

BREVES du COLLEGE

Éditorial

La check-list au bloc opératoire

Différentes études ont bien montré que l'utilisation d'une check-list au bloc opératoire fait baisser la mortalité et la morbidité liées à l'acte d'anesthésie et de chirurgie (1, 2). L'OMS a lancé un programme en juin 2008 visant à améliorer la sécurité périopératoire, dont un élément essentiel est l'utilisation rationnelle d'un outil simple (3). La HAS, avec les différents représentants des sociétés savantes, collègues et syndicats professionnels de chirurgie, d'anesthésie et d'infirmiers de bloc opératoire dont le CNGOF et la SCGP, vient donc de faire des recommandations et proposer une fiche téléchargeable sur leur site internet*.

Cette liste doit être utilisée par toute l'équipe du bloc : IBODE, IADE, anesthésiste, chirurgien avant l'induction anesthésique, puis avant l'intervention chirurgicale, et enfin après le geste avant la sortie de salle.

Avant l'intervention, elle concerne l'identité du malade, le type d'intervention, le côté à opérer, l'installation, la disponibilité et l'état de marche du matériel nécessaire, ainsi que les éventuels points critiques.

L'induction anesthésique faite, une nouvelle vérification s'impose. La répétition de la vérification de ces éléments par les personnels de bloc, l'anesthésiste et le chirurgien paraîtra à certains superfétatoire. Elle est cependant un point clé pour améliorer la sécurité du patient. Enfin, l'opérateur et l'anesthésiste doivent s'assurer conjointement que l'antibioprophylaxie éventuelle a bien été faite.

En postopératoire, s'il appartient aux IBODEs de vérifier le nombre de champs, de compresses, pinces, aiguilles, la responsabilité ultime de l'intervention en revient toujours conjointement au chirurgien et à l'anesthésiste qui doivent se concerter encore une fois pour les consignes postopératoires écrites : anticoagulants, sondes... S'il appartient à l'opérateur de faire immédiatement son compte rendu opératoire en y faisant figurer les complications éventuelles et de remplir le bon d'examen anatomopathologique, il est de la responsabilité de tous de s'assurer du bon étiquetage des pièces et prélèvements, et de confirmer l'enregistrement de l'intitulé exact, précis et identique sur l'ensemble des documents ; cela évitera bien des ambiguïtés ultérieures.

Bien entendu cette check-list dûment remplie restera dans le dossier et sera demandée en cas de litige.

Tout ce qui est dit sur cette fiche paraîtra à beaucoup évident, de bon sens et déjà mis en œuvre d'une façon ou d'une autre. En fait (et on le voit bien dans les expertises), tout cela n'est pas toujours fait pour de multiples raisons. De plus, ces informations sont souvent morcelées ce qui est source d'erreurs.



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°20 Septembre 2009

Enfin, cette check-list impose la vérification conjointe et simultanée par l'équipe anesthésique, l'équipe chirurgicale et les IBODEs des éléments précédemment cités. C'est bien là le vrai changement systémique et comportemental, le point clé de la réussite.

Cette check-list peut bien sûr être complétée par d'autres listes spécifiques de spécialités, d'équipes ou de lieux mais elle ne peut en aucun cas être abrégée ni modifiée.

La HAS prévoit la promotion de sa mise en place à la fois par la certification des établissements de santé avec son introduction dans la V2010 et par l'accréditation des médecins qui, là encore, inclut ce thème.

Son utilisation doit devenir systématique, répétitive, « pavlovienne » par tous les intervenants dans tous les blocs opératoires pour les interventions programmées et urgentes, y compris les césariennes. Il en va de la sécurité des malades.

Pierre Panel

* http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_816043/

1. Haynes et col. A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *N Engl J Med* 2009;360:491-9.
2. World alliance for patient safety –second global safety challenge-2008: <http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/en/>
3. WHO surgical safety checklist : http://www.who.int/patientsafety/safesurgery/tools_resources/SSSL_Manual_finalJun08.pdf

Joëlle Belaisch-Allart nommée au Conseil national consultatif d'éthique



Par décision de Madame Roseline Bachelot, ministre de la santé et des sports, le Dr Joëlle Belaisch-Allart – vice-présidente du CNGOF et chef du service de gynécologie-obstétrique du centre hospitalier de Sèvres – vient d'être nommée membre du Comité national consultatif d'éthique.

Le conseil d'administration du Collège se réjouit de cette nomination. Il est très important que siège dans cette institution une clinicienne qui a, comme Joëlle, a une grande expérience de la prise en charge des couples

inféconds. Certes, comme le dit modestement l'intéressée, elle n'est pas éthicienne, mais nous pensons au contraire que l'éthique n'est pas réservée aux éthiciens mais est une réflexion éthique sur notre pratique pour laquelle l'expérience du terrain est essentielle. Ne s'agit-il pas de réfléchir à une pratique médicale quotidienne qui respecte la personne humaine ?

Joëlle Belaisch-Allart remplacera Jacqueline Mandelbaum, biologiste de la reproduction.

Jacques Lansac

Dépistage de la trisomie 21

L'arrêté fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatal avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21 du premier trimestre* sont parus au Journal officiel du 3 juillet 2009. De même pour le formulaire de consentement**.

Ils peuvent être consultés sur le site :
<http://www.legifrance.gouv.fr/>

* JORF n°0152 du 3 juillet 2009 page 11079 texte n° 23 NOR: SASP0907157A

** JORF n°0152 du 3 juillet 2009 page 11082 texte n° 24 NOR: SASP0907163A

Réunion de collèges européens de gynécologie-obstétrique



Les membres des bureaux du RCOG, de la NVOG, de la DGGG et du CNGOF

Les 5, 6 et 7 juin 2009, le CNGOF a reçu à Paris les membres du bureau du collège anglais de gynécologie-obstétrique (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, RCOG), ainsi que ceux des sociétés allemande (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe, DGGG) et hollandaise (Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie, NVOG).

Le but de cette réunion des 4 bureaux était d'abord de faire connaissance car, si nous connaissions les membres du bureau du RCOG qui nous avaient reçus à Londres en 2006, nous ne connaissions pas nos collègues hollandais et allemands.

Nous avons bien sûr échangé (en anglais !) sur nos organisations professionnelles, leurs buts, leur fonctionnement, leurs moyens (le RCOG est le seul à avoir de gros moyens et à employer 150 personnes !).

Les problèmes démographiques de la spécialité nous sont communs.

La formation des internes en gynécologie-obstétrique fut abordée avec les questions posées par le temps de travail et la directive européenne le limitant à 48 heures, garde incluse. Fallait-il inclure le travail personnel théorique dans le temps de travail ou non ? Y a-t-il une place pour la formation à temps partiel qui s'étalera non plus sur 5 ans mais sur 6 ou 7 ?

Bien sûr, nous avons parlé des sous-spécialités : médecine materno-fœtale ou prénatale, onco-gynécologie avec ou sans prescription de la chimiothérapie par les gynécologues (l'oncologie n'existant pas dans les autres pays), médecine de la reproduction ou endocrinologie de la reproduction, uro-gynécologie. À chaque fois se pose le problème des limites entre la pratique du gynécologue-obstétricien généraliste et celui du sous-spécialiste, de la pratique à temps plein ou non du sous-spécialiste.

De cette frontière dépend le nombre de sous-spécialistes à former. Dans l'ensemble, nos collègues disent avoir formé trop de sous-spécialistes qui sont revenus faire ensuite de la gynécologie-obstétrique générale, ce qui est onéreux et pas très efficace.

Enfin, si dans chaque pays il faut former 4 ou 5 sous-spécialistes par an dans chaque sous-discipline (et encore moins pour la Hollande), la question se pose d'une formation commune à nos 4 pays.

Chaque société a ensuite expliqué ses problèmes de formation médicale continue et de développement professionnel. Avec les nouveaux changements imposés par la loi « santé patient territoire », nous les Français ne sommes pas en avance d'autant que les obligations qui découlent des ordonnances Juppé de 1995 et les obligations de FMC/EPP/accreditation de la loi de 2004 n'ont jamais été mises en œuvre. Chez nous, l'Ordre n'a jamais sanctionné un praticien qui n'a fait aucune formation continue depuis sa sortie de la faculté, ce qui n'est pas le cas ailleurs.

Les standards en maternité et en gynécologie ont été évoqués. Nos collègues ont été intéressés par nos décrets de 1998 qui fixent des normes de sages-femmes (1 pour 200 accouchements) et imposent la présence sur place d'un spécialiste en gynécologie-obstétrique, anesthésie, pédiatrie après 1500 accouchements, ce qui n'est pas le cas dans les 3 autres pays.

Enfin nous avons échangé sur les problèmes médico-légaux et la gestion des risques, problématique commune à tous.

Les actions internationales sont surtout le fait des Anglais et des Français qui ont des liens avec les pays de leur ancien empire colonial !

Ces rencontres à quatre se situent à une échelle plus petite



S. Arulkumaran le président du RCOG, J. Lansac le président du CNGOF, E. Everhardt la présidente de la NVOG et R. Kreienberg le président de la DGGG

que l'European Board and College (EBCOG) qui se fait à 27 pays, sans compter les observateurs de pays qui espèrent entrer dans l'Union européenne. C'est pour cela que nous comptons poursuivre ces réunions afin de trouver des synergies et des actions communes, ce qui est plus facile à 4 qu'à 27 où l'on est obligé souvent de définir le

plus petit dénominateur commun. Nous nous retrouverons à Berlin en juin 2010 avec le projet, maintenant que nous avons fait connaissance, de voir ce que nous pouvons faire ensemble : des recommandations de bonne pratique, une formation commune dans certaines sous-spécialités, des propositions de normes communes de fonctionnement en gynécologie et obstétrique, etc...

Il est bon pour le CNGOF de s'ouvrir à l'Europe et de faire progresser nos pratiques, en commençant avec nos proches voisins. Jacques Lansac a proposé qu'on associe nos amis espagnols (SEGO) qui, avec Luis Cabero leur président très investi dans la FIGO, peuvent aussi beaucoup nous apporter.

Merci à Marie-Hélène Coste et Virginie Manus de notre agence de communication qui ont organisé cette réunion dans un bel hôtel près des Champs Elysées, ainsi que les dîners au Bœuf sur le Toit et au Tir au Pigeon. Grâce à elles, le CNGOF a bien tenu son rang international !

Guillaume Magnin

NB : Ceux qui sont intéressés par ces échanges peuvent demander au secrétariat du CNGOF le CD-rom des présentations faites lors de ces rencontres

Bonne coopération entre le CNGOF et la SOGC



De droite à gauche : E. Guzman Bustamante président de la société des obstétriciens gynécologues du Chili, M. Vignal représentant des centres hospitaliers non universitaires de l'interrégion Sud au conseil d'administration du CNGOF, M. FORTIER président de la SOGC

La 60^e assemblée clinique annuelle de la SOGC (Société des obstétriciens gynécologues canadiens) s'est déroulée dans la province de la Nouvelle-Écosse (Nova Scotia) à Halifax, du 17 au 22 juin 2009. Nous avons été admirablement bien accueillis Emilie Jacquet, bénéficiaire du prix du CNGOF qui finance chaque année la participation d'un interne de l'AGOF au congrès de la SOGC, et moi-même.

Les conférences en anglais commençaient dès 7 heures du matin par un breakfast pris directement dans la salle pendant que le conférencier faisait sa présentation.

J'ai été surpris par la part de l'humanitaire que nos collègues canadiens réservent à la santé de la femme en Afrique. Toute une journée a été consacrée à la condition féminine dans ce continent. Des conférenciers africains et des membres de l'OMS nous ont fait part de ce grave problème.

Autre sujet qui a retenu notre attention : le renversement d'attitude de nos amis nord-américains (États-Unis, Canada) face à l'étude Hannah.

La voie basse dans la présentation du siège est de plus en plus acceptée et enseignée auprès de nos jeunes collègues résidents. À l'acceptation de cette voie, pas de pelvimétrie au Québec, simplement une évaluation du poids et de la flexion de la tête fœtale par échographie.

En chirurgie gynécologique, lors d'une présentation sur l'hystérectomie par laparoscopie, il a été rappelé – et cela m'a fait plaisir – « the french touch » dans cette chirurgie où nous avons été les pionniers ; sans changer la tournure de phrase : « the french call it technicité », c'est-à-dire le pourcentage d'hystérectomies réalisées par voie basse et par laparoscopie par rapport à l'ensemble des hystérectomies faites dans le service.

De même, une communication d'un auteur allemand de Francfort a stupéfié l'auditoire avec la vidéo qu'il a présentée sur l'accouchement d'un siège par une parturiente en position genu-pectorale selon la méthode Vermelin sans épisiotomie avec attitude du manchot empereur de l'accoucheur.

Pour finir, le CNGOF a été ovationné par l'ensemble des participants lors de la remise du prix du Collège qui permettra à un résident canadien de participer gratuitement à nos Journées nationales en décembre.

Je voudrais souligner la brillante présentation de notre interne Emilie Jacquet lors de la journée des résidents, lors de laquelle elle a présenté une communication sur la « recherche de nouveaux biomarqueurs sériques de dépistage précoce du cancer de l'ovaire en spectrométrie de masse » qui a retenu l'attention de tous ses collègues ainsi que des professeurs de la spécialité.

Le mandat du président de la SOGC durant un an, un nouveau président a donc été élu : Michel Fortier, qui remplace le Docteur Scott A. Farrell. Nous avons sympathisé et nous sommes devenus très amis.

Lors des journées niçoises du Professeur Bongain en septembre 2009, je dois prendre en charge trois de ses élèves et leur faire découvrir la french riviera.

J'espère que la collaboration et les échanges entre le CNGOF et la SOGC vont se poursuivre, surtout au niveau des jeunes résidents canadiens et internes français.

Michel Vignal

Journées nationales marocaines

Les 27^{es} journées du congrès national de la Société royale marocaine de gynécologie-obstétrique se sont tenues du 27 au 28 mars 2009. Le programme était particulièrement réussi, avec de nombreux sujets touchant tant à l'obstétrique qu'à la gynécologie.

Un des points forts du congrès a été la session sur la mortalité maternelle qui a été promue au rang de grande cause nationale marocaine par les plus hautes autorités du royaume – la veille le congrès avait reçu la visite de la ministre de la santé.

Ces journées ont été aussi pour nous l'occasion de constater à quel point la communauté de gynécologie-obstétrique du Maghreb et du pourtour méditerranéen était dynamique, vivante et accueillante.

Nous remercions tout particulièrement le Pr Houcine Maaouni de la Société royale marocaine de gynécologie-obstétrique pour son accueil chaleureux.

Dominique Luton

Partenariat du CNGOF avec GSF (Gynécologie sans frontières)

Trois actions ont été menées par GSF au début de l'année 2009 :

1. 2^e journée humanitaire pour la santé des femmes dans le monde

Journée organisée par GSF le 6 mars 2009 au Sénat, sous la présidence de Madame Simone Veil, ministre de la santé, membre de l'Académie française et de Madame Michèle André, présidente de la commission des droits des femmes au Sénat. Deux thèmes ont été abordés :

- les violences sexuelles en cas de conflits armés ;
- le rôle des professionnels de santé face à la prostitution.

Intégralité des vidéos de la journée : www.gynsf.org

2. Missions fistules obstétricales au Burundi

Les fistules obstétricales sont un réel drame ; elles sont liées à une dystocie responsable d'un travail prolongé dont la prise en charge n'a pas été adéquate du fait de l'absence de surveillance par des professionnels de l'accouchement. Le prolongement de la durée du travail est souvent responsable du décès du fœtus et de lésions des organes pelviens par une compression prolongée (> 24 heures) du fœtus dans le bassin.

L'enquête nationale périnatale qui est réalisée à intervalle régulier aura lieu sur une semaine **du lundi 5 au dimanche 11 octobre 2009**. Dans les grandes maternités et pour faciliter l'organisation du travail, l'enquête pourra se prolonger jusqu'au dimanche 18 octobre mais en prenant toutes les naissances uniquement un jour sur deux pendant les deux semaines de l'enquête. Pour chaque naissance, le recueil des données est estimé à une heure entre le recueil des données du dossier médical et l'entretien avec la femme.

Cette enquête, pilotée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé et des sports ainsi que par l'unité INSERM de recherche épidémiologique sur la santé périnatale et la santé des femmes et des enfants (U953), fait suite aux enquêtes périnatales nationales dont la dernière a été réalisée en 2003. Elle a pour but de connaître les principaux indicateurs de l'état de santé, des pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement et d'évaluer les actions de santé dans le domaine périnatal, en particulier le plan périnatal. Les enquêteurs seront des sages-femmes de PMI, des étudiantes sages-femmes, des sages-femmes à la retraite ou sans emploi (!) ou des sages-femmes des services (surtout dans les petits établissements). La rémunération de 19,75 euros par questionnaire rempli sera versée par l'INSERM.

Jacques Lansac

Évaluation des pratiques professionnelles Valider votre EPP en e-learning

Le CNGOF offre à ses adhérents la possibilité de satisfaire très simplement et gratuitement aux obligations d'EPP (Évaluation des Pratiques Professionnelles). La solution proposée est l'utilisation de l'e-learning au moyen d'une plateforme gérée par la société JPCOM.

Renseignements sur le site du Collège : <http://www.cngof.org/>

En direct du Collège

Les 33es Journées nationales du CNGOF se dérouleront du 9 au 12 décembre 2009 au CNIT, à Paris-La Défense.

Directeur de publication :	Pr B. Carbonne (Paris)
Rédacteur en chef :	Pr Ph. Descamps (Angers)
Conseiller spécial :	Pr J. Lansac (Tours)
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. Dauptain (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)

On estime l'incidence à 1000 nouvelles fistules par an. Un espoir est lié à l'augmentation de la médicalisation progressive de l'accouchement depuis 4 ans, en relation avec la gratuité des soins pour les femmes enceintes et leur enfant jusqu'à l'âge de 5 ans. En 2002, 20 % des accouchements étaient assistés par des professionnels de l'accouchement ; actuellement, 56 % le sont. L'action de GSF dans la prise en charge des fistules au Burundi :

- En 2005, mission d'appui à MSF à Makamba sur un programme fistules.
- En 2006, décision d'effectuer une action au CHU de Bujumbura sur une base de 3 missions par an, avec au total 100 femmes opérées. Deux médecins ont été formés : le Dr D. Mazina et le Dr Sœur Irène.
- Depuis 2007, soutien de la région des Pays de la Loire.
- En février 2009, signature d'une convention entre GSF et le ministère de la santé du Burundi sur le rôle de GSF dans la prise en charge des fistules au Burundi, et proposition d'inauguration d'un centre de traitement des fistules.
- Avril 2009, inauguration d'un centre de référence pour le traitement des fistules obstétricales en présence de la première Dame du Burundi à l'occasion de la journée mondiale de la santé avec la participation du directeur du CHU, du représentant du ministère de la santé et des sports, du ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, du directeur de l'OMS, du président de la région des Pays de la Loire et du président de GSF.
- En 2009-2010, parallèlement à la poursuite du traitement, des formations aux soins obstétricaux d'urgence vont démarrer afin de prévenir ces complications et de réduire la mortalité maternelle.

3. CD-rom violences conjugales

En France, tous les trois jours, une femme meurt victime de violences conjugales !

La violence au sein du couple est un processus évolutif au cours duquel un partenaire exerce une domination dans le cadre d'une relation privilégiée : physique, psychologique, verbale, émotionnelle, sexuelle, économique... la violence se manifeste sous des aspects très variés. On estime qu'en France, il y a plus d'un million et demi de femmes victimes de violences conjugales et 162 femmes ont été victimes en 2004 d'un homicide ou de coups et blessures suivis de mort au sein de leur couple.

Très souvent les femmes n'osent pas dénoncer cette violence de peur de représailles : elles se sentent coupables et responsables de l'échec du couple et de la situation de violence. Elles ont aussi peur de se retrouver sans ressources si elles ne sont pas indépendantes financièrement.

Tous ces éléments font que cette situation perdure malgré les prises en charge sociales et des démarches auprès des forces de l'ordre. Les professionnels de santé sont actuellement encore peu impliqués sur la problématique des violences conjugales, essentiellement par méconnaissance.

Avec le CNGOF, GSF a souhaité mettre à disposition des professionnels de santé un CD-rom qui comporte les principales données pratiques sur ce sujet ainsi qu'un diaporama permettant de réaliser un cours.

Votre participation sera toujours la bienvenue dans l'association ou pour des missions.

Contact : admin.gynsf@gmail.com

Henri-Jean Philippe