

Éditorial

Trois ans déjà !



Francis Puech

Invité à faire un bilan, je me rappelle (succédant à un président exceptionnel) ne pas être parti sur le chemin des Dames « la fleur au fusil »... et j'ai bien fait.

2010 fut une année de transition et 2011 l'occasion de célébrer les 40 ans du CNGOF. Alors que 2012 s'achève, revenons sur le chemin parcouru par le

Collège et son président aux côtés du Bureau et de ses chargés de mission, que je remercie pour leur investissement. J'y associe des remerciements tout particuliers aux deux secrétaires généraux Emile Darai et Dominique Luton, d'une disponibilité et d'une efficacité sans faille. Tous donnent beaucoup de leur temps et de leurs compétences pour la bonne marche et l'évolution de notre société savante. Merci aussi à Patricia Lemoine sans qui le CNGOF ne serait pas ce qu'il est.

Une brève revue me contraint à faire des choix

Le Collège s'est doté d'un Conseil scientifique, sous la responsabilité conjointe de Bruno Carbonne et François Goffinet, qui a permis, de manière spécifique, d'assurer les missions permanentes que sont : l'attribution des bourses du CNGOF, l'élaboration du programme des recommandations professionnelles du CNGOF (sous la responsabilité de Christophe Vayssière pour l'obstétrique et d'Arnaud Fauconnier pour la gynécologie), la co-élaboration avec les internes du programme de la Jn'GOF, la participation à l'élaboration du programme des JFROG et l'évaluation de projets scientifiques soumis au CNGOF. Ce Conseil scientifique est un outil précieux de réflexion et de propositions qui apporte un point de vue objectif au Conseil d'administration, en toute indépendance. Il est désormais indispensable au bon fonctionnement du Collège.

Le Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction est officiellement devenu l'organe du CNGOF. L'adhésion au Collège donne droit à l'abonnement en ligne et permet de consulter les versions électroniques de six revues internationales.

La commission d'éthique présidée par Gérard Lévy peut être saisie par le Collège, mais peut aussi s'autosaisir de

sujets qui relèvent du domaine de notre spécialité : ses derniers rapports portent sur l'autoconservation ovocytaire sociétale et le diagnostic prénatal non invasif : saisissez la !

La commission « relations internationales » a continué de promouvoir notre action et notre enseignement en Afrique sous la responsabilité de Guillaume Magnin (un grand merci) et en Asie sous la responsabilité de Philippe Descamps et Gilles Dauptain (un merci tout aussi grand), en particulier au Vietnam avec un DIU de « techniques avancées en gynécologie-obstétrique », au Laos avec la création d'une école de sages-femmes et au Cambodge.

La commission universitaire a poursuivi ses missions : rédaction et évolution en cours du livret de l'interne en ligne, rédaction du référentiel en gynécologie-obstétrique, mise à jour de l'abrégé de gynécologie-obstétrique avec sa version électronique sur le campus gynéco-obstétrique, développement d'une application pour Smartphone et Iphone (GYNECOBST) : allez-y...

La commission échographie du Collège, sous la responsabilité de Marc Dommergues après avoir été longtemps dirigée par Roland Jeny, est particulièrement active, au même titre que la Commission nationale de l'échographie obstétricale et fœtale (CNEOF) présidée par Jacques Lansac au ministère de la Santé sous l'égide de la DGOS et de la DGS. Par ailleurs, après validation par ladite commission, le CNGOF vient de mettre à la disposition de tous, sur son site internet, une plaquette d'information sur le dépistage de la trisomie 21.

La commission humanitaire, sous la responsabilité d'Henri-Jean Philippe, est à l'origine de nombreuses missions en France comme à l'étranger (très récemment auprès du camp de réfugiés syriens de Zaatar en Jordanie en raison du conflit syrien).

La commission communication, sous la responsabilité de Philippe Descamps et Marie-Hélène Coste (MHC Communication), est un instrument important pour le CNGOF qui est, chaque jour davantage, LA référence auprès des journalistes, presse grand public et presse médicale confondues, pour toutes les questions touchant à la santé des femmes. Sa légitimité en tant qu'acteur de santé publique se traduit, notamment, par une couverture quasi quotidienne des problématiques traitées par le Collège (qu'il s'agisse de sujets grand public ou de sujets

>>>>

BREVES

31

décembre
2012

scientifiques). Les dossiers thématiques sont de plus en plus fréquents et il n'est pas rare que plusieurs experts soient sollicités pour répondre à un seul et même sujet. Notre site internet (www.cngof.asso.fr), outil essentiel d'information, est de plus en plus consulté : 158 948 visites en 2011. Merci à son webmaster, Bruno Michelon.

Ces trois années ont vu aussi se mettre en place des structures et des collaborations où le Collège a pris la place qui lui revient. Citons (mais la liste n'est pas exhaustive) :

- Le Conseil national professionnel dédié aux bonnes pratiques en gynécologie et obstétrique (CNPGO) : il est l'interlocuteur privilégié de la HAS et de la Fédération des spécialités médicales (FSM) pour coordonner la réflexion et l'action sur tout ce qui concerne le développement professionnel continu (DPC). Parallèlement, la commission DPC sous la responsabilité de Jacques Lansac continue, avec Jean-Pierre Blanchère, d'organiser une formation conventionnelle dans les régions.
- L'ASIP (Agence des systèmes d'information partagée de santé) : aux côtés de l'AUDIPOG, le CNGOF a défini les données concernant la grossesse, l'accouchement, les suites de couches et le nouveau-né qui seront dans le dossier médical partagé.
- Le CNGOF participe également activement aux travaux de la Commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant, que je préside. Cet organe de réflexion, de concertation et de propositions aborde tous les problèmes qui touchent à la périnatalité. Deux thèmes sont en cours de finalisation et vont donner lieu à un « guide précarité » dont l'objectif est d'aider les professionnels de la santé périnatale à assurer aux femmes enceintes en situation de précarité un suivi de grossesse et une qualité de prise en charge de droit commun, et à un guide « sortie de maternité » destiné en priorité aux établissements de santé et aux professionnels de la naissance qui n'ont pas, à ce jour, défini de modalités quant à l'information à transmettre aux femmes en amont de la sortie de maternité.
- Le CNGOF est aussi un acteur très présent dans le Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) présidé par Gérard Lévy qui, avec l'Unité INSERM 953 et sous la direction de la HAS, analyse les dossiers anonymisés des décès maternels en rapport avec la grossesse. Le CNEMM rendra son quatrième rapport en cette fin d'année 2012.
- 2010 marque l'intégration du CNGOF au sein du Conseil national de chirurgie et notre cooptation au sein de la Commission nationale de l'urgence hospitalière, mais là l'essai n'a pas été transformé et il nous faut à nouveau justifier auprès du ministre des Affaires sociales et de la Santé que l'urgence est au cœur de l'organisation de notre spécialité (voir plus loin la lettre envoyée à Madame la Ministre). 2012 marque notre intégration au Conseil d'administration du Collège national des sages-femmes.

Une actualité envisagée

En me présentant à la présidence en 2009, j'avais mis en avant un certain nombre de défis que nous avons à relever sur des problèmes qui touchent à notre profession, mais aussi plus largement à la société : la procréation, la médecine prédictive et l'éthique,

l'évolution des métiers et le transfert de compétences. Je ne me suis pas trompé, ils sont même d'une extrême actualité :

- La procréation : parce qu'elle est de plus en plus tardive, parce qu'elle fait de plus en plus appel à l'assistance médicale, parce qu'elle n'intéresse plus seulement un homme et une femme, parce que la demande d'ovocytes est bien supérieure aux dons. C'est ainsi que le CNGOF a saisi le Comité consultatif national d'éthique (CCNE) sur la possibilité d'autoconservation des ovocytes dite sociétale ou de convenance (c'est-à-dire hors préservation avant traitement potentiellement stérilisant), et plus généralement du problème du recul de l'âge du désir d'enfant et des réponses apportées par la société.
- La médecine prédictive et l'éthique : en effet, la possibilité prochaine de mise sur le marché en France d'un diagnostic prénatal non invasif, tout d'abord centré sur le diagnostic de la trisomie 21, n'est qu'un premier pas vers l'ouverture à des diagnostics beaucoup plus larges en particulier à des maladies de révélation tardive pour des gènes de prédisposition à pénétrance variable. Le CNGOF a saisi le CCNE pour connaître son avis sur les conditions dans lesquelles pourrait se mettre en place ce DPNI.
- Enfin, l'évolution des métiers, le partage et le transfert des compétences : ils sont inéluctables, logiques, souhaitables car, même si les femmes accouchent de la même façon depuis la nuit des temps, leur accompagnement et leur prise en charge ont beaucoup évolué avec très heureusement une diminution spectaculaire de la mortalité périnatale et maternelle, au prix d'une médicalisation souvent nécessaire mais aussi d'une technicisation qui s'est faite aux dépens de la « sécurité émotionnelle » des femmes enceintes. Les sages-femmes voyaient par ailleurs très récemment s'élargir leurs champs de compétences. Il était donc nécessaire (il ne faut pas le nier, dans une certaine tension) de nous repositionner sur le cœur de notre métier d'obstétricien : la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement dans un contexte où les femmes enceintes, individuellement ou par les associations d'usagers, ont fait entendre clairement le souhait d'une évolution dans l'accompagnement et la prise en charge de l'accouchement physiologique.

Conscients de cette nécessité nous avons, au sein d'un groupe de travail ad hoc, élaboré un document que nous avons soumis, tant il nous paraissait important qu'il soit légitimé, au vote du Bureau puis du Conseil d'administration du Collège. Il a été adopté à l'unanimité des présents moins deux abstentions. Il est en ligne sur notre site internet.

Ces quelques lignes témoignent de l'intensité et de la multiplicité des événements qui amènent le Bureau à solliciter le Conseil d'administration, dont la mission principale est servir notre profession comme j'ai essayé de le faire tout au long de mon mandat. Ce fut pour moi une belle expérience en (presque) fin de carrière...

... et c'est dans la continuité que Bernard Hédon assurera dès le 1^{er} janvier 2013 les responsabilités de 14^e président du CNGOF.

Francis Puech

2005-2012

Bilan de sept années de secrétariat général



Émile Daraï & Dominique Luton

C'est à la demande du comité de rédaction des Brèves du Collège que nous nous sommes décidés à écrire ces quelques mots. Nous n'avons pas l'habitude de nous épancher ni de faire des discours, mais nous allons malgré tout, en quelques lignes, revenir sur ces sept années passées en tant que secrétaires généraux du CNGOF.

Nous avons énormément apprécié cette fonction, même si elle est parfois lourde parce qu'elle se surajoute à nos autres obligations. Elle nous a permis de connaître des personnes extraordinaires, en particulier le Professeur Jacques Lansac à qui nous rendons un vibrant hommage car nous pensons que sans lui le Collège ne serait pas ce qu'il est aujourd'hui. Bien évidemment, ceci ne retire rien à tout le travail qui a été fait par les différents présidents du CNGOF et à tout le respect que nous éprouvons à leur égard, en particulier à notre cher président sortant, le Professeur Francis Puech.

Nous avons pu aussi découvrir et lier des liens d'amitié avec des collègues que nous ne voyions pas souvent avant 2006. En particulier, nous avons pu apprécier les personnalités des membres du Bureau du Collège, avec qui nous avons cheminé durant nos mandats de secrétaires généraux.

Ces dernières années sont un peu un inventaire à la Prévert. On pourrait dire par exemple que de commissions en commissions, de conférences de presse en conférences de presse, d'avis pour les médias en avis pour les médias, d'actions de soldats du feu pour régler certains conflits à de multiples actions fédératrices, nous n'avons cessé de courir ces dernières années, en espérant faire le meilleur que l'on pouvait pour la communauté de la gynécologie-obstétrique.

Si nous devons insister sur quelques points, ce serait les suivants.

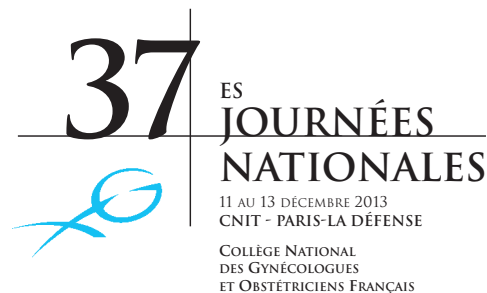
Tout d'abord, la spécialité de la gynécologie-obstétrique, même si elle est en son sein démultipliée en de nombreuses sous-spécialités (et nous insistons sur le terme de sous-spécialités car il ne s'agit pas de parler ici de sur-spécialités), doit malgré tout rester unie en gardant un socle commun.

Par ailleurs, notre arrivée au Collège a aussi été le moment du passage des Journées du Collège au CNIT, permettant leur formidable développement et leur épanouissement ce dont nous nous réjouissons, et nous ne doutons pas que nos successeurs continueront à augmenter leur audience, à faire venir les nombreux partenaires qui nous permettent de « survivre » et d'offrir des prestations de qualité. Nous voudrions aussi remercier finalement tous les orateurs et auteurs que nous avons sollicités au fil des années pour venir contribuer à nos Journées, car ce sont eux qui en font et en ont fait le succès ; qu'un hommage leur soit rendu.

Nous avons une pensée pour tous les liens que le Collège nous a permis de tisser avec nos collègues à l'international, et en particulier nos collègues canadiens, nos collègues du Maghreb... nous ne pouvons les citer tous car ils sont très nombreux mais ils sauront ici se reconnaître. Tous, nous les remercions de participer régulièrement à nos Journées mais aussi de nous avoir conviés dans leur pays pour partager nos expériences scientifiques.

Nous retiendrons aussi que le Collège pendant cette période a pu acquérir ses propres locaux. Même si il reste des imperfections matérielles que nous espérons résoudre le plus rapidement possible, il était pour nous très important que

Les 37^{es} journées nationales du CNGOF se dérouleront du mercredi 11 au vendredi 13 décembre 2013 au CNIT, Paris-La Défense.



la communauté de la gynécologie-obstétrique puisse se retrouver régulièrement en ces lieux et y travailler dans des conditions sereines et productives.

Nous avons aussi pu apprécier tous les efforts entrepris pour permettre le rapprochement avec les différentes sociétés savantes et corps de métier qui interagissent avec l'ensemble de la gynécologie-obstétrique. Nous pensons bien évidemment à tout le travail que nous avons fait et que nous souhaitons continuer à faire avec les sages-femmes (à qui nous sommes très attachés) mais aussi avec différentes sociétés, qu'elles aient trait à la chirurgie ou la carcinologie.

Enfin, nous ne doutons pas de l'activité débordante et de l'enthousiasme sans limite de nos successeurs. Nous continuerons à mettre notre énergie pour les aider et pour aider le Collège à se développer, en particulier dans le domaine des nouvelles technologies ce que nous avons déjà commencé à faire.

Presque pour finir, nous voudrions ajouter que le Collège nous a fait découvrir un certain nombre d'arcanes qui nous paraissent bien obscures telles que les différents circuits ministériels, de la HAS, et toutes ces institutions en mille-feuilles dont « bénéficie » la France. Nous espérons que l'inflation des institutions s'arrêtera un jour afin de simplifier notre tâche à tous.

Nous avons aussi une pensée émue pour toutes ces journées passées au Conseil d'administration, qui nous ont permis en particulier de bien mieux connaître tous nos collègues de France, ce qui a été pour nous très important.

Enfin, puisqu'il faut bien s'arrêter, nous voulons rendre un hommage appuyé, sincère, amical et tendre à notre chère Patricia sans qui le Collège ne serait pas ce qu'il est.

Merci à tous et à bientôt.

Émile Daraï & Dominique Luton

Lettre à Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé

Paris, le 17 octobre 2012

Madame la Ministre,

Je viens de prendre connaissance du décret n° 2012-1138 du 9 octobre 2012 relatif au Conseil national de l'urgence hospitalière et de l'arrêté du 12 octobre 2012 fixant sa composition.

Notre spécialité, la gynécologie-obstétrique, n'y est pas représentée alors qu'elle est très impliquée dans les urgences dans ses deux composantes :

- la gynécologie, pour laquelle nous recevons des urgences médicales ou chirurgicales ;
- l'obstétrique, où l'urgence vitale pour la mère et/ou son enfant est quotidienne soit du fait du recrutement du service, soit du fait des transferts à partir d'un établissement de niveau I ou II.

Nos services sont par ailleurs systématiquement les relais des urgences générales lorsque se présente à ces urgences générales une femme enceinte ou une patiente « gynécologique ».

Enfin, nous avons aussi à gérer de très nombreuses consultations « urgentes » prises en charge directement par nos équipes en dehors des activités des médecins urgentistes.

Notre spécialité est, à tous ces titres, l'une des spécialités très impliquées dans la permanence des soins hospitaliers urgents.

Nous trouvons donc très regrettable que nous ne fassions pas partie du Conseil national de l'urgence hospitalière, d'autant que nous avons déjà fait remarquer notre absence en 2005 et que, de ce fait, le président du Collège national des gynécologues et obstétriciens français avait été coopté dans la composition du Conseil précédent en attendant la nomination officielle de notre spécialité lors de son renouvellement.

Il est important que nous puissions participer aux travaux du Conseil national de l'urgence hospitalière et répondre, dans notre domaine, aux différentes missions dont il est chargé.

Je vous demande donc instamment, Madame la Ministre, de faire en sorte que notre discipline soit représentée au Conseil national de l'urgence hospitalière étant donné l'importance, en termes de santé publique, de l'organisation et de l'évaluation de cette activité dans notre spécialité.

Je vous prie de recevoir, Madame la Ministre, l'assurance de mes respectueuses salutations.

Pr Francis Puech
Président

Contraception en berne, IVG gratuite : quel est le message ?

Il y a loin de la coupe aux lèvres, et encore plus loin des statistiques à la réalité du terrain... Les IVG nous dit-on¹ n'augmenteraient plus et, à la réserve près de certaines inégalités territoriales (de 10 % femmes à 40 % femmes selon les régions), la situation serait sous contrôle. Les IVG des mineures seraient stables et seules celles des 18 à 30 ans seraient en augmentation pour un total de 225 000 IVG par an. Ces chiffres de la DRESS qui viennent d'être publiés cachent bien mal la fort mauvaise position de la France, qui bénéficie de la présence des pays de l'Est pour ne pas être lanterne rouge, et ne tiennent pas compte de la sous-déclaration croissante à mesure que les IVG ambulatoires augmentent.

La loi sur l'éducation à la sexualité à l'école n'est pas appliquée. On laisse ce soin à la pornographie désormais ubiquitaire. L'accessibilité gratuite et confidentielle est réservée dans les faits aux centres de planification qui touchent mal les grandes villes et pas du tout les campagnes. Et la multiplication dans les régions des « pass contraception » ne fait que souligner la grande carence de l'État qui n'a pas élaboré de véritable projet de santé publique dans ce domaine. Mais tout va bien nous disent les statisticiens et autres démographes...

Qui demandait le remboursement à 100 % de l'IVG, si promptement, à l'heure où les comptes de la sécurité sociale sont plongés dans le bain acidulé de la rigueur ? Remboursée à hauteur de 70 % et prise en charge à 100 % dans les situations de précarité, l'IVG était déjà prise en charge par la sécurité sociale comme tous les autres actes médicaux. Fallait-il faire plus ? Cette décision précipitée est-elle appropriée ? La réponse nous semble négative. Le coût de cette mesure pour le budget de la sécurité sociale sera de plus de 32 millions d'euros par an, ce que coûterait un an de contraception gratuite pour 400 000 jeunes femmes mineures. La France voit aujourd'hui 90 000 femmes de moins de 25 ans demander une IVG chaque année alors que certains de nos voisins en ont trois fois moins dans la même classe d'âge. Le coût moyen de ces grossesses non prévues conduisant à l'IVG est de 500 euros et 60 000 d'entre elles pourraient être évitées si l'idéologie et la démagogie ne s'étaient pas mêlées de santé publique. Les causes de cette mauvaise situation sont nombreuses mais l'une d'entre elles est assurément le coût pour les jeunes femmes de la contraception. Nous allons donc être l'un des seuls pays au monde à offrir l'IVG gratuite pour tous alors que, dans le même temps, une part de la contraception subit un déremboursement historique et devient plus chère pour les femmes. Nous allons être le seul pays occidental à ne pas éduquer nos jeunes gens dans le domaine de la sexualité, alors que la loi le prévoit depuis 2001, les seuls à ne pas organiser la confidentialité de la contraception pour les mineures et à laisser les régions se débattre à coup de « pass contraception », tous différents et tous inefficaces, pour essayer, à la place vacante de l'État, de protéger la santé de nos jeunes².

L'idéologie qui a prévalu dans cette décision à contre-temps est malheureusement celle qui fait de l'IVG l'égal de la contraception. Oublier que la meilleure IVG est celle qu'on a prévenue, car les conséquences psychiques n'en sont pas assumées que par les femmes et ce d'autant plus qu'elles sont jeunes, c'est faire peu de cas des femmes et c'est à tout le moins brouiller le message gouvernemental au moment où il devrait précisément avoir la plus grande clarté. Pour faire plaisir à quelques associations, on a oublié l'intérêt des femmes qui ne seront pas consolées de bénéficier de la gratuité de l'IVG quand elles n'auront pas eu les moyens de l'éviter.

Brigitte Letombe & Israël Nisand

¹ Dress. Etudes & Résultats, 2012, n° 804. Annick Vilain, Marie-Claude Mouquet

² Et si on parlait de sexe à nos ados ? Pour diminuer les IVG chez les mineures. Ed. Odile Jacob, février 2012.

Sans rappeler les principales étapes depuis le renversement de la charge de la preuve de l'information en 1997, ni les multiples jurisprudences qui s'en sont suivies dont bon nombre auprès de la Cour de cassation et du Conseil d'État, il faut admettre qu'elles ont imposé une réflexion autour de « l'information du patient ». Les premières recommandations pour la pratique clinique sur cette thématique ont été publiées par l'ANAES en avril 2000, recommandations qui, à titre exceptionnel, ont fait l'objet d'une citation précise et nominative au sein de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 (« Des recommandations de bonnes pratiques sur la délivrance de l'information sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et homologuées par arrêté du ministre chargé de la santé »).

Depuis dix ans, les plaintes et procédures concernant le défaut d'information se multiplient et produisent une abondante jurisprudence. Des sociétés ou collèges de professionnels, ainsi que de nombreuses autres institutions, ont tenté d'élaborer des documents d'information, et de nombreux messages de provenances diverses ont concerné cet aspect de la pratique, et donc de la responsabilité médicale. Il était temps pour la HAS, au vu d'un certain nombre de dérives dans les pratiques, d'effectuer une révision et une actualisation des recommandations. La révision tant attendue des recommandations de bonne pratique en termes d'information du patient est disponible en ligne depuis le début de l'été, sous le libellé « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé : principes généraux »*.

Les principaux points abordés sont :

- la primauté de l'information orale. Lorsque des documents écrits existent, il est recommandé de les remettre à la personne pour lui permettre, au fil de l'information, de s'y reporter et/ou d'en discuter avec toute personne de son choix, mais aussi de susciter des questions auxquelles le professionnel de santé peut répondre. Il est précisé que « ce document d'information est exclusivement destiné à donner à la personne des renseignements par écrit, mais qu'il n'a pas à être signé par la personne, et ne contient aucune formule l'invitant à y apposer une signature » ;
- la qualité des documents d'information, qui dépend de la hiérarchisation des données validées, en présentant les bénéfices attendus des actes ou des soins, thérapeutiques ou de dépistage, avant l'énoncé des inconvénients et des risques éventuels, précisant les risques fréquents et, s'ils sont normalement prévisibles, les risques graves. Les moyens mis en œuvre pour faire face aux complications éventuelles, ainsi que les signes qui peuvent alerter la personne, y sont évoqués. Ces documents doivent être synthétiques, clairs, courts et compréhensibles par le plus grand nombre. Il est souhaitable que des supports d'information soient prévus dans différentes langues étrangères, et d'utiliser éventuellement un complément de supports multimédia ou vidéo fiables ;
- la nécessité, en cas d'intervention de plusieurs professionnels de santé, que chacun informe la personne des éléments relevant de son domaine de compétences en les situant dans la démarche générale de soins, sans présumer que l'information relevant de ses compétences a été donnée par d'autres. Dans ce contexte, la démarche consiste toujours à s'enquérir des informations déjà délivrées afin d'adapter l'information au parcours du patient. Dans la délivrance de cette information, le patient peut choisir un professionnel de son choix ;
- l'importance de la traçabilité de l'information, qui est un des points d'achoppement entre les professionnels, pour la continuité des soins. Il y est dit que le dossier médical de la personne men-

tionne : les informations majeures qui lui ont été délivrées ; par qui et à quelle date ; les difficultés rencontrées lors de leur délivrance ; les démarches entreprises pour améliorer la compréhension ; l'ensemble de ces données afin que les professionnels qui disposeront du dossier puissent en prendre connaissance dans le but de favoriser la cohérence de l'information. Parce que ces mentions suffisent à servir de moyen de preuve en cas de litige, il n'y a pas lieu de demander à la personne une confirmation signée de la délivrance de l'information, sauf bien sûr quand celle-ci est exigée de façon réglementaire (comme par exemple stérilisation volontaire, acceptation d'un dépistage de la trisomie 21 en début de grossesse, examen de diagnostic prénatal, participation à la recherche, ...)

- et pour finir, les particularités de l'information des mineurs ou des majeurs protégés qui ne sont pas en mesure de la recevoir.

Ainsi, mieux qu'une signature obtenue lors/après une distribution impersonnelle de fiche d'information (qui a été jugée fautive dans certaines jurisprudences), c'est la présence de preuves intangibles d'une prise en charge et d'une information personnalisée qui est soulignée dans les jurisprudences. Ainsi, on retrouve dans une jurisprudence le rejet de l'appel d'une patiente ayant effectué une fausse couche spontanée post-amniocentèse ; les points positifs qui ont fait rejeter la demande étaient le fait qu'il y avait eu une première consultation où la patiente avait reçu un document d'information évoquant le dépistage de la trisomie 21 et le risque de 0,5 % de fausse couche spontanée (intérêt d'une discussion orale

autour d'un document dont il importe de garder une trace, comme les documents dupliqués édités par le CNGOF) ; qu'il y avait eu un rappel oral lors de la consultation préalable trois jours avant l'amniocentèse. De même, dans une autre affaire concernant la même pathologie, c'est le report par l'échographiste de la notion d'une échographie de substitution chez une patiente n'ayant pas souhaité d'autres investigations qui fait retenir que « le médecin prouve par

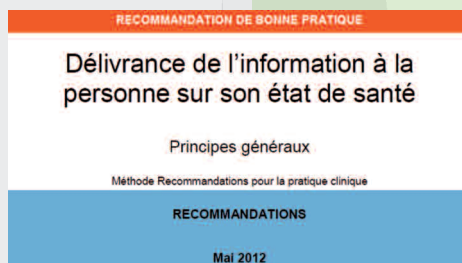
tous les moyens de délivrance de l'information permettant au patient d'émettre un consentement ou un refus éclairé quant aux investigations auxquelles il est possible de recourir, et qu'il résultait des attestations produites du dossier médical, que la patiente avait été sensibilisée à l'éventualité des examens usuels à l'époque des faits pour dépister la trisomie 21 ». Soulignons que, sur ce sujet, les praticiens disposent maintenant de la fiche « information destinée aux femmes enceintes sur la possibilité de recourir à leur demande au dépistage prénatal de la trisomie 21 », récemment éditée et disponible en ligne, entre autres, sur le site du CNGOF.

Des annotations personnalisées sur les fiches d'information (en double exemplaire, avec schémas opératoires ou anatomiques annotés, particularités propres à la patiente ...) sont possibles, ainsi que des questions ou annotations par la patiente dans la case « questions et commentaires » que l'on peut retrouver dans toutes les fiches du CNGOF, fiche dont un exemplaire sera remis au médecin par la patiente lors d'une autre consultation ou à l'occasion de l'hospitalisation.

Les fiches d'information du CNGOF doivent être régulièrement réactualisées, et le groupe de travail peut maintenant poursuivre la rédaction et/ou réactualisation de ces documents sous l'éclairage des nouvelles recommandations, lesquelles valident leur forme et leur esprit.

Fabrice Pierre

* (http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1261551)



Recommandation de la HAS pour l'extension du dépistage néonatal au déficit en Acetyl-CoA Deshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne (MCAD)

Le déficit en MCAD est une maladie métabolique héréditaire rare caractérisée par une incapacité de l'organisme à assimiler les graisses. Sa prévalence est comprise entre 1/8000 et 1/25 000 naissances dans les pays européens. Elle n'est pas connue avec précision en France. Les enfants qui présentent ce déficit n'ont pas de symptôme à la naissance mais peuvent développer une crise métabolique en période de jeûne (lors d'une infection banale par exemple). Cette dernière peut rapidement entraîner le coma, suivi de séquelles neurologiques (10 % des cas) ou la mort (20 % des cas). La prise en charge des enfants atteints de ce déficit consiste en des mesures diététiques visant à éviter les périodes de jeûne, et à augmenter l'apport en hydrates de carbone lorsque l'enfant se trouve en situation où ses besoins énergétiques sont augmentés.

Lorsqu'il est instauré précocement, ce traitement simple réduit la morbidité et la mortalité à des niveaux quasiment nuls. Ce dépistage serait fait par la technologie de spectrométrie de masse en tandem sur le carton du test de Guthrie.

En France, cinq maladies font actuellement l'objet d'un dépistage néonatal par des tests biologiques réalisés sur une goutte de sang recueillie sur papier buvard : la phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, l'hyperplasie congénitale des surrénales, la drépanocytose et la mucoviscidose. Le dépistage MCAD serait la sixième affection dépistée. Elle sera peut-être suivie du dépistage d'autres erreurs innées du métabolisme.

Le coût de ce dépistage est estimé à moins de 10 000 € par année de vie sauvée, soit environ sept enfants par an.

La HAS recommande qu'une première information sur le dépistage néonatal soit donnée aux parents pendant la grossesse, au cours des consultations prénatales du 3^e trimestre.

Jacques Lansac

Référence :

HAS. *Recommandation de la HAS pour l'extension du dépistage néonatal au déficit en Acetyl-CoA Deshydrogénase des acides gras à chaîne moyenne (MCAD)*. 2011. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/fs_depistage_neonatal-fr-v3.pdf.

Hommage de Christian Dognin à Alain Desroches

Depuis le 6 août dernier, la Fédération des cercles des gynécologues obstétriciens des hôpitaux est orpheline de son secrétaire qui œuvrait pour elle depuis 1989, mais qui en était aussi l'un des fondateurs.

Ancien chef de clinique à Reims et ancien chef de service à Orléans, Alain Desroches est resté jusqu'au bout un travailleur acharné qui donnait son temps à notre spécialité au sein de différents organismes nationaux et régionaux, dont le CNGOF où il siégea au conseil d'administration pendant quelques années.

Nous n'oublierons pas de sitôt sa « grande dégaine », mais nous regretterons tous cet immense puits de science et de culture qui savait détendre nos réunions par des calembours dont lui seul avait le secret.

Nous souhaitons que la force et l'émotion de nos pensées l'aident dans son dernier voyage et nous présentons à sa famille nos plus sincères condoléances.

Christian Dognin

Le prochain congrès franco-vietnamien de gynécologie-obstétrique sera organisé les 13 et 14 mai 2013 à Hanoi et les 17 et 18 mai à Ho Chi Minh Ville.

Thématiques :

Ménopause, ostéoporose, présentation des RPC 2012

Si vous êtes intéressé, merci de contacter Gilles Dauplain : gdauplain@aol.com

Pilules de 3^e génération : mise en garde de l'ANSM

Compte tenu de l'augmentation du risque de thrombose veineuse lié aux contraceptifs dits de 3^e génération ainsi qu'à ceux contenant de la drospirénone, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM - ex AFSSAPS) déclare que la prescription de pilules de 2^e génération contenant du lévonorgestrel est à recommander en première intention lorsqu'une contraception œstro-progestative est entreprise (octobre 2012).

<http://ansm.sante.fr/>