

# BREVES du COLLEGE

## Editorial



### La révolution du vaccin HPV

Le cancer du col de l'utérus reste un problème majeur de santé publique puisqu'il représente la 2<sup>e</sup> cause des cancers féminins après le cancer du sein.

En France, il concerne 3 300 femmes et provoque 1 000 décès par an. Il faut bien sûr ajouter à ces chiffres les 40 000 lésions précancéreuses traitées chaque année. Au niveau mondial, ce cancer tue 290 000 femmes par an, en grande partie dans les pays en voie de développement.

Même si son incidence a diminué de moitié en 20 ans grâce aux campagnes de dépistage (rappelons que la HAS recommande la réalisation d'un frottis tous les 3 ans chez les femmes sexuellement actives à partir de 25 ans), seulement 60 % des femmes en France ont un frottis régulier.

Il a été démontré que chez les patientes présentant un cancer invasif du col utérin, un tiers des patientes n'a jamais eu de frottis et un autre tiers a eu un suivi occasionnel avec un frottis datant de plus de 3 ans.

Les papillomavirus sont un facteur essentiel dans la genèse des cancers du col utérin (99,7 % des patientes ont un typage HPV positif) avec une prédominance des HPV 16 et 18 mais aussi 31, 33 et 45. Il a également été démontré que 60 à 70 % des cancers du col sont induits par les deux sous-types 16 et 18 (et en France ces 2 types seraient retrouvés chez 84 % des patientes ayant un cancer). Enfin, les HPV 6 et 11 sont responsables de 90 % des condylomes accuminés.

De ce fait, l'élaboration d'un vaccin permettant une prévention primaire représente une formidable opportunité de prévenir cette maladie et de réduire les conséquences en termes de morbidité et de coût de prise en charge, qu'il s'agisse de lésions précancéreuses ou de cancers invasifs du col.

n°12 Mai 2007

Deux vaccins préventifs contre le papillomavirus ont été développés :

- 1) Gardasil® : vaccin quadrivalent dirigé contre les types 6, 11, 16 et 18 donc agissant contre le cancer du col et les condylomes accuminés ;
- 2) Cervarix® : vaccin bivalent dirigé contre les types 16 et 18.

Il faut souligner que ces vaccins sont non infectieux car ils ne contiennent pas d'ADN viral. Le Gardasil® a été commercialisé depuis le 23 novembre 2006. Le Cervarix® devrait l'être prochainement. Le prix du Gardasil® est de 145,94 € la dose, trois doses étant nécessaires à la vaccination (1<sup>e</sup> injection IM, 2<sup>e</sup> injection au 2<sup>e</sup> mois et 3<sup>e</sup> injection au 6<sup>e</sup> mois).

Toutes les études ont montré que les vaccins sont parfaitement bien tolérés avec des effets secondaires strictement comparables à ceux observés avec le placebo.

Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France (CSHPF), instance d'expertise scientifique technique auprès du ministère de la Santé, vient d'émettre une recommandation en faveur de la vaccination des jeunes filles de 14 ans. Celle-ci est recommandée afin de prévenir les lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin ainsi que les condylomes. Le CSHPF recommande également que le vaccin soit proposé aux jeunes filles et jeunes femmes de 15 à 23 ans qui n'auraient pas eu de rapport sexuel, ou au plus tard dans l'année suivant le premier rapport (proposition qui pourrait être faite à l'occasion d'une première prescription de contraceptif ou d'un recours à la pilule du lendemain).

Il est explicitement notifié - et cette notion fondamentale a été soulignée également par le Comité technique des vaccinations - que la vaccination HPV ne se substitue pas au dépistage du cancer du col par frottis dont il faut souligner l'intérêt aussi bien chez les femmes non vaccinées que chez les femmes vaccinées. Ainsi, dépistage et vaccination sont complémentaires. Rappelons que même si toutes les jeunes filles étaient vaccinées, seulement 70 % des cancers du col seraient éradiqués.

Il est également précisé que le médecin devrait, avant la vaccination, expliquer un certain nombre de points : « la nécessité et les modalités du dépistage, le schéma de vaccination, l'absence préférable de grossesse au cours du mois suivant chaque injection, l'absence d'efficacité sur la prévention d'environ 30 % des cancers, l'éventualité qu'un rappel devienne nécessaire ». Il est aussi suggéré que soit remis un document écrit précisant la date à laquelle devrait être fait le premier dépistage.

Le CTV et le CSHPF recommandent enfin que des études d'impact en santé publique soient menées, entre autres sur la durée de protection, sur la surveillance de malformations congénitales chez les enfants des femmes qui auraient été vaccinées par erreur pendant la grossesse\* et sur l'incidence des lésions cancéreuses et précancéreuses. Enfin, ils recommandent que soit créé un centre national de référence consacré aux papillomavirus.

Après les recommandations du CSHPF, la Commission de la transparence de la Haute Autorité de santé et le Comité économique des problèmes de santé doivent se prononcer sur le service médical rendu par ce vaccin et donner un avis au ministère de la Santé sur le bien-fondé de son inscription sur la liste des médicaments remboursés. Monsieur Xavier Bertrand, qui vient de quitter ses fonctions de Ministre de la Santé, avait annoncé que le vaccin serait remboursé « avant la fin du premier semestre 2007 »... Il reste donc peu de temps !

Un grand nombre de questions restent posées (éducation des jeunes filles, des parents et... des médecins, vaccination des jeunes garçons, date des rappels, vaccination dans les pays en voie de développement, etc...), mais il est certain que la diffusion de ce vaccin représente un progrès très important pour la santé des femmes.

### **Philippe Descamps**

Pôle de gynécologie-obstétrique, médecine fœtale, reproduction humaine et orthogénie – CHU d'Angers

\* Un registre est ouvert depuis mars 2007 pour répertorier les cas d'exposition au vaccin pendant la grossesse. Accès à ce registre sur le site internet du Collège : [www.cngof.org](http://www.cngof.org), rubrique Recommandations pour la pratique clinique.

---

## **Le nouveau congé prénatal**

L'article 30 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance a modifié l'article L. 122-6 du code du travail et créé un article L. 331-4-1 dans le code de la sécurité sociale, afin d'assouplir le congé de maternité : désormais, la future mère peut, à sa demande et après accord du médecin ou de la sage-femme qui la suit, réduire de trois semaines la durée du congé prénatal. La durée du congé postnatal est alors augmentée d'autant.

Toutefois, en cas d'arrêt de travail pour grossesse pathologique, ce report ne peut avoir lieu et le congé de maternité débute à compter du premier jour de l'arrêt de travail. Il en est de même en cas d'arrêt de travail pendant le report. La période initialement reportée est alors réduite d'autant.

### **Les personnes concernées**

Sont concernées par ce dispositif les salariées du régime général et du régime agricole bénéficiant d'un droit aux prestations en espèces de l'assurance maternité, et qui sont en activité au début de leur congé prénatal légal (soit six semaines avant la date présumée de l'accouchement).

Ainsi, sont exclues du dispositif :

- les assurées dispensées de travail en application des dispositions prévues à l'article L. 333-1 du code de la sécurité sociale (femmes enceintes exposées à certains risques ou travaillant de nuit) ;
- les assurées bénéficiant d'un congé de maternité exceptionnel pour grossesse pathologique liée à une exposition au diéthylstilbestrol (DES) in utero, en application de l'article 32 de la loi n° 2004-1370 du

20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale ;

- les femmes ayant une grossesse multiple (gémellaire ou triple) qui sont en congé de maternité respectivement à 12 et 24 semaines avant l'accouchement, voire plus tôt en cas de menace d'accouchement prématuré ;
- les assurées bénéficiant d'un droit aux prestations en espèces de l'assurance maternité au titre d'un maintien de droit (chômeuses, article L. 161-8 du code de la sécurité sociale).

### **La demande de report**

L'assurée qui souhaite réduire la durée de son congé prénatal doit justifier d'un certificat médical attestant l'absence de contre-indication médicale à ce report, rédigé par le professionnel de santé qui suit sa grossesse. Ce professionnel de santé peut être un médecin spécialiste en gynécologie-obstétrique ou compétent en gynécologie médicale ou obstétrique, un médecin généraliste ou une sage-femme.

L'assurée transmet sa demande de report, accompagnée du certificat médical, à sa caisse de rattachement au plus tard au début de son congé prénatal légal.

### **La durée du report**

Le certificat médical fixe le nombre de jours que l'assurée est autorisée à reporter de son congé prénatal sur son congé postnatal, dans la limite de trois semaines.

La loi n'imposant pas de reporter trois semaines d'un bloc, les praticiens pourront, par exemple, autoriser leurs patientes à reporter une semaine puis, à l'issue d'un nouvel examen, de nouveau une semaine, dans la limite de trois semaines.

### **L'effet du report**

Le report a pour effet de réduire la durée d'indemnisation du congé prénatal et d'augmenter d'autant la durée d'indemnisation du congé postnatal. La durée totale de versement de l'indemnité journalière de repos n'est donc pas modifiée (soit 16 semaines pour une naissance de rang 1 ou 2, soit 26 semaines si l'assurée a déjà deux enfants à charge).

### **L'annulation du report en cas d'arrêt de travail**

En cas d'arrêt de travail pendant la période qui a fait l'objet d'un report, ce dernier est annulé et l'indemnité journalière de repos est versée à compter du premier jour de l'arrêt de travail jusqu'à l'accouchement. La durée d'indemnisation postnatale est réduite d'autant.

Cela concerne notamment le repos supplémentaire prévu au deuxième alinéa de l'article L. 331-5 du code de la sécurité sociale (état pathologique résultant de la grossesse).

### **L'articulation de l'assouplissement du congé de maternité avec d'autres dispositifs**

Le 1<sup>er</sup> alinéa de l'article L. 331-5 du code de la sécurité sociale prévoit qu'en cas d'hospitalisation postnatale de l'enfant pendant plus de six semaines, l'assurée peut demander le report, à la date de la fin de l'hospitalisation de l'enfant, de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle elle peut encore prétendre en application des articles L. 331-3 et L. 331-4.

Le cas échéant, les caisses autoriseront les assurées ayant réduit la durée de leur congé prénatal à bénéficier du dispositif ci-dessus, dans l'attente de la modification législative de l'article L. 331-5.

## Le suivi du dispositif

S'agissant d'une mesure qui, bien qu'encadrée médicalement, déroge aux durées de repos prénatal légales fixées notamment en raison d'impératifs de santé publique, il est nécessaire de disposer des informations suivantes, après une année de mise en œuvre du dispositif :

- nombre de reports demandés ;
- durée moyenne du report ;
- nombre de reports annulés du fait de la prescription d'un arrêt de travail dans la période reportée ;
- de manière générale, les difficultés de gestion du dispositif.

Ces informations devront être recueillies au niveau des caisses et être adressées au ministère de la Santé.

**Jacques Lansac, Emile Daraï, Dominique Luton**

Président et secrétaires généraux du CNGOF

## Où en est-on avec les assurances ?

L'IGAS vient de publier un rapport sur le problème des assurances professionnelles que l'on pourra lire sur le site : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000243/>.

La conclusion est nette :

« Après les mesures récentes de juillet et décembre 2006 visant à une prise en charge d'une part importante (55 à 65 %) des primes d'assurances des spécialités à risque, la situation de l'assurance en responsabilité civile médicale n'appelle pas d'initiatives nouvelles. En effet, les nombreuses dispositions déjà prises pour socialiser le coût des primes d'assurances (augmentation des tarifs, aide à la souscription d'assurances, écrêtement de fait en raison d'un plafond de garantie) ont compensé les charges supplémentaires liées à l'augmentation des primes.

L'annonce de la MACSF de la résiliation de l'ensemble des contrats de gynécologues-obstétriciens à la fin 2006 et de l'augmentation importante des primes en 2007 fait peser le risque d'une nouvelle crise. Le montant des primes annoncées correspond d'ailleurs au niveau d'équilibre tel qu'il est évalué par la Fédération française des sociétés d'assurances (27 000 euros), alors que les primes se situent actuellement aux environs de 14 000 euros.

Il apparaît donc que les données fournies par la MACSF à l'appui de cette augmentation ne sont pas pleinement convaincantes et les autres assureurs considèrent que le niveau actuel des primes est correct et n'appelle pas d'augmentation dans l'immédiat à contexte inchangé ».

Le Collège a donc interrogé les assureurs sur le problème des assurances des jeunes gynécologues-obstétriciens (internes, chefs de clinique ou assistants spécialistes) qui veulent remplacer des collègues ou s'installer.

Il y a actuellement trois compagnies françaises : la MACSF, la Médicale de France, la SHAM, et des courtiers : Branchet qui démarche pour Medical Insurance Company basée à Dublin et Marsh qui démarche pour Hannover.

MACSF, malgré nos relances, n'a pas répondu à nos questions concernant les jeunes gynécologues-obstétriciens.

La SHAM assure pour 15 000 euros par an si la clinique est aussi assurée par la compagnie. Si la SHAM n'assure pas l'établissement, la prime est de 17 400 euros par an. Le plafond est de 6 millions d'euros par sinistre et 12 millions par an. Un contrat avec un plafond à 8 millions

d'euros est à l'étude. Lors de la première installation, le rabais est de 50 % pour la première année. Le remplaçant est couvert par l'assurance du remplacé si le remplacement est inférieur à un mois. Au-delà, le remplaçant doit être assuré et la prime est à discuter. Si le gynécologue-obstétricien ne fait que de l'échographie obstétricale, il est considéré par l'assureur comme un gynécologue-obstétricien faisant des accouchements.

Branchet, qui assure des obstétriciens depuis plus de 5 ans, propose des contrats entre 15 et 18 000 euros, mais avec un plafond de garantie à 3 millions d'euros. Il y a une réduction de 50 % la première année d'installation. Le contrat couvre le remplaçant.

Marsh propose des contrats à 15 000 euros sans pratique de l'amniocentèse et à 22 650 euros avec pratique de l'amniocentèse. La réduction est de 50 % la première année d'installation et 25 % la deuxième. Il n'y a pas de franchise. L'assurance du remplaçant est incluse.

La Médicale de France indique que, si vous exercez en tant que remplaçant, vous ne pouvez plus vous prévaloir de l'assurance déjà souscrite par le praticien que vous remplacez. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé fait obligation au remplaçant de souscrire son propre contrat de responsabilité civile professionnelle pour les soins qu'il prodigue à la patientèle.

Si l'obstétricien ne trouve pas d'assureur, il peut s'adresser au Bureau central de tarification qui propose des primes de 15 000 euros.

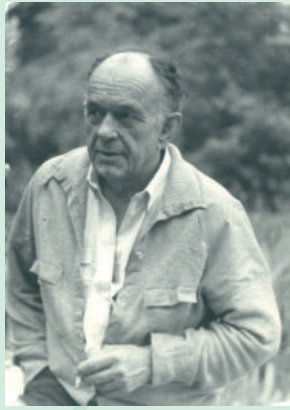
L'IGAS estime que le niveau moyen des primes est actuellement de 14 000 euros, et que dans tous les cas 66 % des primes sont pris en charge par l'UNCAM si le gynécologue-obstétricien déclare les événements porteurs de risque à Gynerisq et s'il est en secteur I, 55 % en secteur II, dans la limite de 18 000 euros. Si bien que la charge résiduelle d'une prime de 15 000 euros n'est plus que de 5 000 euros. L'IGAS prend position contre un dispositif d'écrêtement (prise en charge par l'ONIAM et la solidarité nationale des indemnités supérieures à 3 millions d'euros) pour contenir l'augmentation des primes et préfère que « l'assurance maladie prenne en compte ces hausses des primes au travers de la tarification des actes médicaux sous réserve de disposer des données de contrôle afférentes sur la sinistralité et les coûts associés ».

L'IGAS estime également que le montant des primes actuelles est compatible avec les revenus des gynécologues-obstétriciens libéraux qui, après déduction des charges et avant impôts, sont passés de 69 987 euros en 2000 à 77 447 euros en 2004, soit une augmentation de 2,9 % par an supérieure aux augmentations de salaires des praticiens temps plein salariés du secteur privé (qui ont été de 0,4 % sur la période 2000-2004). L'IGAS reconnaît cependant que le taux des charges pour les gynécologues-obstétriciens est de 51,4 %, à comparer aux 30 % des anesthésistes qui ont des revenus moyens de 150 625 euros et aux 46 % des chirurgiens qui ont eu des revenus de 116 000 euros en 2004\*.

Quelle que soit l'issue des élections, ce rapport pèsera lourd dans les décisions du prochain ministre de la Santé. Il nous a semblé utile de porter ces chiffres à la connaissance de nos jeunes collègues qui entrent dans la carrière, et aussi des moins jeunes qui cherchent un remplaçant ou un successeur.

**Jacques Lansac, Emile Daraï, Dominique Luton**

\* N. Legendre. Etude des revenus des médecins libéraux entre 2003-2004. DRESS Etudes et résultats. N° 412.



## Hommage au Professeur Henri Serment

Notre Maître, le Professeur Serment, nous a quitté récemment.

Né le 19 avril 1919, le Professeur Serment a fait ses études secondaires au lycée de Nîmes, puis a été admis à la faculté de médecine de Montpellier où il a poursuivi ses études avant d'intégrer la faculté de médecine de Marseille pendant la 2<sup>e</sup> guerre mondiale. Il a alors été mobilisé et a effectué un long service militaire. Un de ses meilleurs souvenirs était d'avoir « défendu » la France à Marseille, à Nice et à la frontière italienne. Il en a gardé un attachement pour cette région.

Monsieur Serment était gardois, de Bellegarde. Ses parents, sa mère institutrice, lui avaient transmis les valeurs et les liens avec ses racines provençales, la Camargue où il allait souvent chasser avec ses collègues, le mas de Bellegarde où il résidait, la peinture et la littérature provençale qu'il affectionnait.

Il a été pendant une longue période (2 mandats) maire de Bellegarde, et ses fonctions locales politiques et publiques l'ont particulièrement motivé après ses fonctions universitaires et médicales.

Monsieur Serment a surtout été un grand médecin gynécologue-obstétricien. Il a été l'un des initiateurs de la gynécologie-obstétrique moderne. Passionné par l'obstétrique, il a conforté la compétence chirurgicale des gynécologues tout en insistant sur l'importance du versant médical de la spécialité. Il a été l'un des initiateurs du développement de l'endoscopie gynécologique. Son humanisme, son approche des patients a séduit tous ceux qui l'ont approché.

À la suite du Professeur Veysseyre, Monsieur Serment a créé à Marseille une grande école de gynécologie-obstétrique à laquelle nous sommes fiers d'appartenir et que nous essayons de poursuivre.

Il a été le premier président du Collège national des gynécologues et obstétriciens français, dont il avait compris l'importance et la nécessité pour la défense de la spécialité à tous les niveaux : universitaire, hospitalier et libéral, afin qu'elle reste unie, gynécologique et obstétricale, à la fois chirurgicale et médicale.

Monsieur Serment a été décoré de la légion d'honneur (chevalier) par le Professeur Jean-François Mattei en 2004.

Nous voulons associer à cet hommage toute sa famille, son fils le Professeur Gérard Serment, et un de ses élèves : le Docteur Henri Boimond, qui est décédé malheureusement peu de temps avant lui en janvier 2007.

**Pr Bernard Blanc, Pr Léon Boubli, Pr Marc Gamerre**

## Le test de Kleihauer enfin remboursé !

Le CNGOF a, depuis les RPC sur la prévention de l'allo-immunisation Rhésus-D fœto-maternelle, demandé le remboursement du test de Kleihauer. C'est fait !

Par décision du 24 janvier 2007 parue au Journal officiel du 30 mars 2007\*, la quantification d'hématies fœtales par test de Kleihauer ou une technique immunocytologique (dans le sang maternel, le liquide amniotique, le sang de nouveau-né ou de fœtus transfusé, le sang des métrorragies) a été inscrite dans la liste des actes et prestations prises en charge par l'Assurance maladie. Cette quantification a été cotée B 70. La mesure prend effet au 30 avril 2007.

\* Texte 70, NOR SANU0721453S, II :

[http://www.legifrance.gouv.fr/imagesJOE/2007/0330/joe\\_20070330\\_0076\\_0070.pdf](http://www.legifrance.gouv.fr/imagesJOE/2007/0330/joe_20070330_0076_0070.pdf)

## Modification des statuts du Collège

Réunie le 30 mars 2007, l'Assemblée générale extraordinaire du CNGOF a adopté les modifications des statuts suivantes :

- le Président peut désormais exercer sa fonction pendant 5 années consécutives ;
- un second poste de secrétaire général est créé.

## Les nouvelles de l'Agence de biomédecine

L'Agence de biomédecine rédige régulièrement un document intitulé «Les nouvelles de l'ABM». Si vous désirez recevoir par e-mail ces nouvelles, merci de contacter Joëlle Belaisch-Allart (qui y représente le CNGOF) à l'adresse suivante :

Joelle.BELAISCH-ALLART@chi-sevres.fr

## En direct du Collège

**Les 31es Journées nationales du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français auront lieu du 12 au 15 décembre 2007 au CNIT.**

**Programme sur le site Internet du Collège : <http://www.cngof.org>**

<b>Directeur de publication :</b>	Pr B. Carbonne (Paris)
<b>Rédacteur en chef :</b>	Pr Ph. Descamps (Angers)
<b>Comité de rédaction :</b>	
Vie universitaire :	Pr H.-J. Philippe (Nantes)
Affaires internationales :	Pr G. Magnin (Poitiers)
Gestion du risque :	Pr F. Pierre (Poitiers)
Vie professionnelle Privé/Public :	Dr G. Dauplain (Gonesse) - Dr G.-F. Blum (Mulhouse)
Formation, RPC :	Pr B. Carbonne - Pr F. Goffinet (Paris)
Communication :	Pr Ph. Descamps (Angers) - M.-H. Coste (Paris) Dr J. Belaisch-Allart (Sèvres)

Conception / réalisation : 3c01® (www.congres-medical.com)  
Webmaster : B. Michelon (www.cngof.org)

**BREVES**  
du COLLEGE