LES CAHIERS SYNGOF
Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France

93
Juin
2013

- Le contrat d'accès aux soins
- Fiches Gynerisq'Attitude
- Partir avec Gynécologie Sans Frontières

Les Cahiers SYNGOF jour après jour

vous informent

LES CAHIERS SYNGOF
Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France

Sommaire

2 Lettre de la rédaction des Cahiers du Syngof
B. de ROCHAMBEAU

3 Éditorial
F. X BOYER de LATOUR

INFORMATIONS SYNDICALES

4 Conseil d'Administration du 7 juin 2013
J. MARTY

8 Avenant 8 : contrat d'accès aux soins et recours contre les praticiens pour abus de dépassement
J. MARTY

12 Cotation cs + écho obstétricale
J. RIVOALLAN, F.X. BOYER DE LATOUR

14 Le C2 en gynécologie
E. PAGANELLI, Y. VERHAEGHE

16 Le contrat d'accès aux soins
B. de ROCHAMBEAU

20 Contenu minimum obligatoire d'un compte-rendu de césarienne
CNGOF

CONNAISSANCE ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES MÉDICALES

DOSSIER

22 Grossesse prolongée et terme dépassé
Historique, définitions et recommandations
M. VERMEILLE, B. BOUBLI, F. COATLEVEN, J. HOROVITZ

30 Gynerisq'*Attitude*
- Situation à risque d'asphyxie per-partum après 34 SA
Rédacteur S. FAVRIN

35 - La dystocie des épaules
Rédacteur Ph. MIRONNEAU

ANALYSE DU RISQUE MÉDICAL

38 Revue de presse médicale :
- La relaxe d'un médecin poursuivi au pénal n'empêche pas sa condamnation civile pour défaut de diagnostic à l'origine d'une perte de chance.
M-A ROZAN

39 Courrier du Pr Racinet
au Rédacteur en chef des Cahiers du Syngof

40 Commission de recours et d'expertise de Gynerisq
L'Equipe de la CREG

DROIT ET GYNÉCOLOGIE

42 Responsabilité professionnelle médicale :
- Naissance d'un enfant atteint de trisomie 21
- Accouchement...
M. GIRER

45 Exercice libéral :
- Contrat d'exercice libéral. Contrat médical. Coexistence
G. MÉMETEAU

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

46 Regards sur les représentations 3D du corps humain
1- La céroplastie médico-chirurgicale
B. SEGUY

GYNÉCOLOGIE HUMANITAIRE

51 Partir avec Gynécologie Sans Frontières
A. BENBASSA

VOS RUBRIQUES

54 Propos de lecture
55 Commissions de qualification
56 Conseil d'administration
58 Petites annonces
59 Le coin des cinéphiles du siècle dernier
60 Agenda des congrès

93
juin

The Bridgeman Art Library

Siesta, 1927 (oil on board)
Harvey, Harold (1874-1941)
©Leamington Spa Art Gallery & Museum

Directeurs de la Publication : Drs François-Xavier Boyer de Latour, Bertrand de Rochambeau
Comité de Rédaction : Professeurs Bernard et Horovitz.
Docteurs Boyer de Latour, de Rochambeau, Favrin, Faidherbe, Guérin, Rivoallan, Rozan, Tourame.
Publicité : Dr François-Xavier Boyer de Latour
Tél. 03 23 64 53 59
Email *fxdelatour@gmail.com*
Dr Bertrand de Rochambeau Tél. 01 64 72 74 26
Email : *bdr@club-internet.fr*
Siège social : Syngof, 25 rue du Tendat
81000 ALBI - 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 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 : 2ème trimestre 2013
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

Depuis 6 mois l'actualité syndicale des médecins est l'objet d'un feu médiatique quasi roulant. 3 évènements en particulier ont marqué cette période.

La négociation conventionnelle de l'avenant 8 sur les compléments d'honoraires. Lors de l'ultime négociation de l'avenant 8, la signature de l'avenant a été obtenue après un marathon de discussions, un faux *tombé de rideaux* et un rappel (presque) général : une vraie mise en scène pour faire croire à un accord, en fait en trompe l'œil, puisque les syndicats signataires ne s'engageaient qu'à favoriser l'acceptation par leurs mandants de cet accord. L'avenant 8 a été signé ensuite par la CSMF, le SML et MG : il s'appliquera donc. On voit qu'aujourd'hui, chacun ayant repris ses esprits, il ne reste que 2 syndicats : CSMF et MG pour promouvoir le contrat d'accès aux soins au sein de l'avenant 8 et on s'interroge sur sa viabilité (*voir plus loin dans ce numéro*). S'il ne voyait pas le jour reverrons-nous la menace ministérielle de l'imposer par la loi ? Cet avenant 8 a apporté gratuitement aux complémentaires santés, 4 millions de cotisants éligibles à l'aide à la complémentaire santé (ACS) qui leur sera payé par la solidarité nationale. C'est à ces patients que le tarif opposable doit être appliqué par tous : donc pas de compléments d'honoraires à régler pour les complémentaires. On ne saura rien du devenir de cet argent public puisque dans le même temps, la ministre a supprimé l'obligation de transparence des comptes aux mutuelles.

Le sauvetage de l'hôpital public, la ministre a annoncé, après consultation de tous les acteurs qu'elle s'appuierait sur le rapport Couty. (*Cahiers du Syngof 91 déc. 2012*). Maintenant qu'il est connu, chacun attend les actes. Là, commence la mystification : On abandonne le tout T2A pour appliquer la T2A, partout où elle doit s'appliquer. Et pour le reste, on va discuter, et en attendant on applique la T2A. La place des médecins ? Ils seront écoutés, mais pas question de revenir sur le plan de redressement financier des hôpitaux, mis en œuvre par les directeurs et les ARS. Le privé à l'hôpital : ses excès ont mis le feu aux poudres concernant les compléments d'honoraires, l'avenant 8 a réglé le problème en ville, mais pas à l'hôpital. Il existe des dérives, un détournement du service public au bénéfice de quelques-uns ? Soit, c'est entendu, mais on ne change rien ! Puisqu'il faut augmenter les parts de marché de l'hôpital, on étend le périmètre des missions de service public aux urgences et à l'obstétrique. On fait mine d'ignorer qu'il existe une obstétrique non urgente, programmée. Reprenant à son compte cette *"riche idée"* mise en place par le gouvernement précédent (*Cahiers du Syngof 89 juin 2012*) que la Permanence de soins en établissement de santé (PDSES) mission de service public s'impose comme la norme au mépris de la continuité des soins. Celle-ci ne peut être reconnue car sans financement explicite, et pour nos gouvernants, ce qui n'a pas une ligne de financement ne saurait exister. Enfin en boudant l'hospitalisation privée, puis en l'attaquant sur le crédit d'impôts, la ministre s'est déclaré un nouvel adversaire.

C'est dans la gestion des scandales des agences du médicament et des produits de santé, comme de la Haute autorité de santé que les talents de brouilleur de piste de notre ministre se sont le plus exprimés. Pour éviter l'acharnement médiatique sur les membres des agences pris dans leurs conflits d'intérêts et le discrédit pour l'ensemble de son ministère, elle a pris la main et a accusé les pilules de 3ème et 4ème génération et, parmi elles, Diane 35 d'être des médicaments beaucoup trop dangereux pour être recommandés, voire prescrits, en tous les cas remboursés par l'assurance maladie. (*Cahiers du Syngof 92, mars 2013*) Elle a changé les équipes et mis ses agences au travail pour le démontrer, en publiant une étude épidémiologique (*http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Pilules-estroprogestatives-et-risque-thrombotique/Quelles-sont-les-donnees-sur-le-risque-thromboembolique-veineux-issues-des-etudes-de-pharmacoepidemiologie/(offset)/5*) qui ne démontre rien d'autre qu'un risque théorique, non retrouvé par l'enquête de pharmacovigilance, mais qui a été repris par les médias dans le sens indiqué : les pilules tuent beaucoup trop pour qu'on laisse faire.

Dans le même temps la communication est axée sur la surveillance de la vente de ces pilules dont on montre qu'elle chute drastiquement, ce qui valide *a posteriori* le discours de la ministre : *"je vous l'avais bien dit, les Françaises s'en détournent et sont d'accord avec moi".* Ce qu'elle oublie, c'est de démontrer que son action fait chuter le nombre d'accidents graves et de décès avec ces pilules, ce qui n'est absolument pas démontré, tout comme l'accusation initiale, mais là il s'agit d'une démarche scientifique dont la politique n'a cure.

François-Xavier Boyer de Latour
Directeur de Publication

Réveillez-vous !

Depuis environ trois décennies les gestionnaires de la santé en France : ministère de la santé, UNCAM, UNOCAM n'ont eu qu'une obsession : réduire des coûts, sans tenir compte d'autres paramètres : qualité des soins, formation médicale, et gestion des personnels de santé notamment etc. Face à cette volonté politique nos professions : gynécologue obstétricien, et gynécologue médical tant en public qu'en libéral n'ont jamais été défendues ou même simplement écoutées. Notre petit nombre a fait que, ni les Pouvoirs publics, ni les syndicats médicaux dits polycatégoriels ne se sont penchés sur nos problèmes. Ceci a entraîné une lente mais réelle dégradation de la qualité des soins apportés aux femmes comme en témoigne un rapport récent qui classe la France en queue de peloton des pays occidentaux pour la périnatalogie ! Cette dégradation est due en grande partie à la désaffection des médecins pour notre spécialité. Peu de jeunes la choisissent, les anciens fatigués et un peu las s'en détournent notamment lors des récentes fermetures de nombreuses *"petites"* maternités. Pour compenser cette baisse d'effectif il a fallu recourir à des praticiens formés à l'étranger dont les compétences sont *"variables"* d'où probablement l'excès de mortalité maternelle en Ile de France.

Pour tenter d'enrayer cette spirale infernale, un petit groupe au sein du SYNGOF, et de GYNERISQ travaille pour se faire reconnaître et influencer les Pouvoirs publics en faveur de notre profession et à travers celle-ci les soins donnés aux femmes françaises. Les succès ne sont pas minces : aides à l'assurance, loi pour résoudre les plafonds d'assurances en responsabilité civile qui nous exposaient tous à un risque de faillite personnelle, et plus récemment la possibilité de coter Cs et échographie obstétricale.

Cependant notre action doit continuer pour résoudre les nombreux problèmes qui persistent : pénibilité non reconnue de notre spécialité, stagnation des honoraires, sortir du secteur 1 pour ceux qui y sont bloqués depuis plus de 20 ans, etc. Pour cela nous avons besoin de l'aide de tous et que constatons-nous ? A la dernière AG du SYNGOF nous étions à peine une vingtaine, lors de la dernière consultation pour GYNERISQ 166 votants sur plus de 1 100 inscrits (cela ne prenait que quelques secondes et quelques clics), et seulement 4 (!) pour élire notre représentant hospitalier, enfin fin avril nous étions obligés de relancer nos 600 adhérents qui n'avaient même pas réglé leur cotisation pourtant modeste ! Nous avons besoin de vous pour financer nos experts, nos avocats, mais aussi comme membres actifs du Conseil d'administration qui doit impérativement se rajeunir et représenter toutes les régions, et toutes les composantes de notre spécialité : gynécologie médicale, gynécologie obstétrique privée et publique, PMA, échographie, cancérologie,...

Sortez de cette indifférence, réveillez-vous sinon votre sommeil actuel risque d'être celui définitif de notre belle spécialité.

Conseil d'administration

7 juin 2013

J. MARTY*

Les revalorisations prévues s'appliqueront au 1er juillet pour les seuls médecins de secteur 1.

Etaient présents les Docteurs : BOHL, BONNEAU, CACAULT, DE BIEVRE, DE ROCHAMBEAU, FAVRIN, GRAVIER, GUERIN, HOMASSON, LAPLACE, LEBOEUF, LEGRAND, LONLAS, MARTY, PAGANELLI, PEIGNÉ, RIVOALLAN, TEFFAUD, VERHAEGHE.

Etaient excusés les Docteurs : BOYER DE LATOUR, DARMON, DENJEAN, DREYFUS, FAIDHERBE, GUIGUES, HOROVITZ, JUBIOT, LE PORS, MUHLSTEIN, PROUVOST, ROUGÉ, ROZAN, SEGUY.

Ouverture du Conseil d'Administration par le Président le Dr J. MARTY.

Approbation du PV précédent

Le Dr MARTY demande aux membres présents de voter pour le compte rendu du CA précédent. Le PV est adopté à l'unanimité.

CS + ECHO
J. RIVOALLAN

Une décision de l'UNCAM, parue au JO du 16 mai 2013... *lire le texte en page 12.*

Travail de la commission CCAM clinique du Syngof
Rapporteur E. PAGANELLI

Avec les Drs F.X. Boyer de Latour, R. Denjean, C. Guerin et Y. Verhaeghe

(texte spécial C2 en page 14)

Proposition de consultations majorées C2 :

Toutes les premières fois au cabinet.

Le C2 pour les femmes adressées par un médecin ou une sage-femme (personnel médical travaillant en réseau avec le gynécologue).

Proposition de consultations majorées C3 :

Obstétrique :

Première consultation obstétricale du premier trimestre avec identification de grossesse à risque ou non et plan de surveillance de la grossesse.

Ouverture d'un dossier obstétrical au 3ème trimestre, pour une femme suivie par un autre professionnel de santé. Création du dossier, rassemblement de tous les éléments cliniques, paracliniques, échographiques ; organisation de la prise en charge.

Contraception : 1ère consultation de prise en charge d'une contraception : présentation de toutes les techniques possibles, contrôle de toutes les contre-indications éventuelles, évaluation des risques et bénéfices des différentes options.

Cancérologie : annonce d'un cancer gynécologique et/ou mammaire. Explications, organisation de la prise en charge, prises des rendez-vous avec les différentes spécialités concernées.

Infertilité : ouverture d'un dossier pour infertilité. Prise en charge clinique, organisation des différentes étapes du bilan, annonce et/ou organisation des différentes options thérapeutiques.

Orthogénie : première consultation urgente au cabinet pour demande d'ivg.

ou Cs plus écho de datation.

Urgences : revalorisation des consultations d'urgence pour amé-

** Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC*

LES ESSENTIELS DE L'INPES

LA CONTRACEPTION : Comment mieux la personnaliser ?

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Aider au choix pour favoriser une contraception adaptée.

Il n'y a pas de contraception valable pour toutes les femmes : chacune est un cas unique. C'est la situation affective, le mode de vie, le rapport au corps qui guident le choix de la contraception. Trouver la contraception qui correspond le mieux à sa patiente peut prendre du temps. **La consultation de suivi offre l'opportunité** d'aborder les problèmes d'observance, responsables de nombreux échecs contraceptifs, et de réorienter le choix initial, si nécessaire. Afin de promouvoir la diversité de l'offre contraceptive et d'inviter les femmes et les hommes à échanger sur ce sujet, l'Inpes lance du 18 mai au 12 juin une campagne à destination du grand public.

DES REPÈRES POUR VOS CONSULTATIONS (5)

Évaluer la satisfaction, l'observance et la tolérance de la méthode contraceptive

« Avez-vous des questions concernant votre contraception actuelle ? »
« Êtes-vous satisfaite de votre moyen de contraception ? »
« Rencontrez-vous des problèmes avec votre méthode contraceptive ? »
« En avez-vous parlé à votre partenaire ? »

Pour les utilisatrices de contraception orale

• Explorer le sujet des oublis de pilule : les connaissances et l'attitude en cas d'oubli.
« La dernière fois que vous avez oublié de prendre un comprimé, c'était dans quelles circonstances ? »
« Que faites-vous en cas d'oubli ? »
« Avez-vous eu envie d'arrêter la pilule ? Si oui, pourquoi ? »

• Fournir des conseils pour une prise en routine et inviter la patiente à réfléchir à l'horaire le mieux adapté à ses activités. Conseiller de lire attentivement la notice de la pilule et proposer d'en reparler s'il y a des questions.

• Apporter une information sur la conduite à suivre en cas d'oubli de pilule *(remise de la carte Inpes : Que faire en cas d'oubli de pilule ?)* et sur les méthodes de rattrapage possibles, dont la contraception d'urgence.

• Expliquer quand et comment utiliser la CU, indiquer celle en vente libre en pharmacie. Au cas par cas, associer le renouvellement de la pilule avec la rédaction d'une ordonnance de CU.

Assurer le suivi et réaliser le bilan de prévention

• Explorer notamment les problèmes de santé et les prises médicamenteuses éventuels depuis la dernière consultation.

• Pratiquer notamment : poids, IMC, TA, examen des seins et gynécologique, si besoin ; 2 frottis cervico-vaginaux à un an d'intervalle, puis tous les 3 ans, à partir de 25 ans ; examens biologiques : cholestérolémie totale, LDL et HDL cholestérol, triglycéridémie, glycémie à jeun tous les 5 ans si contraception œstroprogestative (pilule, anneau, patch).

Explorer la protection contre les IST et le VIH

• Expliquer que le préservatif est la seule méthode qui protège contre les IST. Insister sur l'intérêt d'une double protection (préservatif + autre contraceptif).

• Offrir la possibilité d'un dépistage du VIH, notamment à l'occasion du bilan sanguin de surveillance des patientes prenant une contraception orale.

En cas d'insatisfaction ou de difficultés

• Explorer la connaissance d'autres méthodes et rappeler la diversité des moyens de contraception.
« Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ? Qu'en pensez-vous ? »
« Voulez-vous essayer une autre méthode ? »
« Je vous propose de consulter le site www.choisirsacontraception.fr, *ainsi que la brochure, d'y réfléchir et que nous en reparlions ».*
(remise de la brochure Inpes : « Choisir sa contraception »)

• Proposer de réfléchir à une contraception longue durée (par exemple : DIU, implant, injections trimestrielles).

Chez les femmes utilisant une contraception œstroprogestative de 3e ou 4e génération, le surrisque thromboembolique veineux ne justifie pas un arrêt brutal de cette contraception jusque-là bien supportée. À l'issue de la prescription en cours, vous pourrez proposer à votre patiente une autre méthode contraceptive plus appropriée pour elle (autre contraceptif hormonal, dispositif intra-utérin, etc.).

CHIFFRES CLÉS

• En France, plus de **9 femmes sur 10*** ne souhaitant pas avoir d'enfant utilisent une méthode contraceptive(1)
• **1 femme sur 2** ne souhaitant pas avoir d'enfant prennent la pilule (3 sur 4 chez les 20-24 ans)(1)
• Parmi les grossesses non prévues, **2 sur 3 surviennent** chez des femmes utilisant une contraception(2)
• **56 %** des femmes utilisant une contraception prennent la pilule (83 % chez les 20-24 ans)(1), mais seulement **34 %** des femmes prenant la pilule disent ne jamais l'oublier(3)
• **23 %** des femmes qui ont une IVG prenaient la pilule(4)

DOCUMENTS DESTINÉS AUX PROFESSIONNELS

– *« Méthodes contraceptives - Focus sur les méthodes les plus efficaces disponibles »*, HAS, 2013
– *Fiche « Contraception : prescriptions et conseils aux femmes »*, HAS, 2013
– *Pour plus d'informations, consultez le site* www.has-sante.fr

POUR VOS PATIENTS, DES SUPPORTS POUR LA DISCUSSION

– La brochure et l'affiche *« Choisir sa contraception »*
– La carte *« Que faire en cas d'oubli ? »*
– La brochure *« Questions d'ados »*
– Le site *www.choisirsacontraception.fr*

POUR COMMANDER

(gratuit, dans la limite des stocks)

Par e-mail : edif@inpes.sante.fr

Par fax : 01 49 33 23 91

Par courrier : Inpes, service Diffusion
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis Cedex

SOURCES

* Femmes qui ont des rapports sexuels avec des hommes, ne sont pas stériles ni enceintes et ne souhaitent pas être enceintes.
(1) Bajos N., Bohet A., Le Guen M., Moreau C., l'équipe de l'enquête Fecond. La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ? Population & Sociétés, 2012, n°492 : 4p. (2) Bajos N., Leridon H., Goulard H., Oustry P., Job-Spira N., Cocon Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Human reproduction*, 2003, vol. 18, n°5 : p. 994-999 - (3) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Les Français et la contraception*, Inpes, BVA, 2007 : 47 p. En ligne : http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf - (4) Bajos N., Lamarche-Vadel A., Gilbert F., Ferrand M. I., Group C., Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? Human reproduction, 2006, vol. 21, n°11 : p. 2863 - (5) Le guide BERCER de l'OMS et l'université Johns Hopkins isolent une étape de « Retour pour visite de suivi ». Anaes, Afssaps, Inpes. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire.* Saint-Denis : Anaes, 2004 : p. 154-198.

Une information de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (www.inpes.sante.fr).

liorer l'accès aux soins en contrepartie d'une organisation au cabinet médical pouvant prendre ce type de consultations.

CHAP
J. RIVOALLAN

(Commission de hiérarchisation des Actes)

La CHAP est une commission particulièrement importante car c'est à travers elle que la hiérarchisation des actes mais également un certain nombre de règles de nomenclature sont élaborées.

Il est donc extrêmement important de connaître les détails de son organisation.

La CHAP n'intervient pas au niveau de la NGAP, mais seulement sur la CCAM. Son rôle est de définir les règles de hiérarchisation des actes pris en charge et de valider la hiérarchisation qui en résulte, ainsi que d'assurer la maintenance de la CCAM.

Composition :

Elle est bipartite :

- 16 membres des 5 syndicats médicaux représentatifs,
- 8 membres de l'UNCAM (4 CNAMTS-2 MSA-2 RSI) avec chacun 2 voix.

Assistent aux travaux :

- 1 représentant de l'Etat (DSS),
- 1 représentant de l'ATIH et 1 de la DGOS,
- 1 représentant de la HAS.

Le secrétariat est assuré par l'UNCAM et le travail technique par la Direction des actes médicaux de la CNAMTS.

Modalités d'inscription d'un acte à la CCAM (voir tableau ci-dessous).

Procédure de hiérarchisation :

A - Hiérarchisation du nouvel acte=intra spécialité

- Par des experts de la spécialité (6 à 10, moitié publics/privés, tirés au sort dans une liste fournie par la société savante,
- Validation de la cohérence du score de l'acte au sein de la spécialité, par 2 experts de la spécialité (public/privé, désignés par la spécialité) par rapport à la liste d'actes repères.

B - Validation de la cohérence globale = interspécialités

Instance de cohérence de hiérarchisation, composée de 12 représentants (6 publics, 6 privés) (chirurgie 4, anesthésie réanimation 4, autres spécialités 4), en présence de 2 experts de l'acte (1 public, 1 privé).

Son rôle est de vérifier que le score proposé est cohérent avec l'échelle des actes de la CCAM.

C - Présentation des résultats à la CHAP et décision de la CHAP

D - Décision de l'UNCAM

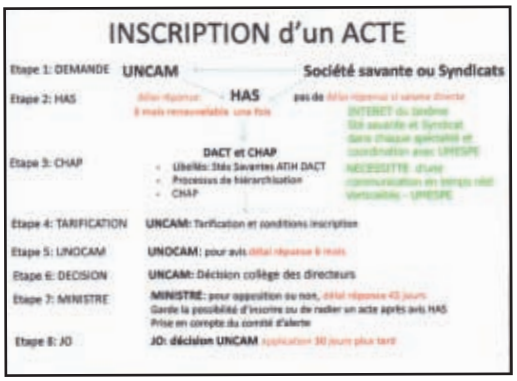
Il existe une procédure simplifiée pour les actes simples, peu réalisés et rares.

Maintenance de la CCAM :

- Introduction d'actes nouveaux et révision de la famille d'actes,
- Suppression des actes obsolètes,
- Procédure pour les actes associés, regroupement ou dissociation d'actes.

Cellule d'interprétation de la CCAM

Instance de concertation entre les parties :



Modalités d'inscription d'un acte à la CCAM
Source : Document UMESPE/CSMF, J.F.REY et Y.DECALF, 24 avril 2013

- Traite des difficultés d'interprétation des textes CCAM,
- Formalise des conclusions diffusées, après accord de la CHAP, ou des demandes de modification de texte adressées aux instances.

Sa composition est bipartite, syndicats représentatifs et UNCAM, avec présence d'un expert de l'ATIH et d'un représentant de la DSS.

On voit donc toute l'importance de ces commissions et de l'intérêt que l'on doit y porter.

Reclassement des gynécologues à la fermeture de leur maternité
J. RIVOALLAN

Pas de changement depuis le texte paru dans le N° 91 (A relire en page 4) des Cahiers Syngof.

Don d'ovocytes et prise en charge des patientes dans les centres étrangers
S. FAVRIN

Rappel des faits :

- Diffusion de la lettre du Dr JY GRALL de la DGS du 21 décembre 2012 par le Conseil National de l'Ordre des Médecins aux Conseils Départementaux. Cette lettre menace de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende un praticien français qui transmettrait à ses patientes *"une information sur des cliniques ou des organismes étrangers dont les pratiques en matière de don de gamètes ne sont pas conformes à la législation nationale".*
- Cette menace a fait fonction de détonateur et les réactions exprimant l'incompréhension et le sentiment d'injustice des médecins ont été unanimes. Le SYNGOF a réagi par deux communiqués le 8 et le

12 février 2013 et la publication d'un article dans les *"Cahiers"* (n°92 – Mars 2013).

- Une entrevue a donc été organisée entre les représentants des praticiens publics et privés impliqués dans l'Assistance Médicale à la Procréation et le Dr J.Y. GRALL. Elle a eu lieu le 12 mars 2013.

Le compte rendu officiel a été communiqué le 30 avril 2013 dans lequel il est expliqué :

- Que la DGS n'a fait que transmettre des informations communiquées par le Ministère de la justice,
- Qu'il n'est pas interdit d'adresser des couples à l'étranger dans la mesure où le cadre légal en vigueur en France est respecté. Ce cadre est rappelé mais aucune liste de centres étrangers respectant ou pas celui-ci n'est publiée.

D'autres aspects sont abordés :

- La possibilité de donner ses ovocytes pour une patiente n'ayant pas encore procréé (ce qui augmenterait le nombre de donneuses) est acquise mais les décrets d'application ne sont toujours pas publiés,
- L'autorisation concernant la vitrification ovocytaire.

Enfin il est suggéré aux praticiens de se rapprocher de la DGOS pour faire part de leurs propositions d'amélioration de l'offre de dons d'ovocytes en France.

(voir courriers sur le site du Syngof lien:http://www.syngof.fr/site/pages/?idl=21&page=458&id_page=152)

Nous rappelons que le sujet a fait l'objet d'un rapport 121 pages, rédigé par l'IGAS et publié en février 2011. La mission des rapporteurs était de *"faciliter le don d'ovocytes et minimiser le recours à des soins à l'étranger pour tous les couples dont la loi française autorise la prise en charge".*

Le SYNGOF ne peut que constater que le don d'ovocytes reste un sujet qui n'est toujours pas traité dans notre pays.

Pertinence des soins et chirurgie ambulatoire en gynécologie obstétrique

J. MARTY

Le Dr MARTY pense que le SYNGOF doit s'occuper d'un dossier qui va être important dans les prochaines années c'est la pertinence des soins et de la chirurgie ambulatoire en gynécologie obstétrique.

Les praticiens sont conscients que des actes d'imagerie, des bilans biologiques sont inutiles et onéreux. On parle de 30%. Les radiologues répètent qu'ils souhaitent la suppression des prescriptions inutiles (30% eux aussi) pour réduire les coûts de leur spécialité plutôt qu'une baisse de leurs tarifs. N'abordons dans cette approche que leur auto prescription séquentielles.

Les recommandations médicales opposables, il y a 15 ans, étaient dans cet esprit une bonne piste mais mal utilisée et vite abandonnée.

Aujourd'hui le projet du ministère est la suppression non pas d'explorations inutiles (radio, endoscopie) mais exclusivement d'actes de chirurgie et on retrouve la césarienne programmée de manière idiote puisque le problème de la responsabilité qui majore ces indications n'est pas pris en compte.

Autant dire qu'un sujet essentiel comme la pertinence des soins est mal abordé. Le syndicat devra s'y investir pour réduire les risques de dérives dangereuses pour la spécialité et peut-être contribuer à replacer la pertinence des soins sur de bons rails pour permettre le redéploiement des moyens gaspillés vers une revalorisation significative de nos tarifs. Notre intérêt est de promouvoir cette orientation.

Le Dr MARTY demande qui se charge de ce dossier. B. de ROCHAMBEAU veut bien coordonner le sujet.

Discussion avec la salle.

Contrat PDSES dans les maternités et garde sur place

J. P. LAPLACE

Ceci concerne les maternités pratiquant plus de 1500 accouchements par an et pour lesquelles la garde sur place est obligatoire depuis le décret sur la périnatalité.

A partir du 1/1/2013 les ARS par un financement particulier proposent un contrat tripartite (médecins, établissements, ARS) permettant d'indemniser les médecins participant à la permanence des soins ; pour la nuit : 20h00-08h00 : 229 €

- Pour les dimanches et jours fériés 08h00-20h00 : 229 €
- Pour le samedi après midi 14h00-20h00 : 100 €

Si la plupart des maternités ont signé, certaines ont refusé.

En effet la lecture du texte peut entraîner des interprétations différentes :

"Dans le cadre de leur participation effective à la permanence des soins, les médecins signataires s'engagent à respecter les obligations précisées dans l'avenant du CPOM susmentionné, notamment les garanties de permanence, de prise en charge et d'application des tarifs conventionnels définies à l'article L. 612-3 du code de la santé publique".

Cette phrase peut être lue comme l'application du tarif opposable pendant toute la période indemnisée (tous les actes au tarif opposable) ou comme limitée aux actes intervenant dans le cadre des urgences (patiente non connue, transfert d'un autre établissement...) ; les autres actes intervenant dans le cadre de la continuité des soins ; d'où la nécessité de préciser dans le devis présenté aux patientes la notion de l'assurance par l'équipe médicale de la continuité des soins.

Cet argument nous permet de signer ces contrats.

Lors de la dernière réunion sur la PDSES au ministère Mme Natacha

Lemaire de la DGOS a bien remarqué l'ambiguïté du texte laissant aux ARS la liberté d'interprétation.
Le CA laisse aux médecins la liberté de signer ou pas le contrat mais soutient l'argumentaire des signataires en soulignant que le risque de conflit avec l'ARS est peu probable.
Pour les non-signataires, il reste la possibilité de facturer lors du premier accouchement pratiqué lors de la garde le montant prévu par la convention : MG : 228,68 €.

Enquête IGAS sur le tiers payant
J. MARTY

Réunion le 6 juin dernier avec M. Etienne MARIE de l'IGAS qui a une mission sur le tiers payant.
Le bloc a rappelé son attachement au paiement direct pour les consultations.
Le tiers payant pour l'hospitalisation est depuis longtemps la règle. Il permet de masquer le coût plus élevé des actes en hospitalisation publique qu'en hospitalisation privée.
Si le tiers payant doit s'étendre, les compléments d'honoraires doivent être inclus pour que les règles soient les mêmes pour les 2 deux statuts d'hospitalisation.

La séance est levée à 16h30

Prochain Conseil d'Administration vendredi 6 septembre 2013

Avenant 8

Contrat d'accès aux soins (CAS) et recours contre les praticiens pour Abus de dépassement
J. MARTY

Jean MARTY rappelle d'abord le point de vue de la caisse sur le CAS et les sanctions (extrait de l'Interview du DG de l'UNCAM au *Quotidien du médecin*) et donne le point de vue du BLOC dont le rôle éminent dans cette affaire est reconnu.
"Moins de 3000 praticiens (sur 25000 éligibles) ont signé à ce jour le contrat d'accès aux soins de régulation tarifaire.
La mise en œuvre du contrat qui était programmée au 1er juillet sera reportée d'au moins trois mois, soit début octobre. Les revalorisations prévues s'appliqueront au 1er juillet pour les seuls médecins de secteur 1. Côté sanctions, 1500 praticiens sont sous surveillance. La CNAM TS adressera les premiers dossiers aux commissions paritaires à compter du troisième trimestre.
un observatoire conventionnel de suivi des pratiques tarifaires va être installé. Il intégrera les syndicats signataires, mais également des représentants des associations et des syndicats non-signataires de la convention dont **Le BLOC** *ainsi que le conseil de l'Ordre. La commission paritaire nationale a donné son accord et l'observatoire conventionnel sera installé dès le mois de juin".*
"Selon le CISS, les dépassements des spécialistes de secteur 2 ont augmenté de 9% depuis deux ans...
Selon la Caisse le taux moyen de dépassement des spécialistes de secteur 2 s'est stabilisé en 2012 et dans les premiers mois de 2013.
Quant aux chirurgiens, ils sont troublés par les messages contre-productifs du syndicat Le BLOC qui prend une lourde responsabilité vis-à-vis de cette profession".
Quel est ce message ?
Les dépassements compensent le blocage des tarifs depuis 30 ans pour certains. Le dispositif du CAS veut résorber ce palliatif avant le retard tarifaire.
La Caisse calcule les dépassements autorisés dans le CAS de manière **tout à fait opaque** avec des résultats qui confinent au ridicule. Des praticiens bretons se voient proposer des compléments d'honoraires de 0,1%.
La différence entre régions renforce la désertification des régions sans dépassement et donc sans possibilité d'en réaliser par le CAS. Dire que le CAS contribue à l'accès aux soins est donc faux. Le BLOC précise ses consignes :

- Pour les praticiens de secteur 1 : Vous êtes les seuls à avoir un intérêt à signer ; demandez votre proposition personnalisée selon notre modèle <*http://www.oxi63.com/c6.php?ec=2&tl=hXmPtnOvdG1p&i=ZGRmlWKVanBp&t=ZA&e=o5yZ2XDakqWUlNShXsik&tu=m6iq1GqSYK6qp5Onk8aYZdCZ2WCc0ZeZ3JKln6dz0NGXcWeZYw&v=6*>. Mais, dans les régions où les tarifs sont bas, **ne signez pas avant d'avoir vérifié que les inconvénients de l'augmentation de vos charges sociales et les contraintes d'une usine à gaz tarifaire dont vous ne maîtrisez pas les paramètres ne seront pas supérieurs aux avantages des dépassements autorisés.**
- Si vous étiez en secteur 2 option de coordination, vous devez en sortir : cette option disparaît, l'assurance-maladie a changé d'avis. Il était prévu des sanctions en cas de non-respect de leurs engagements par les praticiens. La convention ne prévoyait pas de sanctions pour l'assurance-maladie en cas de non-respect des siens. Le C.A.S. est censé être plus intéressant... notre exemple prouve que non, et il est surtout beaucoup plus rigide : les tarifs que vous avez pratiqués en 2012 seront pour des années vos tarifs maximum. **Le secteur 2 de**

base vous est toujours ouvert, profitez-en. Vite.

- Pour les praticiens du secteur 2 de base, le conseil reste inchangé : restez-y. **N'essayez pas le C.A.S.** : l'assurance-maladie est capable d'annuler sans préavis votre vol retour. Elle l'a déjà fait, elle peut le refaire. Pas d'illusions ! Votre vie sera plus compliquée qu'avant : la guerre contre les dépassements d'honoraires est déclarée.

Concernant le volet *"sanctions"* de l'avenant 8, La caisse précise :

"Dans un premier temps, nous avons informé l'ensemble des médecins de secteur 2 des nouvelles règles du jeu. Nous avons identifié 1500 médecins qui, soit sont au-dessus du seuil des 150% de dépassement, soit font partie des 5% de praticiens dont les compléments sont les plus élevés par département".

Xavier Beauchamp a bien démontré la perversion de cette démarche :

"Imaginons ce système mis en place pour contrôler les excès de vitesse sur la route : le radar ne flasherait pas seulement les véhicules au-dessus de la limite autorisée. En fait, il n'y aurait aucune limite autorisée. Le radar flasherait toutes les voitures, et en fin d'année enverrait automatiquement un procès-verbal aux 5% de voitures les plus rapides, quelle que soit leur vitesse. La gendarmerie n'a pas osé y penser. L'assurance-maladie, si".

La caisse détaille le harcèlement qui doit tester la faiblesse de caractère des médecins de secteur 2. La crainte de chacun doit pour la caisse se traduire par une baisse présentable aux complémentaires des taux de dépassements : Le directeur de l'UNOCAM dit de la sorte : *"j'ai demandé aux directeurs des caisses primaires d'engager une campagne de communication téléphonique en direction de ces médecins.*

L'objectif est d'informer les praticiens concernés qu'ils seront plus particulièrement susceptibles d'être soumis à une procédure de sanction et qu'ils doivent faire évoluer leurs pratiques dans les meilleurs délais. La période d'observation s'est terminée fin avril. Nous allons pouvoir enclencher l'étape suivante, sur la base des analyses en cours, étape qui consiste dans l'envoi de courriers d'avertissement aux praticiens concernés.

Que se passera-t-il après l'envoi de ces courriers ?

"Après avertissement, nous observerons de nouveau les pratiques tarifaires. Si deux mois plus tard, nous ne relevons pas d'évolution du comportement des praticiens avertis, nous enverrons le dossier aux commissions paritaires à compter du troisième trimestre de 2013, dans le cadre de la procédure contradictoire. Nous privilégions le dialogue. Notre objectif est de favoriser une évolution des comportements tarifaires en réduisant les excès. In fine, si le dialogue et les avertissements n'aboutissent pas, nous serons conduits à saisir les commissions paritaires régionales".

Les revalorisations prévues dans l'avenant 8 seront-elles applicables au 1er juillet quoi qu'il arrive ?

"Nous avons transmis ces revalorisations pour satisfaire aux délais légaux et permettre leur publication. Ces revalorisations seront applicables au 1er juillet aux seuls médecins de secteur 1. Elles bénéficieront aux praticiens de secteur 2 signataires dès que sera mis en place le contrat d'accès aux soins. Le mécanisme de l'avenant 8 est vertueux : il privilégie les médecins de secteur 1 qui ne font pas de dépassements et favorise ceux des médecins de secteur 2 qui s'engagent dans une tarification responsable".

Le SYNGOF demandait récemment à un haut fonctionnaire de la santé qui défendait l'avenant 8 que conseillerait-il à son fils pour son installation libérale s'il était chirurgien : Le secteur 2 bien sûr ! A-t-il répondu comme une évidence. Le réalisme a fait fi de la vertu du secteur 1!

Au syndicat LE BLOC, nous comptons toujours nous attaquer au seul défi qui vaille : continuer à garantir l'accès à une chirurgie sûre pour la population. En tant que médecins libéraux, nous assurons en effet 60% des actes chirurgicaux. Nous avons la proposition tarifaire du contrat chirurgical qui rétablit l'équité entre tous les praticiens de bloc et donne accès aux soins de manière adaptée à tous les patients.

L'avenant 8 regorge d'astuces mais ne réduit pas significativement cette iniquité. L'ouverture du CAS aux praticiens secteur 1 titrés est un progrès illusoire dans beaucoup de régions, en dehors des régions connues pour leurs forts dépassements de secteur 2. C'est ce qui attire la profession vers ces régions et creuse la désertification des soins ailleurs. Il ne rétablit pas le climat de confiance avec les premiers intéressés, les praticiens libéraux de bloc. LE BLOC reste toujours tenu à l'écart pour un prétexte ou un autre. L'article 35.1 de la convention accorde même davantage de liberté aux praticiens hospitaliers publics pour pratiquer des dépassements qu'aux praticiens privés.

Pourtant il n'en faudrait pas beaucoup pour sortir de la défiance qui est née lorsque la sécurité sociale est revenue en 1992 sur son engagement de réversibilité de choix de secteur : le respect de la parole donnée. Le respect des praticiens de bloc.

Notre satisfaction aujourd'hui tient à ce que nous gardons la confiance de la population pour les soins que nous leur prodiguons malgré le dénigrement de nos pratiques tarifaires. Nous attendons le respect des pouvoirs publics pour nous engager dans les projets conventionnels salvateurs.

Le point CNPGO
J. MARTY

Compte rendu de la réunion du 29 mai 2013 au siège du CNGOF.
Présents : C. Pelissier, B. Hedon, J. Marty, D. Serfaty, N. Carlotti, L. Marie-Scemama, B. Le Nir (Gynerisq), M. Scheffler, Alain Branchereau.
Il a été convenu entre tous les participants ce qui suit concernant la constitution d'un CNP de Gynécologie.
Présidence : 3 membres de l'AG élus : un GO libéral issu des GO libéraux élu par les GO libéraux, un GO issu du public élu par les GO issus du public, un Gynécologue médical issu des GM élu par les GM. Les trois alternent aux postes de Président, 1er Vice-Président et 2ème Vice-Président sur une période de mandat de trois ans.

Assemblée Générale :

1 - **Collège Scientifique :** CNGOF 8 représentants (dont 2 GM), FNCGM 3 représentants, SFG 2 représentants (dont un GO)
2 - **Collège Syndical :** SYNGOF 2 représentants ; SGL 1 représentant, SGM 1 représentant
3 - **Collège Général :** enseignants GO 1 représentant, enseignants GM 1 représentant, Gynerisq 1 représentant, Fédération des Hôpitaux Généraux 1 représentant

Ces 21 membres désignés par leurs structures d'origine devront désigner un 22ème membre (personnalité qualifiée) de manière consensuelle et unanime. L'AG sera donc constituée de 22 membres, cette désignation de la personnalité qualifiée étant une variable d'ajustement pour assurer la parité public/libéral et permettre éventuellement de désigner une structure présente ou à venir que les élus souhaiteraient voir représentée.
Votes : En cas de vote à l'AG comme au bureau la majorité requise est de 80%.

Bientôt le nouveau site du Syngof....

FORMATIONS 2013

Formations sur 2 jours

Deuxième semestre 2013

Dystocie des épaules

Toulouse les 20 et 21 septembre 2013
Hôtel Crowne Plaza - Toulouse
Intervenants Drs MIRONNEAU, THIEBAUGEORGES

Asphyxie pernatale

Paris Orly les 4 et 5 octobre 2013
Hôtel Hilton Orly
Intervenants Drs RACINET et LEJEUNE-SAADA - Expert A. MARTIN

Chirurgie gynécologique : quand le risque se réalise *(complèment 1ère session)*

Paris Orly les 20 et 21 décembre 2013
Hôtel Hilton Orly
Intervenants Drs de ROCHAMBEAU - Expert B. LE NIR

Conditions :
- **Compléter une grille d'audit avant la formation et 2 mois après.**
- **Remboursement des participants à hauteur de 345 € par journée de formation**

Renseignements et inscriptions
SYNGOF 04 67 04 17 18 et par email syngof@syngof.fr

Cotation
cs + écho obstétricale

J. RIVOALLAN*, F.X. BOYER DE LATOUR**

Cette décision est la conséquence d'un jugement de la Cour d'appel de Rennes, et de la Cour de cassation qui reconnaissent que ces actes sont indépendants...

Une décision de l'UNCAM, *parue au JO du 16 mai 2013* autorise la cotation d'une consultation assurant le suivi médical et d'une échographie biométrique et morphologique de la grossesse sous réserve de certaines qualifications et de minutage (JQQM010, JQQM015, JQQM016, JQQM017, JQQM018 ou JQQM019).

Cette décision est la conséquence d'un jugement de la Cour d'appel de Rennes, et de la Cour de cassation qui reconnaissent que ces actes sont indépendants, l'un concernant la mère, l'autre le fœtus, dont la fréquence est différente et réalisés successivement avec un matériel distinct, ils pouvaient donner lieu à deux cotations distinctes.

Cependant, Il existe de nombreuses autres situations, qui imposent la pratique d'une consultation et d'une échographie obstétricale, soit dans le cadre d'une pathologie maternelle, soit dans le cadre d'une pathologie fœtale.

Ces échographies, non morphologiques, reconnues par la CCAM (JNQM001, JQQM001, JQQM002, JQQM003) concernent également le fœtus et sont tout à fait conformes aux décisions de justice. Elles doivent donc être prises en charge de façon identique.

En outre, il y a 6 échographies obstétricales qui ont été reconnues par la CHAP du 24 septembre 2011 et dont nous sommes toujours en attente de publication à la CCAM (ce devait être fait pour le mois de mars 2012 !) à savoir :

- Échographie morphologique orientée ou de deuxième intention pour une grossesse uni fœtale au 1er, 2ème ou 3ème trimestre ;
- Échographie morphologique orientée ou de deuxième intention pour une grossesse multifœtale au 1er, 2ème ou 3ème trimestre ;
- Échographie focalisée pour une grossesse unifœtale, avec affection fœtale identifiée ;
- Échographie focalisée pour une grossesse multifœtale, avec affection fœtale identifiée ;
- Échographie focalisée pour une grossesse uni fœtale, sans affection fœtale identifiée ;
- Échographie focalisée pour une grossesse multifœtale, sans affection fœtale identifiée.

Toutes ces situations ne diffèrent pas de celles décrites par la Cour d'appel de Rennes et la Cour de cassation, et nous demandons la reconnaissance par les organismes de sécurité sociale de l'association à taux plein d'une consultation et d'une échographie obstétricale chaque fois que la situation l'exige.

Par ailleurs, ce texte comporte :

- **Des insuffisances :** oubli d'étendre la mesure aux gynécologues médicaux qui suivent des grossesses, ainsi qu'aux titulaires de diplômes d'échographie antérieurs à la création des DIU.

D'où l'impérieuse nécessité de réparer ces erreurs.

- **Un critère inacceptable :** le minutage des actes.

Celui-ci est une appréciation demandée aux experts lors de la hiérarchisation des actes, mais en aucun cas un critère de qualité (ceux-ci ont été décrits dans le rapport du Comité technique de l'échographie, en 2005, et, pour l'échographie du premier trimestre redéfinis par l'arrêté du 23 juin 2009). Ce minutage n'apparaît, d'ailleurs, jamais dans les référentiels nationaux, ni dans la littérature internationale. **Il doit être retiré de ce texte de l'UNCAM.**

En conséquence nous demandons lors de la prochaine réunion de la cellule d'interprétation ou de la CHAP de bien vouloir prendre position sur ce sujet.

Bibliographie

- *http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/054000356.*
- Arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la Trisomie 21.
- Practice Guidelines: performances of first-trimester fetal ultrasound scan. *UOG Vol. 41, Issue1, Jan. 2013, P.102-113.*
- Practice Guidelines for performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. *UOG Vol. 37, Issue 1, Jan. 2011, P. 116-126.*
- Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. HAS/Service des recommandations professionnelles/Mai 2007.

** Secrétaire général adjoint du SYNGOF*

*** Trésorier du SYNGOF, directeur de publication*

adhésion au Syngof

adhésion au syngof

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 2013
- Secteur d'activité : ☐ Secteur 1 ☐ Secteur 2 ☐ Non conventionné
- J'exerce en ☐ Gynécologie médicale ☐ Gynécologie obstétrique ☐ Gynécologie obstétrique et chirurgie gynécologique
- Je suis ☐ Médecin libéral ☐ Praticien hospitalier ☐ Chef de clinique ☐ Interne
- Type d'exercice ☐ Privé ☐ Public ☐ Privé et Public

- Cotisations 2013 -

➡ Membre actif	230,00 €
➡ Assistant chef de clinique	150,00 €
➡ 1ère 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 : 20 €** *(ne donne pas droit au logiciel)*
Règlement séparé à l'ordre de "*ASSOCIATION GYNELOG*"

Date, cachet et signature

Ce questionnaire fait l'objet d'une saisie informatique destinée à faciliter la gestion des cotisations syndicales. Conformément à la loi Informatique et Libertés du 6 janvier 78, vous avez un droit d'accès et de rectification des informations en notre possession.

Le C2 en gynécologie

E. PAGANELLI*, Y. VERHAEGHE**

Depuis la nouvelle convention de juillet 2011, le C2 peut maintenant être suivi d'une consultation de synthèse...

1 - Le C2 pour tous les spécialistes

Le C2 est accessible à tous les gynécologues quelle que soit leur filière de formation.

2 - Le C2 se pratique sur demande explicite du médecin traitant

Depuis la nouvelle convention de juillet 2011, le C2 peut maintenant être suivi d'une consultation de synthèse lorsque le médecin a besoin de bilans complémentaires réalisés par un autre professionnel de santé.
Dans ce cas, le médecin spécialiste ne peut pratiquer personnellement aucun acte technique dans les suites de ce C2.

3 - Le C2 est applicable quand la demande émane du médecin traitant

Le médecin est dit *médecin traitant* au sens de la convention médicale nationale.
Le remplaçant du médecin traitant ou son associé qui adresse un patient pour avis ponctuel permet de coter C2.
Pour un patient en déplacement, est considéré comme médecin traitant celui qui adresse le patient. Le spécialiste consultant doit alors adresser une copie de la lettre au médecin traitant déclaré. Il en est de même pour un patient vu en urgence.

Le C2 s'applique si le patient n'a pas consulté le spécialiste dans les 4 mois à partir du 1er juillet 2013 (comme les autres modifications liées à la signature de l'avenant 8).

Pour les patients âgés de moins de 16 ans, est considéré comme médecin traitant le praticien qui adresse le patient.
Le C2 n'est pas applicable pour le patient âgé de 16 ans ou plus qui n'a pas désigné de médecin traitant (sauf en matière d'AME).

4 - Le C2 impose de ne pas donner des soins continus

Le spécialiste peut cependant faire une première ordonnance de mise en route du traitement ou de demande d'examens complémentaires.
Il adresse par écrit au médecin traitant ses conclusions ainsi que ses propositions thérapeutiques et de suivi.

5 - Le C2 s'applique si le patient n'a pas consulté le spécialiste dans les 4 mois

Le **C2 s'applique si le patient n'a pas consulté le spécialiste dans les 4 mois** à partir du 1er juillet 2013 (comme les autres modifications liées à la signature de l'avenant 8).
Avant il n'était applicable que si le patient ne l'avait pas consulté dans les 6 mois.
On pourra désormais faire jusqu'à **3 C2 par an** pour avis ponctuel.
Toutefois, si, de façon imprévisible, à l'occasion d'un événement intercurrent, un malade est amené à revoir le médecin consultant moins de 6 mois après un C2, celui-ci peut coter un CS et non un C2.

6 - Le C2 peut s'associer au frottis

Dans ce cas, l'acte de consultation est tarifé à taux plein et l'acte technique est tarifé à 50% de sa valeur. Ce prélève-

* Secrétaire générale du SYNGOF
** Administrateur du SYNGOF

ment n'est pris en charge qu'une fois tous les trois ans dans le cadre du dépistage du cancer du col utérin, après la réalisation de deux frottis cervico-utérins annuels normaux chez les femmes de 25 à 65 ans, selon les recommandations de la HAS de juillet 2010.

7 - Le C2 n'est pas applicable dans le cadre d'une prise en charge protocolisée ou d'une séquence de soins

- Lorsqu'un rythme de consultations spécialisées est prévu dans une prise en charge protocolisée (soins itératifs) et que le patient vient consulter dans le cadre de ce protocole, un C2 ne peut être coté.
- Le C2 ne peut pas non plus être coté en cas de séquence de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant (par exemple, médecin traitant, chirurgien, anesthésiste, cardiologue). Dans cette séquence, le médecin anesthésiste réanimateur ne peut noter une C2 que dans les conditions citées ci-dessous et le cardiologue ne peut coter une C2.

8 - Le C2 des chirurgiens

La cotation C2 peut aussi être utilisée par le chirurgien lorsque le patient lui est adressé, non pas directement par le médecin traitant, mais par le spécialiste correspondant de ce médecin traitant, sous condition de l'envoi d'un compte rendu écrit non seulement au spécialiste correspondant, mais aussi au médecin traitant.
La cotation C2 peut être utilisée quand c'est le même chirurgien qui pratique l'intervention.
La cotation C2 de l'examen de consultant s'applique aussi lorsque l'intervention chirurgicale est pratiquée en urgence et entraîne l'hospitalisation du malade.

9 - Le CS après C2

Lorsqu'un médecin spécialiste a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant, il peut revoir son patient lors d'une nouvelle consultation. Les résultats de ce bilan devront obligatoirement être transmis au médecin traitant.
Dans ce cas, il facture en premier son avis de consultant C2 et facture une consultation CS quand il revoit son patient. Cette CS est accessible aux majorations éligibles selon la situation : MPC pour tous les spécialistes sauf les spécialistes en médecine générale et/ou MCG, MCS, MCC.
Ce médecin ne facture alors jamais d'actes techniques dans le cadre d'un avis ponctuel de consultant (en dehors des cas autorisés de cumul C et actes techniques dans le même temps).
Aucune majoration d'urgence ne peut être facturée avec cette consultation CS.

10 - Après le C2 les actes techniques réalisés dans un deuxième temps

Le spécialiste peut facturer les actes techniques strictement nécessaires à l'établissement de son diagnostic. Les résultats de ces actes techniques devront obligatoirement être transmis au médecin traitant.
Dans ce cas, il facture en premier son avis de consultant C2 (ou C2 et acte technique suivant les règles de facturation en vigueur) et les actes techniques sont facturés dans un second temps, selon les règles. Ce médecin ne facture jamais de CS dans le cadre d'un avis ponctuel de consultant. Aucune majoration d'urgence ne peut être facturée.

11 - Le C3 des professeurs des universités praticiens hospitaliers

Les professeurs des universités, praticiens hospitaliers en activité dans ces fonctions, agissant à titre de consultant à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant cotent leur avis ponctuel de consultant C3.

Le contrat d'accès aux soins

B. de ROCHAMBEAU*

Le nœud coulant sera-t-il fatal ? Un peu de mémoire éclaire l'actualité.

Il y a 4 ans et demi, dans son éditorial des cahiers du Syngof de décembre 2008, Raymond Belaiche écrivait : *"Le secteur optionnel, tel l'Arlésienne, revient sur le tapis, mais avec parcimonie et de façon injuste : il ne serait accordé qu'au secteur 2, histoire d'en diminuer le nombre et de le mettre à nouveau sous les fourches caudines des caisses de sécurité sociale. Le refus de l'accorder au secteur 1 et aux CES est net, et pourtant ce sont bien ces praticiens qui en ont le plus besoin".* Raymond dénonçait l'injustice qui traite différemment ceux qui font le même métier selon des critères qui ne sont plus significatifs tant la dévalorisation financière de notre travail au tarif opposable rend inacceptable cette distinction. Mais on sait le peu de cas que nos gouvernements font de la justice dans ce domaine. Ce secteur optionnel, présenté par le gouvernement de Nicolas Sarkozy n'a finalement pas vu le jour, tant il était insuffisant pour séduire les médecins, absurde dans sa justification et injuste dans son exécution. Avec le retour de la gauche au pouvoir, un contrat de la même essence ressort. Il se nomme contrat d'accès aux soins (CAS), il a été conçu par le même directeur de caisse : Frédéric Van Roeckeghem et a fait l'objet de négociations à la marge sans perdre les caractéristiques initiales du secteur optionnel, obsession de cette administration. Un petit plus a été obtenu pour les secteurs 1 titrés qui pourront sortir enfin du secteur à tarif opposable, s'ils en font la demande et si le CAS recueille assez d'adhérents. En effet devant le retrait du précédent projet et le peu d'enthousiasme que ce contrat a soulevé lors des négociations avec les syndicats de médecins, il a été rendu plus *"attractif"*. L'ouvrir à quelques-uns parmi les plus anciens, peu nombreux, ne met pas en cause l'équilibre budgétaire de la caisse et pousse les syndicats à ne pas le refuser.

L'ouvrir à quelques-uns parmi les plus anciens, peu nombreux, ne met pas en cause l'équilibre budgétaire de la caisse et pousse les syndicats à ne pas le refuser.

Un peu plus loin Raymond poursuivait : *"Quel intérêt les secteurs 2 auraient-ils à passer en secteur optionnel ? Obtenir quelques avantages sur leurs charges sociales ? C'est un leurre car leurs honoraires seront vite bloqués et les avantages accordés aujourd'hui ne correspondront plus à rien demain".* Le CAS reprend les avantages sociaux du secteur 1 pour les actes effectués au tarif opposable, la remarque de 2008 reste valable. De plus c'est avec un an de retard que le montant de ces avantages sera versé, sur un calcul que seules les caisses sont capables de faire avec la précision que l'on connaît dans l'analyse de nos activités comme nous le constatons à chaque remise de SNIR. Donc la première année et une partie de la suivante signifient paiement des charges à plein et stagnation du chiffre d'affaires au mieux, baisse au pire. En cas de litige la caisse seule décide à partir de ses chiffres, le médecin peut contester mais sans pouvoir de vérification des chiffres. La réévaluation du tarif opposable de la CCAM sans cesse promise est toujours le tarif cible de 2005, il devrait être obtenu si on croit ces promesses en 2015 ! Quand la crise financière n'était pas installée, en période encore de croissance les revalorisations promises sur les tarifs cibles de 2005 n'ont pas été appliquées et maintenant que la crise est présente avec récession économique, nous sommes invités à croire que ces tarifs seront appliqués ! Quand bien même ils le seraient, ce sont des tarifs qui ont 10 ans de retard et déjà les tarifs cibles de 2005 ne rattrapaient que 50% du retard accumulé par le blocage des années précédentes, qui étaient pourtant des années avec une certaine croissance.

Nous sommes en période de récession économique, s'engager à un blocage des tarifs qui sont déjà, d'un avis qui n'est plus discuté, sous évalués, peut être comparé pour chaque entreprise individuelle que nous sommes à passer la tête dans le nœud coulant qui va se serrer au fur et à mesure du temps qui passera. Non seulement il est

* Docteur Bertrand de ROCHAMBEAU
Vice-président du Syngof chargé des PTL.

demandé un blocage aux tarifs observés en 2012 mais il est bien précisé que la part de tarifs différents du tarif opposable devra baisser pour devenir nulle. Les charges liées à l'activité augmentent sans cesse, bien loin du montant des avantages calculés par la caisse la première année. Ce sont les charges sociales dont on annonce déjà l'augmentation. L'assurance responsabilité civile dont les primes continuent d'augmenter et dont le montant qui sert de calcul pour l'aide à la prime est plafonné à 18000 € quand certains contrats atteignent 30000 €. La multiplication et la complexification des activités transversales, dans les établissements de santé, non rémunérées liées à la qualité de notre pratique et aujourd'hui opposables. La qualité a un prix, ce prix est en forte croissance car la qualité est devenue une marchandise à fort potentiel de croissance. Les sommes que la profession dégage contractuellement pour financer au moins une partie de cette qualité (DPC, FAF) sont bloquées ou détournées de leur destination par la même administration qui maintient la stagnation de la rémunération de la CCAM depuis 20 ans. La seule voie qui s'offre à celui qui ne peut pas multiplier les actes (on opère qu'une fois un utérus, un cancer, un prolapsus, on ne peut pas multiplier les accouchements) et qui veut travailler sereinement ce sont les compléments d'honoraires. Les différentes études réalisées sur les compléments d'honoraires en secteur 2 montrent que les médecins adaptent leurs honoraires à leur clientèle. Pour ceux qui sont en secteur 1, la multiplication des dépassements exceptionnels (DE) permet, dans une certaine mesure un degré relatif de liberté tarifaire. Les études sont peu nombreuses sur ce sujet encore tabou, mais la pratique en est de plus en plus courante et la caisse d'assurance maladie a annoncé qu'elle réagira.

Raymond concluait : *"De plus la perte de la liberté serait bien plus grave. Donc au final, le secteur optionnel ne sera qu'un miroir aux alouettes".* Serons-nous des alouettes en 2013 piégées par le miroir du CAS ? L'objectif écrit en toutes lettres dans le CAS est de développer le tarif opposable ; il faut lire diminuer les dépassements. Dans le préambule de l'avenant 8 : *Dans ce contexte, un nouveau contrat d'accès aux soins est proposé aux médecins de secteur 2 dans l'objectif de mieux rembourser les patients et de développer l'activité à tarif opposable.*

"Art. 38. – Adhésion au contrat d'accès aux soins et engagement du médecin.

Le médecin qui souscrit le contrat d'accès aux soins s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins. A cet effet, le contrat d'accès aux soins permet de diminuer, progressivement, sur une durée de trois ans, le reste à charge des patients au fur et à mesure de la mise en œuvre de la revalorisation des tarifs de remboursement et de la baisse des dépassements".

L'intelligence de l'écriture de ce contrat est de ne pas demander de sortir du secteur 2. Le médecin signataire s'engage à une pratique tarifaire fixée et qui ne peut croître, et on lui fait croire qu'il reste en secteur à honoraires libres ! Cette part de liberté, inhérente à tout entrepreneur. Cette liberté qui permet de supporter les contraintes irresponsables imposées par les caisses et acceptées par ceux de nos représentants qui ont déjà abandonné la chirurgie, l'obstétrique et l'anesthésie libérale au profit des intérêts particuliers des médecins les plus nombreux qui constituent leurs mandants. Cette liberté disparaît dans le CAS enfermant le médecin dans sa pratique de 2012, sans autre solution que de multiplier les actes au prix d'une dégradation de la qualité des consultations et du suivi des actes techniques. La possibilité annuelle, ou à chaque avenant tarifaire, de pouvoir en sortir rassure en cas d'imprévu : déménagement, changement de clientèle, désir de travailler moins en maintenant ses revenus. De même le non-respect des engagements 2 semestres de suite n'est sanctionné que par l'arrêt du versement compensatoire des avantages sociaux. On ne dit pas ce qu'il advient du secteur conventionnel ensuite.

En tout cas, contrairement à ce qu'affirme la CSMF, ces règles peuvent changer en cours de route : *"Art. 41. – Suivi des pratiques tarifaires.*

"Chaque trimestre, les partenaires conventionnels suivent la mise en œuvre du contrat d'accès aux soins, et plus généralement l'évolution des pratiques tarifaires au regard des dispositions de l'article 35.3 de la convention, dans le cadre d'un observatoire instauré par le présent avenant dont la composition et les missions sont définies en annexe XXIII. Au regard des résultats constatés, ils prennent, le cas échéant, toute mesure nécessaire à l'atteinte des objectifs fixés.

"La mise en œuvre des mesures prévues au présent sous-titre est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnés à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale".

Clairement les signataires de la convention peuvent décider de changer les règles en cours de route, et s'ils imaginaient, pour atteindre les objectifs, empêcher le retour en secteur 2 des signataires, estimant avoir fait le plein des praticiens conciliants ?

Rappelons que ce sont ceux qui ont signé cet avenant 8 qui siègent dans cet observatoire et qui soutiennent le CAS qui ont décidé en son temps de la fermeture du secteur 2.

DERNIÈRE MINUTE

2 SÉMINAIRES EXCEPTIONNELS

• EXPATRIER SON ACTIVITÉ MÉDICALE À L'ÉTRANGER ! ! •

• S'EXPATRIER POUR UNE RETRAITE DORÉE ! ! •

Président du Congrès
Docteur Frédéric NADAL

Dédiées aux Médecins, les Journées Internationales de Médecine, d'Art et de Bien Être (Les J.I.M.A.B.E) ne seront pas un Congrès de plus, en 2013. Les J.I.M.A.B.E se dérouleront à l'Île Maurice, au cœur de l'Océan Indien, en s'intégrant dorénavant à plusieurs congrès satellites destinés à d'autres professionnels libéraux : Pharmaciens, Biologistes, Kinésithérapeutes, Orthodontistes, Dentistes, Architectes, Conseillers en Patrimoine regroupés sous l'oriflamme des J.I.F.P.L (Journées Internationales de Formation des Professionnels Libéraux).
En se donnant les moyens de réaliser la symbiose entre besoin légitime, pour le Médecin, d'une formation continue de haut niveau, opportunité d'une réflexion approfondie sur l'exercice professionnel, développement patrimonial personnel et professionnel, à l'occasion de rencontres exceptionnelles et l'ouverture à une Culture où se mêleront tous les Arts (peinture, littérature, musique...), les J.I.M.A.B.E auront l'ambition d'être plus qu'un Congrès : un propagateur de valeurs ajoutées, un moment d'enrichissement mutuel, un lieu de convivialité et de bien-être... Un événement unique de valorisation et de gratification de notre métier!
Les journées proposeront des ateliers spécifiques aux Médecins, mais aussi – et c'est la fameuse symbiose -, des conférences communes à tous les professionnels, réunis en sessions plénières. Et l'Art ? Il sera au rendez vous de soirées de détente où la peinture, la littérature, la musique viendront à la rencontre de nos hôtes. Le Bien-être ? Un cadre enchanteur, un programme permettant de profiter pleinement du séjour, une convivialité sans pareil, un repos assuré... En résumé, tous les ingrédients pour avancer avec optimisme et détermination dans sa vie personnelle et professionnelle, lors du retour en France.

Bienvenue aux J.I.M.A.B.E !

Dr Frédéric NADAL,
Président des J.I.M.A.B.E

Programme

Séminaire patrimoine

LES INVESTISSEMENTS PASSIONS

Le moteur de l'investissement est rarement la cupidité, ou souvent pas un simple calcul d'optimisation fiscale ; c'est parfois la concrétisation d'une véritable passion. Les J.I.P.A.B.E, les J.I.A.A.B.E, les J.I.O.D.A.B.E, les J.I.PH.A.B.E, les J.I.M.A.B.E, les J.I.M.L.A.B.E, donnent une magnifique opportunité d'en découvrir, parfois d'inattendues ! Passion pour l'Art - peinture, sculpture, photographie, le vin d'investissement,
les chevaux de course, les Forêts lointaines, les matières premières agricoles, la distribution de film de Cinéma, l'immobilier exotique , l'or physique, les timbres de collection, la numismatique, les manuscrits anciens.

NOS COUPS DE CŒUR PATRIMONIAUX QUI BOOSTENT VOTRE PATRIMOINE

1 - Épargne Salariale : une niche fiscale, que dis-je ? : une pépite !!! une solution patrimoniale unique pour constituer une épargne retraite.
2 - Tout ce que l'on ne vous a jamais dit sur l'invalidité, accident,décès ou comment vraiment se protéger et protéger les siens ?
3 - Pourquoi la diversification patrimoniale est-elle indispensable ?
4 - Comment gérer son portefeuille financier : indications et effets secondaires ?
5 - La S.C.I. (Société Civile Immobilière) : qu'est ce que c'est ? A quoi sert-elle ?
6 - L'immobilier : En comparaison des marchés financiers, les marchés immobiliers sont apparus d'incomparables outils patrimoniaux ces dernières années en France. Mais peut-on construire son patrimoine durablement à partir de la seule pierre ? Quelles solutions privilégier ? Peut-on imaginer l'immobilier sans niche fiscal ?

S.E.L.A.R.L & HOLDING

1 - L'exercice en S.E.L.A.R.L, cette société de capitaux incontournable et outil indispensable d'une organisation patrimoniale réussie. Venez enfin écouter les plus grands experts français !
2 - La HOLDING... et un outil de plus dans l'architecture patrimoniale !

L'ART D'OPTIMISER LA GESTION DE SON OUTIL DE TRAVAIL

Ou «Comment travailler moins et mieux pour gagner plus et être plus heureux ?»
1 - Comment développer et fidéliser sa clientèle par la décoration et le mobilier ?
2 - Comment développer et fidéliser sa clientèle par son site internet professionnel ?
3 - Comment développer et fidéliser sa clientèle par le marketing ?
4 - Comment améliorer la productivité de votre cabinet au quotidien.
5 - Pourquoi et comment un site internet professionnel accompagne le développement du chiffre d'affaire de votre cabinet ?
6 - Toutes les solutions pour réduire les frais généraux de votre cabinet.
7 - La sécurité du cabinet : techniques et outils de prévention et de défense.
8 - Tiers-Santé : optimiser l'encaissement et la gestion de votre tiers payant.
9 - Comment prévenir au mieux les fluctuations de trésorerie ?
10 - Crédit, leasing, fonds propres... quels outils de financement pour vos investissements professionnels ?
11 - Votre expert-comptable est-il un bon Conseil ? Ou comment reconnaître un excellent professionnel ?

Séminaire scientifique médicaux : 3 thèmes

INFECTION ET VIEILLISSEMENT

LA PHYSIOLOGIE AU SERVICE DE LA MÉDECINE DU QUOTIDIEN

SÉMINAIRE DE MÉDECINE ULTRAPRATIQUE : Les trucs et astuces du quotidien !!

➡ RENSEIGNEMENTS & réservation : www.jifpl.com

cliquer sur le pavé JIMABE et télécharger la plaquette et le bulletin d'inscription

UN NOUVEAU CONCEPT

La symbiose entre
Formation Scientifique
Formation Patrimoniale
l'Art
et le Bien-Être

À la frontière du paradis

2700 € TTC

(+400€ de frais d'inscription donnant droit à déductibilité au titre des frais professionnels)

J.I.M.A.B.E

JOURNÉES INTERNATIONALES DE MÉDECINE, D'ART ET DE BIEN-ÊTRE

PARCOURS DE GOLF 18 TROUS OFFERTS AUX CONGRESSISTES
SUR LE GOLF DE L'ÎLE AUX CERFS

PENSION COMPLÈTE PLUS · 6 Nuits 8 Jours · PENSION COMPLÈTE PLUS

AGENCE PARTENAIRE

turquoise.to
VOTRE TOUR OPERATEUR DES ÎLES

L'Île Maurice

DU 21 AU 29 OCTOBRE 2013

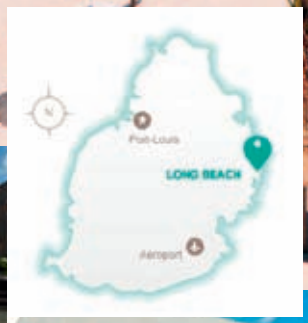
NOMBRE DE PLACES LIMITÉ

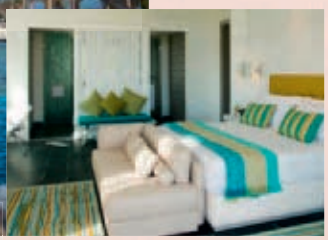
Congrès International de prestige sur le Métier de Médecin, en symbiose exceptionnelle avec l'Art et le Bien-être

VOTRE HÔTEL

Long Beach ★★★★★

Classé en 2012 parmi les 100 plus beaux hôtels du monde*.





jimabe MAURICE 2013

FORMATION ENTIÈREMENT DÉDUCTIBLE

Contenu minimum
obligatoire d'un compte-rendu de césarienne

CNGOF

CNGOF Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

1 - Préambule

Le travail a été réalisé à la demande des membres du conseil d'administration du CNGOF. L'objectif était d'avoir un contenu minimal non exhaustif à attendre dans un compte-rendu opératoire de césarienne (CROP).
Le groupe de travail a été constitué par le CNGOF après appel à volontaires parmi ses membres.
Cette directive qualité s'adresse aux professionnels réalisant des césariennes, quel que soit le type du support du compte-rendu utilisé (feuille blanche, dossier papier structuré ou dossier informatisé).
Cette démarche participe à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers au sein de notre discipline et répond aux exigences nationales réglementaires. Elle favorise aussi l'alimentation du dossier médical personnel (DMP) de la mère et des dossiers communicants des réseaux de santé en périnatalité. La communication entre professionnels et entre professionnels et usagers devrait en bénéficier.

2 - Données administratives obligatoires devant figurer dans le compte-rendu opératoire de la césarienne

Le compte-rendu doit comporter le nom et les coordonnées de l'établissement.
Le compte-rendu doit être concis et précis. Il doit comporter par ailleurs :

- Les noms (dont nom de naissance) et prénom de la patiente,
- La date de naissance de la mère,
- La date d'intervention,
- Le nom du ou des opérateurs (avec leur grade ou statut) et des aides,
- Le nom du ou des anesthésistes (avec leur grade ou statut).

Cette directive qualité s'adresse aux professionnels réalisant des césariennes.

3 - Contenu médical du compte-rendu

3.1 Indication

Les informations suivantes doivent être disponibles dans le CROP :

- La gestité et la parité de la patiente,
- Le nombre de cicatrices utérines éventuelles,
- Le terme au moment de la césarienne (en semaines d'aménorrhée et jours selon la convention du CNGOF, par exemple : 41^{+0} SA),
- Le moment de la césarienne (programmée avant travail, programmée en travail, en urgence avant travail, en urgence pendant le travail). Le degré d'urgence doit être spécifié. En cas de césarienne en urgence, préciser la dilatation du col,
- Préciser si un déclenchement était en cours et le moment de la rupture des membranes,
- Les raisons motivant la césarienne doivent être décrites, y compris s'il s'agit d'une demande maternelle (la césarienne sur demande correspond à une césarienne souhaitée par la femme enceinte en l'absence d'indications médicales ou obstétricales).

3.2 Description de la césarienne

- Type et moment de l'antibioprophylaxie,
- Type d'anesthésie,
- Type du sondage vésical (à demeure ou non),
- Type d'abord pariétal : Joël Cohen, Pfannenstiel, Mouchel (transversale avec section des muscles grands droits), médiane sous-ombilicale, vaginale,
- Préciser les éventuelles difficultés ou particularités de l'abord utérin et si un décollement vésical a été réalisé,
- Type d'hystérotomie : segmentaire transversale, segmentaire longitudinale exclusive, segmento-corporéale, corporéale. Expliciter les difficultés éventuelles.

- Liquide amniotique :
  - aspect : clair, teinté fluide, méconial fluide, méconial épais, sanglant,
  - quantité : normale, oligoamnios, hydramnios.
- Extraction :
  - présentation : céphalique, siège, transverse,
  - difficultés éventuelles et manœuvres manuelles ou instrumentales,
  - sexe enfant : masculin, féminin, indéterminé,
  - Apgar à 1 mn, à 5 mn et à 10 mn,
  - poids (en g) ou non pesé car mutation ou transfert immédiat,
  - pH artériel ombilical, à défaut pH veineux.
- Délivrance : dirigée (oui, non), manuelle (oui, non). Révision utérine. Si dirigée : produit, dose et voie d'administration.
- Hystérorraphie :
  - décrire le type de suture sur l'hystérotomie et sur les déchirures éventuelles (surjet, points en X, simples séparés ; un ou deux plans),
  - le type de fils utilisés (marque et calibre).
- Vérification des annexes et de l'utérus : normalité ou anormalité (à décrire).
- Toilette péritonéale.
- Fermeture du péritoine vésico-utérin :
  - non-fermeture du péritoine vésico-utérin,
  - fermeture du péritoine vésico-utérin (si oui, type de fil et type de suture).
- Fermeture du péritoine pariétal : non, oui (si oui, type du fil et type des points).
- Qualité de l'hémostase en fin d'intervention.
- Compte des compresses.
- Fermeture aponévrotique :
  - type de suture et type des fils.
- Drainage sous aponévrotique :
  - absence de drainage sous-aponévrotique,
  - drainage sous-aponévrotique par des redons aspiratifs ou non.
- Fermeture cutanée :
  - agrafes ou suture (surjet ou points séparés de Blair Donatti, surjet intradermique) et types de fils (marque et calibre).
- Aspect des urines en fin d'intervention.
- Volume total des pertes sanguines estimées en fin de césarienne. Transfusion (oui, non. Si oui, types et quantité des produits).
- Qualité du globe utérin.
- Aspect macroscopique du placenta et du cordon (notamment anomalie de longueur).
- Examen anatomopathologique ou bactériologique demandé.

3.3 Horodatage

- Heure de la décision en cas de césarienne en urgence,
- Heure de l'incision cutanée,
- Heure de la naissance,
- Heure de fin d'intervention ou durée d'intervention (en mn).

3.4 Proposition éventuelle pour prochaine grossesse

Noter éventuellement une conduite à tenir préconisée pour la grossesse suivante.

4 - Validation du compte-rendu opératoire

Tout compte-rendu opératoire diffusé ou archivé doit être validé via une signature de l'opérateur (signature manuscrite ou électronique).

Les comptes-rendus électroniques doivent être bloqués pour ne pas permettre une modification de ceux-ci, ou les modifications électroniques doivent être tracées. Une copie validée doit être remise à la patiente.

5 - Archivage du compte-rendu opératoire

Il fait partie intégrante du dossier médical, dont la conservation est fixée par la loi. L'archivage du compte-rendu de césarienne selon la loi française est de 28 ans et selon les directives européennes de 30 ans.

Références complètes sur *www.cngof.asso.fr*

Directive qualité :

Rédigée par :

Pr F. Vendittelli, Pr C. Racinet,
Dr C. Crenn-Hébert, Dr J.-F. Le Digabel

Vérifiée par :

Pr E. Closset, Dr G. Dauptain,
Dr O. Multon, Pr F. Pierre, Pr O. Sibony

Validée par :

Les membres du conseil d'administration du CNGOF (11 janvier 2013)

Grossesse prolongée et terme dépassé

Historique, définitions et recommandations

M. VERMEILLE, B. BOUBLI,
F. COATLEVEN, J. HOROVITZ*

La durée physiologique de la gestation varie selon différents facteurs, ce qui peut expliquer l'absence de consensus concernant la détermination du terme dépassé théorique.

Historique

Etymologiquement le mot terme signifie *"échéance"*, issu du latin *"terminus"* signifiant *"borne, limite"*. Le dictionnaire Larousse définit le *"terme"* comme étant le *"moment où prend fin un état"*.

Les débats autour de la définition précise du *"terme"* de la gestation dans l'espèce humaine agitent depuis longtemps les milieux médicaux mais aussi littéraires :

François Rabelais au XVIème siècle, consulté sur une contestation de la date de conception, décrit une durée de gestation de 11 mois, reprise dans son histoire de Gargantua (1) : *"elle engroissa d'un beau filz et le porta jusqu'à l'onzième moys"*. Montaigne en 1580 accepta cette durée *"idéale"* de grossesse.

C'est Baudelocque qui parla le premier d'une durée de gestation de 9 mois. Dans son *"Art des accouchements"* (2), il écrit : *"l'époque la plus ordinaire de l'accouchement est la fin du 9ème mois de la grossesse, mais elle n'est pas invariable"*. Pinard doute sur la réalité de la notion de grossesse prolongée et pense qu'il s'agit plutôt de gestations retardées à leur début. En 1850, Reid et al. ont retrouvé une durée de gestation allant de 237 à 275 jours avec un maximum de 280 jours soit 40 SA (3). Ce n'est qu'en 1902 que la notion de terme dépassé a été acceptée, grâce à Ballantyne qui a reconnu le premier le syndrome de post-maturité et la morbidité accrue liée aux grossesses prolongées. Un peu plus tard, en 1952, Stewart définissait le terme de la grossesse entre 250 et 285 jours, soit entre 35 SA + 5 jours et 40 SA + 5 jours (4).

Les dernières recommandations nous permettent aujourd'hui d'utiliser un langage commun et d'harmoniser nos pratiques.

Définitions

La durée physiologique de la gestation varie selon différents facteurs, ce qui peut expliquer l'absence de consensus concernant la détermination du terme dépassé théorique. Cette définition est donc difficile à déterminer mais est nécessaire pour la mise en place d'un protocole de surveillance et de prise en charge de ces grossesses.

On connaît certains facteurs de risque d'allongement de la durée de gestation comme la nulliparité, la surcharge pondérale, l'âge maternel avancé, l'antécédent d'accouchement à terme dépassé et des facteurs mécaniques. L'origine ethnique ainsi que la prédisposition génétique pourraient quant à eux réduire cette durée.

La sémantique prend alors toute son importance dans la définition, et de ce fait la grossesse prolongée est définie pour une grossesse se prolongeant à partir de 41 SA, et au-delà de 42 SA on parlera de terme dépassé.

* Maternité Aliénor d'Aquitaine, pôle d'obstétrique – gynécologie et reproduction. CHU Bordeaux. Place Amelie Raba Léon. 33076 Bordeaux Cedex

Conflits d'intérêts : néant

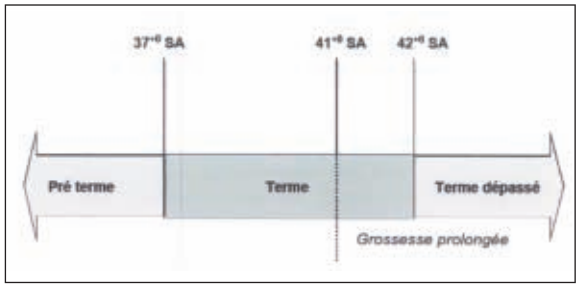


Figure 1 : Définitions du terme, de la grossesse prolongée et du terme dépassé
RPC CNGOF Décembre 2011. D.Subtil (5)

Pour homogénéiser les pratiques et utiliser la même sémantique, on fixe une durée de la grossesse comme étant 9 mois calendaires. L'enjeu obstétrical est la balance bénéfices/risques entre le souhait d'une réduction de la morbi-mortalité materno-fœtale et les risques potentiels du déclenchement artificiel du travail sur les cols défavorables (travails longs, risque accru de césarienne, d'hémorragie du post-partum, complications fœtales liées à l'accouchement, extractions instrumentales).

On retrouve en France, une fréquence de 15 à 20% des patientes accouchant entre 41 SA et 41 SA + 6 jours, contre 1% au-delà de 42 SA (6).

L'échographie précoce avant 12 SA a permis de réduire l'incidence des grossesses prolongées en évitant les erreurs de terme, ramenant leur taux à 1% des grossesses (7, 8).

Conséquences materno-foetales

Conséquences maternelles :

Certains travaux (9–11) retrouvent un taux de césariennes multiplié par 1,5 en situation de terme dépassé. De la même façon, le taux d'extractions instrumentales (anomalies du RCF pendant l'expulsion, défaut de progression du mobile fœtal) est augmenté durant cette période.

D'après l'étude de Caughey et al. (12), il existerait une augmentation du taux de déchirures périnéales du 3ème et 4ème degré au-delà de 42 SA avec un taux de 9,1% contre 6,7% entre 41 SA et 41 SA + 6 jours ($p<0,001$).

D'autres auteurs ont retrouvé une augmentation du taux d'hémorragie de la délivrance à partir de 41 SA (9; 11; 12) ; Olesen et al. (9) ont estimé ce risque à 5% après 42 SA contre 3,6% avant (OR = 1,37 ; [IC95% : 1,28-1,46]), ce risque étant ajusté à l'âge maternel et à la parité.

D'après une cohorte rétrospective monocentrique sur plus de 45 000 femmes incluses dès 37 SA (11), le taux d'infections du péri-partum (chorioamniotites, endométrites du post-partum) serait plus élevé en cas de dépassement de terme, soit après 42 SA.

Conséquences périnatales :

La fréquence du syndrome de post-maturité augmente avec la prolongation de la grossesse : 2% à 40 SA, 10 à 12% à 42 SA (13; 14). Arias et *al.* ont retrouvé une élévation du taux de macrosomes avec l'âge gestationnel : 10% d'enfants macrosomes lorsque l'accouchement a lieu entre 38 et 40 SA, 20% entre 40 et 42 SA, et plus de 40% entre 43 et 44 SA (14).

L'asphyxie périnatale et l'inhalation méconiale sont les principales causes de morbidité périnatale en cas de dépassement de terme.

Ces résultats sont confirmés par l'étude de Caughey et *al.* (11) qui retrouve une présence de liquide amniotique méconial au moment de la naissance plus fréquente à 42 SA qu'à 39 SA (OR = 2,28 ; [IC95% : 1,89-2,75]). D'après la méta-analyse de Gülmezoglu et *al.*, le risque d'inhalation méconiale augmenterait avec la prolongation de la grossesse, multiplié par 2 entre 41 et 42 SA (15).

Le risque d'hypoxie fœtale augmente progressivement à partir de 40 SA et peut être d'évolution très rapide, pouvant aboutir à la mort fœtale in utéro. La pathogénie de cette hypoxie peut s'expliquer par les phénomènes de sénescence placentaire physiologiques ou par compression funiculaire liée à l'oligoamnios qui en est la conséquence. D'après la méta-analyse de Gülmezoglu et *al.*, la proportion de scores d'Apgar inférieurs à 7 à 5 minutes de vie augmente avec le dépassement de terme, ainsi que le nombre de pH ombilicaux inférieurs à 7,15 et le nombre de *"base excess"* supérieurs à 12 mmol/l (15). Heimstad et *al.* ont retrouvé également une diminution du pH artériel au cordon de manière continue de 37 SA à 42 SA (16).

Alexander et *al.* dans un travail mené de 1988 à 1998 sur des grossesses de déroulement physiologique, ont montré que la survenue d'un sepsis néonatal (définit par une hémoculture ou une culture de liquide céphalo-rachidien positive) est plus fréquente chez les enfants nés à 42 SA par rapport à ceux nés à 40 SA ou 41 SA, avec une augmentation du taux d'admissions en unité de soins continus (17).

La fréquence des signes neurologiques semble augmentée chez les enfants nés après terme. On retrouve essentiellement des convulsions voire l'apparition d'une épilepsie, des encéphalopathies anoxo-ischémiques souvent liées à une asphyxie périnatale, avec l'insuffisance motrice cérébrale comme principale conséquence. Certains auteurs pensent que la diminution du liquide amniotique retrouvée dans 33% des cas en fin de grossesse peut être la cause d'une hypoxie fœtale engendrant des dommages du système nerveux central (18).

D'autre part, la morbidité et la mortalité fœtale augmentent également après 42 SA, avec un taux mortalité de 1,8/1000 naissances. Ce taux passe de 0,4 à 37 SA à 2,5 à 43 SA. La mortalité périnatale double entre 40 et 42 SA avec 2-3 à 4-7 morts périnatales pour 1000 naissances (19). Au niveau international, le nombre de décès fœtaux à partir de 42 SA est estimé à 1,6 à 3,5 pour 1000 naissances vivantes (9; 11; 19; 20).

Pratiques internationales

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) (21) se basent sur une définition de la grossesse prolongée à partir de 41 SA, et imposent donc une surveillance stricte et rigoureuse de toute femme enceinte prolongeant sa grossesse, avec un déclenchement ou une maturation cervicale si la patiente n'entre pas en travail spontanément, afin d'obtenir un accouchement avant 42 SA. La HAS (21) recommande tout d'abord la réalisation d'une échographie du premier trimestre entre 11 SA et 13 SA + 6 jours permettant une datation précise de la grossesse à partir de la mesure de la longueur crânio-caudale de l'embryon selon des critères stricts préalablement établis. Sa pratique systématique contribue à réduire le nombre des termes considérés à tort comme dépassés (7; 8; 22).

Ces recommandations sont semblables à celles de l'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) (23), de la *Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada* (SOGC) (24) et du *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG) (25). Ces sociétés savantes anglo-saxonnes recommandent une prise en charge à partir de 41 SA, avec un déclenchement possible à ce terme si les conditions locales sont favorables et que la patiente est d'accord. Sinon une surveillance est mise en place tous les 2 jours avec une étude du RCF et une estimation de la quantité de liquide amniotique par échographie. La patiente doit être informée des modalités de sa surveillance et de son déclenchement, et elle doit y participer activement. Les Canadiens recommandent un décollement des membranes entre 38 SA et 41 SA après information des risques et des bénéfices de cette technique (24). Les Britanniques précisent que si les patientes refusent une induction médicale du travail à 42 SA, la surveillance materno-fœtale doit continuer de la même façon que la semaine précédente (25).

Etat des lieux dans une maternité de niveau 3

Induction médicale du travail pour grossesse prolongée à 41 SA + 2 jours versus 41 SA + 4 jours

Au sein de la maternité universitaire de niveau 3 de l'hôpital Pellegrin à Bordeaux, une prise en charge active des grossesses prolongées était initiée à 41 SA + 2 jours jusqu'en 2008 ; puis à partir de cette date, l'équipe a repoussé cette échéance à 41 SA + 4 jours.

L'objectif de notre étude était d'analyser ces 2 attitudes, d'évaluer les modalités d'accouchement et l'état néonatal, afin de dégager un *"profil"* d'évolution des caractéristiques materno-fœtales au sein de la 42ème semaine d'aménorrhée.

Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective descriptive, réalisée au sein de la maternité universitaire de niveau 3 de l'hôpital Pellegrin de Bordeaux, sur une période allant de Janvier 2005 à Mars 2011.

Les critères d'inclusion se basaient uniquement sur :

- Des grossesses uniques
- De déroulement physiologique
- Sans pathologie fœtale ni maternelle associée
- Dont la présentation était céphalique
- Avec une datation échographique de la grossesse entre 11 SA et 13 SA + 6 jours.

Les critères d'exclusion regroupaient :

- Une datation échographique tardive de la grossesse ou une datation mal ou non renseignée dans le dossier
- L'hypertension artérielle gravidique et la pré-éclampsie
- Le retard de croissance intra-utérin
- Le diabète gestationnel
- La rupture prématurée des membranes (avant la mise en travail)
- L'oligoamnios ou l'anamnios

Toutes les patientes ont été vues à 41 SA, avec réalisation d'un examen clinique et d'un enregistrement cardio-tocographique fœtal.

Les patientes du groupe 2 (41 SA + 4 jours) bénéficiaient d'une consultation à 41 SA + 2 jours associant examen clinique, enregistrement cardio-tocographique fœtal et réalisation d'un score biophysique de Manning. Si cette surveillance n'indiquait pas de nécessité d'induction du travail, les patientes étaient reconvoquées à 41 SA + 4 jours.

Les maturations cervicales étaient effectuées uniquement à l'aide de PGE2 (dinoprostone).

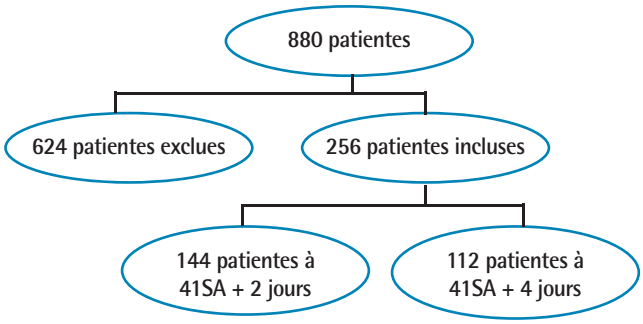
Un délai maximal de 48 heures de maturation cervicale était toléré au sein de la maternité.

Le critère de jugement principal était le taux de césarienne.

Les critères de jugement secondaires étaient le taux d'extractions instrumentales, l'analyse du RCF pendant le travail, la durée du déclenchement, l'état néonatal et la durée d'hospitalisation.

256 patientes ont été incluses, réparties en 2 groupes :

- Groupe 1 : induction médicale du travail à 41 SA + 2 jours soit 144 patientes
- Groupe 2 : induction médicale du travail à 41 SA + 4 jours soit 112 patientes



Caractéristiques patientes
Comparaison des patientes à 41 SA + 2 jours (n = 144) versus 41 SA + 4 jours (n = 112)

	Groupe 1 41 SA + 2 jours N = 144	Groupe 2 41 SA + 4 jours N = 112	p
Age (moyenne, années, (ET)	29,6 (5,3)	29,1 (5,3)	0,48
Parité :			
• nullipare	83 (58%)	80 (71,4%)	
• multipare	60 (42%)	32 (28,6%)	0,027
Indice de Masse Corporelle (moyenne, kg/m2, (ET))	23,7 (4,9)	22,9 (4,1)	0,385
Origine géographique :			
• Européenne	118 (81,9%)	97 (86,6%)	
• Maghrebine	18 (12,5%)	11 (9,8%)	
• Africaine	6 (4,2%)	1 (0,9%)	NC
• Américaine	0 (0,0%)	2 (1,8%)	
• Latine	2 (1,4%)	0 (0,0%)	
• Asiatique	0 (0,0%)	1 (0,9%)	

TABLEAU 1 : Caractéristiques patientes
Comparaison des patientes à 41 SA + 2 jours (n=144) versus 41 SA + 4 jours (n=112)
Données manquantes : parité n = 1 ; indice de masse corporelle n = 4
NC : Non Calculable

	Groupe 1 41 SA + 2 jours N = 144	Groupe 2 41 SA + 4 jours N = 112	p
Score de Bishop à l'entrée (moyenne, (ET))	4,4 (1,6)	4,2 (1,7)	0,294
Utilisation de prostaglandines (Dinoprostone gel ou dispositif intra-vaginal)	112 (77,8%)	94 (83,9%)	0,218
Utilisation d'ocytociques (Syntocinon®)	61 (42,4%)	42 (37,5%)	0,431
Durée du déclenchement (moyenne, heures, (ET))	14,1 (12,7)	17,07 (14,2)	0,081
Durée totale du séjour (moyenne, jours, (ET))	6 (1,7)	6 (1,3)	0,422

TABLEAU 2 : Modalités de déclenchement
Comparaison des patientes à 41 SA + 2 jours (n = 144) versus 41 SA + 4 jours (n = 112)
Données manquantes : durée du déclenchement n = 2 ; durée totale du séjour n = 6.

	Groupe 1 41 SA + 2 jours N = 144	Groupe 2 41 SA + 4 jours N = 112	p
Taux de césariennes	11 (7,6%)	13 (11,6%)	0,28
Taux d'extractions instrumentales	18 (12,5%)	34 (30,4%)	0,0004
Durée totale d'accouchement (moyenne, (ET))	0,6 (0,7)	0,7 (0,7)	0,104
Stagnation de la dilatation	9 (6,3%)	7 (6,3%)	0,99
Progression du mobile fœtal dans le bassin maternel			
• normale	127 (94,1%)	84 (82,4%)	0,004
• défaut de progression	8 (5,9%)	18 (17,6%)	
Rupture de la poche des eaux			
• RSM	52 (36,4%)	40 (35,7%)	0,915
• RAM	91 (63,6%)	72 (64,3%)	
Couleur du liquide amniotique			
• LAC	109 (75,7%)	92 (82,1%)	
• LAM	17 (11,8%)	10 (8,9%)	0,425
• LAC avec sang	17 (11,8%)	9 (8%)	
• Pas de LA	1 (0,7%)	1 (0,9%)	NC
Durée d'expulsion (moyenne, minutes, (ET))	15,6 (10,7)	19,2 (12,4)	0,02
Délivrance			
• normale	106 (74,1%)	81 (72,3%)	0,746
• anomalies	37 (25,9%)	31 (27,7%)	
Périnée			
• intact	46 (32,2%)	22 (19,6%)	
• déchirure vaginale	53 (37,1%)	49 (43,8%)	0,068
• épisiotomie	41 (28,7%)	40 (35,7%)	
• complet	3 (2,1%)	1 (0,9%)	NC

TABLEAU 3 : Déroulement du travail

Comparaison des patientes à 41 SA + 2 jours (n = 144) versus 41 SA + 4 jours (n = 112)

Données manquantes : stagnation de la dilatation n = 6 ; progression de la tête fœtale = 19 ; rupture de la poche des eaux n = 1 ; durée d'expulsion n = 26 ; délivrance n = 1 ; périnée n = 1.

NC : Non Calculable

Nous constatons que dans une population de patientes bien suivies, à bas risque, dans le cadre d'une grossesse prolongée à 41 SA + 4 jours, le taux de césarienne est faible (11,6%) avec un état néonatal rassurant.

Même si cette étude était sujette à un biais d'interprétation en raison de la proximité (48 heures) des dates d'induction médicale du travail, comparativement à l'incertitude de datation échographique des grossesses incompressible allant de 3 à 5 jours, quelques tendances se dessinent au sein de l'avancée entre 41 SA et 42 SA dans notre établissement :

Le taux de césarienne et l'état néonatal n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes.

Nous avons retrouvé un taux d'anomalies du RCF pendant le travail significativement plus élevé dans le groupe 41 SA + 4 jours avec 25% de surveillance du pH au scalp contre 12,5% dans le groupe 41 SA + 2 jours (p = 0,009).

Le taux d'extractions instrumentales toutes indications confondues était significativement plus important dans le groupe 41 SA + 4 jours avec des taux respectifs de 30,4% contre 12,5% (p = 0,0004).

Cette différence peut aussi s'expliquer par un taux significativement plus important de nullipares dans le groupe 41 SA + 4 jours, facteur de risque reconnu d'extraction instrumentale et d'épisiotomie. Cela constitue un biais d'interprétation

	Groupe 1 41 SA + 2 jours N = 144	Groupe 2 41 SA + 4 jours N = 112	p
Surveillance du pH au scalp pendant le travail	18 (12,5%)	28 (25%)	0,009
Score d'Apgar à 5 mn de vie (moyenne, (ET))	9,8 (0,4) (minimum 8)	9,8 (0,5) (minimum 7)	0,328
Poids de naissance (moyenne, grammes,(ET))	3559 (421)	3588 (392)	0,584
pH au cordon (moyenne, (ET))	7,29 (0,08)	7,28 (0,08)	0,634
Lactates au cordon (moyenne, (ET))	3,4 (1,5)	3,7 (1,7)	0,595
Prise en charge néonatale précoce :			
• Normale	130 (90,3%)	98 (87,5%)	
• Glucagon	4 (2,8%)	7 (6,3%)	
• Détresse respiratoire :			
- O2 sous Hood	1 (0,7%)	0 (0%)	NC
- PPC nasale	1 (0,7%)	3 (2,7%)	
- Ventilation au masque	7 (4,9%)	3 (2,7%)	
- Retard de résorption	0 (0%)	1 (0,9%)	
- MMH	0 (0%)	0 (0%)	

TABLEAU 4 : Surveillance fœtale et état du nouveau-né à la naissance
Comparaison des patientes à 41 SA + 2 jours (n = 144) versus 41 SA + 4 jours (n = 112)
Données manquantes : score d'Apgar à 5 minutes de vie n = 2 ; pH au cordon n = 149 ; lactates au cordon n = 184 ; prise en charge néonatale précoce = 1 ; NC : Non Calculable

des résultats, mais la nulliparité est un facteur de risque attendu dans le contexte.

Notre étude semble définir un profil particulier de patientes entre 41 SA et 42 SA, et notamment un profil évolutif des conditions obstétricales : plus d'extractions instrumentales, plus d'anomalies du rythme cardiaque fœtal, sans grever le pronostic néonatal ni le taux de césarienne ; cette expectative permet aussi logiquement d'augmenter le taux de mise en travail spontanée, notamment chez les multipares.

Recommandations pour la pratique clinique (RPC) CNGOF 2011

La nécessité de définir un langage commun, d'harmoniser les pratiques, a conduit le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français à établir en 2011 des recommandations pour la pratique clinique sur la prise en charge des grossesses prolongées et du terme dépassé (5), dont voici un résumé :

La grossesse prolongée est définie à partir de 41 SA. Le terme dépassé est défini à partir de 42 SA.

Une surveillance des grossesses prolongées dès 41 SA + 0, permettrait de réduire la morbidité périnatale par rapport à une surveillance à partir de 42 SA + 0 (grade C). La fréquence de cette surveillance est proposée entre 2 et 3 fois par semaine (accord professionnel).

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal représente l'examen de première ligne de surveillance du bien-être fœtal, et il reste donc l'examen incontournable dans la surveillance des grossesses prolongées (accord professionnel). Les données de la littérature n'ont pas montré d'intérêt supérieur de l'analyse informatisée du RCF dans la surveillance des grossesses prolongées (grade B).

D'après les experts, il semble raisonnable de réaliser une évaluation échographique de la quantité de liquide amniotique par la mesure de la plus grande citerne, à partir de 41 SA + 0 et ce 2 à 3 fois par semaine (accord professionnel). En cas d'oligoamnios défini par une plus grande citerne < à 2 cm, un déclenchement peut être envisagé (accord professionnel).

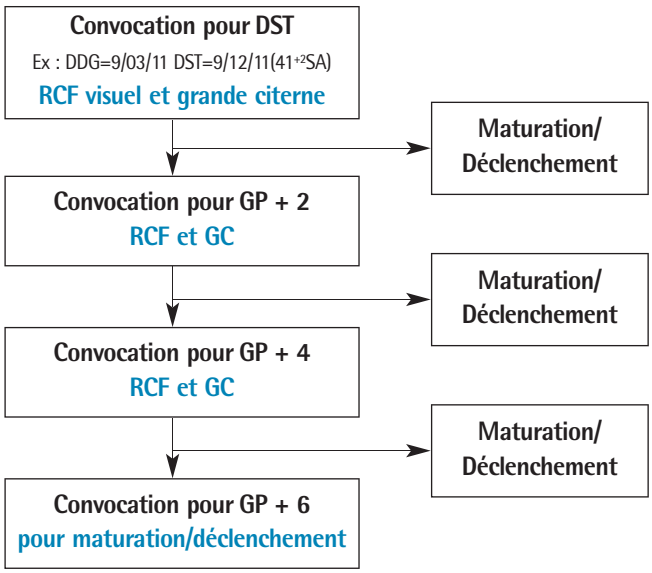
En l'absence de pathologie, une induction du travail devrait être proposée aux patientes entre 41 SA + 0 et 42 SA + 6 jours (grade B).

Le décollement des membranes peut être réalisé afin de réduire la durée de la grossesse, mais toujours après une information et un accord préalable de la patiente (accord professionnel).
L'ocytocine reste actuellement la méthode de référence pour le déclenchement du travail sur col favorable à partir de 41 SA (grade A).
Les prostaglandines E2 utilisées sous forme de tampon ou de gel vaginaux, est une méthode efficace pour déclencher le travail (grade A). En cas de col défavorable, elles permettent de diminuer l'utilisation de l'ocytocine et d'en diminuer les doses requises (grade A).
Les prostaglandines E1 ou misoprostol n'ont pas l'AMM pour l'induction du travail des grossesses prolongées. Elles restent toutefois un moyen efficace et peu onéreux pour déclencher le travail, notamment en cas de conditions cervicales défavorables (grade A). Le misoprostol est contre-indiqué en cas d'utérus cicatriciel (grade B).
L'utilisation d'une sonde de Foley en intracervical est un moyen mécanique efficace pour induire le travail avec moins d'hyperstimulations utérines que les prostaglandines, sans augmentation du taux de césariennes (grade A).

Protocole actuel au CHU de Bordeaux

L'ensemble de ces données a conduit à une réévaluation du protocole de prise en charge des grossesses prolongées au sein de notre maternité universitaire ; permettant une amélioration de l'organisation des soins tant au niveau humain que matériel.

Protocole des grossesses prolongées à la maternité du CHU de Pellegrin Bordeaux



DST : Date de Surveillance de Terme
GP : Grossesse Prolongée

Conclusion

L'évolution du protocole de prise en charge des grossesses prolongées par notre équipe que nous avons progressivement modifié, nous a permis d'améliorer la prise en charge des gestantes tant au niveau humain que matériel. Notre protocole actuel s'inscrit dans le cadre des consignes proposées par les dernières recommandations pour la pratique clinique du CNGOF de 2011.

Bibliographie

1. Rabelais F. Gargantua [Internet]. 1534.
2. Baudelocque J-L. *Arts des accouchements* [Internet]. 1781.
3. Reid J. *On the duration of pregnancy in the human female.*
4. STEWART HL Jr. *Duration of pregnancy and postmaturity.* J Am Med Assoc 1952 mars;148(13):1079-1083.
5. *Grossesse prolongée et terme dépassé : recommandations pour la pratique clinique* – Texte des recommandations (texte court). Journal De Gynécologie, Obstétrique Et Biologie De La Reproduction 2011 déc;40:693-962.
6. Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, Bréart G. [*Trends in perinatal health in metropolitan France between 1995 and 2003: results from the National Perinatal Surveys*]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2006 juin; 35(4):373-387.
7. Takemura T. [*Recent management of postterm pregnancy from a survey of 422 institutions*]. Nippon Sanka Fujinka Gakkai Zasshi 1986 août; 38(8):1257-1262.
8. Crowley P. WITHDRAWN: *Interventions for preventing or improving the outcome of delivery at or beyond term.* Cochrane Database Syst Rev 2006 ;(4):CD000170.
9. Olesen AW, Westergaard JG, Olsen J. *Perinatal and maternal complications related to postterm delivery: a national register-based study,* 1978-1993. Am. J. Obstet. Gynecol 2003 juill;189(1):222-227.
10. Cheng YW, Nicholson JM, Nakagawa S, Bruckner TA, Washington AE, Caughey AB. *Perinatal outcomes in low-risk term pregnancies: do they differ by week of gestation?* Am. J. Obstet. Gynecol 2008 oct; 199(4):370.e1-7.
11. Caughey AB, Musci TJ. *Complications of term pregnancies beyond 37 weeks of gestation.* Obstet Gynecol 2004 janv; 103(1):57-62.
12. Caughey AB, Stotland NE, Washington AE, Escobar GJ. *Maternal and obstetric complications of pregnancy are associated with increasing gestational age at term.* Am. J. Obstet. Gynecol 2007 févr; 196(2):155.e1-6.
13. Beucher G, Dreyfus M. [*Management of postterm pregnancies*]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2008 avr; 37(2):107-117.

14. Arias F. *Predictability of complications associated with prolongation of pregnancy.* Obstet Gynecol 1987 juill; 70(1):101-106.
15. Gülmezoglu AM, Crowther CA, Middleton P. *Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term.* Cochrane Database Syst Rev 2006; (4):CD004945.
16. Heimstad R, Skogvoll E, Mattsson L-A, Johansen OJ, Eik-Nes SH, Salvesen KA. *Induction of labor or serial antenatal fetal monitoring in postterm pregnancy: a randomized controlled trial.* Obstet Gynecol 2007 mars; 109(3):609-617.
17. Alexander JM, McIntire DD, Leveno KJ. *Forty weeks and beyond: pregnancy outcomes by week of gestation.* Obstet Gynecol 2000 août; 96(2):291-294.
18. Ehrenstein V, Pedersen L, Holsteen V, Larsen H, Rothman KJ, Sørensen HT. *Postterm delivery and risk for epilepsy in childhood.* Pediatrics 2007 mars;119(3):e554-561.
19. Hilder L, Costeloe K, Thilaganathan B. *Prolonged pregnancy: evaluating gestation-specific risks of fetal and infant mortality.* Br J Obstet Gynaecol 1998 févr; 105(2):169-173.
20. Zeitlin J, Blondel B, Alexander S, Bréart G. *Variation in rates of postterm birth in Europe: reality or artefact?* BJOG 2007 sept;114(9):1097-1103.
21. *Déclenchement artificiel du travail à partir de 37 semaines d'aménorrhée*, recommandations professionnelles. HAS 2008.
22. Boylan P, McParland P. *Fetal assessment in postterm pregnancy.* Curr. Opin. Obstet. Gynecol 1991 févr; 3(1):41-44.
23. ACOG Practice Bulletin. *Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists.* Number 55, September 2004 (replaces practice pattern number 6, October 1997). *Management of Postterm Pregnancy.* Obstet Gynecol 2004 sept; 104(3):639-646.
24. Delaney M, Roggensack A, Leduc DC, Ballermann C, Biringer A, Delaney M, Dontigny L, Gleason TP, Shek-Yn Lee L, Martel M-J, Morin V, Polsky JN, Rowntree C, Shepherd D-J, Wilson K. *Guidelines for the management of pregnancy* at 41+0 to 42+0 weeks. J Obstet Gynaecol Can 2008 sept; 30(9):800-823.
25. Royal College of Obstetricians and Gynecologists *"Induction of labour".* Evidence base clinical Guideline 2001 juin; (9)

Gynélog l'Association

Je soussigné(e) :

Nom _____ Prénom _____

Date d'installation _____

Tél. _____ Email _____

Adresse professionnel _____

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 €**

❒ Obtention du logiciel Medy CS (seul) *(pour UN médecin et son secrétariat).* **230 €**

❒ Option : Module FSE Pyxvital *(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).* **20 €**

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

Gynerisq'Attitude

Situation à risque d'asphyxie per-partum (APP) après 34 SA

Validée le 22 février 2013 par le groupe d'experts de Gynerisq. Rédacteur Serge FAVRIN

Remarques 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''.

L'asphyxie per partum (APP)

est un sujet majeur en obstétrique et une crainte commune pour les familles et les équipes soignantes.

Sur le plan médical, elle a bénéficié ces dernières années :

- d'une meilleure connaissance des circonstances de survenue,
- d'une mise au point sur la surveillance fœtale pendant le travail,
- de précisions essentielles sur son lien, beaucoup plus rare que ce qui semblait acquis, avec les tableaux neurologiques que sont l'Encéphalopathie Néonatale (**ENN**) et la Paralysie Cérébrale (**PC**),
- du développement en cours des thérapeutiques neuroprotectrices.

Sur le plan médico-légal, elle reste la première cause de contentieux avec la recherche systématique d'un défaut :

- dans la conduite de l'accouchement,
- dans la reconnaissance de l'APP,
- et/ou dans sa prise en charge à la naissance.

Cette fiche **"Gynerisq'*Attitude*" sur la documentation d'une situation à risque d'APP** a pour objet d'aider les obstétriciens à **lister les éléments qui doivent être tracés dans leurs dossiers d'accouchements** pour gérer au mieux ce problème.

Elle est basée sur une analyse de la base REX, une étude de la littérature et une synthèse collégiale faite par les experts de Gynerisq le 2 février 2013.

Etape de prévention : Eléments clés avant la naissance

1 – Le dépistage des situations à risques doit être systématiquement vérifié à l'admission de la patiente

Les situations à risques habituellement reconnues sont les suivantes :

- ❒ Prématurité ou terme dépassé
- ❒ Utérus cicatriciel
- ❒ Gémellaire
- ❒ Oligo ou Hydramnios
- ❒ Saignements
- ❒ Age > 35 ans
- ❒ Suspicion de RCIU ou macrosomie
- ❒ Antécédent de décès néonatal
- ❒ Siège
- ❒ Pré-éclampsie
- ❒ Fièvre > 38°
- ❒ Dysthyroïdie maternelle
- ❒ Diabète antérieur à grossesse ou diabète gestationnel mal équilibré
- ❒ RCF anormal et/ou LA méconial et/ou Doppler Ombilical anormal
- ❒ Rupture prématurée des membranes > 24 heures
- ❒ Grossesse après traitement d'infertilité

 # Il est souhaitable que ces situations à risques

- apparaissent dans le dossier pour être d'emblée connues de l'équipe qui prend en charge l'accouchement,
- bénéficient d'une conduite à tenir (CAT) spécifique, "*protocolisée*" et/ou instaurée au moment.

2 – Le déclenchement artificiel du travail

Si un risque d'APP survient après un déclenchement artificiel du travail, les modalités de celui-ci seront systématiquement *"disséquées"* à la recherche d'un éventuel facteur iatrogène.

Il faut donc insister sur l'indispensable analyse préalable des recommandations officielles dans ce domaine. Les dernières élaborées par l'HAS, sur le déclenchement après 37sa, datent de 2008 et sont disponibles sur le lien suivant : *http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/declenchement_artificiel_du_travail-_synthese.pdf*

Il faut en particulier souligner l'importance :

- **des conditions préalables en cas de déclenchement pour une indication non médicale :**
  - utérus non cicatriciel
  - terme précis
  - à partir de 39 SA (273 jours)
  - col favorable : score de Bishop ≥ 7
  - demande ou accord de la patiente, et information des modalités et des risques potentiels
- **des conditions d'utilisation des techniques de déclenchement ;**
- **de l'information à donner aux patientes** en s'inspirant de la documentation de l'HAS disponible sur le lien suivant *http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-09/declenchement_artificiel_du_travail_-_fiche_dinformation.pdf*

Les équipes soignantes sont invitées à réaliser un ultime contrôle avant tout déclenchement artificiel du travail en s'inspirant de la fiche *"Gynerisq Contrôle avant déclenchement artificiel du travail"* proposée en annexe.

3 – La surveillance du travail

Six aspects vont être particulièrement revus et analysés en cas de situation à risque d'APP :

- La tenue du partogramme
- Le monitorage du rythme cardiaque fœtal (RCF)
- L'utilisation éventuelle d'ocytocine
- La réactivité de l'équipe en cas d'anomalie
- La stratégie de terminaison
- L'information donnée à la patiente

3-1 : La tenue du partogramme

Elle doit être soigneuse et systématique en s'appuyant sur les critères ayant servi de base à l'audit clinique proposé par l'HAS et dont les résultats, publiés en 2006, sont disponibles sur le lien suivant : *http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/ application/pdf/rapport_final_-_partogramme.pdf*

Les équipes soignantes sont invitées à faire des audits réguliers pour vérifier la bonne tenue de leur partogramme.

3-2 : Le monitorage du RCF

Il doit être continu dans les situations à risques décrites plus haut.

Il est important que les équipes s'organisent pour avoir des tracés :

- de bonne qualité,
- horodatés (contrôle systématique des horaires avant tout enregistrement),
- et conservés dans de bonnes conditions (numérisation, scanner, photocopie…).

Il est souhaitable que la lecture des tracés utilise le **langage consensuel** maintenant défini par les dernières recommandations internationales. On peut s'inspirer des fiches ci-jointes *"Gynerisq Contrôle Lecture RCF"* (recto & verso) et *"Gynerisq Contrôle prélèvements au scalp pendant le travail"*.

L'effet bénéfique de **séances de formation** est maintenant démontré et il est conseillé aux équipes obstétricales d'organiser ce type d'entraînement ainsi que le *"debriefing"* des accouchements avec anomalies du RCF.

Il est également souhaitable que les équipes structurent et systématisent les appels entre soignants, en utilisant les techniques de communication inspirées de l'aéronautique. Ainsi, les **appels de sages-femmes aux obstétriciens** pour *"anomalies du RCF"* peuvent s'inspirer du tableau page suivante résumant un plan de conversation en 5 points, que chaque membre de l'équipe pourrait connaître et utiliser en l'adaptant à l'urgence de la situation.

Type d'appel	L'appelant annonce d'emblée et clairement s'il s'agit d'un appel urgent pour que l'appelé se déplace auprès de la patiente ou bien d'un appel d'information et/ou de demande d'avis
Identification	L'appelant identifie la patiente et précise la parité, le terme, les antécédents significatifs et les anomalies éventuelles de la grossesse actuelle
Situation	**Type de tracé** avec description dans l'ordre : 1) Contractions 2) Rythme de base 3) Variabilité 4) Accélérations 5) Ralentissements **Stade du travail :** Présentation - Col - TA - Pouls - T° - Etat patiente
Avis	L'appelant donne son avis et fait une suggestion
Réponse	L'appelé reformule la demande et donne sa réponse

Proposition protocole d'appel pour anomalies du RCF

3-3 : L'utilisation éventuelle d'ocytocine

- Elle est actuellement reconnue comme potentiellement iatrogène.

Dès lors, il est important que les équipes tracent l'indication et les modalités d'utilisation.

Elles peuvent s'inspirer de la fiche *"Gynerisq Contrôle ocytocine pendant le travail"* ci-jointe.

En cas de tachystolie et ou de troubles du RCF la perfusion doit être immédiatement interrompue.

3-4 : La réactivité de l'équipe en cas d'anomalie

- Toute anomalie nécessite une évaluation et une décision. **La communication dans l'équipe,** basée sur un partage continu des connaissances et un *"débriefing"* des accouchements anormaux doit permettre de définir les anomalies nécessitant un déplacement rapide de l'obstétricien auprès de la patiente.

Pour ce qui concerne les anomalies du RCF, le tableau ci-joint, tiré du document *"lecture des tracés de RCF pendant le travail"* disponible sur le site *gynerisq.fr* peut servir de base de réflexion.

En cas de décision de terminaison pour une suspicion d'asphyxie, l'analyse du dossier attachera une grande importance aux délais décision–action–naissance.

Dans tous les cas, les évènements (constatation d'anomalies, appel, évaluation, décision, action) doivent être tracés dans le dossier d'accouchement.

- Dès lors, il est souhaitable que les appels aux différents intervenants possibles : anesthésiste, pédiatre, personnel de bloc opératoire soient organisés et anticipés ; que le rôle de chacun soit connu en prévoyant des recours possibles en cas de retards liés à une suractivité ou à un évènement imprévu (exemple de la prise en charge du nouveau-né par la sage-femme et/ou l'anesthésiste en cas d'arrivée retardée du pédiatre).

Chaque établissement est invité à évaluer *"à froid"* au besoin à l'aide d'exercices de simulations, ses propres ressources de façon à les mobiliser en fonction de l'urgence de la situation, en s'inspirant du principe des *"codes couleur"* – Les équipes peuvent y réfléchir à partir de la fiche *"Gynerisq Contrôle terminaison accouchement en urgence".*

Tracés	Décision Terminaison	Mesures correctrices	Obstétricien	Anesthésiste	Pédiatre	Patiente
Pathologiques	terminaison rapide	oui	auprès de la patiente	auprès de la patiente	prévenu immédiatement disponible	informée au bloc opératoire
A risque	décision si persiste	oui	auprès de la patiente	prévenu disponible	prévenu disponible	informée bloc opératoire prêt
A surveiller	décision fonction évolution	oui	prévenu disponible	RAS	RAS	informée et surveillée
Autres anomalies	non	oui	prévenu	RAS	RAS	nouvelle évaluation

Proposition CAT en fonction du type de tracés de RCF

3-5 : La stratégie de terminaison

Il faut insister sur trois points :

- Les éléments ayant conduit à la décision d'extraction pour suspicion d'APP, en particulier les anomalies du RCF et les résultats des prélèvements au scalp, doivent être clairement tracés dans le dossier. **Le choix des modalités de la terminaison** (spontanée, instrumentale, césarienne) sera également argumenté. Il repose sur la synthèse du contexte materno-fœtal, du stade du travail, des conditions mécaniques (hauteur et variété de la présentation) et du niveau de risque d'acidose fœtale en choisissant dans cette indication la voie la plus rapide et la moins traumatisante. Il est important que ces éléments soient rappelés dans le paragraphe *"indication"* du compte rendu d'intervention.
- **Il est également souhaitable que ces comptes précisent :**
  - l'identité des intervenants,
  - les horaires de la décision, du début de réalisation de l'acte et de la naissance,
  - le type d'analgésie,
  - la technique avec, pour les extractions instrumentales :
    - .la hauteur et la variété de présentation,
    - .le type d'instrument utilisé,
    - .la notion d'une rotation manuelle et/ou instrumentale,
    - .le nombre de tractions réalisées.
- **L'importance d'anticiper et de tracer la présence pédiatrique.**

3-6 : L'information donnée à la patiente

Sa **traçabilité** est essentielle. Il est souhaitable que les équipes donnent, avant l'accouchement, une information *"à froid"*, sur les modalités de la surveillance du travail, les anomalies possibles et les gestes éventuellement réalisés. Celle-ci peut s'appuyer sur les consultations prénatales, les séances de préparation à l'accouchement, la mise à disposition de documents spécifiques.

Pendant l'accouchement, il est important de tracer dans le dossier les informations données au fur et à mesure. Celles-ci peuvent être insérées parmi les autres éléments du dossier ou bien rassemblées à un endroit spécifique. Dans tous les cas, il est important de préciser le sujet sur lequel à porter l'information et les personnes présentes, pouvant témoigner de sa réalité.

Les équipes peuvent s'inspirer de la fiche *"Gynerisq Contrôle information de la parturiente"*.

Etape de reconnaissance : Eléments diagnostiques d'une APP

Le score d'Apgar et les résultats de l'exploration acido-basique sur l'artère ombilicale sont les deux critères les plus utilisés pour approcher le diagnostic d'asphyxie à la naissance, mais il faut rappeler qu'il n'existe pas de critères validés et consensuels.

Les critères les plus documentés sont ceux élaborés en 2003 par *"l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)"* et *"l'American Academy of Pediatrics"* (AAP). Ils n'ont pas pour objet de faire le diagnostic d'une APP mais sont requis pour qu'un évènement hypoxémiant aigu intrapartum soit considéré comme suffisant pour être à l'origine d'une paralysie cérébrale. Une asphyxie avec une acidose métabolique définie par un pH<7 et un DB ≥ 12 mmol/l est alors un des critères essentiels pour établir ce lien. Un score d'Apgar ≤ 3 à 5 mn ou au-delà est un des critères complémentaires évoquant une origine per partum.

Il est souhaitable que le recueil de ces critères soit systématique si l'on veut documenter au mieux l'état d'un nouveau-né à la naissance et pouvoir :

- reconnaître et gérer une asphyxie per partum suspectée ou *"surprise"*,
- éliminer rétrospectivement ce diagnostic en cas d'anomalies pédiatriques ultérieures amenant à revenir sur les conditions d'accouchement.

Ce recueil est impératif dans les circonstances à risques listées à l'étape de prévention et en cas d'anomalie survenue pendant le travail.

Le **score d'Apgar** doit être systématiquement tracé à 1 et 5 mn. En cas de score inférieur à 7 à 5 minutes, il est impératif d'avoir également la trace des scores d'Apgar à 10 et 15 mn.

Les prélèvements sur l'artère ombilicale ne seront valablement interprétés que s'ils comprennent une gazométrie complète avec pH, PCO2 et DB et s'ils sont complétés par un prélèvement identique sur la veine ombilicale.

Les équipes soignantes peuvent s'inspirer de la fiche *''Gynerisq Contrôle critères APP à la naissance''*

Etape de récupération : CAT en cas de suspicion d'APP

La suspicion d'APP est basée sur la constatation d'un score d'Apgar inférieur à 7 à 5 mn et/ou d'un pH sur l'artère ombilicale inférieur à 7.

Dans ces cas, il est essentiel de documenter le dossier, en collaboration étroite avec les pédiatres, sur 4 points précis.

1 – Tracer la prise en charge pédiatrique et l'évolution des indicateurs de l'état du nouveau-né :

Avec :

- la présence du **pédiatre** à la naissance. Sinon il faut préciser le personnel qui a pris en charge l'enfant, les heures d'appel et d'arrivée du pédiatre,
- **le compte rendu détaillé de la prise en charge réalisée**. Celle-ci doit se faire en accord avec les recommandations actuelles commentées sur les liens suivants :

http://www.sfar.org/article/889/qfp-reanimation-du-nouveau-ne-en-salle-de-naissance
http://www.gfrup.com/Rea_NouveauNe_Ilcor_Med-et-Enfance.pdf
http://www.uvp5.univ-paris5.fr/campus-pediatrie/cycle3/DESpediatrie/poly/Neonat-Reanimation%20fev06.pdf

- **l'évolution** du score d'Apgar et des critères de surveillance de l'équilibre acido-basique.

2 – Commencer à rassembler les éléments qui serviront à la recherche étiologique

Avec :

- l'analyse détaillée du **partogramme** et des évènements survenus pendant le travail (RCF, liquide amniotique, fièvre ou malaise maternels, saignement, épisode de tachysystolie et/ou d'hypertonie…),
- l'analyse des résultats des **gazométries** du cordon ombilical. Un différentiel important (> 0,05) entre le pH artériel et veineux étant en faveur d'un accident aigu, un différentiel plus faible étant plutôt en faveur d'une acidose plus ancienne,
- l'examen du **placenta** qui comprend une **analyse macroscopique systématique** du *"placenta frais"* en salle de travail et un examen anatomopathologique complet. Il est important que celui-ci soit réalisé par un anatomo-pathologiste habitué à la fœtopathologie et que toutes les informations utiles lui soient transmises sur un support élaboré en commun. En pratique un placenta peut être conservé 3 jours à 4°C sans altération significative. Les équipes soignantes peuvent s'inspirer des fiches ci-jointes *"Gynerisq Contrôle examen du placenta en salle de travail"* et *"Gynerisq Contrôle demande histologie placenta"*.

3 – Rechercher une encéphalopathie néonatale

- Il s'agit d'un **élément pronostic essentiel puisqu'il est admis qu'une asphyxie per partum ne peut avoir de conséquences neurologiques significatives en l'absence d'ENN précoce.**
- Son **diagnostic est clinique** et basée sur des grilles d'évaluation validées. Il nécessite souvent plusieurs examens rapprochés.
- **Elle doit être recherchée dès les 1ères heures de vie** et sera un des éléments permettant de porter une indication de thérapeutique neuroprotectrice par hypothermie contrôlée, selon les protocoles du réseau périnatal concerné.

Les équipes soignantes peuvent s'inspirer de la fiche ci-jointe *"Gynerisq Contrôle diagnostic ENN"*

4 – Informer la patiente et sa famille

- Il est essentiel que l'équipe obstétrico-pédiatrique tienne un **discours homogène sur le diagnostic, les circonstances de survenue, les évolutions possibles et la prise en charge.**

Là encore, les informations données peuvent être insérées parmi les autres éléments du dossier ou bien rassemblées à un endroit spécifique. Dans tous les cas, il est important de préciser le sujet sur lequel à porter l'information et les personnes présentes, pouvant témoigner de sa réalité.

La communication entre les différents intervenants, sage femme, obstétricien, pédiatre, radiologue est essentielle.

Les documents annexes, appelés fiches *''Gynerisq Contrôle''*, correspondent à des supports concrets sur des points précis abordés dans la fiche *''Gynerisq'Attitude''* que les équipes soignantes peuvent adopter ou modifier à leur convenance. Elles sont disponibles sur le site *Gynerisq.fr* grâce aux liens suivants :

Pour les situations à risque d'APP :

http://www.gynerisq.fr/Accueil/GynerisqAttitudes/AsphyxieperpartumAPP/tabid/90/Default.aspx

Pour la dystocie des épaules :

http://www.gynerisq.fr/Accueil/GynerisqAttitudes/Dystociedes%C3%A9paules/tabid/93/Default.aspx

Gynerisq'Attitude

La dystocie des épaules

Validée le 2 février 2013 par le groupe d'experts de Gynerisq. Rédacteur Philippe MIRONNEAU

Préambule

Dans le cadre de la dystocie des épaules, 3ème sujet choisi, la méthodologie a été la suivante :

1. Utilisation du retour d'expérience de la base REX de GYNERISQ - avec l'analyse des **109 déclarations** concernant des dystocies des épaules déclarées entre 2009 et 2012,
2. Retour de **25 analyses d'expertise judiciaire** fournies par le cabinet d'assurance BRANCHET depuis 2002,
3. Référentiel officiel sur la prise en charge du diabète au cours de la grossesse (CNGOF 2010),
4. Validation par le groupe des *"experts"* Gynerisq.

Ces fiches "GYNERISQ'*Attitudes*" **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, fiabilité et efficacité.

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

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

Etape de prévention

La macrosomie ou excès de volume fœtal est reconnue comme le principal facteur de risque de la dystocie des épaules même si la moitié des enfants ont un poids normal <4000 g.

Rechercher les situations potentiellement à risque de macrosomie et de dystocie des épaules

1. ATCD familiaux du diabète et ATCD personnel du diabète,
2. Petite taille de la patiente < 1,50 m,
3. Poids maternel (dans la base REX toutes les paralysies du plexus d'enfant de poids normal sont issues de mères ayant un BMI >27) – En cas de prise de poids importante pendant la grossesse, il est conseillé d'informer la patiente que c'est un risque de dystocie,
4. ACTD d'accouchement de macrosome ou d'accouchement difficile,
5. Terme dépassé,
6. Echographie entre 30 et 32 SA retrouvant des biométries > 97,5° percentile (le périmètre abdominal étant considéré comme la mesure la plus pertinente),
7. Mesure de la hauteur utérine (en prenant en compte une mesure > 36 cm),
8. Dépister les diabètes de la grossesse dès le début de la grossesse si BMI >25 – Voir les recommandations CNGOF 2010 disponibles sur le lien suivant : *http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_DIABETE_2010.pdf*

Barrières :

1. Il est conseillé de **faire apparaître ces éléments dans le dossier de la patiente** en notant le *"risque de gros bébé et de dystocie"* de façon à pouvoir organiser au mieux l'accouchement,
2. **Prévenir l'accoucheur de garde** dès l'entrée de la patiente,
3. Exiger sa **présence en salle d'accouchement au moment de l'expulsion,**
4. Prise en charge correcte des diabètes gestationnels et surtout des diabètes insulinodépendants (l'équilibre du diabète ne garantissant pas toutefois un poids normal à la naissance) (CNGOF 2010),
5. Prévoir une **échographie supplémentaire aux alentours de 38 SA,** si les mensurations et poids estimé supérieurs au 97,5 ° percentile lors de l'échographie de 32 SA, tout en sachant que l'échographie reste un élément peu pertinent pour l'estimation précise du poids fœtal à la naissance.

On conseille alors de faire une césarienne si :

- Poids fœtal estimé > 4500 g et diabète maternel,
- Poids fœtal estimé > 5000 g pour les autres cas.

(Recommandations HAS 2012 sur *"l'indication de la césarienne programmée à terme"*, disponibles sur le lien suivant : *http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/reco2clics_indicationscesarienne.pdf)*

Tout en sachant qu'il faut un nombre élevé de césariennes pour prévenir la survenue d'une seule paralysie du plexus brachial (voir p.135 de l'argumentaire des RPC HAS 2012 suscitées, disponible sur le lien suivant : *http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1070417/indications-de-la-cesarienne-programmee-aterme?xtmc=&xtcr=6)*

Rechercher les situations potentiellement à risque au début et en cours de travail

Il est conseillé

- **à l'admission de la patiente de :**
  - revoir les éléments du dossier,
  - mesurer la hauteur utérine et de prendre en compte une mesure >36 cm,
  - évaluer les conditions obstétricales locales,
  - prévenir l'accoucheur pour ré-estimer, en cas de doute, la pertinence de l'accouchement par voie basse.
- **pendant le travail de**
  - surveiller la progression de la dilatation sur le partogramme, en prenant en compte une vitesse de dilatation cervicale < 1cm/heure au-delà de 7cm,
  - de demander, dans ces conditions, la présence de l'accoucheur, dès le début de l'expulsion,
  - d'être particulièrement méfiant avant de poser une indication d'extraction instrumentale dans ces cas de ralentissement de la dilatation en fin de travail.

Nous rappelons ici, qu'un accord professionnel **déconseille, sans les interdire,** les extractions instrumentales *"à la partie haute"* (voir page 581 du texte des RCP sur le sujet, publié par le CNGOF en 2008 et disponible sur le lien suivant : *http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/081204RPC_extractions.pdf)*

Etape de reconnaissance

Diagnostiquer rapidement la dystocie

Barrières :

1. Le **diagnostic** est posé devant une tête fœtale qui reste collée à la vulve, voire aspirée,
2. **Cela survient** après un dégagement plus ou moins facile, une restitution qui s'est mal effectuée ou n'a pas eu lieu. Cela aura parfois été redouté en cas de suspicion de macrosomie fœtale, de travail long surtout en 2ème partie (à partir de 7 cm) ou à l'inverse trop rapide.

Etape de récupération

Il faut agir rapidement car des lésions anoxiques sont possibles en quelques minutes, mais sans précipitation et de façon systématique.

Il est déconseillé de pratiquer des tractions intempestives et des manœuvres de rotation qui peuvent aggraver la situation.

Il est conseillé de réaliser dans l'ordre, des gestes codifiés en allant du plus simple au plus compliqué suivant l'évolution de la situation et selon un protocole qui doit être connu de tous.

Barrières :

1. **Appeler**
   - l'obstétricien, l'anesthésiste et le pédiatre (une fois sur deux la dystocie était en effet imprévisible),
   - il est donc souhaitable d'avoir mis en place une procédure d'appel type **"code rouge"** comme pour les césariennes en urgence,
2. **Réaliser une manœuvre de Mac Roberts,**
3. **Si le problème persiste et que l'épaule postérieure est bloquée dans l'excavation pelvienne :** Réalisation des manœuvres de Wood inversée ou Letellier,
4. **En cas d'échec ou si l'épaule postérieure n'est pas dans l'excavation :** Réalisation d'une manœuvre de Jacquemier.

Barrières :

Etre formé à la réalisation de ces manœuvres obstétricales (documentation et les équipes peuvent s'inspirer de la fiche *"Gynerisq contrôle : manœuvres dystocie des épaules"* lecture de DVD, formations sur mannequin dont l'intérêt est maintenant bien documenté).

Il est important de **faire le plus rapidement possible un compte rendu détaillé** de l'événement et des gestes effectués. Il est souhaitable que ce compte rendu soit validé et signé par l'obstétricien et la sage-femme. Les équipes peuvent s'inspirer du modèle : *fiche Gynerisq Contrôle : doc. d'une dystocie des épaules.*

Il est conseillé de **préciser le côté de l'épaule antérieure et postérieure.**

En cas de manœuvres internes, il est important de préciser le bras qui a été saisi. Si les lésions traumatiques osseuses sont souvent sur les membres supérieurs saisis par des manœuvres, les lésions du plexus sont souvent controlatérales. Cela permet de confirmer que la manœuvre n'a pas entraîné le plexus sur le bras incriminé et conforte la théorie de la propulsion entravée.

En cas d'accouchement compliqué et d'une suspicion de lésions traumatiques, osseuse, neurologique périphéri-

que (plexus) ou anoxique, il est indispensable de disposer d'un examen pédiatrique et neurologique complet en salle de naissance.

- L'Apgar de référence est à 5 minutes - Effectuer une **gazométrie complète** sur les vaisseaux du cordon (artère et veine – cf **Gynerisq'***Attitude* sur les situations à risque d'APP),
- Noter la présence d'éventuels **hématomes** notamment sur les joues, leur absence est un élément qui plaide contre une traction et/ou rotation exagérée de la tête fœtale,
- Noter l'existence d'une **amyotrophie** présente dès la naissance attestant d'une paralysie du plexus antérieur à l'accouchement et consécutive à une malposition fœtale ⇨ **Electromyogramme** à réaliser rapidement, dans la 1ère semaine de vie.

Radiographie en cas de suspicion de fracture de l'humérus ou de la clavicule.

En cas de problème ; prise en charge pédiatrique rapide :

- Prescription de kinésithérapie durant le séjour à la maternité,
- Prévoir une consultation spécialisée auprès d'un neurochirurgien ou d'un orthopédiste référent.

Enfin l'information des parents est comme toujours essentielle : Il est conseillé de les rencontrer pour expliquer le problème survenu lors de l'accouchement, même si l'accoucheur ne connaît pas la patiente, instaurer un dialogue et expliquer le suivi, en s'appuyant sur l'avis des spécialistes impliqués.

domiserve

Partenaire du SYNGOF

Grâce au CESU Domiserve,

Financez vos services à la personne via votre activité professionnelle…

… Et bénéficiez de plusieurs avantages fiscaux !

Qu'est ce que le CESU Domiserve ?

Accessible à tous les professionnels libéraux, avec ou sans salarié, le CESU est un titre de paiement vous permettant de régler plus de 20 Services à la Personne dans un cadre privé.

Les plus utilisés : la garde d'enfant (crèche, halte garderie, assistante maternelle…), l'entretien ménager, les cours à domicile, le bricolage, le jardinage…

Quels sont vos avantages fiscaux ?

Financé par votre activité professionnelle, votre achat de CESU Domiserve est amorti par les avantages fiscaux mis en place par les pouvoirs publics.

- Jusqu'à 1830 € de CESU Domiserve déduit de votre bénéfice imposable chaque année
- Un crédit d'impôt de 25% de la valeur des CESU financés

Pour des informations détaillées ou commander vos CESU Domiserve :
http://www.domiserve.com/syngof

Analyse
du risque médical

M-A ROZAN*

Responsabilité civile

La relaxe d'un médecin poursuivi au pénal n'empêche pas sa condamnation civile pour défaut de diagnostic à l'origine d'une pertre de chance

Le 29 mai 2003, une femme décède d'un choc hémorragique majeur lié à une rupture utérine avec mort fœtale, aux Cliniques d'Enghien (Val-d'Oise). Cette femme était suivie par un médecin depuis le début de sa grossesse, le 21 octobre 2002.

Les ayants droit de la victime se portent partie civile et le gynécologue obstétricien est poursuivi pour homicide involontaire. Le 27 septembre 2011, la Cour d'appel de Versailles infirme le jugement du tribunal correctionnel. Les juges considèrent que le lien de causalité entre l'action du médecin et le décès de la patiente est indirect. Le médecin a commis une erreur de diagnostic de la rupture utérine mais il a tout mis en œuvre pour apporter les soins nécessaires à sa patiente (programmation d'une césarienne à 8 mois et demi en raison d'antécédents de myomectomie, prise en charge rapide et adaptée avant et après l'accident médical de la patiente).

Le diagnostic de rupture utérine était très difficile à poser en dehors de la période de travail, compte tenu de l'absence d'examen permettant de poser un tel diagnostic et de la normalité des examens pratiqués. Aucun symptôme ne permettait d'évoquer ce diagnostic avant l'hémorragie de la patiente. Pour la Cour d'appel, cette erreur de diagnostic a entraîné une perte de chance de survie pour la patiente mais elle ne constitue pas une faute caractérisée, au sens de l'article 121-3 du code pénal, de nature à permettre la qualification d'une infraction non intentionnelle. Les juges d'appel relaxent donc le médecin et rejettent les demandes indemnitaires des parties civiles.

Celles-ci se pourvoient en cassation.

La Cour de cassation confirme que les éléments constitutifs de l'infraction d'homicide involontaire ne sont pas réunis au vu des conditions requises par l'article 121-3 du code pénal. La relaxe du médecin s'imposait donc. En revanche, la cour conteste le raisonnement opéré par les juges d'appel en matière civile. Ceux-ci ont relevé l'existence d'une erreur de diagnostic de la rupture utérine à l'origine d'une perte de chance de survie pour la victime. Ils ont donc qualifié l'existence d'une faute à l'origine de la disparition de la probabilité d'un événement favorable, c'est-à-dire une faute à l'origine d'un préjudice indemnisable.

Pourtant, sans aucune justification, ils ont ensuite retenu qu'aucune faute n'est rapportée au plan civil, sans expliquer pourquoi l'erreur de diagnostic ne constituait pas une faute civile. Leur décision n'est pas correctement motivée au plan civil et la Cour de cassation annule cette partie de l'arrêt. L'affaire devra être rejugée. (*Cour de cassation, 15 janvier 2013, n° 11-87.684*).

Aucun symptôme ne permettait d'évoquer ce diagnostic avant l'hémorragie de la patiente

Extrait de Responsable santé n° 190, jeudi 4 avril 2013

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

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

Courrier
du Pr Racinet

suite à l'analyse du risque médical du n°91

à

Monsieur le Rédacteur en Chef des Cahiers du SYNGOF

Monsieur le Rédacteur en Chef,

Mon attention a été attirée par une analyse du risque médical rapportée par M.-A. ROZAN dans le n°91 (page 33) du 20 décembre 2012 concernant un accouchement dystocique terminé par une césarienne et une pathologie cérébrale de l'enfant.

A la lecture de cette analyse et avec les références des différents arrêts, il m'a été assez facile d'identifier l'affaire en cause, à laquelle j'avais participé en tant qu'expert judiciaire puis en tant que témoin, lors de l'audience du TGI de Grasse.

Comme cela est encore assez fréquent, et malgré des arguments objectifs contraires (microcéphalie relative dès la naissance, score d'Apgar à 6 à 3 et 5 minutes, absence d'imagerie cérébrale typique d'une asphyxie aiguë perpartum, etc.) la responsabilité d'une asphyxie fœtale perpartum a été défendue par l'avocat des parents, conseillé par un ancien expert judiciaire, ancien médecin d'assurance, devenu médecin-conseil de l'avocat de la famille (et par ailleurs bien connu des Cahiers du SYNGOF...).

L'analyse qui est rapportée n'a pu entrer dans les détails de l'affaire, assez complexe puisqu'elle a nécessité 3 expertises collégiales successives qui, à quelques nuances près, n'ont pas retenu de responsabilité de l'obstétricien dans la genèse de la paralysie cérébrale de l'enfant.

Ce qui est inquiétant, c'est que dans les décisions judiciaires, telles que rapportées, l'on ne retrouve pas les données scientifiques avancées par les experts judiciaires (bien qu'assorties de niveaux de preuves élevés, comme le sollicitait le magistrat instructeur pour la 2ème expertise). S'il a été en effet soutenu qu'une césarienne plus précoce devant des anomalies du RCF (témoignant d'un risque d'acidose ni important ni majeur) aurait pu éviter la totalité des séquelles neurologiques (dont la microcéphalie relative à la naissance témoignait d'une installation avant l'accouchement), on en cherche encore en vain la démonstration scientifiquement étayée...

L'état actuel de la science permettrait d'être beaucoup plus précis, et donc plus juste, dans l'analyse de la causalité, aurait pu et dû être recherché, à quoi étaient dus les dommages subis par l'enfant et en quoi les négligences ou fautes attribuées à l'obstétricien en ont été la cause directe et certaine comme le soutenaient les médecins-conseils de la famille et ceci en désaccord total avec les experts judiciaires et dans quelle proportion.

Cet apparent conflit d'experts est inquiétant pour tout le monde, notamment pour les magistrats confrontés à un exercice décisionnel difficile, car ils n'ont pas les moyens scientifiques de juger la qualité des expertises, ignorant totalement ce qu'est un niveau de preuve, et plaçant sur un même plan les expertises contradictoires émanant d'experts a priori crédibles, qu'elles soient basées sur les faits ou basées sur les croyances...

A propos de cette affaire, je me permets de faire une proposition, destinée à améliorer le service rendu à la justice par la promotion de la compétence scientifique de l'expert. Il paraît en effet utile, voire indispensable, que la profession se saisisse de ce problème et suive la proposition de l'Académie de Médecine à savoir que l'organisme agréé par l'HAS pour notre discipline puisse délivrer sous son contrôle et celui du CNGOF et du SYNGOF des accréditations aux experts dans des domaines bien ciblés, afin que les magistrats puissent y trouver un vivier d'experts offrant une garantie de compétence scientifique pour les affaires soumises. Vœu pieux ?

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Rédacteur en Chef, l'assurance de mes sentiments dévoués et les meilleurs.

Claude RACINET

** Professeur Claude RACINET. Professeur émérite honoraire en GynObs – UJF Grenoble. Expert honoraire près la Cour d'Appel de Grenoble*
Expert près la Cour Administrative d'Appel de Lyon
Premier Vice-Président du Registre du Handicap de l'enfant
Président de la Commission Recours et Expertise de Gynerisq

Commission de Recours et d'Expertise de Gynerisq

L'équipe de la CREG*

L'expertise médicale est en effet un authentique acte médical évaluant une pratique professionnelle à l'aune des données de la médecine factuelle.

Un des principes de l'équipe animant GYNERISQ est de ne pas opposer le soin et le médico-légal, comme cela est trop souvent fait. Le soignant doit tirer les leçons des conflits médico-légaux. Les hommes du Droit doivent analyser ces conflits en fonction de la réalité du métier de soignant. C'est dans cet esprit qu'est née la CRE de GYNERISQ dont la présidence a été confiée au Pr Claude Racinet. Il ne s'agit ni de protéger aveuglément les professionnels ni de se substituer aux procédures éventuelles. Il s'agit d'aider les adhérents de GYNERISQ à gérer au mieux des situations souvent douloureuses et d'en extraire si possible les informations utiles à tous.

S. FAVRIN

Introduction

GYNERISQ est l'organisme agréé par la HAS pour contribuer, avec elle et sous son contrôle, à la délivrance de l'habilitation aux professionnels de la gynécologie obstétrique qui le sollicitent et se soumettent à la déclaration d'évènements porteurs de risque (EPR). Ceux-ci, qui sont heureusement rarement liés à des dommages consécutifs, peuvent cependant traduire soit une erreur médicale soit un dysfonctionnement dans l'organisation des soins.

GYNERISQ est l'organisme d'accréditation des professionnels exerçant la gynécologie obstétrique.

La gestion des risques est devenue un concept de plus en plus familier aux experts GYNERISQ, et il leur est apparu logique, au-delà de ce simple enregistrement d'EPR de mener une réflexion plus approfondie pour incrémenter la célèbre roue de la qualité dans l'exercice professionnel de leur discipline.

Un fil conducteur : la prévention de l'erreur médicale

1 – L'erreur médicale, pouvant ou non générer des accidents médicaux, est une réalité incontestable et parfois dramatique pour les patients mais aussi pour les professionnels de santé qui y sont confrontés. L'erreur médicale se rencontre majoritairement au niveau des diagnostics et/ou des soins, domaine déjà bien balisé, mais concerne aussi de façon moindre mais parfois aussi dramatique la nature des avis médicaux émis par des experts missionnés par la justice pour éclairer celle-ci. L'expertise médicale est en effet un authentique acte médical évaluant une pratique professionnelle à l'aune des données de la médecine factuelle.

L'HAS organisme-accréditeur affiche une politique volontariste (*Quotidien du Médecin, 19 juin 2012-n°9144*) d'incitation à la lutte contre toutes les formes d'erreur médicale, et il a donc paru évident à GYNERISQ de pousser ses réflexions dans ce sens.

2 – La banque de données REX (colligeant les EPR déclarés à GYNERISQ) peut ainsi servir, non pas à une analyse épidémiologique, non fiable étant donné le caractère trop aléatoire des déclarations d'EPR, mais à une analyse séméiologique et à la production de fiches destinées à la prévention des erreurs (Gynerisq'*attitudes*) grâce à la mise en place

Association GYNERISQ, 6 rue Pétrarque, 31000 Toulouse
N° Siret : 49399987400024

de différentes barrières faciles à mémoriser donc à appliquer. Cette étape est entrée dans une phase d'application active et donne satisfaction aux adhérents de GYNERISQ, qui y voient un retour très positif car construit à partir de leurs propres déclarations.

Le besoin d'une Commission spécifique de Recours et d'Expertise

1 – Au fil de leur pratique, il s'est avéré que les experts GYNERISQ étaient sollicités ponctuellement pour donner des conseils de nature médico-juridique pour des situations pouvant évoluer, ou ayant déjà évolué vers une procédure judiciaire. C'est ainsi qu'est née l'idée de la création d'une Commission de Recours et d'Expertise (CREG) qui a vu le jour en décembre 2012. Elle est composée de quatre experts judiciaires, de deux membres associés et d'un responsable administratif Béatrice LE NIR. Elle est présidée par l'un des experts judiciaires (Pr Claude RACINET). Sa saisine se fait par le canal de Béatrice LE NIR (*beatrice.lenir@wanadoo.fr*) qui recueille la demande sur un document formalisé, sollicite les pièces nécessaires à une étude circonstanciée de la demande et la transmet ensuite aux membres de la CREG.

2 – Son rôle essentiel est le conseil et l'aide aux adhérents qui la sollicitent soit en amont soit en aval d'une procédure, après accord de leur assureur. Une réponse est fournie après avis des membres de la CREG, qui engage sa responsabilité sur le plan scientifique. Un effort particulier est fait pour asseoir son avis sur une documentation bibliographique pertinente, afin que son rapport ne soit pas contestable et puisse être utilisé, voire produit en justice par le demandeur et ses conseils au gré de ses besoins.

3 – Dans ce but est initiée une collaboration avec le service de documentation de l'HAS.

Un des objectifs, essentiel, est en effet de rassembler un thésaurus de la documentation scientifique et juridique avec veille bibliographique sur tous les thèmes sensibles de la pratique de la spécialité, qui pourra être mis à la disposition des experts de GYNERISQ, mais aussi des experts judiciaires qui solliciteraient la CREG à cet effet.

A partir de ce thésaurus, il est envisagé que des mises au point soient faites au cours d'une journée annuelle interactive auprès des membres de GYNERISQ mais aussi la mise en place d'ateliers spécifiques d'étude d'expertises déjà déposées avec analyse critique à la lumière des acquis de la médecine fondée sur les faits.

Une mission à l'étude : la lutte contre la médecine défensive

1 – La médecine défensive est une réponse à la demande pressante d'examens ou de soins émanant des patientes et non fondée scientifiquement, ou à la crainte des professionnels d'être critiqués par des experts en cas de dommages attribués à une erreur dans les soins. Elle correspond à une dérive irrationnelle des diagnostics ou des soins destinée à protéger le praticien, consciemment ou inconsciemment. Elle ne protège pas le plus souvent la patiente mais aboutit plutôt à une surmédicalisation génératrice de risques et de surcoûts économiques certains bien que mal évalués en France, plus rarement à une sous-médicalisation par refus de prise en charge. Elle est responsable de 33% en moyenne d'actes inutiles dont la motivation repose dans 58% des cas sur la peur du médico-légal soit environ 20% du total des actes (Enquête FHF 2012).

2 – Cette peur du médico-légal est en fait le résultat de certaines condamnations à la suite d'expertises à charge sans argumentation fiable à l'appui. Un exemple caricatural est bien connu au SYNGOF qui avait sollicité l'aide d'un des experts judiciaires de la CREG pour un de ses membres, condamné en pénal pour un retard de césarienne alors qu'il s'agissait *in fine* d'une malformation cérébrale ! Les magistrats eux-mêmes reconnaissent que *"c'est une des faiblesses du système judiciaire français, puisqu'il n'organise pas systématiquement de débat autour des compétences de l'expert..."* (Conseiller P MATET).

L'habilitation des experts a été proposée par le rapport HUREAU de l'Académie de Médecine, à la suite de la suggestion faite par JM CHABOT, Conseiller du Président de l'HAS. Il est donc naturel que la CREG, de par sa structure et ses moyens, se rapproche de l'HAS pour étudier la faisabilité et les modalités d'une telle habilitation, dont les retombées espérées ne peuvent que contribuer à gommer cette peur du médico-légal, donc contribuer également à la lutte contre la médecine défensive, qui n'est pas éthiquement défendable.

Responsabilité professionnelle médicale

M. GIRER*

Les Cahiers du Syngof ouvrent par cette nouvelle rubrique un partenariat avec un éditeur spécialisé dans le droit médical : Les Etudes Hospitalières (LEH). Cet éditeur nous propose des textes dans 3 domaines que nous avons ciblés avec lui : Ethique, Exercice libéral et Exercice hospitalier public. Nous reproduirons ceux que nous choisirons en fonction de l'actualité.

B. de ROCHAMBEAU

Naissance d'un enfant atteint de trisomie 21

Absence de découverte du handicap lors des échographies
Application de la loi dans le temps
Préjudice des parents
Faute caractérisée des praticiens

Civ.1re, 31 octobre 2012, n°11-2756, 1220, inédit ; JurisData n°2012-024421

Les demandeurs donnent naissance au cours de l'année 2000 à une enfant atteinte de trisomie 21, handicap non décelé lors de la grossesse par les médecins. Ils recherchent l'engagement de la responsabilité du gynécologue et du gynécologue obstétricien.

Le 12 mai 2011, la cour d'appel de Papeete rejette leur demande. Les juges estiment que les dispositions issues de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002, qui limitent l'indemnisation du préjudice des parents au seul préjudice moral et uniquement en cas de faute caractérisée des praticiens, désormais codifiées à l'article L.114-5 du Code de l'action sociale et des familles, sont applicables à l'espèce, dans la mesure où l'instance au fond a été introduite après l'entrée en vigueur de la loi. En l'absence de preuve d'une faute caractérisée des praticiens, la cour d'appel rejette les demandes des parents.

La Cour de cassation censure ce raisonnement et rappelle que seule doit être prise en compte la date d'apparition du dommage. Celle-ci étant antérieure à l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002, l'article L.114-5 du Code de l'action sociale et des familles n'est pas applicable à l'espèce.

Désormais, la date d'introduction de l'action en justice est indifférente, seule compte la date de survenance du dommage.

Cette décision nécessite peu de commentaires sur le fond mais a le mérite de rappeler les règles d'application dans le temps des dispositions de la loi du 4 mars 2002 relatives à l'indemnisation du préjudice lié à la naissance d'un enfant handicapé.

La Cour de cassation avait admis, dans le célèbre arrêt *"Perruche"* (Cass., Ass. plén., 17 novembre 2000, *JCP G*, 2000, II, 10438, rapp. P. Sargos, concl. J. Sainte-Rose, note F. Chabas ; *D.*, 2001, juris., p. 332, note D. Mazeaud, et p. 336, note P. Jourdain), l'indemnisation des préjudices subis à la fois par les parents et par l'enfant lui-même à la suite d'une naissance avec un handicap non décelé pendant la grossesse. En réaction contre cette jurisprudence, l'article 1er de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, consacré à la solidarité envers les personnes handicapées, était venu préciser que *"nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance"* et que *"lorsque la responsabilité d'un professionnel ou d'un établissement de santé est engagée vis-à-vis des parents d'un enfant né avec un handicap non décelé pendant la grossesse à la suite d'une faute caractérisée, les parents peuvent deman-*

* Marion GIRER, Maître de conférences HDR, IFROSS, faculté de droit, université Jean Moulin Lyon 3

der une indemnité au titre de leur seul préjudice. Ce préjudice ne saurait inclure les charges particulières découlant, tout au long de la vie de l'enfant, de ce handicap. La compensation de ce dernier relève de la solidarité nationale". Ces dispositions figurent désormais à l'article L.114-5 du Code de l'action sociale et des familles, depuis l'adoption de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005.

Dans un premier temps, la Cour de cassation avait accepté d'appliquer le nouveau dispositif lorsque les faits étaient antérieurs à l'entrée en vigueur de la loi mais que l'instance avait été introduite postérieurement à cette date. Condamnés par la Cour européenne des droits de l'homme (CEDH, Grande chambre, 6 octobre 2005, Draon c/France et Maurice c/France, *RTDciv.*, 2005, p. 798, obs. Th. Revet ; *RGDM*, 2006, n° 18, p. 382, note F. Baude – HENNION-JACQUET [P.], *"L'approche contestable de la loi anti-Perruche par la Cour européenne des droits de l'homme", RDSS*, 2006, p. 149), les juges suprêmes français avaient dû revoir leur position (Cass. 1re civ., 24 janvier 2006, 3 arrêts, *JCP G*, 2006, II, 10062, note A. Gouttenoire, S. Porchy-Simon ; *D.*, 2006, IR, p. 326, obs. I. Gallmeister ; *Gaz. Pal.*, 12-14 février 2006, juris., p. 8, concl. J. Sainte-Rose ; *RGDM*, 2006, n° 19, p. 365, note J. Saison-Demars –CE, 24 février 2006, *JCP G*, 2006, II, 10062, note A. Gouttenoire, S. Porchy-Simon). Désormais, la date d'introduction de l'action en justice est indifférente, seule compte la date de survenance du dommage. Si les faits sont antérieurs au 5 septembre 2001, un droit de créance concernant les charges particulières qui découlent du handicap tout au long de la vie est né dans le patrimoine des parents en vertu de la jurisprudence en vigueur à l'époque des faits. Le droit au respect des biens impose dès lors une réparation intégrale de leur préjudice. Ainsi, la solution jurisprudentielle issue de l'arrêt *"Perruche"* devra s'appliquer à tous les dommages survenus avant le 5 septembre 2001, quelle que soit la date d'introduction de l'action en justice.

La présente affaire n'est qu'un nouvel exemple d'application de la solution dégagée par la juridiction européenne : la Cour de cassation conclut que l'article L.114-5 du Code de l'action sociale et des familles n'est pas applicable à la demande. En conséquence, les juges de la cour d'appel de renvoi devront rechercher si les manquements reprochés aux médecins gynécologue et gynécologue obstétricien ne constituaient pas *a minima* une faute simple, susceptible d'engager leur responsabilité.

Extrait de la Revue générale de droit médical n°46, mars 2013. Rubrique "Responsabilité médicale", p. 379-381.

Accouchement

Absence d'enregistrement du rythme fœtal pendant plusieurs minutes
Naissance d'un enfant atteint de graves séquelles
Renversement de la charge de la preuve

Civ. 1re, 13 décembre 2012, n° 11-27347,1427, publié au Bulletin ; JurisData n° 2012-029110

Le 17 juin 1994, Sonia naît par césarienne dans un état d'hypoxie sévère. Elle demeure atteinte de graves séquelles dont ses parents demandent réparation au centre hospitalier privé de la Loire, venant aux droits de la clinique dans laquelle l'accouchement a eu lieu. Le litige porte principalement sur le moment auquel la sage-femme a posé le diagnostic et constaté une bradycardie majeure, à la suite de laquelle elle a fait appel au médecin obstétricien de garde qui a pratiqué une césarienne. Les faits de l'espèce montrent que le rythme cardiaque fœtal a bien été contrôlé à intervalles réguliers mais que, pour une raison qui n'est pas clairement établie par l'expertise, le tracé de ce rythme n'a pas eu lieu entre 14h33 et 14h38. Les enregistrements ont ensuite repris et ont progressivement révélé des alternances de ralentissements du rythme cardiaque et de retours à la normale, jusqu'à un diagnostic de bradycardie majeure et de perte des oscillations à 14h54 se poursuivant jusqu'à 15h01. La césarienne est pratiquée à 15h10.

Dans son arrêt du 13 septembre 2011, la cour d'appel de Lyon rejette la demande des parents, estimant que l'absence de tracé du rythme cardiaque fœtal pendant la période de 5 minutes précitée ne permettait pas de connaître l'état fœtal pendant cette période.

La Cour de cassation censure la décision des juges du fond et leur reproche d'avoir inversé la charge de la preuve. Elle retient que *"faute d'enregistrement du rythme fœtal pendant plusieurs minutes, il incombait à la clinique d'apporter la preuve qu'au cours de cette période, n'était survenu aucun événement nécessitant l'intervention du médecin obstétricien".*

Il faut préciser à titre liminaire que l'établissement de santé dans lequel s'est déroulé l'accouchement a un statut de droit privé. De plus, la sage-femme qui a surveillé la parturiente était salariée de cet établissement. Aucune faute n'est reprochée au médecin obstétricien libéral, les experts soulignant même le délai particulièrement rapide de réaction et d'extraction de l'enfant par césarienne. La discussion concerne l'absence d'enregistrement du rythme fœtal pendant une période de 5 minutes et les prises de décision de la sage-femme : seule la responsabilité du centre hospitalier privé en

tant que commettant du fait de sa sage-femme préposée peut être engagée.

Les juges de la cour d'appel ont estimé, après analyse chronologique précise des faits lors de l'expertise, que rien ne permet d'attester que la sage-femme aurait dû établir son diagnostic plus précocement. En effet, l'absence d'enregistrement du rythme fœtal de 14h33 à 14h38 empêche de savoir si le fœtus était déjà dans un état de détresse qui aurait justifié un appel immédiat au médecin obstétricien. Ils en déduisent que les demandeurs ne peuvent établir la faute de la sage-femme, consistant dans un retard de diagnostic. Les experts soulignent par ailleurs que face à la situation du fœtus, il n'est pas du tout certain qu'une prise en charge avancée de quelques minutes aurait réduit les séquelles dont l'enfant est atteint, compte tenu du délai incompressible nécessaire pour réaliser une césarienne, délai pendant lequel le fœtus aurait de toute façon été privé d'oxygène. Il faudrait alors raisonner en termes de perte de chance.

La Cour de cassation refuse une telle analyse et choisit de se placer sur le terrain de la preuve. En vertu de l'article 113-5 du Code civil, c'est en principe au demandeur de prouver la faute du défendeur pour engager sa responsabilité. Or, en l'espèce, les demandeurs rencontrent un obstacle dans l'administration de la preuve en raison de l'absence d'un élément qui aurait dû être mis à disposition par l'établissement. En effet, il appartenait à l'établissement de santé de fournir les moyens nécessaires à la bonne exécution des soins et au contrôle de cette exécution. Dans le cadre d'un accouchement, un enregistrement monitoring permanent doit être réalisé et conservé par le centre hospitalier. Seul cet enregistrement permet d'établir le moment précis auquel la souffrance fœtale est apparue. L'établissement a manqué à ses devoirs professionnels en la matière, puisqu'il ne peut fournir un enregistrement du rythme fœtal pendant quelques minutes. Ce manquement rend impossible, pour les demandeurs, de prouver quel était l'état du fœtus pendant cette période et d'établir le retard de diagnostic de la sage-femme. Selon l'un des moyens du pourvoi, c'est cette *"carence de la clinique à produire les enregistrements du monitoring [...] qui rendait en conséquence impossible le contrôle du respect par la sage-femme de son obligation de surveillance de la parturiente".* Puisque cet obstacle à la preuve est le fait de l'établissement, la Cour de cassation procède à un renversement de la charge de la preuve : c'est à la clinique de démontrer qu'aucun événement nécessitant l'intervention du médecin obstétricien n'était survenu pendant ce délai. En cas de doute, celui-ci devrait profiter aux victimes du dommage. La solution peut sembler sévère mais elle a le mérite de rappeler les obligations des établissements de santé quant au contrôle de la bonne exécution des soins.

Extrait de la Revue générale de droit médical n°46, mars 2013. Rubrique "Responsabilité médicale", p. 381-383.

Suivez l'actualité du SYNGOF
au quotidien sur
www.syngof.fr

Exercice libéral

actualités

G. MÉMETEAU*

Les données sont claires : le patient conclut deux contrats, le contrat de soins avec le médecin, et le contrat hospitalier avec la clinique...

Contrat d'exercice libéral. Contrat médical. Coexistence (oui)

CA Toulouse, 10 décembre 2012, n°538.10/04491

Alors que le contrat médical est discuté en son principe autant qu'en son contenu (la dispute sur l'obligation d'information, dite légale), son existence est encore parfois rappelée sans que l'on se sente obligé de sonner le glas !

Ce rappel intervient dans le cadre d'une action en responsabilité civile contractuelle intentée par un patient contre un chirurgien-orthopédiste et la clinique dans laquelle il exerçait, après survenue d'une infection nosocomiale subséquente à une ostéotomie tibiale. Pour la cour d'appel : *"Sur le bien fondé du recours de la cllinique à l'encontre du docteur B.*

Il résulte des dispositions des articles 1135 et 1147 du Code civil, et L.1142-1 du Code de la santé publique, issu de la loi du 4 mars 2002, qu'il se forme entre le patient et son médecin un contrat impliquant l'obligation pour le praticien de donner à son patient des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science.

Compte tenu de l'importance des aléas en matière médicale, cette obligation n'est que de moyens, et la responsabilité contractuelle du médecin ne peut être engagée qu'à la condition de démontrer un manquement même involontaire de sa part à son obligation de soins.

Le médecin exerçant à titre libéral au sein d'un établissement de santé est lié à ce dernier par un contrat d'exercice de son art, comportant l'obligation, de moyens, de donner au patient les soins requis par le contrat qui l'engage vis-à-vis de celui-ci.

Le manquement du médecin à son obligation de soins à l'égard du malade est donc également constitutif d'un manquement au contrat qui le lie à l'établissement".

Le patient conclut deux contrats, le contrat de soins avec le médecin, et le contrat hospitalier avec la clinique...

Les données sont claires : le patient conclut deux contrats, le contrat de soins avec le médecin, et le contrat hospitalier avec la clinique, puisque la Cour de cassation refuse, depuis 1999, de consacrer le contrat hospitalier *"global"*, sauf lorsque le médecin est salarié de l'établissement. Et le médecin conclut son contrat d'exercice avec la clinique. Chacun, médecin et clinique, répond de ses carences envers le malade, puis joue entre eux le jeu des actions en garantie montrant le passage du manquement aux obligations nées d'un contrat vers le manquement aux obligations issues de l'autre contrat (cf. BESSA [F.], *L'extensibilité du contrat médical à un tiers. Essai sur la substitution du débiteur des soins,* thèse, Montpellier, 13 décembre 2010). Ce qui présente, en l'état de controverses contemporaines, une certaine importance, est le visa, par la Cour, des articles 1135 et 1147 du Code civil, et L.1142-1 du Code de la santé publique. En quoi est-ce intéressant ? En ce que l'on voit souvent, et sous les meilleures plumes, l'affirmation de la mise à l'écart de la responsabilité médicale contractuelle par la loi du 4 mars 2002. C'est le leitmotiv de la doctrine. Certes, l'article L.1142-1 ne se réfère pas à la **responsabilité contractuelle** ; la loi tout entière ne s'y réfère pas. Seulement, ni la loi ni ses travaux préparatoires ne l'écartent ni n'écartent *a fortiori* le contrat médical. La loi, dont les auteurs ont voulu consacrer en partie les solutions jurisprudentielles acquises, en développant, en élargissant le champ de l'indemnisation du préjudice résultant de la réalisation de l'aléa médical, est neutre sur le contrat. Elle ne le consacre ni ne l'efface ; il lui est indifférent (voir nos observations : *LPA*, décembre 2012). Il est donc aisé de cumuler au soutien d'un arrêt les articles précités, et d'affirmer paisiblement que le mariage – pour tous ! – de la loi de 2002 et du contrat est encore heureux !

* Gérard MÉMETEAU, Professeur à la faculté de droit de Poitiers

Extrait de la Revue générale de droit médical n°46, mars 2013
Rubrique "Droit des contrats en exercice libéral", p. 243-244

Regards
sur les représentations 3D du corps humain

1 - La céroplastie médico-chirurgicale

B. SEGUY*

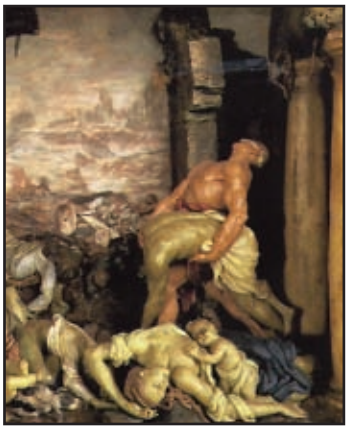
Cet "artisanat artistique" réalisait une hybridation entre la sculpture et le dessin en y apportant un réalisme destiné à frapper le spectateur, réalisme que ne pouvait apporter seul, tant le dessin que la sculpture

La tradition des céroplasties, ou représentations anatomiques humaines en cire, remonte à de lointaines origines. Cet *"artisanat artistique"* réalisait une hybridation entre la sculpture et le dessin en y apportant un réalisme destiné à frapper le spectateur, réalisme que ne pouvait apporter seul, tant le dessin que la sculpture, quel que soit le talent de l'artiste. Cet art connut au Moyen-Âge, grâce à un perfectionnement de l'utilisation des cires colorées, un renouveau important parmi les membres des familles princières ou de la noblesse, soit à titre d'ex-voto, soit à titre d'effigies post-mortem.

Dans le premier cas, il s'agissait de déposer un portrait réaliste de la personne à protéger devant la statue ou les reliques d'un saint guérisseur ou protecteur Dans l'autre cas, le masque en cire, moulé sur le cadavre frais, permettait d'imager la dépouille présentée à la foule, qui n'était qu'un mannequin revêtu des plus beaux habits du défunt, de ses parures et décorations diverses, l'ensemble pouvant ainsi être laissé en exposition pendant plusieurs semaines.

Historiquement ce fut un artiste italien, l'abbé Zumbo, fortement teinté de culture Jésuite, qui, le premier, à la fin du XVIIème siècle, sortit des sentiers battus, et dans deux directions différentes. D'une part, il créa de petits *"théâtres"* macabres, mettant en scène des cadavres en décomposition plus ou moins avancée, et ses créations telles que *"la Peste"*, *"la Corruption* des corps" ou *"la Syphilis"*, illustrations réalistes des sermons des Jésuites, lui valurent une renommée importante et son entrée à la Cour des Médicis à Florence.

L'Italie resta pendant longtemps la terre fertile en grands artistes de cette spécialité artistico-médicale.



La Peste – Musée La Specola, Florence

D'autre part, et surtout, après son départ de Florence et pendant son séjour à Gênes, les premières *"têtes anatomiques"*, où une partie de la tête et du visage de l'individu est, en fait, une pièce de dissection moulée et reproduite en cire. Réalisées avec

* Expert honoraire près la Cour d'Appel
Membre de la Société Française d'Histoire de la Médecine

une précision et un sens de la minutie extraordinaire, ces pièces le firent connaître dans toute l'Europe, et il fut reçu à Paris avec beaucoup d'admiration tant à l'Académie des sciences qu'à la Cour de Louis XIV, qui lui accorda le privilège royal pour toutes les céroplasties dans le royaume. Malheureusement pour lui, Zumbo mourut peu après (1701).

Mais l'élan était donné et tous les souverains d'Europe voulurent pour leurs musées et leurs sociétés savantes, aussi bien que pour l'enseignement des futurs médecins, ces pièces anatomiques en cire. L'Italie resta pendant longtemps la terre fertile en grands artistes de cette spécialité artistico-médicale. Ce fut l'École de Bologne dans la première moitié du XVIIIème siècle avec G. Manzolini et son épouse Anna Morandi.

Bologne – Sciences Museum London

Puis l'*École de Florence*, dans la deuxième moitié du siècle, avec l'abbé Felice Fontana qui fut chargé par son souverain de la création d'un *"cabinet"* de physique et d'histoire naturelle dont les céroplasties étaient les vedettes. Fontana visita les capitales européennes pendant cinq ans et plus particulièrement Paris et Londres. En 1780, c'est l'Empereur d'Autriche qui lui fait une visite admirative suivie d'une commande massive (près de 1200 pièces !) pour sa nouvelle école de chirurgie qu'il venait de fonder à Vienne. Fontana réalisa également des modèles en bois et l'un, homme entier taille réelle, se trouve au Musée de la Médecine à Paris.

Bien entendu, les travaux et les œuvres des maîtres et des écoles italiennes avaient suscité des émules en France, qui avait connu au Moyen-Âge, comme l'Italie, des réalisations à destinée d'ex-voto ou de masques mortuaires pour les souverains et les princes défunts. S'il n'y avait pas eu de *"théâtres"* macabres jésuitiques, il y eut par contre, au XVIIème siècle, des *"maisons de poupées"* reconstituant, à l'aide de petits personnages en cire richement habillés, les chambres, boudoirs ou salons de quelques célèbres personnages de la haute noblesse. Ces pièces, de très fines exécutions, constituaient des sortes de cadeaux ou de jouets de luxe commandés à des artistes de renom.

Le novateur en ce domaine fut certainement Antoine Benoist, peintre de talent, membre de l'Académie, qui acquit célébrité et fortune en réalisant des tableaux ou *"Cercles"* mettant en scène les principaux personnages de la cour de Louis XIV, en cire et grandeur nature, revêtus de leurs plus somptueux atours. Il ne reste de son œuvre que le portrait profil en cire de Louis XIV conservé aujourd'hui à Versailles. Le concept fut repris à la fin du XIXème par *Mme Tussaud* à Londres et par *Grévin* à Paris.

Mais dans le domaine médical, c'est le chirurgien Français Guillaume Desnoues qui, exilé en Italie, après des poursuites judiciaires en France pour vol de cadavres, joua un rôle de premier plan dans les débuts de la céroplastie médico-chirurgicale. Il exerça à Gênes comme successeur de Lescot, chirurgien et dissecteur tres habile, et grand spécialiste des injections vasculaires de cires colorées. Desnoues travaillait fort habilement et sa réussite la plus célèbre fut celle d'une *"femme grosse morte en couche avec le fœtus encore emprisonné dans le bassin maternel"*. Mais quels que soient les progrès que Desnoues avait su réaliser pour la conservation des pièces de dissection, leur pérennité ne pouvait être que relativement brève, surtout l'été en Italie. Ainsi fut-il amené à s'associer avec Zumbo qui, lui, maîtrisait parfaitement l'art et la manière du moulage en cire des pièces anatomiques. L'union de la parfaite maîtrise anatomique et de dissection chirurgicale de Desnoues avec la maîtrise parfaite et le réel talent artistique de Zumbo dans l'art du moulage, de la sculpture et du coloriage des réalisations en cire, fit faire un véritable bond en avant à ce type d'œuvre artistico-chirurgicale, et fut, comme nous l'avons vu, le point de départ de l'essor des écoles italiennes.

Le modèle en cire de *"la femme grosse morte en couche"*, commencé par Zumbo et terminé par un sculpteur Français exerçant à Gènes, François de Lacroix, fut présenté à Paris en 1711 devant l'Académie des Sciences qui en fit grandes louanges. Ceci valut à l'auteur un privilège royal pour faire et montrer au public *"des ouvrages de cire représentant le corps humain"*, privilège néanmoins tempéré par un arrêt du Parlement restreignant les horaires (de jour uniquement), interdisant l'entrée au public féminin, et obligeant à voiler avec pudeur *"les parties de la génération"*. Les modèles exposés par Lacroix dans son cabinet d'anatomie eurent un très grand succès tant à Paris qu'à Londres où il séjourna en 1719. L'enrichissant au fil des mois, il réalisa *"un coup de pub"* génial en réalisant et exposant, en 1721, la tête du célèbre voleur Cartouche, exposé au supplice de la roue en place de grève, dont le cadavre, récupéré et traité par les chirurgiens, fut exposé dans leur amphithéâtre de Saint Côme (sis dans l'actuelle rue de l'École de Médecine) moyennant finance.

Cartouche, Lacroix
Musée St Germain en Laye

Les Écorchés

Le premier écorché fut réalisé par Jean Antoine Houdon pendant son séjour à Rome en 1767 et connut d'emblée un grand succès. Il donnait *"à l'antique"*, un aperçu de la myologie superficielle (*ex-corticare* : enlever l'écorce, la peau).
Il en offrit une copie en plâtre à l'Académie Royale de sculpture et une à l'Académie de Chirurgie, son écorché paraissant propre à enseigner l'anatomie tant aux artistes qu'aux médecins. Rapidement les écoles de province eurent chacune un exemplaire de cet indispensable écorché qui suscita des vocations parmi les chirurgiens et anatomistes. Mais il s'agissait d'un original en marbre et de copies en plâtre.

Copie de plâtre de l'écorché

André Pierre Pinson, chirurgien-anatomiste à la carrière mouvementée, illustra avec talent, et en cire, cette tendance artistico-anatomique. La cire, évidemment, par sa matière et les couleurs bien choisies, faisait plus *"vrai"* que le marbre, le bronze ou le plâtre. Notre chirurgien-artiste fournit ainsi une grande partie de la fameuse collection de cires anatomiques du ci-devant Philippe Duc d'Orléans (Philippe Égalité, qui vota la mort de Louis XVI) guillotiné le 6 novembre 1793, après annexion de cette *"collection du Palais Royal"* au domaine national.
Il était le chirurgien chef de la *Compagnie des Cent Suisses*, qui resta fidèle au Roi jusqu'au bout et fut massacrée par les révolutionnaires lors de l'assaut des Tuileries, le 10 août 1792, massacre qui inaugura la Terreur.
Pinson, cependant, ne fut pas inquiété et devint à partir de 1794 chirurgien d'hôpitaux militaires de la République. C'est ainsi, à l'hôpital de Courbevoie, qu'il rencontra son confrère Jean Joseph Sue (1710-1792), célèbre chirurgien et anatomiste distingué, auteur du premier traité de l'art de la dissection et de la conservation des pièces anatomiques (*"Anthropotomie"* 1750), dont il apprit beaucoup.
Pinson avait acquis une très bonne réputation de sérieux auprès de ses collègues pour ses *modèles anatomiques* en cire dont il présentait des exemplaires à l'Académie de Chirurgie dès 1776, et auprès du grand public pour le côté *"artistique"* de certaines de ses réalisations dont il réussit à placer quelques exemplaires, des 1771, à l'entrée du *"Salon"* annuel de l'Académie de peinture et de sculpture qui se tenait au Louvre.
En Août 1793, la Révolution supprimait d'un trait de plume toutes les Académies, tant artistiques que médicales, mais se tenait néanmoins le *"Salon"*, ouvert, cette fois-ci, à tous les artistes (les œuvres s'entassaient même dans les escaliers). Le

Pinson – Museum, Paris

Muséum, dans la foulée, ouvrait gratuitement aux artistes et au public un assemblage assez hétéroclite d'œuvres d'art de toutes provenances et de toutes matières. Pinson y exposait des pièces animales, en cire.
Mais se posa rapidement le problème, pour les vrais artistes, de la sauvegarde du patrimoine culturel de la France.
Ne doivent jamais être oubliées les paroles terrifiantes de Saint Just : *"Ce*

Pinson, fœtus - Museum, Paris

qui constitue une république c'est la destruction totale de tout ce qui lui est opposé". Cette profonde pensée a été magnifiquement illustrée par la mutilation, à l'époque, de la plupart de nos monuments historiques. La nouvelle République s'appropria donc les biens de la Couronne, de l'Église et des Émigrés et en vendit une grande partie à l'encan. Cependant des esprits plus lucides et raisonnables s'efforcèrent de protéger et sauver ce qui leur paraissait appartenir au patrimoine culturel national, Vicq d'Azyr ayant bien vu le danger que faisait courir le *"vandalisme révolutionnaire"*, déchaînement destructeur de la populace, à travers tout le territoire. C'est ainsi que des commissions successives de sauvegarde permirent, en 1794, la récupération au Muséum de la collection de céroplasties du Palais-Royal, c'est-à-dire des chefs-d'œuvre de Pinson, augmentée de sa collection privée.

Mademoiselle Biheron (1719–1795), et son cabinet d'anatomie, marquèrent également la fin du XVIIIème siècle en ce domaine. Dernière enfant d'un apothicaire parisien d'esprit *"moderne"*, Marie-Marguerite naquit en 1719 et échappa à l'éducation bourgeoise et traditionnelle du couvent. Très jeune, elle montra une passion pour l'anatomie, ce qui n'était pas facile à assouvir à cette époque et pour son sexe... Après avoir suivi pendant plusieurs années des cours de dessin et d'anatomie au *"Jardin du Roy"*, puis acheté des livres d'anatomie, elle en vint à soudoyer des voleurs spécialisés pour lui apporter des cadavres, généralement en décomposition, qu'elle gardait précieusement dans sa chambre de jeune fille, disséquait et dessinait scrupuleusement...

Surtout, elle s'appliqua à réaliser en cire les pièces de ses dissections et se constitua ainsi, dans son logement du Vème arrondissement, au fil des décennies, une sorte de musée anatomique personnel, un *"cabinet de curiosité"* qu'elle faisait visiter, moyennant un droit d'entrée, aux curieux intéressés, pour assurer sa subsistance. Car elle resta célibataire, on comprend sans doute pourquoi...mais, de toute manière, à l'époque, *"l'activité intellectuelle d'une femme mariée est souvent conçue comme une dérive coupable et n'est tolérée qu'en dilettante"*. Elle organisait également des cours publics plusieurs fois par semaine avec un grand succès.

Parrainé par le chirurgien militaire F.S. Morand, membre de l'Académie Royale des Sciences (1759), elle eut bientôt des visiteurs célèbres, notamment d'Alembert et Diderot. On sait que ce dernier consacra de nombreux chapitres polémiques aux *"images anatomiques"*, artistiques et/ou médicales, mais on sait peut-être moins qu'il fréquenta assidûment le cabinet et les cours de Melle Biheron, sa voisine rue de l'Estrapade, dans les années 1744-47. Ce cabinet, situé dans le jardin de la maison, était abondamment vitré pour profiter de l'éclairage naturel. Diderot y envoya également sa fille, notamment pour les démonstrations d'accouchement, avant que ce cabinet ne devienne, dans les années 1760, un lieu de passage obligatoire pour les scientifiques et intellectuels étrangers de passage à Paris. C'est ainsi que notre Demoiselle fit la connaissance, en 1767, de Benjamin Franklin avec lequel elle collabora régulièrement par la suite pour la rédaction de ses œuvres. Mais elle se déplaçait elle-même et alla fréquemment à Londres, notamment au début de sa carrière.

Techniquement, Melle Biheron, innova en créant des modèles démontables *"on les place et on les replace à volonté. Les parties molles ont leur souplesse et leur flexibilité naturelle. Cette machine artificielle trompe les yeux, on croirait voir la nature même"* écrit un commentateur émerveillé.

A Paris, elle fut en butte à l'hostilité du corps médical qui lui reprochait son côté commercial (seul moyen d'assurer sa subsistance...) et de donner des cours d'éducation anatomique à des filles. Elle dut finalement quitter Paris pour Londres, où elle fut bien accueillie par Hunter qui fut très intéressé par ses préparations utérines. A sa mort à Paris, en 1795, sa collection fut acquise par Catherine II, Impératrice de Russie, fort enthousiasmée par les lettres de Diderot lui en décrivant les merveilles.

Ayant exercé son art pendant quasiment la même période que Pinson et ayant traversé, comme lui, la tourmente révolutionnaire, elle ne réussit pas cependant, comme le chirurgien, a trouvé grâce auprès du corps médico-chirurgical et ses œuvres ne profitèrent pas de la protection officielle qui assura la sauvegarde de celles de Pinson. Ajoutons que, par suite d'une erreur de prénom, cette artiste anatomiste est restée *"biographiquement"* inconnue pendant près de deux siècles (l'erreur ne fut rectifiée qu'à la fin des années 1980 par G. Boulinier), que nous n'avons aucun portrait d'elle, ni aucune de ses œuvres anatomiques. Un *"fantôme"* qui traversa l'histoire de l'anatomie et de la médecine après Le Boursier du Coudray et avant Fragonard et Ossoux.

L'histoire ultérieure des céroplasties médico-chirurgicales connaîtra un apogée au milieu du XIXème siècle dans les Facultés de médecine et certains hôpitaux, puis disparaîtra à la fin du siècle, misérablement, dans les

Anonyme
Musée Orfila

baraques foraines. Très curieusement, un destin à contresens du cinématographe ! La dominance de l'image réelle donnée par la photographie puis le cinématographe, l'orientation des sciences médicales vers de nouveaux centres d'intérêt bien éloignés de l'anatomie, fut-elle pathologique, explique qu'à l'aube du XXème siècle, les représentations tridimensionnelles perdirent de leurs intérêts et, non seulement ne furent plus réalisées, ne furent plus entretenues, mais même plus utilisées et exposées. Elles finirent empilées dans des caisses entreposées dans des endroits peu salubres, ou bien, tout simplement, elles furent vendues par centaines à des brocanteurs ou à des forains qui les exposèrent dans leurs baraques itinérantes sous des banderoles aguicheuses. De telles baraques existaient encore juste après la dernière guerre dans certaines foires ou fêtes provinciales. Quant au Musée Orfila Dupuytren, l'État Français n'a pas d'argent pour sauver cette exceptionnelle collection patrimoniale qui est depuis plusieurs années enfermée dans des caisses dans un entrepôt de grande banlieue !!! Ceux qui, comme moi, ont eu l'opportunité de visiter récemment le département médical du *Sciences Muséum de Londres* apprécieront la différence de comportement entre les gouvernements britanniques et français (c'est vrai qu'à Londres, il y a beaucoup moins de ministres et de limousines avec chauffeurs et vitres fumés…).

Il convient de signaler pour terminer les œuvres du Pr. Gunther Von Hagens (qui fit ses études de médecine en Allemagne fédérale après avoir été extrait des prisons soviétiques où il était incarcéré comme dissident, par rachat de l'Allemagne de l'Ouest). Passionné d'anatomie, il invente, en 1977, un nouveau procédé de conservation des pièces de dissection, la plastination, basé sur le dégraissage-déshydratation et l'utilisation de résines époxy et de silicone. En 1995, il décide de ne plus limiter ses travaux au milieu médical et de les présenter au public. Ses expositions itinérantes (1995-2009) ont rencontré un grand succès international, mais la présentation fut interdite en France, en 2010, pour des raisons religieuses.

(à suivre)

Bibliographie

- LEMIRE Michel – *"Artistes et Mortels"* 1990, Raymond Chabaud Ed. Paris
- PIRSON Chloé - *"Corps à Corps"* 2009, Mare Martin Ed. Bruxelles
- SUE Jean Joseph *"Anthropotomie"* 1750, Paris

Remerciements à M. Ch. Prevoto, Conservateur du Musée Orfila, pour son aimable courtoisie.

Technique

La fabrication des modèles de cire comprenait quatre étapes. La première était la dissection ultra-soigneuse de la pièce anatomique. La seconde, la fabrication d'un moule en plâtre par onctions prudentes et successives de la pièce anatomique (recouverte d'une couche de graisse) par des filets successifs de plâtre liquide. Une fois sec, le moule était enlevé par morceaux (dont la forme et la taille avaient été initialement prévues par la mise en place de cordelettes). Le moule reconstitué, intervenait la troisième étape au cours de laquelle, le moule, dont la porosité était oblitérée par du savon liquide, se voyait progressivement rempli de fines couches de cire (provenant habituellement de baleines). La quatrième et dernière étape constituait en l'assemblage des différentes portions du modèle, la correction des défauts de démoulage, le coloriage des différents éléments anatomiques et le vernissage final.

Retrouvez les petites annonces sur
www.syngof.fr

Partir

avec Gynécologie Sans Frontières

A. BENBASSA*

GSF est une organisation non gouvernementale dont la finalité, définie par ses statuts, est d'aider et de soutenir la femme dans le monde partout où son développement, sa dignité, sa santé sont négligés ou menacés ou niés.

Gynécologie Sans Frontières (GSF) a été créé en 1995 par quatre gynécologues, R. Géraud, G. Grelet, J-P. Joubert et R. Porto. Son développement actuel doit beaucoup à la très forte implication et au dynamisme de son président actuel le Pr Henri Jean Philippe. Sans lui GSF ne serait pas ce qu'elle est devenue.

GSF est une organisation non gouvernementale dont la finalité, définie par ses statuts, est d'aider et de soutenir la femme dans le monde partout où son développement, sa dignité, sa santé sont négligés ou menacés ou niés. Elle réunit certes, des gynécologues obstétriciens mais aussi des sages-femmes, des sociologues, des administrateurs et des logisticiens ; tous y volontaires et bénévoles.

Laurence et Olivier nous livrent quelques témoignages au jour le jour au cours de leur mission GSF en Jordanie dans le camp de Zaatari. Ce camp de réfugiés syriens a été ouvert fin juillet 2012. Il est devenu en quelques mois la quatrième ville du pays. Depuis septembre 2012, *Gynécologues Sans Frontières* y a déployé plus de quinze équipes qui se relaient toutes les 3 semaines et qui ont déjà effectué, plus de 800 naissances. Actuellement, on comptabilise 120 à 140 accouchements par mission, soit l'équivalent d'une maternité de 2 300 accouchements par an...

Mission 5

Laurence Pecqueux-binet, gynécologue obstétricienne.

Lettres à sa famille et amis

Samedi 10 novembre.

Mes chers amis,

Merci de vos messages affectueux. Ils m'encouragent. En réponse à l'une d'entre vous, "octocicatriciel" se dit à propos d'une patiente qui a déjà subi huit césariennes.

Ce sont, souvent, des paysannes, complètement soumises à leur mari, qui est parfois polygame, et violent. On doit demander son avis pour la contraception.

Hier soir, nous avons été invitées à un "barbecue" par les militaires français. Apéro sans bière (quand même pour les amateurs), salade de tomates, boîtes type Macdo avec poulet grillé et frites, gâteau d'anniversaire.

Ensuite, danse, avec platine techno ! La boîte de nuit : un container. Et extinction des feux repoussée à 23 heures (grasse mat' le lendemain : dispense de footing). Voilà pour nos voisins. Pendant ce temps, chez nous, nouvelle naissance. L'interprète a chanté, pour atténuer les douleurs. Ça a marché, un temps.

A l'ouverture de la consultation, à 9 heures, déferlement. On a vu 25 personnes dans la journée. Avec la traduction, imaginez le temps que ça prend. La plupart de ces femmes viennent de la région de Deraa, juste de l'autre côté de la frontière. Ce sont, souvent, des paysannes, complètement soumises à leur mari, qui est parfois polygame, et violent. On doit demander son avis pour la contraception. Certaines prennent des contraceptifs en cachette. Ou bien elles "se débrouillent", comme elles disent.

Si elles sont seules ici, elles prennent l'avis du mari par téléphone. J'imagine pourtant que, s'il est en Syrie, il doit être occupé à autre chose. Tout doucement on essaie de parler des psychologues, voire du psychiatre, en cas de violences extrêmes. Difficile.

Si le mari n'est pas là lors de la naissance, c'est la belle-mère qui a tout pouvoir.

* André BENBASSA, gynécologue obstétricien. Administrateur GSF.

Une femme est venue pour savoir si tout allait bien pour son bébé. Elle est arrivée hier, de Damas, enceinte de son cinquième enfant, avec les quatre autres sous le bras. Voyage en bus, puis en voiture, puis passage de la frontière : deux heures à pied, de nuit, avec la peur d'être blessée, attrapée ou tuée.

Il paraît qu'il y a 400 à 500 femmes enceintes dans le camp. Ça promet.

On a un micro-échographe Sonosite qui, quand il marche (on a eu chaud une fois) nous aide beaucoup.

La tempête de sable annoncée n'aura pas été si violente, mais la température est sérieusement descendue. Demain matin, je vais à Al Mafraq faire des achats avec le logisticien. Retraité de la police, Philippe Saint-Jean a été fonctionnaire au service de protection des hautes personnalités !

Lundi 19 novembre

Chers tous,

Pas de connexion internet hier. Du bruit l'avant-dernière nuit : on déchargeait des caisses dans l'enceinte française, contenant des gilets pare-balles, des casques lourds et des rations de combat. A midi, on les a distribués aux militaires, pas aux civils.

La journée de consultations a été bien remplie, et nous avons eu une nouvelle naissance, une belle fille de 4 010 g. Nous avons tous les jours des problèmes d'électricité, de manque d'eau (pas livrée), d'appareil d'échographie qui flanche, etc. Le logisticien de la mission et les techniciens militaires nous apportent une aide précieuse.

La nuit dernière nous sommes allés assister à l'accueil des nouveaux réfugiés. Quelle misère ! Certains ont d'énormes bagages ; on se demande comment ils ont pu les transporter ; d'autres n'ont rien, juste un anorak et des tongs. Il y a des bébés d'un jour, des adolescents, surtout des filles (les garçons sont-ils au combat ?). Ils sont conduits sous un chapiteau blanc grand comme un cirque, où un responsable de la Jordanian Hashemite Charity Organization leur hurle les consignes avec un mégaphone. Les chefs de famille sont priés de s'avancer, et les formalités commencent. Après quoi, ils vont passer le reste de la nuit dans un immense hangar, à peine chauffé, avant qu'on leur attribue une tente, demain. Imaginez la détresse, la confusion, la fatigue.

Ce matin, est arrivée en travail, une jeune femme de 22 ans avec un fœtus anencéphale. En Syrie, tout comme l'IVG, l'interruption médicale de grossesse est interdite. Pareil en Jordanie.

Les femmes nous disent se procurer (comment ?) des médicaments, sans bien savoir les utiliser. L'une d'elles nous a raconté que, pour interrompre l'une de ses grossesses, son fils de 16 ans s'était vu ordonner par son mari de lui donner des coups de pied dans le ventre.

Mission 7, camp de Zaatari
Olivier Garbin, gynécologue obstétricien.

Les lignes qui suivent sont extraites du journal rédigé lors de la mission 7. Elles reflètent la réalité d'un camp et du travail effectué par l'association, travail poursuivi à l'heure actuelle par les missions qui s'y succèdent.

19 décembre 2012

Là-bas, au loin, l'alignement de tentes. Dès l'arrivée au camp, on entre dans une nouvelle dimension. Après le check point, ce qui frappe c'est cette grande route, noire de monde et de véhicules qui s'enfoncent entre les tentes... Accueil de l'ancienne équipe, qui est explosée après une nuit remplie... Transmissions... Découverte des lieux, la tente gonflable de GSF avec sa salle de consultation, sa salle d'accouchement, son hall d'entrée qui les sépare, la réserve, et la salle d'hospitalisation avec les accouchées de la nuit sous les couvertures... L'équipe précédente est partie, les urgences arrivent... une patiente avec un utérus cicatriciel contracte. Première césarienne au bloc opératoire de l'hôpital marocain, juste à côté du nôtre, sous tente... sans encombre... Pendant ce temps, les filles ont fait leur premier accouchement... Carrousel des ambulances jusqu'à 1 heure du matin. On mange des pâtes trop cuites. Il est temps de déballer le duvet et de tomber dans le sommeil malgré la ronde incessante des camions.

23 décembre 2012

La nuit a été dure... Atonie secondaire... Expression utérine, Synto, Voluven et Cytotec intra-rectal. Massage de l'utérus pendant qu'Alexandrine s'occupe d'une autre parturiente. Je me retrouve au milieu de la nuit, sous la tente gonflable, avec 12 femmes voilées. La plupart n'arrivent pas à trouver le sommeil ce qui ne les empêche pas, de temps à autre, de me rendre mes sourires... Une grande multipare est à 8 cm, le tracé devient pathologique, ventouse d'engagement, le bébé naît sans encombre, ouf... Nettoyage du sang, de la pluie qui s'est insinuée à l'entrée de la tente. Une dernière visite aux accouchées, la salle d'accouchement est propre, on peut aller se coucher, il est 6 heures du matin...

26 décembre 2012

Chez nous, pleurs, cris de joie ; Ici, retenue, regards vagues, parfois absents : la souffrance de l'accouchement, la guerre, la présence de la belle-mère... l'enfant est parfois accueilli par un petit bisou, par les youyous discrets d'une grand-mère voilée et tatouée de bleu... Les femmes sont

souvent issues de la ville de Dora. Elles ont fui les combats et sont venues avec leurs enfants, leur famille ou belle famille. Beaucoup ont tout perdu dans les bombardements : leur maison, leur travail, un proche... La plupart sont placés sous le joug de leur mari, de la maternité, de l'analphabétisme... Trois enfants à 20 ans, ce n'est pas rare ici...

1er janvier 2013

Minuit quatre... Dans le couloir de la tente, derrière le rideau, un petit bonhomme avec un bonnet orange. Sa mère est sur la table d'accouchement, avec sa petite fille de 3 ans, brûlante de fièvre. La maman, au 9ème mois, est épuisée. Elle contracte un peu, n'a rien mangé ni bu de toute la journée passée à traverser la frontière syrienne... Elle ne prendra qu'un jus d'orange. Paracétamol et chocolat pour la petite. Son frère ne veut rien prendre, c'est comme ça depuis qu'ils ont quitté leur maison... Les enfants s'endorment. Les femmes se regroupent autour du radiateur électrique, le travail de parole commence en arabe.

4 janvier 2013

La nuit a été une fois de plus agitée : 2 accouchements, une fausse-couche hémorragique... traitement médical. La jeune femme a un joli sourire, elle est accompagnée de sa mère, qui nous remercie et n'arrête pas de prier. A chaque bruit, elle sursaute ; elle a peur que ce soit une bombe... Transfert de la patiente à 6 h pour un curetage... De retour, il faudra nettoyer la salle, s'occuper des poubelles et du linge...

9 janvier 2013

La pluie s'est transformée en grêle... Je passe le téléphone à Philippe, mon successeur : je ne suis plus en charge de l'unité de GSF... l'adrénaline qui baisse brutalement, une

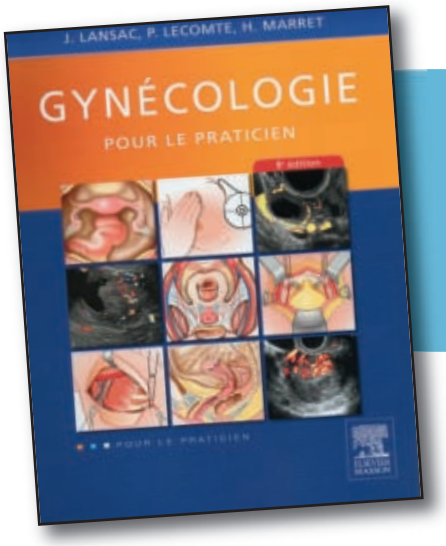
impression de vide... les adieux avec nos deux interprètes, Hana et Razan. Les taxis jaunes sont devant la tente, nous partons, les réfugiés restent, il neige sur Zaatari.

Merci aux militaires français et marocains, merci aux membres du team 7 : Julie, Camille-Fleur, Alexandrine, Hana, Razan et Pierre-Emanuel. Comme l'a joliment résumé CF : *"dans ce chaos, il y avait notre harmonie..."*

Nous remercions le Dr Claude Rosenthal pour ses très belles photos.

Gynécologie Sans Frontières (GSF)
Président Pr Henri-Jean PHILIPPE
Université de Nantes - Faculté de Pharmacie
9 rue Bias - BP 61112
44011 NANTES CEDEX 1
Tél. 02 53 48 46 35/02 53 48 46 41
http://www.gynsf.org
Email : admin.gynsf@gmail.com

Propos de lecture



Elsevier-Masson - Collection Pour le praticien
632 pages

Gynécologie pour le praticien

Jacques LANSAC, Pierre LECOMTE, Henri MARRET

115 €

C'est la 8ème édition de l'ouvrage qui m'a accompagné au début de mon internat. Beau succès d'édition pour cet ouvrage qui reste une bible pour le jeune praticien. Livre d'enseignement, il en a la présentation avec objectifs et exercices d'auto-évaluation baptisée FMC. Les connaissances ne tombent pas comme un savoir professoral, chaque chapitre propose une bibliographie mise à jour.

A l'heure de la raréfaction des gynécologues, cet ouvrage mérite d'être promu à l'usage de tous les étudiants de 2ème cycle et des spécialistes en médecine générale qui seront les gynécologues de terrain de demain. Gageons que la 9ème édition évoluera encore et proposera à la place de la défunte FMC, une évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Bertrand de ROCHAMBEAU

Annonce

Notre collègue et collaborateur, Bernard SEGUY, membre de la *Société Française d'Histoire de la Médecine*, est contraint (déménagement) de se séparer de son importante bibliothèque de livres de médecine, axée principalement, mais non exclusivement, sur la **Gynécologie et l'Obstétrique.**

Regroupant près de 250 titres, ce qui en fait l'une des plus importantes de France, elle ne pourra qu'intéresser grandement les historiens, les collectionneurs, les bibliophiles avec des noms prestigieux : Mauriceau, Rhodion, Pare, Rousseti, Liebaut, Bourgeois Louise, Guillemeau, Hippocrate, Viardel, Portal, Patin, Peu, Musitan, Amand, Dionis, De La Motte, Le Dran, Deventer, Levret, Guenin, Mesnard, Smellie, Puzos, Astruc, Louis, Roederer, Dinouart, Petit, Raulin, Le Boursier du Coudray, Deleurye, Baudelocque, Saccombe, Millot, Capuron, LaChapelle, Velpeau, Tissot, Naegele, Cazeaux, Lenoir, Tarnier, Budin, Pozzi, Bar, Farabeuf, Pigeaud, etc.

A noter que, chose rare, tous les ouvrages ont été restaurés par des professionnels.

Seront présentés également des forceps et speculum, et un **rarissime "Ecorché" des ateliers du Dr Auzoux,** modèle en pieds (120 cm) complet avec sa **boîte de livraison d'origine et son livret de nomenclature**.

Cette vente, sous le marteau de *Me Delcamp*, Commissaire-Priseur de la société ALDE, spécialisée en vente de livres anciens, est prévue à Drouot (Paris) au 4ème trimestre 2013.

Pour tous renseignements :
ALDE, 1 rue de Fleurus, 75006 PARIS - Tél. 01 45 49 09 24 – Mail : *contact@alde.fr* et *www.alde.fr*

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 Gérard LONLAS** *(nomination en cours)* 6 rue du Brésil 45000 ORLÉANS Email : gerard.lonlas@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 : n.homasson@orange.fr **Dr Pascale LE PORS** CH de Saint Malo 1 rue de la Marne 35400 SAINT MALO Email : p.lepors@ch-stmalo.fr

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 BELAICHE
117 rue de la Colline - GRABELS
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 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 Fiacre - MEAUX
Docteur DENJEAN
7 av. Pierre Verdier - BEZIERS
Docteur DREYFUS
25 rue Garibaldi - LYON
Docteur FAVRIN
Nouvelle Clinique de l'Union
SAINT-JEAN
Docteur GERAUDIE
26 bd Dubouchage - NICE
Docteur GRAVIER
12 bd Paul Painlevé - BRIVE
Docteur GUIGUES
2 bis av. du CANADA - CAEN
Professeur HOROVITZ
Hôpital Pellegrin Maternité
BORDEAUX
Docteur JUBIOT
Clinique St Jean - TOULON
Docteur LEBOEUF
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 PROUVOST
254 rue de Vaugirard PARIS
Docteur ROUGÉ
59 rue de la Chataigneraie
BEAUMONT

Docteur SEGUY
Av Leopold Heder - KOUROU
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

Représentation syndicale

Représentant au SML
Dr Jean MARTY
Représentant à la FMF
Dr Catherine GUERIN
Représentant à l'U.ME.SPE
Dr Yves VERHAEGHE représente l'obstétrique
Représentant à Avenir Hospitalier
Dr Pascale LE PORS
Représentant à la Commission Nationale de la Naissance et de la Petite Enfance
Le Président du SYNGOF
Représentant au Conseil National de la Chirurgie
Le Président du SYNGOF

Représentant au syndicat Le BLOC
Le Président du SYNGOF
Représentant pour le CLAHP
Le Président du SYNGOF
Dr de ROCHAMBEAU
Représentants à l'E.B.C.O.G.
Pr Jacques HOROVITZ
Représentant de l'Association des Internes en Gynécologie Médicale (AIGM)
Florence SCHEFFLER
Représentant de l'Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation (AGOF)
Le Président de l'AGOF est membre coopté du CA du SYNGOF

Suivez l'actualité du SYNGOF
au quotidien sur
www.syngof.fr

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

TOURCOING
Cause retraite 1er avril 2013, gynécologue obstétricien cède gratuitement importante clientèle tenue depuis 30 ans. Possibilité de louer un cabinet dans une maison médicale à 5 mn de la clinique. Maternité de 1000 accouchements/an. Activité chirurgicale possible.
Tél. 06 09 66 83 13

SETE
Cause départ retraite Avril 2013 cherche 3ème associé pour chirurgie gynéco. et obstétrique (500Acc./an). Cabinet au sein de la polyclinique.
Tél. 06 15 34 08 81

MARSEILLE
Cause retraite 1/07/2013, gynéco- obstétricienne, médecin référent en écho fœtale transmet gratuitement clientèle créée depuis 25 ans. Location ou vente cabinet médical rénové, rdc, proche CHU. Peut accueillir 3 médecins.
Tél. 06 86 85 41 84

ALSACE
Cause retraite, gynécologue obstétricien cède cabinet médical fin 2012, forte clientèle, région Mulhouse, avec vente des murs du cabinet et appartement y attenant (130m2 en tout). Parking privé au sous-sol.
Tél. 03 89 50 36 88

PARIS
Cession, cause décès, cabinet de gynécologie obstétrique secteur 2, deux pas Metro Convention.
Tél. 06 67 38 95 47

NANCY
Cause retraite juin 2013, gynécologue obstétricien cède patientèle + matériel et mobilier de bureau gratuitement. Cabinet loué à proximité immédiate Polyclinique Majorelle, maternité niveau IIB, 2600 accts/an. Activité chirurgicale possible.
Tél. 06 80 71 24 33

TOULOUSE
Gynécologue-obstétricien cherche successeur(s) obstétricien ou gynécologue médical(e) cause départ retraite. Importante clientèle en centre ville. Clinique niveau 2.
Tél. 06 80 13 53 97

BASTIA
Cause retraite 1er juillet 2013, gynécologue-obstétricien secteur II, cède patientèle tenue depuis 35 ans (€ symbolique) plus matériel dont échographe G.E. 730 pro (janvier 2010). Agréable cabinet individuel centre-ville. Plateau technique à proximité, sans apport.
Tél. 06 07 09 98 13

QUIMPERLÉ
Propose succession cabinet gynécologie médicale-obstétrique-écho, avec ou sans locaux, pour départ en retraite le 1er octobre 2013.
Tél. 02 98 39 21 95

Associations

TARBES
Groupe de cinq gynéco-obstétriciens cherche un associé, établissement de 300 lits, 950 accouchements pôle chirurgical fort, radiothérapie et chimiothérapie sur place, secteur 2.
Tél. 06 15 56 73 45

ALBI
Groupe de 3 gyn-obstétriciens cherche associé(e). Mat. niveau 1, 600 accts, autorisation ARS renouvelée en 2012. Gros potentiel. Aucun apport. Cabinet sur site avec pédiatres. Locaux neufs. Clinique 225 lits, réa, scanner, IRM, centre départemental de cancérologie.
Tél. 06 81 56 85 89

PH
PHTP titulaire dans maternité de niveau 2B recherche un poste de PH dans Maternité de niveau 1. Etudie toutes les propositions.
Tél. 06 31 97 91 56

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

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
URGENT : gynécologue-obs. secteur 2, ACCA AIHP, cherche remplaçant pour consultations en cabinet et activité obstétricale en secteur libéral. Possibilité cession.
Tél. 06 61 92 99 26

Recherche emploi de gynécologue médicale au sein d'un établissement de santé, à temps plein ou partiel. Je suis medecin salarié en activité avec plus de 10 ans d'expérience professionnelle. CES de gynéco obs.
Tél. 06 37 95 46 61

MARSEILLE
Gynécologue médicale disponible pour remplacements en cabinet à partir de novembre 2012. CCA en CHU.DESC de médecine de la reproduction. DIU d'échographie.
Tél. 06 09 86 78 29

FONTAINEBLEAU
Gynécologue obstétricienne recherche des remplacements réguliers ou occasionnels. Activité de consultation. DU de colposcopie.obstétricien.
Tél. 06 83 17 23 98

MARTIGUES-MARSEILLE
Ancien CCA-HU G.O. disponible pour remplacements. DIU échographie. Activité chirurgicale. Garde d'obstétrique. Clinique/cabinet/centre hospitalier.
Tél. 06 50 07 61 98

ILE DE FRANCE
Souhaite acheter un appareil d'échographie pour morphologie fœtale.
Tél. 06 11 37 41 50

COLMAR
Chirurgien gynécologue obstétricien + écho, retraité, cherche remplacements si possible réguliers en secteur public ou privé.
Tél. 06 16 67 13 32

MONTAUBAN
Medecin gynécologue-obstétricien, cherche des remplacements et des gardes dans la période mai-novembre 2013. Mobilité internationale.
Tél. 06 31 22 82 01

Le coin des cinéphiles du siècle dernier

TCM cinéma

Un été sous les étoiles

Du 1er juillet au 31 août
Un film, Une star chaque soir

Jane Russel

Jeans Simmons

Cet été TCM Cinéma bouleverse sa programmation et vous convie à passer vos soirées en compagnie des plus grandes stars américaines. Ce sont plus de cinquante actrices, acteurs et réalisateurs qui vous donnent rendez-vous tous les soirs à 20h40. Ne manquez pas les événements de l'été comme la soirée Donald Sutherland pour ses 78 ans avec deux films et une interview exclusive. Mais aussi la nuit anniversaire du discours de Martin Luther King, les semaines spéciales en deuxièmes parties de soirées ou encore la diffusion de la série documentaire de Laurent Bouzereau Une nuit au cinéma.

Sophia Loren

Merle Oberon

Sylvana Mangano

William Holden

Elisabeth Taylor

Événement
Les 75 ans de BUGS BUNNY
Chaque soir de juillet à 20h30

Cette année marque le 75ème anniversaire du lapin de dessin animé le plus célèbre, Bugs Bunny. Après avoir été célébré en avril dernier, au cours du *TCM Film Festival,* nous rendons également hommage, chaque soir de juillet à 20h30, au personnage crée en 1938 par Ben Hardaway et rendu célèbre grâce à Chuck Jones, Tex Avery et Bob Clampett. Les cartoons ont toujours entretenu un lien étroit avec le cinéma en y puisant de nombreuses références. Retrouvez une sélection de 15 épisodes où Bugs Bunny se joue de tous les codes hollywoodiens..

La liste des acteurs et des films étant très importante pour en savoir plus taper *http://tcmcinema.fr*
Je remercie TCM pour toutes ces informations. Si certains films méritent d'être enregistrés vous pouvez accéder à TCM à la demande.

Marc-Alain ROZAN

Agenda

– juin –

24 au 26 juin 2013
RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists
Liverpool
UNITED KINGDOM
Renseignements :
Hampton Medical Conferences Ltd
113-119 High Street
Hampton Hill
Middlesex, TW12 1NJ - UK
Tel: +44 (0) 20 8979 8300
Fax: +44 (0) 20 8979 6700
E-mail : *info@rcog2013.com*

– septembre –

6 et 7 septembre 2013
3èmes Journées d'Echanges sur la Rééducation Périnéale
MARSEILLE
Président du Comité Scientifique
Pr Pierre MARES
Renseignements : COM & CO
Benjamin Richier
Tél. 04 91 09 70 53
Email : *brichier@comnco.com*
www.comnco.co

18 au 21 septembre 2013
10ème Congrès de la Société Européenne de Gynécologie
Square Meeting Centre
BRUXELLES
Renseignements :
Marc ROBBIANO
Tél. + 32 4 225 61 11
E-mail : *marc.robbiano@chu.ulg.ac.be*
Secrétariat du congrès :
www.biomedicaltechnologies.com
Tél. + 39 070340293
E-mail : *seg2013@btcongress.com*
www.seg2013.com
www.seg-web.org

25 septembre 2013
Cancers au féminin
PARIS
Président : Dr Marc ESPIE
Renseignements et inscriptions :
Editions ESKA : Flora Deniau
12 rue du Quatre Septembre
75002 Paris
E-mail : *congres@eska.fr*
Tel : 01 42 86 55 69
Fax : 01 42 60 45 35
www.eska.fr

26 et 27 septembre 2013
XVIe Journée de Sénologie interactive
PARIS
Président d'honneur
Pr Carole MATHELIN
Présidents organisateurs
Dr Marc ESPIE et Pr André GORINS
Renseignements et inscriptions :
Editions ESKA : Flora Deniau
12 rue du Quatre Septembre
75002 Paris
E-mail : *congres@eska.fr*
Tel : 01 42 86 55 69
www.eska.fr

– octobre –

3 au 5 octobre 2013
Infogyn
TARBES
Renseignements : Michel DAGUES-BIÉ
Email : *gepu@infogyn.com*
http://www.journees-infogyn.com
martine@infogyn.com
Infos : Martine Lascoumettes
Tél. 05 62 51 91 51

21 au 29 octobre 2013
Journées Internationales de Médecine, d'Art et de Bien-être
Hôtel Long Beach*****
ILE MAURICE
Président du Congrès Dr F. NADAL
Renseignements et réservation : *www.jifpl.com*

– novembre –

15 et 16 novembre 2013
Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception
TOULOUSE
Renseignements : JPCom
75 Avenue Georges Clémenceau
14000 CAEN
Tel : 02 31 27 19 18
Fax 02 31 27 19 17
E-mail : *jpcom@jpcom.fr*
www.jifpl.com

22 et 23 novembre 2013
4ème Congrès du Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement Hormonal
Espace Tête d'Or
LYON
Renseignements :
Hôpital Paule de Viguier
31500 TOULOUSE
Tél. 05 67 77 11 85
Email : *gemvi-secretariat@gemvi.org*

29 et 30 novembre 2013
Gynécologie Obstétrique et Reproduction
PARIS
Présidente : Dr Joëlle BELAISH-ALLART
Renseignements : Editions ESKA
Flora Deniau
E-mail : *congres@eska.fr*

28 et 29 septembre 2013

Séminaire GYNÉLOG

Hôtel Le Régent - La Baule

Renseignements : Nadine PRUGNY
SYNGOF : 04 67 04 17 18
syngof@syngof.fr

Syngof Achat

Spéculum de Cusco
Grande transparence et bords parfaitement polis

Le carton de 100 unités : 24,20 € TTC
Existe en Blanc, Bleu, Rouge et Vert

Drap d'examen gaufré largeur 39 cm spécial dossier divan gynécologique

Carton de 9 rouleaux : 27,00 € TTC le carton

Livraison gratuite à partir de 300,00 € TTC

Prix spécial ADHERENTS SYNGOF valable jusqu'à fin Décembre 2013

COFRATEX - Serge NACHER T. 06 65 61 37 89
16 Chemin de Saquier - 06200 NICE
Tél : 04 93 18 11 00 – Fax : 04 93 29 84 50

HumaniTerra

ONG d'aide chirurgicale aux pays en développement

ASSOCIATION RECONNUE D'INTÉRÊT GÉNÉRAL - PROGRAMME HUMANITERRA

HumaniTerra