant associe, comme vu plus haut, 600 mg soit 3 cp de Mifégyne®, suivi de 1 mg de géméprost par voie vaginale.

B – Techniques comportant un geste endo-utérin

1 – Préparation à l'interruption chirurgicale de grossesse :

Depuis plusieurs années, le misoprostol (Cytotec®) s'est imposé par son faible coût, sa tolérance et son efficacité. Il semble que le meilleur compromis efficacité - tolérance soit apporté par la dose de 400 mg (deux comprimés) 3 heures avant le geste.

La mifépristone (Mifégyne®) a obtenu l'AMM dans cette indication à la dose de 200 mg. Son délai d'action est de 36 à 48 heures. Son prix est assez élevé. Elle est aussi efficace que les prostaglandines avec moins d'effets secondaires.

Les dilateurs mécaniques utilisés en début d'intervention sont les bougies de Hegar, mais surtout les dilateurs progressifs à usage unique du Docteur Dubreuil ; celles-ci sont rigides et courbes avec deux tailles : 5 à 8 mm et 8 à 12 mm.

2 – L'anesthésie locale :

L'anesthésie locale est une recommandation européenne pour la pratique des interruptions de grossesse. Elle réclame une attention particulière de l'entourage pour être acceptée sans impact psychologique. Le recours à une prémédication est souhaitable associé à un antalgique per os efficace.

Le bloc paracervical consiste à injecter de la xylocaïne® à 1% à la dose de 3 mg/kg à part

égale des deux côtés. Une traction douce sur la lèvre postérieure du col à la pince de Pozzi permet d'injecter 10 cc de solution à 4 et 8 h ou 3 et 9 h, par exemple au départ des ligaments utéro-sacrés et à une profondeur de 5 mm environ (de préférence avec des aiguilles protégées – Plastimo®). L'injection doit être facile permettant une diffusion efficace du produit qui agit entre 5 et 10 minutes. L'anesthésie peri-cervicale pratiquée en injectant aux quatre quadrants de la xylocaïne® à 1% et cela 3-4 cm de profondeur en suivant l'axe du col.

Il n'y a pas de différence d'efficacité entre les deux techniques et certains auteurs utilisent les deux techniques associées.

Dans tous les cas, la dose de 20 ml de xylocaïne à 1% ne sera pas dépassée ; au besoin une dilution 1/1 pourra être employée en la mélangeant à du sérum physiologique.

Les contre-indications sont : les allergies aux anesthésiques locaux amidés et surtout au parahydroxybenzoate de méthyle (excipient), le BAV, Les anticoagulants (antivitamines K), la porphyrie, l'épilepsie.

Les interactions médicamenteuses sont connues avec les bêtabloquants, les digitaliques, la cimétidine.

Les incidents de l'anesthésie locale peuvent se voir avec syndrome vagal, tachycardie, troubles neurosensoriels avec notamment un goût métallique dans la bouche. Ces troubles apparaissent essentiellement en cas de surdosage.

Les complications sont exceptionnelles avec les convulsions qui là aussi traduisent un surdosage facilité par un passage vasculaire du produit.

3 - L'anesthésie générale :

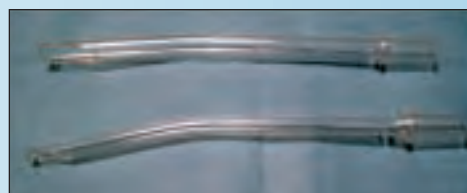
Si l'anesthésie locale est largement recommandée dans l'interruption volontaire de grossesse, l'anesthésie générale répond cependant à des impératifs protocolisés bien définis par l'ANAES et la société française d'anesthésie-réanimation (SFAR).

- La prémédication est recommandée : XANAX® (ALPRAZOLAM) 0.5 mg ou ATARAX® (HYDROXYZINE) 50 mg.
- L'anesthésie est réalisée par :
 - HYPNOVEL® (MIDAZOLAM) 1 à 2 mg en début d'intervention ;
 - RAPIFEN® (ALFENTANIL ampoule de 1mg/2ml de solution injectable) à 10 µg/kg ;
 - DIPRIVAN® (PROPOFOL ampoule de 200mg/20ml de solution injectable) à 1,5mg/kg ;
- Le traitement antalgique doit être débuté en même temps que la prémédication (BIPROFENID® 50 mg per os ou KETOPROFENE suppositoire de 100 mg et paracétamol 1 g)

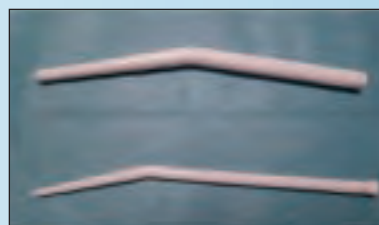
4 - L'aspiration : le matériel

Le confort chirurgical est apporté par des unités portatives d'aspiration électrique ; la dépression utilisée est de 600 à 800 mbar, associée à une interruption à pédale, avec pressurisation immédiate à la demande.

Les tuyaux de raccordement sont jetables et nécessitent un manchon de raccordement inter-



Canules de Berkeley (8 à 11 mm)



Bougies de dilatation progressive de Dubreuil

médiaire, et des canules d'aspiration également jetables. La canule de Karmann utilisée pour les grossesses précoces est remplacée efficacement par la canule rigide angulée de Berkeley. Cette dernière présente un seul orifice distal, de forme elliptique dont le calibre oscille entre 6 et 12 mm.

La technique nécessite le passage prudent de la canule en respectant les règles de l'hystérométrie :

- 75 à 85 mm à 6-7 SA ;
- 80 à 95 mm à 9 SA ;
- 90 à 110 mm de 10 à 12 SA.

6 - Complications de l'IVG

Compte tenu des interventions réalisées dans le "confort et la sécurité médicale" prévues par la loi Veil de 1975, les complications de l'IVG restent rares, mais doivent être connues; elles restent toutefois sans aucune commune mesure avec les complications redoutables des interruptions de grossesses clandestines grevées d'une lourde morbidité et mortalité où l'infection en particulier tenait un rôle majeur ; et n'oublions pas encore aujourd'hui que le tiers des décès maternels dans le monde ont pour cause des avortements illégaux ; l'essentiel de ces complications concerne les méthodes chirurgicales.

A - Mortalité et morbidité générales

En l'absence de registre de statistiques officielles concernant les complications de l'IVG, nous ne disposons que d'estimations : la mortalité générale a décru passant de 0,6 à 0,3/100 000 IVG entre 1975 et 1995.

Les facteurs de cette mortalité et de cette morbidité sont en revanche clairement identifiés par la convergence des nombreuses publications nationales et internationales, il s'agit :

- Du terme de la grossesse : les complications des IVG sont étroitement liées au terme auquel

l'intervention est pratiquée : avant 12 semaines d'aménorrhée, 5,2% des IVG entraînent des complications dont 0,6% sont majeures. Au delà de 13 semaines la proportion d'IVG à l'origine de complications augmente : 22,2% dont 2,2% de complications majeures,

- Du mode anesthésique avec, rappelons-le trois fois plus de risques pour l'AG que l'AL,
- De la technique utilisée : alors que la méthode médicamenteuse est à peu près sans risque, le curetage entraîne deux fois plus de complications que l'aspiration.

B – Complications précoces

Ce sont celles qui surviennent lors de l'intervention ou dans les suites immédiates.

Les déchirures du col doivent être reconnues et éventuellement suturées.

Les perforations utérines sont réalisées le plus souvent au décours d'une dilatation cervicale laborieuse et incertaine que la préparation cervicale déjà décrite saura prévenir. Ce risque, estimé à une IVG sur mille, est fonction de l'expérience de l'opérateur et de la consistance utérine (le risque augmente avec l'âge de la grossesse et la grande multiparité).

Si la perforation est reconnue avant l'aspiration, elle sera sans conséquence : une surveillance de quelques heures suffit ; en revanche, une perforation non reconnue suivie d'aspiration peut entraîner des dégâts digestifs ou vésicaux majeurs nécessitant une laparotomie exploratrice immédiate plus ou moins précédée d'une coelioscopie première.

Les hémorragies : pour la méthode médicamenteuse, les hémorragies nécessitant une aspiration secondaire à visée hémostatique représentent un risque sur trois mille. Pour les méthodes chirurgicales, on recherche une plaie cervicale, une atonie utérine, une rétention ovulaire. Le recours à une transfusion reste exceptionnel. Devant la survenue d'un saignement différé, *a fortiori* associé à des douleurs pelviennes, seront évoquées une évacuation incomplète ou une endométrite voire une GEU.

Les évacuations incomplètes sont pratiquement toujours le fait d'une faute technique, (défaut de vérification soigneuse de la cavité utérine). Les douleurs pelviennes, un saignement anormal donneront l'alerte : l'échographie pourra être un appoint utile ; pour les rétentions totales (poursuite de la grossesse), pourront se poser des problèmes médico-légaux difficiles ; la consultation post-IVG systématique et méthodique doit annuler ce risque.

L'infection : les redoutables septicémies à *Perfringens* des avortements clandestins d'autrefois ont aujourd'hui disparu. Mais tout geste endo-utérin, même réalisé dans des conditions d'asepsie standardisée, comporte un risque d'infection ; il peut s'agir soit d'une endométrite cliniquement évocatrice, soit de façon plus sournoise d'une infection à bas bruit avec, par une diffusion canalaire, un risque tubaire. Ces faits ont fait opter un certain nombre d'auteurs pour une antibiothérapie sys-

tématique ; il semble qu'un dépistage et un traitement des infections vulvo-vaginales avant intervention et une recherche des facteurs de risque lors de la consultation pré-IVG soient suffisants pour justifier une antibioprophylaxie uniquement ciblée sur certaines patientes.

C – Complications tardives

Il est légitime de s'interroger sur l'implication de l'IVG dans d'éventuelles conséquences en matière de reproduction.

Les études essentiellement nord-américaines, le plus souvent de type rétrospectif, ont eu souvent des conclusions divergentes. Bon nombre d'entre elles comportent de nombreux biais : en effet, comment comparer des populations très hétérogènes sans tenir compte de facteurs de risque propre à chaque patiente ; âge, tabagisme, statut socio-économique, éducation, qualité du suivi des grossesses, exposition aux IST sont des variables de première importance en matière de reproduction. Nous donnons ici les résultats d'une vaste étude de la littérature publiée en 1984 que des études plus récentes sont venues confirmer.

Lorsqu'une première grossesse est interrompue au premier trimestre par aspiration :

- Les risques de stérilité secondaires ne sont pas augmentés,
- La fréquence des GEU n'est pas accrue,
- Il n'y a pas de majoration de l'incidence des avortements spontanés des premier et deuxième trimestres,
- Prématurité et morbidité périnatale ne sont pas modifiées.

En revanche, l'impact des IVG à répétition chez une même patiente est moins bien connu.

D – Conséquences psycho-affectives

Le taux de regrets dépend beaucoup du contexte psychologique dans lequel a été réalisée l'intervention : rôle d'éventuelles pressions extérieures sur la patiente, attitude du partenaire, conditions d'accueil de la patiente au centre d'IVG ; il faut savoir que toute IVG s'inscrit dans la mémoire des patientes : c'est dire l'importance de la décision, de l'environnement psychologique, de l'acte lui-même et de l'accompagnement parfois nécessaire après l'intervention qui, pour être simple, n'est jamais banale dans la propre histoire de la patiente.

7 – En pratique

A – Première consultation

Lorsque la patiente vient exprimer son désir d'IVG, il convient, par un examen clinique minutieux d'affirmer la réalité de la grossesse et d'évaluer son terme en s'aidant d'une échographie préférentiellement endovaginale ; on profitera de cette consultation pour dépister une éventuelle IST et réaliser un frottis



cervico-vaginal ; devant toute anomalie débutante de cette grossesse (métrorragies, douleurs pelviennes, vomissements anormaux) il conviendra d'éliminer une pathologie du premier trimestre de la grossesse et en particulier une grossesse extra-utérine voire molaire.

Les examens biologiques seront réduits à leur minimum : groupe sanguin ABO-rhésus pour prévenir une iso-immunisation rhésus ; l'antigène D est en effet mis en évidence à la surface des hématies embryonnaires à trente-huit jours de gestation ; dès le deuxième mois, il existe un passage des hématies du sang embryonnaire dans la circulation maternelle ; en cas de rhésus négatif maternel, une prophylaxie par des immunoglobulines anti-D (Rophylac® 200 µg, à renouveler si besoin) sera prévue, à faire dans les suites immédiates de l'intervention. D'autres examens pourront être prescrits sur avis de l'anesthésiste en cas d'anesthésie générale.

La consultation de psychologie n'a pas de caractère obligatoire, mais peut s'avérer être une aide très utile à la décision ; elle ne pourra bien entendu être proposée qu'aux femmes qui le désirent et chez les mineures. Qu'en attendre ? Permettre à la femme de se situer dans son choix, assurer la prise de conscience qu'une décision aussi importante ne peut se faire selon un mode impulsif, dénouer l'ambivalence rencontrée, prendre en compte l'anxiété voire l'angoisse qui préside à cet acte, saisir les résistances de l'emploi des moyens de contraception. Les équipes des services d'orthogénie connaissent bien un certain nombre de situations, à *"hauts risques psychologiques"* : les adolescentes, les IVG dites *"contraintes et forcées"*, l'existence d'un deuil récent dans les antécédents, les IVG itératives chez les patientes sans enfant ; pour chacune d'entre elles, un accompagnement psychologique avant, pendant et après l'IVG, s'avère hautement souhaitable.

Au terme de cette consultation, la patiente sera éventuellement dirigée vers la personne habilitée à réaliser l'entretien social : conseillère conjugale, assistante sociale, ou sage-femme de l'établissement agréé. Le délai légal d'une semaine permettant une ultime réflexion sera respecté en dehors de quelques situations très particulières où il pourra être raccourci.

B – Choix de la méthode d'IVG

Les différentes techniques possibles de l'IVG doivent être discutées avec la patiente et les explications lui être données quant à l'intérêt et l'inconvénient respectifs de ces différentes méthodes.

La méthode médicamenteuse s'avère particulièrement adaptée à la prise en charge ambulatoire de l'IVG pour les grossesses de moins de 49 jours d'aménorrhée. Les contre-indications sont exceptionnelles : insuffisance hépatique (confirmer par un dosage de transaminases) et troubles de l'hémostase pour la mifépristone, insuffisance cardiaque et accidents cardio-vas-

culaires pour le misoprostol. En revanche, la consultation s'attachera à évaluer minutieusement la capacité psychologique de la patiente à gérer une méthode qui l'implique le plus, la laissant de ce fait dans une plus grande solitude : la patiente étant surveillée 4 à 6 heures, près de 30% des expulsions auront lieu en dehors du centre pour les IVG de 49 jours d'aménorrhée. Dans le cas des IVG médicamenteuses qui surviennent entre 7 et 9 SA, le centre s'appliquera à ce que l'IVG ait lieu pendant le laps de temps d'hospitalisation en hôpital de jour en augmentant la durée d'hospitalisation s'il le faut. Malgré de très nombreux avantages, la méthode médicamenteuse, reste sous-employée en France, en particulier dans les établissements privés.

Il est nécessaire pour faire évoluer la situation de l'IVG médicamenteuse que le nombre de médecins habilités à prescrire la mifégyne® en cabinet dans le cadre de conventions passées avec les centres d'orthogénie, soit plus nombreux. Ainsi les différentes enquêtes menées dans les grandes métropoles françaises montrent que le taux d'IVG médicamenteuses peut aller jusqu'à 65% des procédures pratiquées dans le bassin couvert par le centre d'orthogénie en associant les IVG médicamenteuses prescrites en externe au cabinet et les IVG médicamenteuses pratiquées dans les centres.

En cas de procédure chirurgicale, l'aspiration endo-utérine sera toujours préférée au curetage. Le choix du mode anesthésique devra être discuté avec la patiente en l'orientant, chaque fois que possible, vers l'anesthésie locale. Rappelons que pour une anesthésie générale, une consultation de pré-anesthésie est indispensable au moins trois jours avant le geste et cela en dehors des situations urgentes.

C – Consultation post-IVG

Temps important dans les prises en charge des patientes, elle propose un triple objectif :

- Le contrôle gynécologique va s'assurer de l'absence de complications médicales liées à l'intervention ; interrogatoire et examen minutieux élimineront en particulier une rétention placentaire ou une infection immédiatement prise en charge (nouvelle aspiration, utérotoniques, antibiothérapie),
- L'évaluation du vécu psychologique de l'IVG,
- L'établissement d'un projet contraceptif.

Dans les suites immédiates de l'IVG, sous réserve de l'absence des contre-indications classiques, est prescrite une contraception œstroprogestative à débiter le jour même de l'intervention. Dans certaines situations, si tel est le souhait de la patiente, l'insertion immédiate d'un stérilet ou la pose d'un implant contraceptif sous-cutané, est possible dans le post-abortion : elle n'augmente ni le risque infectieux, ni le risque hémorragique.

À plus long terme, peut-on envisager une prévention de l'IVG ? Il faut savoir que pour la très



grande majorité des femmes, le recours à l'avortement est accidentel et unique.

Il s'agit "d'avortements conjoncturels" (Pasini), bien différent de "l'avortement structurel", répétitif, où le conseil contraceptif se révèle, hélas, souvent inefficace. Certes, l'information peut être améliorée (auprès des adolescents en particulier), le recours à la contraception d'urgence plébiscité, les risques de la contraception hormonale dédramatisés : le pourcentage des IVG lié à une absence de couverture contraceptive (25%) pourra sans doute diminuer. Mais il faut savoir qu'il restera toujours un nombre incompressible de grossesses non planifiées, en synonyme de désir d'enfants. C'est dire que le cadre de la consultation de contraception ne peut se limiter au strict conseil médical et s'ouvrir, lui aussi, dans la multidisciplinarité, à d'autres compétences.

8 – Conclusion

Le rôle de l'information et de l'éducation pour la santé fait partie des axes forts de la loi Hôpital Patient Santé Territoire.

En matière d'interruption volontaire de grossesse, la cible particulière qui est celle de la population adolescente et post-adolescente, pour la plupart, doit nous conduire à renouveler à chaque génération, les messages adressés à tous lors des Lois de 1967 et 1975.

9 – Bibliographie

- 1- AUBENY E (2000) *L'IVG médicamenteuse peut-elle se faire à domicile ?* Journées pyrénéennes de Gynécologie; Tarbes 6/7 octobre. Livre de communications pp295-9.
- 2- BENOS P. (2004) *L'interruption volontaire de grossesse ou IVG*. In *Traité de gynécologie médicale* : 225-240. Springer
- 3- G. PACCOUD, F. VENDITELLI, J.-C. PONS *Modifications de la législation concernant l'interruption volontaire de grossesse : lecture et interrogations d'acteurs de terrain* – J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002 ; 31 : 142-161.
- 4- *Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse. Recommandations de bonne pratique* – HAS décembre 2010 – J Gynecol Obstet Biol Reprod (2011)40, 687-692
- 5- MARCELLIN L, HADDAD B, KAYEM G. *Cas d'une hémorragie grave au cours d'une interruption volontaire de grossesse par aspiration : malformation artérioveineuse ou placenta accreta du premier trimestre*. J Gynecol Obstet Biol Reprod (2010) 39, 331-336
- 6- NISAND, D. MERG-ESSADI. *Aspect éthiques et médico-légaux de l'interruption volontaire de grossesse* EMC Gynécologie 738-B-80
- 7- MOULLIER R., MESLE B. *Interruption volontaire de grossesse* – EMC Gynécologie 738-A-40



Suivez l'actualité du SYNGOF
au quotidien sur

www.syngof.fr





“TOUT SAVOIR SUR VOTRE GROSSESSE”

www.syngof.fr → Espace grand public

A la demande du Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France (Syngof), la Haute Autorité de santé (HAS) a fait paraître des recommandations : *“Comment mieux informer les femmes enceintes”*¹. Le Syngof a souhaité rendre accessibles aux femmes enceintes ces recommandations scientifiques destinées initialement aux professionnels de santé. Il les a enrichies du fruit de l'expérience quotidienne des gynécologues obstétriciens et des dernières données médicales. *Site mis à jour en 2010.*

Tout pour vivre votre grossesse en confiance

Sur le site *“Tout savoir sur votre grossesse”* vous trouverez informations pratiques, conseils face aux petits maux de la grossesse, mises en garde devant les résultats des examens, etc.

Au sommaire de

“TOUT SAVOIR SUR VOTRE GROSSESSE”

- Pour informer les femmes enceintes
- Vos interlocuteurs
- Vos rendez-vous médicaux
- La consultation, pour quoi faire ? :
Tout ce que la femme enceinte doit signaler au praticien ; le contenu détaillé des consultations, médicales et échographiques et leur objectif
- Signes d'alerte : attention, urgence !
- Travail, nutrition, médicaments, couple, loisirs
- Nouveautés :
 - L'entretien au 1^{er} trimestre pour vous initier à la parentalité
 - La consultation en vue d'une grossesse
- Mémento de la grossesse mois après mois
- Glossaire :
Tous les termes techniques mentionnés sur le site *“Tout savoir sur votre grossesse”* sont expliqués en termes clairs

¹ “Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé”, HAS, Avril 2005 Et “Préparation à la naissance et à la parentalité” HAS, Février 2006. Sur le site : www.has-sante.fr

SAMSUNG

SAMSUNG MEDISON



SYNGOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France

Ensemble, imaginons demain

Samsung Medison, partenaire officiel du SYNGOF

New



MySONO U6

Evolutif 3D

Sonde abdominale
Sonde endovaginale
Imprimante Laser Couleur
Moniteur de rappel 24"

23 000 euros TTC*

New



SonoAce R7

Evolutif 3D

Sonde abdominale
Sonde endovaginale
Imprimante Laser Couleur
Moniteur de rappel 32"

23 000 euros TTC*



Accuvix V20 Prestige

Pack logiciels 3D/4D

Volume NT™**

Sonde abdominale 3D
Sonde endovaginale
Imprimante Laser Couleur
Moniteur de rappel 32"

50 000 euros TTC*

SAMSUNG MEDISON

SAMSUNG

SAMSUNG MEDISON FRANCE

Le Vega - 30 Rue Mozart- 92110 Clichy

Tél : +33 (0)1 47 56 12 91 - Fax +33 (0)1 47 56 17 05

www.samsungmedison.com/fr - info@samsungmedison.fr

* Prix net hors reprise de l'ancien matériel

** Volume NT™ : Détection automatique de la coupe sagittale stricte et calcul automatique de la clarté nucale

Exclusivité Samsung Medison