

BREVES du COLLEGE

Éditorial



L'obscurantisme est de retour !

Nous avons cru comprendre que, au moins en droit, la femme était l'égale de l'homme. En ce qui concerne la virginité, l'homme sera cru sur parole et il est de notoriété publique, surtout en matière de sexualité, que l'homme ne ment jamais... Sur le même sujet, la femme doit, en revanche, apporter la preuve de ce qu'elle avance avec la fameuse tache de sang sur le drap de la nuit de noce ou un certificat en bonne et due forme. N'est-ce pas la mettre en situation d'infériorité, la rabaisser au rang de « deuxième sexe » au motif de son anatomie, de sa physiologie ? Attacher une valeur juridique à ce reliquat embryonnaire d'anatomie variable, n'est-ce pas la réifier, en faire un objet « certifié de première main » ? N'est-ce pas là de la discrimination de genre ?

Non, les médecins - et en particulier les gynécologues-obstétriciens - ne sont pas là pour rédiger des certificats de virginité qui sont une atteinte manifeste à la dignité de la femme.

Non, les gynécologues-obstétriciens ne sont pas là pour refaire les hymens, faciliter le mensonge et finalement aider à perpétuer une tradition d'un autre âge.

Non, la reconstruction de l'hymen n'est pas une chirurgie esthétique « comme une autre », car ici la jeune femme n'est pas libre mais soumise à une forte pression sociale et familiale - quand ce n'est pas à un mariage contraint. Et rien ne serait pire pour le médecin que de tirer profit matériel de la détresse de ces femmes.

Oui, la femme est l'égale de l'homme, libre de son corps, de sa vie. Épouser une femme, c'est vouloir vivre avec celle que l'on aime, avec ses qualités, ses défauts, son histoire et non signer un contrat pour avoir une vierge dans son lit.

Simone de Beauvoir, reviens ! Les femmes ont besoin de toi ! Hommes et femmes de mai 68, réveillez vous ! Rappelez-vous cette époque bénie où il était interdit d'interdire. Aujourd'hui, l'obscurantisme le plus sombre est de retour.

Jacques Lansac, Emile Daraï, Dominique Luton



184, rue du Faubourg Saint Antoine 75012 Paris
Tél: 01.43.43.01.00 - Fax: 01.43.43.02.22
Internet: <http://www.cngof.org>
E-mail: cngof@club-internet.fr

n°16 Septembre 2008

Expérimentation de maisons de naissance Mise en garde du CNGOF

Le conseil d'administration du CNGOF a examiné très attentivement le projet concernant l'expérimentation de maisons de naissance.

Après analyse, les membres du Collège donnent un avis défavorable à ce projet pour les motifs suivants :

- Il ne nous paraît pas cohérent, en termes de santé publique, de fermer pour des raisons de sécurité des établissements réalisant moins de 300 accouchements pour en ouvrir d'autres, qui feront bien moins d'accouchements et seront en outre non médicalisés. Rappelons qu'il a existé avant 1972 des cliniques de sages-femmes fermées pour raisons de sécurité après les décrets signés par Madame Dienech.
- La continuité des soins en cas de problèmes nous paraît mal assurée entre l'équipe de sages-femmes de la maison de naissance (MDN) et l'équipe du service de gynécologie-obstétrique de rattachement puisque l'entrée en salle de naissance ne sera décidée que par le couple et les sages-femmes libérales en charge de la MDN. Seul « un contact (visite, réunion) est établi en cours de grossesse avec l'équipe du service de gynécologie-obstétrique de l'établissement partenaire, au moins une fois au cours de la grossesse et dès que nécessaire ». Il ne s'agit donc pas d'une « consultation », la parturiente restant ainsi « inconnue » sur le plan médical de l'équipe obstétricale qui aura à gérer les éventuelles complications de la naissance. La patiente n'aura qu'un dossier anesthésique.
- La prise en charge d'une patiente de la maison de naissance peut désorganiser brusquement l'équipe de garde qui découvrira sans en avoir été prévenue une urgence au milieu de son activité gynéco-obstétricale. En effet, habituellement, l'équipe de garde gère sur un seul site l'ensemble des problèmes qu'elle peut plus facilement hiérarchiser que si elle est obligée de gérer une urgence de la maison de naissance qu'elle n'a pas pu prévoir.
- Au lieu d'une continuité des soins dans un réseau périnatal ville-hôpital, il y aura une dichotomie entre une prise en charge par les sages-femmes libérales de la maison de naissance et les équipes des établissements de santé médicalisés. La femme et son enfant seront en cas d'hospitalisation suivis par une nouvelle équipe que la jeune mère ne connaît pas et qui ne la connaît pas. Ce sera le cas pour 30 % des femmes entrées en maison de naissance et transférées en cours ou au décours du travail dans le service de gynécologie-obstétrique attendant.

- Enfin, les problèmes assurantiels des maisons de naissance et des sages-femmes qui y travailleront ne nous paraissent pas dans ce projet clairement résolus et peuvent retentir sur les établissements référents où seront forcément prises en charge les complications avec leurs conséquences médico-légales.

En revanche, nous sommes prêts à favoriser la création d'espaces physiologiques dans les services de gynécologie-obstétrique où les couples qui en feraient la demande pourraient :

- vivre une naissance la plus physiologique possible ;
- bénéficier du suivi par une sage-femme libérale de leur choix si celle-ci était autorisée à exercer dans l'établissement, ce que nous souhaitons ;
- bénéficier de la sécurité de l'équipe médicale et du plateau technique de l'établissement qui serait unique, qu'il y ait ou non hospitalisation prolongée après la naissance.

Cette solution nous paraît de nature à favoriser :

- le plus d'humanité et le plus de sécurité souhaitées par les couples et le plan périnatal ;
- les liens entre les équipes de ville et d'établissements publics ou privés ;
- les économies : le rapport coût-efficacité étant bien meilleur dans une structure unique que dans deux structures « attenantes » mais juridiquement et fonctionnellement indépendantes.

Le conseil d'administration du Collège national des gynécologues et obstétriciens français met en garde les pouvoirs publics contre les accidents qui pourraient découler de la mise en place de telles structures, dont les budgets de fonctionnement prévus seraient plus efficacement utilisés pour étoffer les équipes - en particulier de sages-femmes en salle de naissance - et/ou améliorer les locaux parfois vétustes des établissements.

Jacques Lansac, Emile Daraï, Dominique Luton

Quelques nouvelles de nos autorités de tutelle

- Remplacements : le président du Conseil national de l'Ordre des médecins indique dans un courrier du 22 mai 2008 que les gynécologues médicaux peuvent remplacer des gynécologues-obstétriciens « à condition qu'ils s'engagent, au cours de ce remplacement, à ne pas effectuer d'actes d'obstétrique ». « Il est bien entendu possible qu'un gynécologue-obstétricien puisse remplacer un gynécologue médical » précise le président du CNOM. Sans commentaires !

- Le ministère de la Santé et la HAS voudraient que toutes les grandes disciplines soient regroupées chacune sous le « chapeau » d'un collège auquel nos autorités pourraient s'adresser. Ces collèges auraient un statut intermédiaire entre l'Ordre et les autorités sanitaires et universitaires, comme en Angleterre. Tous ces collèges (gynécologie-obstétrique, orthopédie, traumatologie...) sont invités à se regrouper en une fédération de collèges de spécialistes sous la houlette de la Fédération des spécialités médicales (FSM). La première réunion constitutive de la FSM a eu lieu le 11 juin 2008. Les chirurgiens - dont le CNGOF - sont regroupés dans une Fédération de collèges chirurgicaux présentés à la presse le 20 mai 2008.

- Le Conseil national de la chirurgie (CNC) a fait l'objet d'un décret en date du 3 juin 2008*. Le CNGOF n'en fait pas partie. Les représentants des sociétés savantes sont ceux de l'Association française de chirurgie et de la Société française d'anesthésie et de réanimation. Le seul représentant des gynécologues-obstétriciens est le président du Syndicat national

des gynécologues et obstétriciens de France.

Le président du CNC est Jacques Domergue, député de l'Hérault. Les vice-présidents sont François Aubart et Philippe Cuq, le secrétaire général Guy Vallancien. Le rapporteur auprès du CNU est Alain Branchereau.

*Décret n° 2008-525 paru au Journal officiel du 5 juin 2008, NOR : SJS0805918D

- La commission devant proposer des modifications des décrets de 1997 sur le dépistage des anomalies chromosomiques a été mise en place. Après la parution des recommandations de la HAS, le Collège avait demandé au directeur général de la Santé la modification rapide des décrets nécessaires à la mise en place de ces nouvelles recommandations.

Siègent à cette commission Marc Dommergues pour le Comité technique national d'échographie, Didier Lemery pour la Fédération des centres de diagnostic prénatal et Nicolas Fries pour le Collège des échographistes, ainsi que le président du CNGOF.

- La modification des décrets de 1962 qui devrait réserver l'usage des échographes aux médecins et aux sages-femmes pour éviter la pratique des échographies commerciales est bloquée par une discussion pour savoir si on y rajoute « l'épilation à la lumière pulsée à réserver aux dermatologues ou aux esthéticiennes » (sic !).

- L'INCa (Institut national du cancer) a demandé au CNGOF de travailler avec lui sur des indicateurs standardisés de performance hospitalière en chirurgie cancérologique.

- Le CNGOF a été interrogé le 1^{er} juin sur la contraception et l'IVG par les députées de la commission des droits des femmes, présidée par M^{me} Béangère Poletti.

Les points abordés lors de cette audition ont été : la campagne sur la contraception, la formation des professionnels de santé sur la contraception et l'IVG, le non-remboursement de certains contraceptifs, la contraception d'urgence, les difficultés des centres d'IVG, et la diffusion des noms des médecins pratiquant les IVG médicamenteuses.

Jacques Lansac

Systèmes nationaux de signalement et d'apprentissage des événements liés aux soins : de l'information à l'action

Compte rendu d'avancement du Comité technique d'expérimentation des événements indésirables graves

Contexte législatif et réglementaire

Par un arrêté du 25 avril 2006 relatif aux modalités de l'expérimentation de déclaration des événements indésirables graves liés à des soins réalisés lors d'investigations, de traitements ou d'actions de prévention autres que des infections nosocomiales (Journal officiel du 23 mai 2006), le législateur a demandé que soit mise en œuvre, sous la responsabilité de l'InVS (Institut national de veille sanitaire), une expérimentation qui réponde aux objectifs suivants :

- définir un dispositif de déclaration des événements indésirables graves dans une perspective d'alerte et d'intervention éventuelle de l'autorité sanitaire, afin d'en éviter la reproduction et d'en limiter autant que possible les effets ;
- tester la faisabilité, la pertinence et l'efficacité d'un tel dispositif ;
- et enfin identifier les conditions et modalités permettant sa généralisation, afin de respecter l'obligation de déclaration de

ces événements faite à tout professionnel et établissement de santé (article L. 1413-14).

Sur un plan sémantique, il nous a été précisé que l'EIG (événement indésirable grave) lié aux soins est un EI associé à un décès ou une menace vitale (même s'il n'en est pas la cause directe), ou un EI susceptible d'entraîner une hospitalisation, une prolongation d'hospitalisation, un handicap ou une incapacité. Un EPR (événement porteur de risque) est défini comme étant un événement médical indésirable à l'exclusion des EIG.

Ce nouveau dispositif de déclaration devra répondre aux objectifs suivants :

- garantir la confidentialité des données recueillies ;
- être complémentaire des dispositifs préexistants de vigilance sur les produits de santé et de déclaration des infections nosocomiales et leur être articulé ;
- s'intégrer dans les organisations mises en place au sein des établissements de santé.

En revanche ce dispositif n'a aucun objectif d'exhaustivité, qui serait impossible à obtenir. C'est l'InVS qui est chargée de piloter ce dispositif expérimental.

Pour la phase expérimentale, seules certaines spécialités « à haut risque » ont été retenues : gynécologie-obstétrique, anesthésie-réanimation, chirurgie, endoscopie, radiologie interventionnelle. L'expérimentation se fera sur 3 ou 4 régions pilotes volontaires (Ile-de-France, Aquitaine, Nord-Pas de Calais, Franche-Comté), et seuls des établissements publics déjà pourvus d'une cellule de gestion des risques pourront participer à l'expérimentation. Cette proposition a été formulée afin de faciliter la déclaration au sein de chaque établissement pilote. C'est le responsable de la cellule de gestion des risques qui sera responsable au sein de chaque établissement de la centralisation et de l'expédition des déclarations. Cette personne aura également pour rôle d'aider les personnels soignants à remplir les formulaires de déclaration.

Les sociétés savantes ont déterminé les EIG « sentinelles » qui leur semblent importants à déclarer. La gravité propre de la complication n'était pas le seul élément devant être pris en compte. Il pouvait s'agir d'une complication dont la gravité est disproportionnée compte tenu du bénéfice thérapeutique attendu (par exemple en chirurgie fonctionnelle ou en assistance médicale à la procréation). Le choix de ces événements devait prendre en compte le fait que leur signalement pourrait aboutir à une action d'analyse et éventuellement de prévention de leur reproduction.

Résumé du système expérimental de déclaration des EIG

Au niveau local, ce sont les professionnels de santé qui sont les acteurs de la déclaration et de l'analyse des EIG. Cette analyse sera conduite avec l'appui du gestionnaire de risque de l'établissement de soins et doit conduire à l'élaboration et à la mise en œuvre de mesures correctrices. Le formulaire de déclaration devrait être calqué sur celui des EPR. L'établissement de santé a le choix entre adopter la fiche proposée ou utiliser sa propre fiche de signalement d'EI dès lors que l'ensemble des items définis y figurent.

Les fiches de déclaration sont directement transmises à l'InVS par le gestionnaire des risques (ou la structure de gestion des risques de l'établissement de santé) après les avoir anonymisées, tant en ce qui concerne les patients qu'en ce qui concerne le(s) professionnel(s) de santé impliqué(s). Les fiches de déclaration sont mises à disposition sur support électronique via un extranet/intranet sécurisé (identifiant/mot de passe). L'envoi de la déclaration d'EIG doit être fait après l'analyse au sein de l'établissement des causes de cet

événement. Le professionnel de santé à l'origine du signalement est informé de l'envoi de cette déclaration. L'information des autres acteurs concernés (directeur de l'établissement de santé) est fonction des modalités existantes dans ce domaine au sein de l'établissement de santé concerné.

Au niveau régional, la cellule régionale d'appui en gestion du risque clinique (CRAGRC) contribue à la mise en œuvre et au bon déroulement de l'expérimentation dans sa région (actions de sensibilisation, de formation au signalement et à l'analyse des EIG). Ces CRAGRC seront mises en place par les DRASS, en concertation avec l'ARH.

Au niveau national, l'exploitation des informations recueillies par l'InVS doit permettre d'une part d'apporter aux autorités sanitaires des éléments sur les mesures à prendre dans les domaines de la qualité, de la sécurité et de l'organisation des soins dans l'objectif d'améliorer la sécurité des patients, d'autre part d'assurer un retour d'information vers le niveau local. Les objectifs de l'InVS sont :

- d'établir des typologies d'EIG, sur la base d'une analyse des déclarations d'EIG faites par les professionnels de santé ;
- d'identifier des EIG ayant des caractéristiques identiques ;
- d'identifier des facteurs de risque communs, afin d'élaborer le cas échéant des recommandations de portée générale ;
- d'assurer une rétro-information vers les différents partenaires ;
- d'organiser en collaboration avec le Comité technique des retours d'expérience ;
- de réaliser des synthèses et de transmettre les données en vue de faire évoluer les recommandations de bonnes pratiques (HAS), les mesures de santé publique et d'organisation des soins (ministère chargé de la santé) ;
- d'assurer l'articulation et l'interface avec les autres systèmes de signalement à finalité sanitaire.

Avancement du projet

Cette expérimentation a pris un retard important. Le calendrier de mise en œuvre de l'expérimentation était initialement très « serré » puisque 5 réunions étaient prévues avant fin octobre 2006 et elles n'ont toujours pas eu lieu. Les causes sont certainement multiples. Nous avons pu noter l'apparition au fil des réunions de nouveaux intervenants de diverses autorités de tutelle. Ils ont certes enrichi le débat, mais il a fallu revenir quasiment à chaque fois sur des points déjà tranchés précédemment. Lors de la dernière réunion qui date de janvier 2008, c'est la définition même des événements indésirables graves (EIG) qui a fait l'objet d'un débat. L'InVS devait nous transmettre les conclusions de cette réunion, ce qui n'a pas été fait. Par ailleurs, il n'a toujours pas été défini comment les sociétés savantes comme le CNGOF pourront avoir accès aux déclarations, qui doivent rester anonymes compte tenu de la crainte médico-légale générée par ces systèmes déclaratifs. Les articulations entre les dispositifs de déclaration déjà existants (AFSSAPS, matério-vigilance, CCLIN, comité de mortalité maternelle, AMP vigilance, événements porteurs de risque...) et ce nouveau dispositif n'ont toujours pas été établies. Les représentants des organismes publics ont simplement indiqué qu'une réflexion serait menée au sein des différents organismes afin d'essayer « d'articuler au mieux » ces divers dispositifs de déclaration.

On peut toutefois espérer que les prochaines réunions pourront permettre de clarifier ces points de discussion et aboutir à une mise en œuvre rapide de ce dispositif expérimental de déclaration qui contribuera certainement à améliorer la culture de la gestion du risque auprès de tous les acteurs du système de soins.

Xavier Deffieux

Le CNGOF invité au congrès de l'AOGQ (Association des obstétriciens et gynécologues du Québec)



Lors des Journées du Collège en 2007, 66 gynécologues-obstétriciens du Québec sont venus à Paris participer à un symposium franco-québécois, qui fut l'occasion de confronter nos pratiques dans différentes situations en gynécologie-obstétrique et aussi de parler de nos modes d'exercice dans la spécialité.

Dominique Luton et Guillaume Magnin ont été à leur tour invités au congrès 2008 de l'AOGQ qui s'est tenu du 8 au 11 mai à Saint Sauveur, station touristique des Laurentides à 50 kilomètres au nord de Montréal. Ce congrès a réuni 250 participants, représentés à part égale par des « fellows » et résidents, et par des seniors.

Nous retiendrons de ce congrès son organisation rigoureuse très nord-américaine où, avant chaque présentation, une courte biographie de l'orateur est présentée ainsi qu'une déclaration des conflits d'intérêts.

Une matinée a été consacrée à la présentation de projets de recherche des résidents et des étudiants en sur-spécialité. Une Française, Camille Le Ray, actuellement fellow à Montréal et future chef de clinique à l'hôpital de Port-Royal à Paris, a été récompensée par un « oscar » pour son travail sur la mesure de la clarté nucale avec l'échographie 3D.

Parmi les autres Français présents, il y avait Jean-Marc Costa qui a fait une lecture sur l'état actuel et les perspectives du diagnostic prénatal à partir du sang maternel, et le Doyen Bruhat qui a fait une revue sur le diagnostic et le traitement des kystes de l'ovaire.

La cérémonie de clôture a été l'occasion de remercier nos hôtes québécois, la présidente élue Corinne Leclercq (à droite sur la photo), la past-présidente Diane Francoeur (à gauche) et Philippe Laberge.

Nos amis québécois sont très désireux de refaire un symposium franco-québécois en 2010, et nous sommes convenus que cela pourrait se faire soit lors des Journées du Collège soit lors d'une autre réunion francophone en Tunisie ou au Maroc.

**Dominique Luton (secrétaire général du CNGOF),
Guillaume Magnin (vice-président du CNGOF)**

La FMC et l'EPP : le rôle du CNGOF

Vous n'êtes pas sans savoir que nous sommes toutes et tous obligé(s) de valider notre FMC et notre EPP (cf. décret du 2 juin 2006 pour l'EPP et du 13 juillet 2006 pour la FMC) dans une période quinquennale.

Étant agréé par la Haute Autorité de santé en la matière, le CNGOF a mis en place une cellule - présidée par Léon Boublil et Georges-Fabrice Blum - qui peut, après analyse de vos

projets de congrès ou de séminaires, vous faire acquérir des crédits validants, qui sont au nombre de 4 par demi-journée de présence.

Trois possibilités vont être offertes par le CNGOF pour la FMC :
1) Le congrès ou le séminaire est « organisé par le CNGOF » qui a le contrôle du programme scientifique, du choix des orateurs et du budget. Les documents et affiches portent le logo du CNGOF avec la mention « organisé par le CNGOF ».

2) Le congrès ou le séminaire est « organisé en partenariat avec le CNGOF », et c'est soit un membre du CNGOF, soit une société affiliée qui l'organise. Le programme scientifique avec le nom des orateurs pressentis est approuvé par le CNGOF, qui peut fournir aux organisateurs un courrier destiné aux sponsors de l'industrie pharmaceutique. Les documents ou affiches portent le logo du CNGOF avec la mention « organisé en partenariat avec le CNGOF ».

3) Le congrès ou le séminaire est « approuvé par le CNGOF », qui en approuve le programme mais qui n'est en aucun cas responsable des positions scientifiques ou éthiques développées par les orateurs. Les documents ou affiches portent le logo du CNGOF avec la mention « programme approuvé par le CNGOF ».

Dans tous les cas, vous devez constituer un dossier comportant les statuts de la société ou de l'association, son conseil scientifique, son programme et son budget.

Nous sommes à votre entière disposition pour vous aider dans la validation de vos projets de formation, et mettrons prochainement à votre disposition en ligne sur le site du CNGOF un portail interactif pour la comptabilisation de vos crédits de FMC ainsi que pour la validation et la comptabilisation de ceux de l'EPP.

Georges-Fabrice Blum

En direct du Collège

Les 32^{es} Journées nationales du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français auront lieu du 3 au 6 décembre 2008 au CNIT.

Directeur de publication :	Pr B. Carbonne (Paris)
Rédacteur en chef :	Pr Ph. Descamps (Angers)
Comité de rédaction :	
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
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