

Chers amis,

Nous sommes heureux de vous présenter ce nouveau numéro de la lettre du Collège. Je tiens à remercier chaleureusement Brigitte Ouvry-Neveu qui a eu la tâche ardue de rassembler les articles et de veiller à l'impression.

Le Collège a fêté ses 30 ans les 16 et 17 mai 2008 à l'Hôtel du Golf de Deauville.

Nous avons été particulièrement heureux d'honorer nos deux présidents fondateurs :

Yves Bestaux et Daniel Anger.

Nous pouvons rappeler, comme l'a écrit Jean-Pierre Blanchère à cette occasion, lui qui a été membre du premier conseil d'administration en 1978 que le Collège de Gynécologie de Normandie a été la première structure de FMC de la région.

Nous avons reçu en 30 ans toutes les célébrités du monde médical et notre Collège a su rallier dans ses séances de formation, les gynécologues, les obstétriciens, les chirurgiens, les radiologues, les anatomo-pathologistes, les biologistes et d'autres spécialistes (pédiatres, dermatologues, rhumatologues).

La mise en place des séminaires de FMC financés par le FAF PM s'est faite en Normandie dès 1990.

Nous venons d'organiser le 15 novembre 2008 une journée scientifique au Havre sur « **l'infectiologie et la médecine humanitaire** » puis le 19 mai 2009 à Deauville sur « **le cancer du sein** ».

La dernière journée scientifique qui vient de se dérouler le 14 novembre au Havre sur le « **dépistage et la prise en charge du handicap** » a permis de faire le point sur le dépistage combiné de la trisomie 21 au 1^{er} trimestre de la grossesse. Nicolas FRIES président du CFEF nous a bien indiqué, de façon pratique, comment obtenir un numéro identifiant nécessaire pour continuer la pratique des échographies du 1^{er} trimestre de la grossesse avec mesure de la clarté nucale. Les échanges ont été très riches entre les gynécologues, généticiens, échographistes, biologistes, pédiatres et nous avons la chance d'avoir avec nous une représentante de l'association trisomie 21 du Calvados.

En 2010, le Collège va organiser :

- Le 30 janvier dans le cadre de l'EPUNG à Paris rue des Saints Pères, une journée sur « **les violences et mutilations sexuelles** ».
- Le 5 juin au Casino de Deauville une journée sur « **le cœur des femmes** » en collaboration avec les cardiologues normands.
- Le 6 novembre au Havre une journée sur la « **douleur pelvienne chez la femme** ».
- Une formation à l'informatique financée par le FAF PM (date à préciser).

J'espère que vous viendrez très nombreux.

Je remercie vivement tous les membres du Conseil d'Administration qui font un excellent travail.

Actuellement, se mettent en place les Conseils Nationaux Professionnels. Notre Conseil National Professionnel dédié aux bonnes Pratiques en Gynécologie et en Obstétrique a vu le jour le 1^{er} décembre dernier grâce à une convention signée par la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale, la Société Française de Gynécologie et le CNGOF, dans l'attente des décrets du DPC (développement professionnel continu) qui va remplacer la FMC et l'EPP. Dans cette convention, l'autonomie de chacun est respectée.

Je remercie tous les collègues qui ont rédigé un article de cette lettre, les sujets sont variés et j'espère que vous allez les apprécier.

Nous attendons vos articles, vos suggestions pour la prochaine parution. Cette lettre est votre lettre, elle permet, ainsi que notre site internet d'être en contact et d'échanger ce qui est fondamental.

Bien amicalement

**BÉATRICE GUIGUES,
PRÉSIDENTE DU CGN**



Yves Bestaux



Daniel Anger

Le réseau de périnatalité de Haute-Normandie

Site Internet : <http://www.reseaux-perinat-hn.org>

Fondé en 2001 le réseau est une association loi 1901 née de la volonté des instances institutionnelles (CRN ARH et DRASS) Président : Pr Jean-Paul LEMOINE
Membre du bureau GO : Dr Alain DIGUET et Dr Marc DURAND-REVILLE.

Financée par le FIQCS* (ARH et UR CAM). Dirigée par une coordinatrice talentueuse et efficace : Catherine Lévêque
catherine.leveque@chu-rouen.fr

Membre de la Fédération Française des Réseaux de Santé de Périnatalité (FFRSP), elle adhère au cahier des charges national des réseaux de Périnatalité. Le réseau est un organe de promotion de la santé des mères et de leurs enfants et un outil facilitateur de communication entre les établissements et entre tous les professionnels autour de la naissance.

Ouvert à toutes les propositions pourvu qu'elles servent à améliorer la qualité du suivi de la mère et de l'enfant, **le réseau de Haute-Normandie a développé les axes suivants :**

1. COMMUNICATION

– Site Internet grand public avec un accès professionnel sécurisé réservé aux professionnels membres du réseau.

– DPP (dossier périnatal partagé) informatisé et communicant.

2. FORMATION

La formation médicale continue pour le suivi conjoint des grossesses.

3. ÉCHANGES ENTRE PROFESSIONNELS

Animation de groupes de travail par thèmes ou « catégories professionnelles ».

QUE PEUVENT FAIRE ENSEMBLE LE COLLÈGE ET LE RÉSEAU ?

1. Notre site Internet vous est ouvert : consultez-le +++

Pour l'accès professionnel, il faut vous inscrire au réseau par le biais d'une fiche d'adhésion téléchargeable sur le site ou possibilité d'une inscription en ligne (inscription gratuite).

2. Le DPP est en phase de déploiement

Prochainement, le dossier régional bénéficiera de l'apport du gynécologue qui suit la grossesse : vous mettez vos consultations dans le DPP de votre patiente via le WEB avec un accès sécurisé, ainsi vous améliorerez la qualité du suivi. Bien sûr, en retour, vous aurez en temps réel les éléments de son dossier : CS, CRH, CRO, etc... Ces éléments seront alimentés par les maternités interfacées avec la plateforme régionale ou utilisant le même mode Web. Plus tard, si vous utilisez



un logiciel métier interfaçable avec la plateforme régionale vous y accédez d'un simple clic.

3. La formation continue (suivi conjoint des grossesses)

Les gynécologues libéraux peuvent bénéficier de l'expertise et des financements du réseau. Comment ? : Le Collège choisit un thème dans une liste proposée par le réseau pour un groupe de médecins intéressés (10-12). Le réseau propose un binôme animateur et expert (cardio, endocrino, obstétricien, etc...) Le réseau finance les formateurs et les participants à hauteur de 60 €.

4. Les groupes de travail

Vous y êtes les bienvenus, des groupes existent déjà : Parentalité, Allaitement maternel, Troubles psychiatriques, et grossesses ; d'autres peuvent être constitués en fonction des demandes. ■

EN CONCLUSION :

Adhérer au réseau *Travaillons ensemble*
Dr Jacqueline MADELINE
Coordinatrice médicale
reseaux.perinatn@gmail.com
06.18.40.63.39

* Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins

CONSEIL D'ADMINISTRATION 2010

- **Présidente :** Béatrice GUIGUES
 - **Vice-président :** Jean-Louis SIMENEL
 - **Secrétaire Générale :** Brigitte OUVRY-NEVEU
 - **Secrétaire adjointe :** Catherine GIELEN
 - **Trésorière :** Evelyne RIVIERE
 - **Conseillers titulaires :** Philippe ANGER, Juan BERROCAL, Jean-Pierre BILHAUT, Jacques CONSTANT, Marc DURAND-REVILLE, Isabelle HERON, Patrick IZABEL.
 - **Membres associés :** Philippe Dessogne, Patricia LECLERC, Jacqueline MADELINE
- Site du collège : <http://www.college-gynormand.asso.fr>

Pensez à régler votre cotisation pour 2010

A notre trésorière
Madame le Docteur Evelyne RIVIERE
13 avenue de la Libération
14000 CAEN

- Médecin en activité : 70 €
- Médecin retraité : 25 €
- Interne en Médecine : 20 €
- Sage-femme : 50 €

Week-end à Londres du 6 au 8 mars 2009

Le Collège de Gynécologie de Normandie a organisé un séminaire de formation à l'Anglais médical à **Londres** du 6 au 8 mars 2009.



University College Hospital

Nous étions un groupe de 17 personnes de notre Collège accompagné de Paris Avraamides notre professeur d'Anglais et de Marc Bonnel le responsable des formations en Anglais auprès du FAF-PM. Nous sommes partis le vendredi 6 mars à 10h13 en Eurostar à partir de la gare du Nord à Paris. Après 1h15 de voyage, nous sommes arrivés à la **gare Saint-Pancras** à Londres. L'architecture de cette gare est magnifique.

Un peu d'histoire : Saint Pancras était un orphelin chrétien de 14 ans qui fut martyrisé à Rome en 303 après J-C. Ses reliques furent envoyées en Angleterre par le pape Saint Vitalian au VII^e siècle.

Cette gare a été ouverte en 1868 et comprend deux structures des plus célèbres construites en Grande-Bretagne au cours de l'ère Victorienne. Le hall principal connu aujourd'hui sous le nom de hall Barlow, du nom de son concepteur l'ingénieur William Henry Barlow, fut à l'époque la plus large structure à portée unique construite. En façade de ce hall, se trouvent les St Pancras Chambers, qui abritaient autrefois le Midland Grand Hotel, un exemple des plus impressionnants de l'architecture gothique victorienne, dû à l'architecte George Gilbert Scott. Depuis le 14 novembre 2007, le hall historique s'est vu ajouter

une extension moderne, Saint-Pancras international qui accueille les trains Eurostar.

Nous avons aussitôt rejoint notre hôtel à pied, le Novotel St Pancras situé à quelques centaines de mètres de la gare. Nous avons rendez-vous à 14 h 30 au **Collège Royal des Gynécologues-Obstétriciens** à Regent's park. Sur la route nous avons pu visiter le BMA (**British Medical Association**) créée en 1832 et qui est le siège des syndicats des médecins.

Au Royal College nous avons été très bien accueillis par Richard Warren et Maggie Blott des gynéco-obstétriciens Anglais. Nous avons pu échanger en Anglais pendant plus d'une heure sur le fonctionnement de la médecine en Angleterre.

Le samedi matin nous avons rendez-vous avec Maggie Blott au « **University College London Hospital** ». Elle nous a fait visiter la maternité, des locaux neufs très bien équipés. Les femmes qui accouchent restent 1 à 2 jours. Le suivi se fait ensuite à domicile par les Sages-Femmes qui sont très nombreuses. On a pu comprendre qu'elles faisaient tout : suivi de grossesse, suite de couche, contraception... Il semblerait que la France veuille suivre cet exemple.

L'après-midi était libre pour les visites ou le shopping et nous nous sommes retrouvés pour dîner dans un restaurant Indien réputé de Marble Arch : « **la porte des Indes** ».

Le dimanche matin a été consacré à l'enseignement de l'anglais médical à l'Hôtel.

Certains d'entre nous sont ensuite allés à la **British Library** située juste en face de l'Hôtel jusqu'à l'heure du départ. C'est un magnifique bâtiment neuf qui possède une collection de livres anciens scannés et consultables sur les ordinateurs mis à disposition du public.

Nous avons pu y admirer une exposition commémorant le 200^e anniversaire de la naissance de **Darwin**. Ce naturaliste Anglais dont les travaux et les théories sur l'évolution des espèces ont profondément révolutionnés la biologie est enterré à l'Abbaye de Westminster en reconnaissance de son génie. Nous avons ensuite poursuivi nos conversations en anglais dans l'Eurostar avec notre professeur jusqu'à notre arrivée à Paris à 19h47.

Pour conclure, ce voyage à Londres a été un réel succès, très enrichissant et convivial, avec il faut bien le dire, un groupe exceptionnel. À renouveler... ■

Samedi 5 juin 2010

1^{ère} JOURNÉE SCIENTIFIQUE

*en partenariat avec les cardiologues
de Haute et Basse-Normandie*

**Au petit théâtre
du Casino de Deauville**

Ayant pour sujet

“ le cœur des femmes ”

Dimanche 6 juin 2010

Symposium organisé
par le laboratoire SCHERING-PLOUGH

Samedi 6 novembre 2010

2^{ème} JOURNÉE SCIENTIFIQUE

Au Pasino du Havre

Ayant pour thème

**“ La douleur pelvienne
chez la femme ”**

Assemblée générale du CGN à 12 heures

Dimanche 7 novembre 2010

Symposium organisé
par le laboratoire AMGEN

LES ATELIERS

Mardi 9 mars 2010 à partir de 19h30

Nouvel atelier « FormAction en gynécologie »

à l'hôtel Mercure Bassin Saint Pierre, Caen

Thème : **“ Cancer du sein ”**

D'autres ateliers en soirée vous seront proposés à Caen et à Rouen :
information individuelle par courrier.

Le dépistage combiné précoce de la T2I possible en Haute-Normandie depuis le 1^{er} décembre

Les échographistes haut-normands « validés » reçoivent du réseau de périnatalité haut-normand leur N° identifiant, une liste actualisée est publiée sur son site Internet.

Des précisions :

- Le dépistage combiné n'est possible que si l'échographiste note sur le compte-rendu d'échographie son N° identifiant (dépistage sur les marqueurs sériques du 2^e trimestre toujours possible)
- Le prélèvement pour dosage des marqueurs du 1^{er} trimestre doit être fait immédiatement après l'échographie (faire la prescription en conséquence)
- Prescrire un caryotype fœtal sur le seul critère d'âge n'est pas recommandé, son remboursement est soumis à entente préalable

Jacqueline Madeline, Coordinatrice médicale

Réseau Perinat Haute-Normandie

<http://www.reseaux-perinat-hn.org>



À propos du ECEP 2009

Les 9 & 10 octobre 2009 s'est tenu à Rouen le **1^{er} congrès Européen sur les pathologies environnementales** organisé par l'URML HN (Union Régionale des Médecins Libéraux de Haute-Normandie) avec pour objectifs :

- Découvrir les liens entre santé et environnement.
- Tenter de comprendre les mécanismes physiologiques et biochimiques aboutissant aux pathologies environnementales.
- Agir par la prévention, le diagnostic et le traitement de ces pathologies.

Ce congrès a connu un vif succès en regroupant médecins, pharmaciens, chercheurs, mais aussi ingénieurs, chefs d'entreprise, représentants d'associations, responsables politiques, etc.

Il est impossible de résumer même succinctement ces 2 journées riches en informations. Je me bornerai à relater quelques points qui m'ont paru particulièrement intéressants.

CHANGEMENT CLIMATIQUE ET SANTÉ PUBLIQUE EN EUROPE

Pr. Martin EXNER, Bonn

1. Changement climatique et maladies à transmission vectorielle

L'impact sur la Santé Publique du au réchauffement climatique est potentiellement considérable. On observe depuis 1950, une augmentation spectaculaire des tempêtes, incendies, inondations, vagues de chaleur, canicules ; ceci ayant pour conséquence une prolifération des bactéries et des virus. Certaines maladies sont transmises par les arthropodes (ex : les tiques), les moustiques (chikungunya, dengue), les phlébotomes.

Le réchauffement climatique va permettre à ces vecteurs de se développer et de se déplacer, entraînant l'apparition des maladies dans de nouvelles zones.

On constate :

- la présence de moustiques vecteurs du paludisme en plus haute altitude,
- une multiplication par 5 du nombre de malades atteints de paludisme au Mozambique après 6 semaines d'inondation,
- une progression de la fièvre Chikungunya en Europe (Italie, France, Espagne)

– une fréquence accrue de l'infection à virus du Nil occidental transmise par les moustiques aux hommes, aux chevaux et à certains oiseaux. Ce virus présent aux USA, Europe, Moyen Orient et Afrique se développe en raison des hivers chauds et des printemps secs.

– une plus grande fréquence de la maladie de Lyme.

2. Changement climatique et inondations

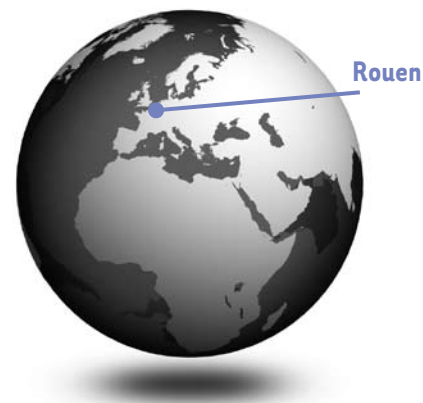
1.600.000 personnes sont menacées : aux risques directs de noyade, blessures, maladies respiratoires, plaies infectées et troubles psychosociaux, s'ajoutent les risques indirects liés à l'eau. 16 à 44 millions de personnes seraient concernées par le « stress hydrique » la contamination survenant au niveau des eaux de rivières, des eaux côtières (rôle sur les coquillages), des eaux des villes (entrée des eaux usées dans le réseau d'eau potable). De plus, on estime que si la température s'élève d'un degré le risque de salmonellose augmenterait de 30 %.

3. Les maladies respiratoires

telles que l'asthme sont plus fréquentes : on sait que la hausse du CO₂ entraîne une pollinisation plus longue et de plus grande ampleur. De plus on constate une migration des pollens vers le nord de la planète.

4. Plusieurs solutions peuvent être envisagées pour lutter contre les conséquences du changement climatique.

- prévoir le développement urbain hors du littoral et des plaines inondables,
- mieux ventiler les locaux,
- adapter les villes à la chaleur en planifiant les espaces verts : parcs, toits et murs en verdure, etc.



Conclusions du Pr. EXNER

« nous ne savons pas pour le moment quelles maladies vont proliférer mais il est important d'être prêt pour prévenir et maîtriser les conséquences de la santé publique liées au changement climatique »

RAYONNEMENTS ÉLECTROMAGNÉTIQUES ET SANTÉ

Pr. Yvan TOUITOU, France
et Pr. Thomas JUNG, Suisse

L'électromagnétisme a joué un rôle déterminant dans l'évolution de l'espace et de la vie. Les champs électromagnétiques (CEM) ont existé dès le Big Bang et ont permis le développement de biomolécules. L'exposition aux CEM générés par l'activité humaine a augmenté régulièrement. Qu'en est-il des risques sur la santé ? ... Ce sujet fait l'objet de nombreuses publications mais avec beaucoup de lacunes !

On peut distinguer :

- Les CEM de très basse fréquence (50 Hz) liés à l'utilisation du courant électrique. Ont-ils un rôle sur l'apparition de cancers, des leucémies de l'enfant, de la maladie d'Alzheimer ?
- les CEM de très haute fréquence (900 à 1800 MHz) liés à l'utilisation de radio, télévision, téléphone mobile. Sont-ils responsables de neurinomes, méningiomes, gliomes ?
- Qu'en est-il des CEM de fréquence intermédiaire liés à l'utilisation des anti-vols, et des détecteurs de métaux ?

L'avis du SCENHIR (Scientific Committee on Emerging and Newly Identified Health Risks) a été rendu en janvier 2009 avec des conclusions similaires à celui de 2007. Il commente la littérature et donne des recom-

mandations pour de nouvelles recherches. Les principales conclusions du SCENHIR indiquent qu'il n'y a pas de risque accru de cancer avec les CEM de fréquences radio utilisés en technologies de communication sans fil mais le recul n'est que de 10 ans pour une utilisation modérée par un adulte et qu'il n'y a pas d'études pour les risques des CEM de fréquence intermédiaire.

Lors de la discussion qui a suivi cet exposé, des conseils ont été donnés pour l'utilisation du téléphone portable :

- le plus tard possible chez les enfants,
- jamais en voiture ni en avion et bien après atterrissage,
- usage modéré ! et avec oreillette,
- envoyer plutôt des SMS,
- choisir des téléphones à faible débit d'absorption (DAS).

Les renseignements obtenus avec les études sur cellules et cultures cellulaires par rapport aux études sur organisme dans sa globalité sont différents. Mais le parlement européen déconseille l'expérimentation animale.

EAUX ET RÉSIDUS MÉDICAMENTEUX

Dr. Joël SPIROUX, Rouen,
Pr. Jean-Marie HAGUENOER, Lille

Les résidus médicamenteux peuvent se retrouver dans les eaux superficielles, souterraines, résiduaires, les boues des stations d'épuration (STEP) et donc dans l'eau du robinet, ainsi que d'autres substances (détergents, hydrocarbures, métaux, etc.) à des concentrations variant de 1 à > 100 microgrammes/litre.

Deux sources d'émissions sont constatées :

- les urines et fèces de la population humaine et animale (animaux de compagnie et élevage) avec un rejet dans la nature de 100.000 tonnes de médicaments / an dans le monde, soit 15 g/ individu / an,
- l'industrie chimique, pharmaceutique, les établissements de soins, l'élevage industriel, la pisciculture, l'épandage des boues des STEP.

Les risques pour la santé sont difficiles à évaluer en raison du nombre de molécules, de leurs métabolites, de

leurs concentrations, de leur impact significatif sur la flore et la faune (ex : les perturbateurs endocriniens).

Selon les substances, 30 à 90 % peuvent être détruites par les STEP. Mais certaines substances peuvent être retransformées en produit biologiquement actif !

Joël SPIROUX a fait part d'une étude initialisée et coordonnée par l'URML de Haute-Normandie : « Résidus médicamenteux dans les effluents du CHU de Rouen ». Cette étude a duré 30 jours consécutifs avec 5 lieux de prélèvements quotidiens et un repérage de 27 molécules + 4 métaux lourds dont le platine (activité de soins), le gadolinium (activité de diagnostic), l'argent et l'iode.

Les résultats préliminaires, car les études des boues des STEP sont en cours, permettent de constater que de nombreux médicaments (b-bloquants, stéroïdes, antibiotiques, anti-inflammatoires/antalgiques, diurétiques, régulateurs lipidiques...), sont retrouvés à la sortie du CHU. L'étude des métabolites de ces substances est difficile.

Conclusions : Le traitement des eaux usées est peu efficace pour beaucoup de médicaments : à noter que l'incinération détruit les anti-cancéreux à 1200°.

ECOSYSTÈMES ALIMENTAIRES COMPLEXES : DES MICRO-ORGANISMES POUR PROTÉGER DES MICRO-ORGANISMES ?

Dr. Nathalie DESMASURES, Caen

Divers micro-organismes potentiellement pathogènes sont transmissibles à l'homme et à l'animal par le biais des aliments, ex : Campylobacter, Salmonella, E. Coli VTEC et Listeria monocytogenes. Différentes stratégies sont mises en œuvre pour lutter contre ces micro-organismes :

- assainissement en amont,
- traitement au niveau des matières premières par la fermentation et l'addition de cultures protectrices généralement des bactéries lactiques,
- stabilisation de la flore microbienne des produits finis par le froid.

Mais le problème reste complexe en ce

qui concerne les aliments fermentés. Exemple : « la diversité microbienne est plus importante pour les fromages au lait cru que pour les fromages au lait pasteurisé » mais « la proportion d'échantillons positifs pour Listeria monocytogenes parmi les fromages au lait cru était 1.6 à 10 fois moins importante que celle obtenue parmi les fromages au lait pasteurisé ! »

Donc, la biodiversité microbienne de certains aliments protège ces derniers du développement de bactéries pathogènes. Restent à préciser les mécanismes d'action.

Autre aspect, un environnement trop aseptisé augmenterait le risque de pathologies d'origine immunitaire.

EFFETS DES NANOPARTICULES SUR LA SANTÉ

Pr. Vyvyan HOWARD, Ulster

Les nanoparticules (NP) peuvent pénétrer dans le corps humain par inhalation, ingestion, passage transcutané et se répandre dans divers organes y compris le cerveau.

Ces propriétés sont utilisées par l'industrie pharmaceutique pour améliorer l'efficacité de l'administration de médicaments (aérosol pour le traitement de l'asthme). Mais qu'en sera-t-il des nanoparticules « intrus » résultant de la pollution ou des produits manufacturés. (en 1999 : 1^{res} données sur la toxicité).

Les NP insolubles peuvent être toxiques. De plus la toxicité semble liée à la très petite taille des NP plutôt qu'au type de matière à partir de laquelle elles sont faites (ex : le téflon à plus de 500° se présente sous forme gazeuse et est toxique. Si les NP s'agglutinent et la toxicité diminue).

Quels sont les mécanismes de cette toxicité ? Catalyse, action sur la membrane cellulaire par peroxydation lipidique, dommages physiques directs et effets « chaperon » entraînant un mauvais repliement des protéines (certaines maladies sont dues au mauvais repliement des protéines telles que diabète, maladie d'Alzheimer).

Actuellement, l'évaluation des risques n'est pas encore en place ; la surveillance des travailleurs utilisant les nanoparticules est en cours d'examen. ■

Voyages et grossesse

Une femme enceinte peut voyager à condition de respecter certaines règles.

INTERDICTION DE VOYAGER AU TROISIÈME TRIMESTRE



I est préférable de voyager au 2^e trimestre.

Éviter les zones à risque d'infection grave, les pays de forte prévalence et de multirésistance pour le paludisme groupe 3, les zones où l'accès aux soins est difficile et précaire.

Éviter les sports à risque.

Les compagnies aériennes peuvent refuser l'embarquement des femmes enceintes au-delà du 8^e mois.

Avant de partir :

- Faire un examen gynécologique pour s'assurer que la grossesse est sans complication et que la femme est en bon état général.
- Vérifier les sérologies hépatite A et B, toxoplasmose, rubéole, rougeole, CMV.
- Faire les vaccins nécessaires selon la destination...
- Expliquer les risques locaux : piqûres d'insecte, eau et aliments, morsure d'animal, activité sexuelle, bain en eau douce, marche nu-pieds. Chez la femme enceinte les risques de paludisme, d'hépatite E, d'infections urinaires et d'accidents throm-

bo-emboliques sont augmentés.

- Et les mesures préventives : vaccins, hygiène, chimioprophylaxie antipalustre adaptée à la destination, à la saison et aux conditions du voyage, prévention contre les piqûres de moustiques et morsures d'animaux sauvages ou domestiques.
- Se protéger du soleil.
- Prévoir d'emporter une trousse médicale avec : *sels de réhydratation orale, Primperan ou Motilium, Nausicalm, Imodium, Tiorfan, Paracétamol, anti-histaminiques.*
- Prendre une assurance rapatriement.

Sur place :

- Consulter en cas de saignement, fièvre, douleurs abdominales, contractions utérines rapprochées, perte de liquide, céphalées, vision floue, œdèmes importants.
- Boire beaucoup d'eau, porter des sous-vêtements en coton.
- Ne pas monter à plus de 2 000 m d'altitude.

Consulter sur internet le site www.invs.sante.fr

1. PALUDISME

Grave en cours de grossesse.

Il n'existe pas de prophylaxie anti-paludéenne 100 % efficace d'où l'utilité d'une protection contre les piqûres de moustiques, renforcée dès le coucher du soleil et pendant la nuit : couvrir bras et jambes (même dans la journée pour se protéger de la dengue), utiliser un répulsif efficace sur la peau découverte et les vêtements, des insecticides le soir dans les chambres, dormir sous une moustiquaire imprégnée. Tous les répulsifs peuvent être utilisés chez la femme enceinte, mais éviter ceux qui contiennent plus de 35 % de DEET.

Pendant la grossesse, la *Doxycycline* est contre-indiquée, et la *Mefloquine (Lariam)* est contre-indiquée le 1^{er} trimestre et déconseillée les 2^e et 3^e trimestres.

- **Pour les pays du groupe 1 :** *Nivaquine* 1,5 mg/kg/jour ou 5 mg/kg 2 fois/semaine. Débuter le jour du départ et poursuivre 4 semaines après le retour.
- **Pour les pays du groupe 2 :** *Savarine* (séjour + 4 semaines après) ;

la *Malarone* (séjour + 1 semaine après) peut être utilisée en deuxième intention.

• **Pour les pays du groupe 3 :**

Lariam aux 2^e et 3^e trimestres (1 cp/sem, débiter 10 jours avant le départ, et poursuivre 3 semaines après le retour), *Malarone* (moins de recul).

Risques du paludisme :

- Risques fœtaux : faible poids de naissance, FCS, mort in utero, prématurité, SFA, augmentation de la morbidité et de la mortalité.
- Risques maternels : l'accès pernicieux à *Plasmodium Falciparum* est mortel. La maladie est plus grave lors de la première grossesse.

Signes cliniques : fièvre, altération de l'état général, myalgies, sueurs, céphalées, troubles digestifs, vomissements, hépatomégalie, splénomégalie.

Le **paludisme congénital** est bénin, la parasitémie se négative en moins de 24 heures après la naissance.

Traitement : Quinine 15 mg/kg/jour pendant 7 jours per os + glucose IV. Contrôler la glycémie toutes les 4 heures (risque important d'hypoglycémie).

2. VACCINS

Les vaccins inactivés et les anatoxines sont utilisables en cours de grossesse : choléra, hépatite B, tétanos, polio injectable, diphtérie, rage, méningocoque, grippe.

Le vaccin contre la fièvre jaune ne doit être fait que si le voyage ne peut être reporté, si la femme est obligée de voyager car la maladie est grave et il n'existe pas de traitement.

Le vaccin contre l'encéphalite japonaise est peu étudié chez la femme enceinte.

Vaccins contre-indiqués pendant la grossesse : hépatite A faute d'études, coqueluche, typhoïde faute d'études, BCG, rougeole, rubéole, oreillons.

La vaccination anti-rabique doit être faite après exposition au risque (morsure) car la rage est toujours mortelle.

Le vaccin contre le choléra n'est pas commercialisé en France, peu efficace, non recommandé.

Le vaccin anti-méningocoque est obligatoire dans certaines zones.

3. TOURISTA

Diarrhées dues à : shigelle, salmonelle, E. Coli.

Ne boire que de l'eau en bouteilles capsulées, ou de l'eau filtrée (filtre à café) et bouillie 1 min à gros bouillons et désinfectée (*Aquatabs*, *Micropur*). Se laver les mains fréquemment.

Traitement : *Smecta*, *Imodium*, *Actapulgite*. Les anti-bactériens sont sans intérêt. En cas de fièvre et/ou de diarrhée séro-sanglante prendre une fluoroquinolone (*Ofloset*, *Ciflox*) en prise unique ou pendant 2 à 3 jours.

4. HÉPATITE E

Pas de traitement préventif ni curatif.

Signes cliniques : fièvre modérée, altération de l'état général, diminution de l'appétit, nausées, vomissements, parfois ictère.

Diagnostic : sérologie (IgM antiVHE), cytolysse, augmentation de la bilirubine totale et directe. Décès maternel au troisième trimestre dans 40 % des cas. Dans les autres cas l'évolution est favorable en 10 à 15 jours.

5. TRANSPORTS AÉRIENS PROLONGÉS

Mobiliser les jambes en cours de vol, porter des chaussettes ou des bas de contention, s'il existe un risque thrombo-embolique faire une injection d'HBPM juste avant le vol. Boire beaucoup, marcher.

Contre l'anxiété en avion : *Séropram*, *Xanax*, *Atarax*.

6. AU RETOUR D'UN VOYAGE

Causes de consultation : fièvre, infections respiratoires, dermatoses, troubles digestifs. Éliminer un plasmodium falciparum mortel.

Selon la durée d'incubation il peut s'agir :

- < 7 jours après le retour : Shigellose, salmonellose, choléra, peste, fièvre jaune, dengue, chikungunya, encéphalite japonaise.
- > 7 jours après le retour : rickettsioses, borrélioses, paludisme, typhoïde, bilharziose, leishmaniose, syphilis, hépatites A, E, B, trichinose, histoplasmosse, FHV, leptospirose, trypanosomiase, HIV, abcès amibien du foie.

Faire une enquête épidémiologique : pays visités, zones urbaines ou rurales, saison, conditions de séjour, escale, durée du séjour, vérifier les vaccinations, la prise de la chimioprophylaxie, noter la date du retour par rapport aux signes d'appel et les traitements intercurrents (certains antibiotiques altèrent le diagnostic).

Faire un examen clinique complet et examiner la peau à la recherche de piqûres, blessures, éruptions, examen gynécologique, monitoring, échographie obstétricale.

Examens biologiques :

- **NFS :**
 - Anémie : paludisme, leishmaniose.
 - Polynucléaires neutrophiles élevés : pyogènes, amibiase.
 - Polynucléaires neutrophiles bas : typhoïde, paludisme, virose.
 - Eosinophiles élevés : helminthiases.
 - Monocytes élevés : arbovirose, HIV.
 - Plasmocytose : trypanosomiase.
 - Thrombopénie : paludisme, arbovirose, leishmaniose.
- **CRP :** orientera vers des maladies bactériennes ou parasitaires plutôt que virales (très élevée en cas de bactérie ou de parasite).
- **Frottis sanguin :** paludisme.
- **Goutte épaisse** (plasmodium, trypanosome, borrelia). Une goutte épaisse négative n'élimine pas le diagnostic de paludisme.
- **Hémoculture :** typhoïde, leptospirose, septicémie, bactériémie (infections respiratoires, urinaires, cutanées).
- **ECBU, Ag urinaires spécifiques :** légionellose, pneumocoque.
- **Transaminases :** ASAT > ALAT : trichinellose, légionellose. ALAT > ASAT : hépatites, fièvre jaune, arbovirose, typhoïde.
- **Examen parasitologique des selles :** 3 jours de suite, coproculture.
- **Ponction lombaire.**
- **EEG.**
- **Sérodiagnostics :** HIV, amibiase, trypanosomiase, arbovirose, hépatite virale.
- **Echographie abdominale :** abcès amibien.
- **Radiographie des poumons :** abcès amibien, pneumopathie.

Et encore une fois :

PAS DE VOYAGE AU 3^e TRIMESTRE ■

Diabète gestationnel

Mythe ou réalité ? Luxe ou nécessité ?

Le diabète gestationnel se caractérise par une intolérance au sucre survenant chez des patientes exemptes de diabète en dehors de la grossesse. Certes, les complications liées au diabète gestationnel n'ont pas de commune mesure avec celles liées au diabète patent ; néanmoins il paraît opportun de continuer à s'y intéresser tant sur le plan obstétrical qu'endocrinologique...

La grossesse se caractérise par un état d'insulinorésistance et un hyperinsulinisme. Ceci est dû d'une part à des sécrétions d'hormones diabéto-gènes par le placenta GH, cortisol, progestérone, d'autre part, l'adiposité maternelle, la diminution de l'exercice physique et l'augmentation des prises caloriques sont souvent au rendez-vous pendant la grossesse. Le diabète gestationnel surviendra si le pancréas ne parvient pas à contrer cette insulinorésistance.

Il s'agit d'un problème fréquent puisqu'il concerne 6 % des grossesses en France mais en 2009, aucun consensus n'est encore établi pour la stratégie de dépistage et de diagnostic et surtout pour les modalités de prise en charge. L'idée que l'on se fait du diabète gestationnel dans le milieu endocrinologique est parfois très différente de celle du milieu obstétrical. Il paraît important d'unir pourtant nos efforts.

L'Étude Achois en 2005 avait montré que les enfants nés de mère traitée pour un diabète gestationnel avaient moins de complications périnatales liées à la macrosomie : dystocie des épaules, étirement du plexus brachial, fractures osseuses et moins d'hypoglycémies néonatales et d'ictère. Il ressortait également de l'étude que les mères n'avaient pas plus de césarienne mais un risque plus important de déclenchement.

L'étude plus récente HAPO*, dont l'objectif était de préciser les liens entre l'hyperglycémie maternelle modérée et le risque de complications fœtales et maternelles, a été menée sur 25 500 femmes dans 15 maternités réparties dans 9 pays différents. Ces patientes ont bénéficié d'une hyperglycémie avec 75 g de glucose entre la 24^e et la 32^e semaines. Si la glycémie à jeun est

inférieure à 105 mg/dl et à 2 heures inférieure à 200 mg/dl, les résultats restaient inconnus du patient et du soignant. Les critères primaires étudiés étaient le poids de naissance, le C peptide ombilical, l'existence d'hypoglycémie néonatale et le taux de césarienne. Les auteurs ont retrouvé que le poids de naissance et le C peptide ombilical augmentaient de manière continue et proportionnelle au taux de glycémie maternelle. L'étude allait donc bien dans le sens de l'intérêt d'une prise en charge des patientes ayant une hyperglycémie même modérée.

QUI DÉPISTER ET QUAND ?

Toutes les femmes entre 24 et 28 semaines devraient pouvoir bénéficier du dépistage diabète gestationnel, à l'exception des femmes ayant des facteurs de risque bien établis qui sont l'âge maternel avancé, le BMI élevé avant la grossesse, les antécédents familiaux de diabète, l'antécédent de diabète gestationnel antérieur, un antécédent de mort in utero ou de malformations et un antécédent de macrosomie, qui devraient, elles, bénéficier d'un dépistage dès le début de la grossesse par une glycémie à jeun ou un test de O' Sullivan plus précoce.

Les méthodes diagnostiques ne font pas encore l'objet d'un consensus, néanmoins la plupart des équipes, selon les recommandations des sociétés savantes, vont utiliser la stratégie en deux temps : un test de O' Sullivan comportant une glycémie 1 heure après une charge de 50 g de sucre suivie, si ce test est pathologique, d'une hyperglycémie 100 g sur 3 heures. Les dosages d'hémoglobine A1C, de glycémie à jeun et de glucosurie ne sont pas recommandés pour le diagnostic de diabète gestationnel.

Le test de O' Sullivan est retenu pathologique lorsque le taux, après prise de 50 g de sucre à 1 heure, est supérieur à 1,3 g, soit 7,2 mmol/l. Si lors du test de Sullivan, le taux après charge est supérieur ou égal à 2 g/l au temps 1 heure le diabète gestationnel est avéré. Cela se rencontre assez fréquemment car actuellement un certain nombre de patientes présentent un diabète de type II méconnu avant la grossesse. Lorsque l'hyperglycémie à 100 g est réalisée, on considèrera qu'il existe un diabète gestationnel si 2 valeurs se trouvent au-dessus des normes. Les critères d'HGPO retenus sont une glycémie à jeun inférieure à 0,95, à 1 heure inférieure à 1,80 g, 2 heures 1,55 g/l, 3 heures 1,4 g/l. Le diagnostic de diabète gestationnel ne sera donc porté que sur l'hyperglycémie provoquée à 100 g pathologique.

Il est néanmoins probable que dans un avenir assez proche, la stratégie en un temps utilisée dans certains pays soit retenue, à savoir une hyperglycémie à 75 g (glycémie inférieure à 0,95 g à jeun, à 1,8 à 1 heure, 1,55 à 2 heures). Ce test aurait le mérite de ne pas perdre de vue les patientes ne se soumettant pas à l'HGPO après le O' Sullivan et permettrait de gagner du temps dans le diagnostic. Mais il n'est pas encore reconnu comme étant le gold standard.

En cas de diabète gestationnel avéré, la patiente doit être prise en charge de manière multidisciplinaire par une équipe de diabétologues et de gynécologues-obstétriciens.

PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

On rappelle bien sûr l'importance de la diététique et d'un exercice physique raisonnable.

* Hyperglycemia and adverse pregnancy outcome



En ce qui concerne l'éducation diététique, il n'y a pas lieu d'être trop restrictif et la ration calorique doit environ comporter 1 800 kcal/j. L'apport glucidique doit représenter 50 % de l'apport calorique et ne doit pas descendre en dessous de 120 g par jour. Seront privilégiés les glucides à index glycémique bas et supprimés les hydrates de carbone rapides.

Les apports lipidiques comporteront de manière privilégiée des acides gras polyinsaturés et il sera également nécessaire de faire une bonne répartition des repas avec un petit-déjeuner léger, l'insulinorésistance et hyperglycémie sont plus élevées le matin du fait de phénomène de l'aube hyperglycémiant.

La patiente devra également être éduquée à l'autosurveillance glycémique à jeun et post-prandiale, 1 heure 30 après chaque repas, soit la réalisation de 6 autocontrôles par jour. Si après 15 jours de consignes diététiques bien suivies, les autocontrôles ne sont pas aux objectifs, ce qui concerne environ 15 % des patientes dépistées, une insulinothérapie sera nécessaire. On considère que, lors du régime, les dex-

tros ne sont pas aux objectifs s'ils sont supérieurs à 0,90 g à jeun et à 1,20 g en période post-prandiale.

L'insulinothérapie sera enseignée en ambulatoire avec un apprentissage avec l'utilisation de stylos injecteurs. Si la glycémie capillaire à jeun est élevée, une insuline intermédiaire de type NPH sera prescrite le soir, les analogues glargine et detemir n'ayant pas l'AMM actuellement. Si les autocontrôles glycémiques capillaires post-prandiaux sont élevés, donc supérieurs à 1,20 g, une insuline aspartate ou lispro (*Novorapid, Humalog*) sera utilisée sans effet tératogène et avec un très faible passage placentaire. La patiente sera revue régulièrement avec son carnet d'autocontrôles tous les 8 à 15 jours afin qu'il y ait une adaptation progressive des doses en évitant les hypoglycémies et la course à l'insuline. Le suivi sera alterné avec l'accoucheur qui surveillera en particulier la croissance fœtale.

L'insuline est maintenue pendant le travail et la délivrance afin de diminuer le risque d'hypoglycémie fœtale. Après l'accouchement, l'insuline est interrompue mais on maintiendra une surveillance un peu moins rap-

prochée après l'accouchement avec un retour à une alimentation normale en conseillant un non abus de sucres rapides. Il est conseillé également de revoir la patiente avec une hyperglycémie à 75 g de sucre sur 3 heures 3 mois après l'accouchement.

QUELS SONT LES RISQUES ULTÉRIEURS ?

Il y a un risque de récurrence à chaque grossesse d'autant plus que la patiente est plus âgée, multipare, avec une prise de poids entre les grossesses ou une prise de poids importante pendant la grossesse ou si elle a eu un enfant macrosome.

20 % des patientes garderont une intolérance aux glucides. L'évolution vers le diabète de type II est difficile à quantifier mais ne semble pas négligeable surtout dans les 5 premières années après grossesse. Cette évolution vers le diabète de type II se voit plus fréquemment chez les patientes avec une surcharge androgène et 50 à 75 % de patientes obèses ayant eu un diabète gestationnel développeront un authentique diabète de type II. Ce diabète gestationnel peut également être le mode d'entrée dans un diabète de type I chez des sujets minces.

EN CONCLUSION

Le dépistage du diabète gestationnel permet d'isoler une population à haut risque, de débiter précocement la prise en charge et d'éviter parfois l'évolution vers un diabète et ses complications essentiellement macro angiopathiques. Le couple diététique/activité physique reste au premier plan, peut-être verrons-nous une nouvelle stratégie médicamenteuse avec l'utilisation en particulier de Metformine déjà préconisée par certains pays anglosaxons. Des études sont encore nécessaires pour mieux préciser le rôle de l'environnement glycémique fœtal sur l'adulte en devenir (évolution vers un adulte obèse ou diabétique ?)

Le diabète gestationnel ne paraît donc pas être un mythe. Il est nécessaire de continuer le dépistage même au prix de certaines contraintes pour la patiente et une médicalisation de la grossesse. ■



Le gynécologue-accoucheur et la femme enceinte pilote d'avions

MOT CLÉ : Vigilance

Les pilotes professionnelles femmes « classe 1 » munies d'une qualification et d'une licence de PILOTE DE LIGNE (A.T.P.L.), ont en Europe depuis juin 2005, la possibilité de poursuivre leur activité en cas de grossesse, jusqu'à 28 S.A. (Arrêté du 27-01-2005) EUROPEAN RULES

Insistons sur « possibilité », il ne s'agit pas d'une obligation. La limite est de 28 S.A.

L'obstétricien de la patiente est amené à produire un « certificat de grossesse normale », si tel est le cas. (Nous allons y revenir.)

Le médecin du travail vérifiera l'aptitude à cette fonction et éventuellement, adaptera l'activité de la pilote, en tenant compte des observations du gynécologue et des possibilités offertes par la compagnie.

Les spécialistes du centre d'expertises de Médecine Aéronautique (civils ou militaires) délivreront un « certificat d'aptitude au vol », si leurs propres paramètres d'évaluation le rendent compatible : ex. examen de la vue, O.R.L., tests portant sur l'équilibre, cœur, etc.

Paradoxalement : les femmes enceintes « pilotes classe 2 » non professionnelles, verront leur activité immédiatement suspendue pour toute la durée de la grossesse (Aviation Privée.) Pourquoi ?

- Généralement vols effectués avec des avions légers, le plus souvent monomoteurs sensibles à la turbulence.
- Vols en zones instables, venteuses. En dessous approximativement de 4000 m.
- Souvent un seul pilote, sans pilote automatique.
- Vigilance sur tous les autres usagers tout seul et il faut gérer la machine.
- Complexité croissante de l'espace aérien. etc.

Pour les femmes pilotant au titre de l'armée, il en sera bien évidemment de même.

- Appareils rapides complexes, accélérations, centrifugation.
- Missions militaires à risques.

Pour le gynécologue-accoucheur consultant, cela va demander outre la compétence personnelle, d'acquiescer les notions de base concernant l'activité des pilotes.

A- CONTRAINTES DE LA SURVEILLANCE MÉDICALE

Elle est renforcée chez la pilote de ligne enceinte.

Une visite – mensuelle.

Trois – intervenants – quatre, si vous n'assurez pas les échos vous-même. Surveillance biologique et échographique.

La patiente doit être volontaire, et bien accepter ce qui peut en être déduit.

B- QU'IMPLIQUE DONC CE MÉTIER ?

- Fréquence et multiplicité des déplacements.
- Décalages horaires permanents. Travail de nuit. Durée des vols.
- Horaires très variables, selon qu'il s'agit de tel ou tel état européen, de telle ou telle compagnie, du travail en ligne régulière, du charter, ou de l'activité cargo.

Le médecin du travail devra souvent intervenir et apporter les modifications nécessaires, mettant ces pilotes en situation de moindre risque, conformément à la législation : par exemple pour le travail de nuit.

Vous devez apprécier ces contraintes et, de plus prendre connaissance des temps de :

- **Mise en place**
 - Trajets du domicile ou de l'hébergement d'escale-aéroport.
- **Préparation du vol** : ceci comporte entre autres :
 - Documents, Météo, Notices to « Air-Men ».
 - Dossier propre à l'appareil.

- Plan de vol. Escales. Dégagements en cas de difficultés.
- Carburant ? Gestion du Poids Embarqué ?
- Contrôle de la Préparation de la machine souvent déjà fait par un service particulier de la compagnie.
 - **Mise en place de l'avion proprement dit.** L'amener au « hub ».
- Inspections extérieures, intérieures.
- Check-Lists (interminables mais ô combien nécessaires... pour nos mémoires d'oiseau).

Les trajets, sont divisés en : Longs-Moyens-Courts-Courriers. Les destinations peuvent poser des problèmes, voir des difficultés diverses Décalages horaires et temps d'escale varient sans arrêt.

Il en va de même avec les repos de compensation.

C- FACTEURS DE RISQUES PROPRES AU VOL

1. Les facteurs physiques

- **Au sol**
 - Passagers, personnel, pilotes sont attachés.
 - Le risque est la décélération brutale en cas d'obstacle ou d'incident grave lors du décollage.
- **En vol :**
 - Baisse de température extérieure : on perd 6,5 degrés centigrades par 1000 m.
 - Baisse de la pression atmosphérique : à hauteur du Mont Blanc elle est 1/2 de la pression mer.
 - L'exposition au rayonnements solaire et cosmique : en hautes altitudes et surtout latitudes elle est plus importante qu'au sol.
 - La turbulence : en basses couches, elle peut être désagréable ; en haute altitude, elle est parfois très violente.

Pertes de pressions brutales = pertes d'altitude.

- Décélération brusques : atterrissages et terrains courts, terrains dangereux, vents violents, instabilité atmosphérique, orages grêle etc.

2- LES FACTEURS HUMAINS

L'aptitude au vol en équipe est un facteur de sécurité essentiel.

Le bon fonctionnement du « binôme pilote - copilote », permet la correction d'erreurs.

D- LA PATIENTE PILOTE - LE GYNÉCOLOGUE - PROPOSITION DE DÉMARCHE À SUIVRE

Madame et bébé vont débiter un vol « long courrier » de 40 S.A. et 4 jours.

Du point de vue règlement déclarer la grossesse = INAPTITUDE TEMPORAIRE AU VOL.

Questionnaire initial.

Age : Plus ou moins 35 ans.

Particularités générales et familiales connues : vasculaires, génétiques, asthme, diabète, H.T.A., cancers, pulmonaires.

Le statut classique :

- Groupe sanguin - Rhésus.
- Les sérodiagnostics de Rubéole, Toxoplasmose.
- B.W. -H.I.V.
- Hépatites, s'il y a lieu.
- Frottis - H.P.V. vaccins ?
- C.M.V. : pas encore systématique : moment du dépistage ? Gros pourvoyeur de malformations, donc « controverses ».

Etat de santé du futur père, groupe sanguin pour femme Rh négatives.

Etat des enfants s'il s'agit d'une multipare, modalités des autres grossesses ?

Autres particularités :

- éventuelles difficultés à obtenir la présente grossesse ?
- Antécédents de F.C., F.C.S., I.V.G. ?
- Pertes fœtales après 12 S.A. ? G.E.U. ?
- Prendre connaissance des bilans de stérilité, s'il y a lieu.

Déroulement des grossesses antérieures. Antécédents anaux et périnéaux.

Vaccinations et mises à jour.

Insister sur le risque thromboembolique, directement lié à la longueur des vols.

La connaissance des F.C. avant ou après 12 S.A.

Les conclusions de précédents examens de dépistage de thrombophilies.

Au total ce questionnaire bien banal peut avoir des conséquences importantes sur une activité de pilote.

L'examen clinique ayant été méticuleusement effectué, sans oublier l'examen des seins : vous aurez à vérifier les urines, et à demander des B-H.C.G. Quantitatifs (obligatoire).

Le certificat exige une ECHOGRAPHIE : conseiller ce Premier examen à 8-S.A.

• Vous avez :

- un embryon intra-utérin ;
 - il est unique, pas accompagné d'autres petits amis ;
 - il a une bonne activité cardiaque ;
 - un sac amniotique avec un tonus correct ;
 - une datation satisfaisante.
- Vous avez protégé, dans cette période délicate votre patiente, contre :
- anxiété, petits malaises, vomissements ;
 - les risques des F.C.S. Précoces, pire des G.E.U.

La patiente doit impérativement attendre que tous ces examens aient été correctement et complètement effectués.

– L'embryogénèse aura débuté au calme.

– Sur le plan professionnel : mieux vaut, quand on le peut, ne pas avoir à montrer ses petits ennuis.

E- QUELQUES POINTS PARTICULIERS

• En transit dans des zones à risques :

Il faut revenir sur le paludisme, sujet déjà traité au collège de Normandie et au C.N.G.O.F.

• Autres recommandations :

- Boire abondamment, dans le cockpit l'air est très sec.
- Lutter contre constipation, hémorroïdes.
- Mobiliser les jambes et le bassin : quelques pas dans le couloir ; bas de contention, si besoin.
- Hygiène maximale des mains, boutons, claviers, micros.
- En extérieur : casque anti-bruit (fœtus non protégé) Maxi 94 D.B. durée 1/2 h.

– En escale : penser au péril fécal ; toujours avoir des **mains propres**.

– Les femmes Rh négatif auront des doses d'anti D avec elles.

– Toutes auront une petite trousse médicale avec elles.

F- CONCLUSIONS

Le certificat de « grossesse normale », **Attention.**

A l'instant « t », on peut dire qu'aucune anomalie n'a été constatée.

Rédiger ce certificat à 8 S.A. Est-ce raisonnable ?

A mon avis c'est encore trop tôt.

– Ne pas oublier les onze pour cent de F.C.S. précoces.

– Imaginez votre patiente, avec de gros saignements dans une phase critique de vol.

– Ex. : une arrivée à Chicago, Kennedy, Heathrow, avec 50 avions dans le circuit, le givre, le vent, la pluie ou la neige, le contrôleur qui parle très vite, etc.

Conseil : Attendez, expliquez que 12 S.A., c'est préférable pour tout le monde. Elle a alors une échographie beaucoup plus performante, les examens de dépistage de la T-21 seront faits, après on sera dans une période plus calme.

N'oubliez pas de parler avec son médecin du travail .

La décision finale appartiendra au **C.M.A.C. Centre Médical de l'Aéronautique Civile** qui acceptera ou refusera d'avaliser « L'APTITUDE au VOL ».

Malgré les directives européennes et les avis de la D.G.A.C., qui n'ont pas vocation à donner des avis médicaux.

Le Conseil Médical de l'Aéronautique Civile en France se montre assez réservé :

en raison des risques évoqués, tout en appliquant les règles avec scrupule. Constitué par une équipe de médecins et de pilotes. Ils sont tous bien conscients du fait évident **qu'il demeure impossible d'affirmer que tout est normal et que tout va bien se passer.**

Pour votre patiente qui aura franchi tous ces critères de PRÉCAUTION.

N'oubliez pas que même si dans le meilleur des cas, elle a pu continuer à voler, **vous devrez la faire descendre « du manège » à 28 S.A.** ■

Faut-il changer notre façon de consulter ?

Les infections nosocomiales ont fait leur apparition dans les hôpitaux depuis maintenant quelques années. Les hospitalisations brèves et répétées font consulter dans nos cabinets des patientes porteuses de germes multirésistants.

Obligation est de nous adapter comme le précisent deux publications récentes, un guide de prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé (Direction Générale de la Santé) ⁽¹⁾ et une recommandation de la HAS, Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical et paramédical ⁽²⁾.

Une synthèse des obligations d'hygiène pour notre spécialité a été publiée ⁽³⁾.

Nous allons réaliser un audit de notre activité en répondant aux questions qui suivent.

RESPECTONS-NOUS UNE BONNE HYGIÈNE DES MAINS ?

Lors d'une consultation simple d'une patiente sans risque infectieux connu, les mains sont lavées, avec soit un savon ordinaire, soit un savon antiseptique selon le geste réalisé ⁽⁷⁾. Elles sont séchées par tamponnement à l'aide d'essuie-mains en papier (on ne doit pas utiliser des serviettes en tissu ni de séchage par air chaud) ⁽⁸⁾.

La friction des mains en utilisant une solution hydro-alcoolique peut remplacer avantageusement le lavage des mains ⁽⁹⁾.

Les gants non stériles à usage unique sont suffisants pour un examen gynécologique sans geste invasif. Ils sont présentés dans une boîte distributrice. Lors de la pose d'un stérilet, d'un implant, les gants peuvent ne pas être stériles.

En cas de geste invasif ou devant une patiente présumée infectée, le lavage des mains est hygiénique, à l'aide d'un savon antiseptique. Les gants sont alors stériles et à usage unique.

NOTRE SALLE D'EXAMEN EST-ELLE CORRECTEMENT AMÉNAGÉE ?

Pour répondre aux conditions d'hygiène, comporte-t-elle :

- Une table d'examen dont le revêtement est lessivable, recouverte d'un support en papier changé entre deux patientes.

- Une table annexe destinée à recevoir le matériel d'examen en séparant zone propre et zone sale.
- Une armoire fermée ou un placard pour recevoir les médicaments et les dispositifs médicaux destinés à la réalisation des soins.
- Un réfrigérateur pour les médicaments ou les vaccins.
- Une poubelle (à pédale ou sans couvercle) équipée d'un sac pour déchets ménagers.
- Une poubelle (à pédale ou sans couvercle) équipée de sac pour le recueil des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI), speculums à usage unique, compresses souillées, draps d'examen souillés... ⁽⁴⁾.
- Une boîte pour OPCT (objets piquants, coupants et tranchants) ⁽⁵⁾.
- Un bac de pré-désinfection en cas d'utilisation de dispositifs médicaux réutilisables.
- Une zone de lavage des mains à proximité de la zone de soins avec un lavabo, un distributeur de savon liquide à cartouche jetable, un distributeur de produit hydro-alcoolique, un distributeur de savon antiseptique et un distributeur de serviettes à usage unique, en papier ou support non tissé.

Ne sont pas listés les matériels spécifiques de coloscopie, endoscopie et autres.

NOTRE SALLE D'EXAMEN EST-ELLE CORRECTEMENT ENTRETENUE ?

Les sols ne sont pas recouverts de moquette ou tapis. Les revêtements sont lessivables faits de carrelages

avec joints plats et étanches ou de matériaux synthétiques. Les murs sont lessivables (peinture, papier vinyle ou carrelages avec joints plats et étanches).

Une obligation est d'exclure formellement les serpillières et les éponges.

Le sol subit chaque jour un bionettoyage soit en un seul temps en employant un produit détergent-désinfectant (à marquage CE obligatoire au titre de la directive 93/42/CEE), soit en trois temps, un détergent du commerce, un rinçage et enfin un désinfectant. Ce nettoyage est réalisé préférentiellement à l'aide de supports non tissés. Si les textiles de nettoyage sont ré-utilisés, ils sont lavés en machine à une température supérieure à 60° avec javellisation au dernier rinçage. L'ensemble du matériel d'entretien est nettoyé une fois par jour.

L'entretien des surfaces (mobilier et équipements, table d'examen, paillasse, balance) se fait par essuyage humide avec un textile propre ou un support non tissé à usage unique, imprégné d'un détergent-désinfectant. Il n'est jamais retrempé dans la solution détergente-désinfectante afin de ne pas la contaminer. La table d'examen est désinfectée au moins une fois par jour à l'aide de lingettes à usage unique imprégnées d'antiseptique. Cette désinfection est renouvelée en cas de souillure de la table par l'examen.

Stéthoscope, brassard de prise de tension et balance sont désinfectés à l'aide de lingettes imprégnées d'antiseptique ou de spray.

NOTRE TENUE VESTIMENTAIRE EST-ELLE ADAPTÉE ?

La tenue de ville, même si elle est élégante doit céder la place à la blouse à manches courtes changée quotidiennement. Les mains sont lavées avant et après avoir utilisé sa blouse. Une sur-blouse à usage unique est portée s'il existe un risque de projections de sang ou de liquides biologiques, ou au cours de soins de patients porteurs de bactéries multirésistantes (BMR).

Le port du masque est réservé à la réalisation de gestes techniques à haut risque d'asepsie (endoscopie, actes de petite chirurgie, laser) et aux soins de patients porteurs d'infection à risque de transmission⁽⁶⁾.

Bagues et bracelets sont retirés pendant la consultation.

LES DISPOSITIFS MÉDICAUX SONT-ILS CORRECTEMENT TRAITÉS ?

L'heure est venue de généraliser l'emploi du matériel à usage unique quand il existe. C'est le cas pour les spéculums et de pinces. Leur récupération est sélective dans une poubelle appropriée et leur élimination protocolée⁽¹⁰⁾.

En cas d'utilisation de dispositifs médicaux réutilisables, il faut placer à proximité de la zone de soins, un bac contenant une solution de pré-désinfection dans laquelle sont immédiatement déposés les dispositifs médicaux après usage⁽¹¹⁾. Les procédures de stérilisation sont strictes et une traçabilité exigée⁽¹²⁾.

UTILISONS-NOUS LES BONS ANTISEPTIQUES PENDANT LA CONSULTATION ?

La désinfection du col se fait à l'aide d'un produit iodé (Bétadine). En cas d'allergie à l'iode, on emploie une solution de Dakin.

La désinfection de la peau saine (avant biopsie de vulve par exemple) est obtenue grâce à un produit alcoolique ou un produit contenant de la Chlorhexidine⁽¹³⁾.

RESPECTONS-NOUS UNE BONNE HYGIÈNE PENDANT LA CONSULTATION D'ÉCHOGRAPHIE ?

Le praticien applique les règles d'hygiène standard, un lavage des mains

avant l'examen, le port de gants non stériles à usage unique. La sonde abdominale est essuyée entre chaque examen à l'aide d'une lingette à usage unique sèche ou une compresse blanche non tissée. En fin de journée, une désinfection se fait à l'aide d'une lingette à usage unique, imprégnée ou pré-imprégnée de détergent désinfectant marqué CEE.

La sonde vaginale est recouverte d'une gaine adaptée⁽¹⁴⁾ et marquée CE. L'usage d'un préservatif pour les sondes vaginales n'est pas recommandé par Haut Conseil de Santé Publique.

Lors de la mise en place de la gaine, le médecin vérifie la date limite d'utilisation et l'absence de déchirure de la gaine. Lors du retrait de cette même gaine, il élimine une déchirure visible et la dépose dans la poubelle à déchets médicaux. Il désinfecte ses mains et met une nouvelle paire de gants à usage unique, examine la sonde à la recherche de souillures visibles. En l'absence de souillures, le médecin essuie la sonde avec une lingette à usage unique, pré-imprégnée de détergent désinfectant. En présence de souillures visibles sur la sonde ou la lingette, le médecin réalise un nettoyage avec la lingette et réalise une désinfection de niveau intermédiaire : immersion dans de la Glutaraldéhyde 2 % pendant 20 minutes.

Le gel est conditionné en canettes de 250 ml à mettre aux déchets en fin de journée même s'il n'a pas été complètement utilisé. Il est stérile, en conditionnement individuel s'il existe une cicatrice opératoire récente ou une plaie cutanée ou si on réalise une ponction ou biopsie ou si l'examen est réalisé par voie endovaginale ou endorectale.

CONCLUSION

Le milieu hospitalier a depuis longtemps mis en place des programmes de lutte contre les infections nosocomiales. Ces mesures sont applicables actuellement aux cabinets de consultation. Elles sont représentées essentiellement par l'hygiène des mains, l'antiseptie lors des soins, la désinfection du matériel et l'utilisation préférentielle, lorsqu'elle est possible, de l'usage unique.

Le but de ces précautions est à la fois la protection des patientes et du praticien.

Bibliographie

1. Direction générale de la santé (DGS), Guide de bonnes pratiques pour la prévention des infections liées aux soins réalisés en dehors des établissements de santé 2006.
2. HAS. Hygiène et prévention du risque infectieux en cabinet médical ou paramédical. Recommandations professionnelles Juin 2007.
3. Blanchère JP. Règles d'hygiène de la consultation gynécologique. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2009.
4. DGS. Circulaire DHOS/E4/SD7B/DRT/CT2 n° 2005/34 du 11 janvier 2005. Conditionnement des déchets d'activité de soins à risques infectieux et assimilés.
5. DGS. Circulaire DH/S12-DGS/VS3 n°554 du 1^{er} septembre 1998. Collecte des objets piquants, tranchants souillés.
6. Rabaud C. et al. Quel masque ? Pour quel usage ? Hygiènes 1998 ; VI : 112-8
7. SFHH. Recommandations pour l'hygiène des mains. Décembre 2002.
8. Duceil G. Chapon JL. Le séchage. La méthode choisie a-t-elle une influence sur le résultat ? Techniques hospitalières 1998 ; 630 : 39-44.
9. Comité Technique des Infections Nosocomiales (CTIN). La place de la friction hydro alcoolique dans l'hygiène des mains lors des soins. 2001.
10. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – Direction générale de la Santé – Direction des hôpitaux « Elimination des déchets d'activités de soins à risques. Guide technique » Paris, décembre 1998 : 45 pages.
11. Baudriller N. Hygiène en médecine générale : Commencer par décontaminer. Rev Prat Médecine générale. 2001 ; 551:1833-6.
12. Le décret n° 2001-1154 du 5 décembre 2001 relatif à l'obligation de maintenance et au contrôle de qualité des dispositifs médicaux.
13. Société française d'hygiène hospitalière (SFHH) Liste Positive, Désinfectants 2009.
14. Haut Conseil de la Santé Publique - Rapport : Gains de protection à usage unique pour dispositifs médicaux réutilisables ; 14 décembre 2007. ■

Le Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF) de Caen

L'ouverture de ce centre, comme celle de tous les CPEF français, est l'aboutissement d'une histoire mouvementée de la régulation des naissances, en France comme dans le monde entier.

Les moyens limitant les naissances ont été utilisés de tout temps, mais les connaissances de la physiologie génitale et de la grossesse étant rudimentaires jusqu'il y a peu, contraception et avortement étaient, la plupart du temps, confondus. Les pratiques d'expulsion de l'embryon étaient considérées comme contraceptives et non comme abortives jusqu'à ce qu'il soit considéré comme vivant, c'est-à-dire jusqu'à la perception des mouvements fœtaux. Il n'y avait pas d'avortement jusqu'à la viabilité fœtale : soit le 6^e mois pour les Hittites, jusqu'au 40^e jour pour les garçons et 90^e jour pour les filles selon Aristote, tant que le fœtus n'est pas complètement formé selon Hippocrate qui considère alors qu'il s'agit d'une « effluxion » (expulsion de la semence masculine en rétention), point de vue partagé par les médecins de l'Antiquité, mais aussi dans des périodes beaucoup plus tardives (IV^e siècle après JC, St Augustin, St Jérôme).

Mais la régulation des naissances était aussi réglée souvent par l'infanticide. Les chinois et les japonais (cf. « la ballade de Narayama », le très beau film de Karusawa) ainsi que certaines régions de l'Inde éliminaient les nouveaux-nés féminins, pour favoriser l'élevage des garçons, afin de perpétuer la famille. Dans notre société antique, Hippocrate et Soranos posent la question de l'enfant qu'il « convient » d'élever. Solon (VI^e siècle avant JC) fit publier une loi reconnaissant l'infanticide. Plus tard Mahomet (VI^e siècle après JC), puis Charlemagne, en France, interdisent l'infanticide. On sait, malgré tout que cette pratique, forme particulière de « limitation des naissances ! » s'est prolongée couramment, de façon cachée, jusqu'aux siècles derniers, et nous en avons même eu récemment quelques tristes exemples.

Les méthodes de contraception ont toujours existé sous forme orale : potions plus ou moins magiques et peu efficaces ou plus ou moins dangereuses, ou locale aussi bien féminines que masculines sur lesquelles je ne m'étendrai pas ici, mais intéressantes et parfois amusantes à découvrir tant l'imagination y fait ses preuves.

Par contre je m'étendrai un peu plus volontiers sur les périodes historiques, en Europe et en France plus particulièrement, où la régulation des naissances n'était pas socialement reconnue, ou même était interdite, jusqu'à notre époque.

En Europe, c'est d'abord en Angleterre que les idées sur la limitation des naissances se répandent, à la fin du XVIII^e siècle, par les écrits d'économistes. Jeremy Bentham prône la contraception comme moyen de limiter la pauvreté, mais surtout les pauvres. Francis Place, autodidacte, tailleur à l'origine et père d'une famille nombreuse, prône l'utilisation de l'éponge intra-vaginale, considérant qu'« avoir trop d'enfants constitue une entrave à la bonne éducation de ceux-ci », et « plus les travailleurs sont nombreux plus les salaires sont réduits... devient à peine mieux que des esclaves ». Mais ce sont surtout les théories de Malthus, prêtre anglican et économiste, qui moralise la régulation des naissances en recommandant le mariage tardif et l'abstinence « morale !! » afin de pallier à l'insuffisance des effets des guerres, pestes, famines et catastrophes naturelles contenant la croissance démographique. Il pose la théorie de la croissance géométrique de celle-ci alors que les ressources croissent de façon arithmétique.

La France est le 1^{er} pays en Europe à avoir constaté, dès la fin du XVIII^e siècle une baisse significative et durable de

la natalité, et de façon plus marquée sur le nombre de familles nombreuses. Cette décroissance n'est approuvée ni par l'Eglise ni par les politiques qui ont des préoccupations natalistes. Le mouvement néo-malthusien, en France, débute en 1890 avec l'article révolutionnaire de Henry Fevre et le slogan que lance Marie Huot « la grève des ventres jusqu'au bouleversement révolutionnaire de la société ». Certains courants néo-malthusiens sont fortement marqués par l'eugénisme : Paul Robin, normalien d'extrême-gauche, crée la « ligue de la régénération humaine » « bonne naissance-éducation intégrale », mais aussi « assurant leur liberté (des parents) et surtout celle de la femme ». Paul Robin est pour nous un pionnier puisqu'il veut faire connaître « les procédés anticonceptionnels qui en font une arme contre le malheur ». Les néo-malthusiens considèrent l'avortement comme un dernier recours, mais en réclament la légalisation, pour éviter les conséquences des avortements clandestins. Paul Robin avait d'ailleurs ouvert à Paris en 1889 un centre de consultation et de vente de produits contraceptifs. Plus tard, Eugène Humbert et sa femme Jeanne seront aussi des figures marquantes du néo-malthusianisme. Mais ce mouvement, par son absence d'unité qui le fragilise, est battu en brèche face aux natalistes et à l'Eglise, plus puissants, et par la survenue de la 1^{re} guerre mondiale. Les natalistes font voter la loi de 1920 par la chambre « bleu horizon », loi qui n'a été abrogée que tardivement dans le XX^e siècle. Plus tard, ces derniers, devant l'inefficacité relative de cette loi, durcissent leur position pour aboutir à la loi du 15 février 1942 qui fait de l'avortement un crime contre la sûreté de l'Etat, donc passible de la peine de mort. Marie Louise Giraud en est victime, décapitée en 1943. Ce sont les lois « scélérates ».

En Angleterre et aux USA, les ligues féministes, plus puissantes, font évoluer les idées plus tôt :

- aux USA en 1914 Margaret Sanger crée la Birth Control League et fonde une clinique à Brooklyn,
- en Angleterre, c'est Marie Stopes qui ouvre une « mothers clinic ».

En France, un courant progressiste s'est malgré tout développé. Victor Basch, militant pour les droits de l'Homme, et le Dr Jean Dalsace font partie du comité de rédaction de la revue « Le problème sexuel » fondé en 1933 par Bertie Albrecht. En 1935, Jean Dalsace ouvre la 1^{re} consultation de contrôle des naissances à Suresnes et fournit des moyens contraceptifs locaux fabriqués en Angleterre. Après la guerre, le problème de la démographie ne se pose plus étant donné le « baby-boom ». C'est dans les années 50 que le Dr M-A Lagroua Weill-Hallé présente, dans des articles, le contrôle des naissances comme un moyen de prévention des avortements aux conséquences dramatiques qu'elle a pu constater dans sa pratique de gynécologue. En 1955 avec Evelyne Sullerot et Anne-Marie Dourlen Rollier elle crée le mouvement de « La maternité heureuse » qui s'affilie en 1958 à l'International Planned Parenthood Federation et qui devient en 1960 le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF). A l'encontre des avis du Conseil de l'Ordre, un certain nombre de médecins milite activement pour l'ouverture des centres d'information et de prescription contraceptive ; le Dr Henry Favre ouvre un centre à Grenoble et à Paris le Dr Pierre Simon qui, anecdote amusante, ramène d'Angleterre, des diaphragmes dans son chapeau melon. Ce sont tous ces militants qui ont travaillé et soutenu le député Lucien Neuwirth à obtenir la légalisation de l'information et prescription contraceptive.

L'un des premiers Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) de Basse-Normandie, (après celui d'Alençon ouvert en avril 75) a été ouvert à Caen, rue Choron, dans les locaux de la PMI, le 15 juillet 1975 (adresse actuelle : 25 avenue du 6 juin).

Cette création est liée à la loi n° 75-17 du 17 janvier 75 relative à l'interruption volontaire de grossesse, dite « Loi Veil », (du nom de sa très courageuse défenderesse Simone Veil alors ministre de la Santé), sous la présidence de Valéry Giscard d'Estaing.

En fait, c'est la loi du 19 décembre 1967 dite « Loi Neuwirth » qui avait préconisé la création de Centres d'Information sur la contraception et de CPEF assurant des consultations gratuites en vue de la maîtrise de la fécondité. Cette loi autorisait la contraception et son information, mais maintenait l'interdiction de sa publicité.

Un « Conseil Supérieur de l'Information Sexuelle, de la régulation des naissances et de l'Education Familiale » est créé et se réunit pour la première fois en mars 1974 (!) sous l'égide de Michel Poniatowski alors ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale.

Ce n'est qu'en 1972 (5 ans plus tard !) que sortirent les décrets d'application pour la création de ces CPEF. Ces centres dépendent soit d'un Centre Hospitalier soit d'un service de PMI (DRASS). Des centres privés proposant des consultations avaient déjà été créés en France en particulier par le Mouvement Français pour le Planning Familial (MFPF) qui obtiennent alors leur agrément préfectoral. La Basse-Normandie n'en a pas profité, seuls des centres d'information et d'aide aux femmes en demande d'IVG y existent, dont un à Caen alors situé Rue Jean Romain.

L'ouverture d'un CPEF, alors, nécessite une demande d'agrément par le DDASS auprès du préfet avec avis du Médecin Inspecteur Régional (MIR), du conseiller régional d'obstétrique et de la commission régionale prévue à cet effet. Si le préfet n'a pas reçu délégation du pouvoir d'agrément, le dossier est transmis, après instruction au Ministre de la Santé Publique.

En Basse-Normandie la commission régionale « chargée d'apprécier la qualification des personnels de CPEF » est instituée en août 1973 : présidée par le préfet de région ou en son absence du chef de service de l'Action Sanitaire et

Sociale et comprenant :

- le médecin inspecteur régional,
- le médecin inspecteur départemental,
- le médecin-conseil régional d'Obstétrique : le Pr G. Lévy,
- le Pr G. Muller,
- le Pr Poilpré, chef de service de Neurologie (!),
- l'assistante sociale chef au service de PMI,
- une sage-femme du CH Louis Pasteur à Cherbourg,
- une psychologue du centre médico-psycho-social de Caen,
- un représentant des Unions Départementales d'Associations Familiales de Basse-Normandie : le Dr M. Tournebœuf,
- le vice-président de l'association « Couple et Famille » du Calvados,
- la directrice de l'Hôtel Maternel,
- le médecin chef de la PMI, madame le Dr S. Allais, prévenue officiellement de sa participation à cette commission en novembre 73.

On remarquera que les personnes qui semblent les plus impliquées dans l'ouverture de ce centre sont en fin de liste après les représentants des associations familiales !

Enfin ! le 19 juin 1975, le dossier en vue de l'agrément d'un CPEF devant s'ouvrir à Caen est adressé au préfet. Etant militante au MFPF de Caen, donc impliquée dans la défense des droits de la femme, j'avais été informée de la prochaine ouverture de ce centre et de la recherche, par le Dr S. Allais, chef de la PMI, d'un gynécologue pour le poste de direction du CPEF. Etant en fin de CES de Gynécologie Médicale, je postulais à ce poste en tant que vacataire. Le 3 juillet 75, la commission régionale se prononce favorablement pour l'agrément du Centre, pour l'agrément du médecin-directeur et pour l'agrément du pharmacien.

Le 15 juillet 1975, le premier CPEF de Basse-Normandie est ouvert, dont le personnel se compose comme suit :

- le médecin-directeur, en l'occurrence moi-même,
- le Dr Anne, psychiatre, chef de service au Bon Sauveur,
- une sage-femme, Rosine Peronne,
- une assistante sociale à la DRASS, Thérèse Zeckar,

SUITE PAGE 18

- une conseillère conjugale, Mme Varchon émanant du MFPP qui sera rapidement remplacée par une conseillère émanant de la PMI et formée par ses soins,
- un pharmacien, Mr Garlaud. En effet, les CPEF sont autorisés à fournir des médicaments, produits et objets contraceptifs sous la responsabilité du pharmacien agréé. La loi du 4 décembre 1974 autorise leur prescription aux mineures sans autorisation parentale et leur délivrance à titre gratuit aux mineurs désirant garder le secret.

Une convention est signée avec le Laboratoire des Carmes pour les bilans glucido-lipidiques et les frottis pratiqués au CPEF et pris en charge financièrement par la PMI pour les mineures et les femmes sans couverture sociale.

L'installation se fait sans difficulté dans les locaux de la PMI, parfaitement adaptés aux différentes consultations : informatives, sociales ou médicales. Les besoins en matériel ou médicaments sont, à cette époque, parfaitement et rapidement satisfaits, preuve d'une volonté politique à la réussite de la mise en place des CPEF. Cette volonté me semble ne plus être aussi présente actuellement en ce qui concerne la survie de ces centres.

En 77, devant le succès du Centre, des consultations nocturnes sont ouvertes et un nouveau médecin est embauché (Madame le Dr Luong qui y a travaillé jusqu'à sa retraite en 2003) ; ce qui donne comme activité : 4 vacations d'une 1/2 journée et une vacation de 20h30 à 22h30 par semaine, (152 consultations en novembre 77. 667 consultations en 72 demi-journées d'ouverture sur le premier trimestre 79).

En 86 et 89, les lois de décentralisation confient aux collectivités départementales obligation d'organiser et de financer les services de PMI et de mettre en place leurs structures. Le Conseil Général du Calvados gère donc, depuis, directement les activités et les structures du CPEF. Celui-ci

inclut désormais des consultations pré et post natales, ce qui n'était pas le cas auparavant.

Les missions du CPEF sont donc :

- les entretiens
 - d'information portant sur la contraception, la contraception d'urgence, la sexualité et l'IVG assurées par 2 conseillères conjugales et familiales et 1 assistante sociale. Celles-ci assurent l'entretien pré-IVG prévu par la loi de 1975 pour toutes les femmes en demande, mais limité aux mineures depuis 2001. Elles fournissent alors un certificat et le guide sur l'IVG. Elles proposent aussi un entretien post-IVG afin de tenter d'en réduire les séquelles psychoaffectives.
 - sociaux assurés plus spécifiquement par l'assistante sociale pour les femmes en difficulté de vie (logement, finances...) surtout des femmes enceintes isolées, jeunes ou émigrées des pays de l'Est et surtout africaines. Le CPEF de Caen travaille pour cela en relation étroite avec France-Terre d'Asile qui se charge d'accompagner et de soutenir cette population.
- les consultations médicales
 - de contraception, et pré-nuptiales,
 - de demande d'IVG (appréciation de l'âge de la grossesse pouvant aboutir à un refus en cas de dépassement du terme autorisé légalement, ou à diriger la patiente vers le centre d'Orthogénie du CHU avec lequel le centre travaille en étroite collaboration, pour une méthode médicamenteuse ou chirurgicale d'IVG, examen gynécologique classique dans ce cas),
 - post-IVG dans les suites d'une IVG chirurgicale.
 - pré et post natales
 - de dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles depuis l'extension des missions des CPEF en 1992 et leur traitement depuis 2000. Il est à noter que les médecins du centre ont pratiqué les frottis de dépistage dès son ouverture, une convention ayant été signée, alors, avec le Laboratoire des Carmes.
- la fourniture de la contraception d'urgence par tout le personnel du centre, selon un protocole mis en

place, et de préservatifs masculins et féminins.

- les interventions d'information, notamment en milieu scolaire, à la demande des écoles. Cela a permis à de nombreux jeunes de connaître le centre : la consultation du mercredi après-midi privilégie entretiens et consultations pour les lycéens. Et les relations avec les infirmières et les enseignants sont grandement facilitées en cas de problème grave d'une mineure (grossesse débutante, viol, IST...).

Le fonctionnement du CPEF est basé sur :

- son ouverture à tous dans le cadre des missions définies ci-dessus,
- du lundi au vendredi de 9h à 17h30 et samedi matin jusqu'à cette année, où la modification des ouvertures scolaires du samedi matin ayant entraîné un problème de disponibilité du personnel. Cette vacation a été reportée sur une soirée en semaine ;
- avec gratuité des entretiens et consultations médicales pour tous, des bilans complémentaires et de la fourniture des contraceptifs aux mineures désirant garder le secret, adultes sans couverture sociale et des bilans biologiques obligatoires des femmes enceintes ainsi que les examens conseillés (échographies, marqueurs sériques, électrophorèse de l'Hb pour nos patientes africaines et autres si nécessaires) si la couverture par CMU ou aide médicale spécifique n'est pas encore mise en place, ce qui est rare.

Actuellement, le service est assuré par :

- 6 médecins (5 généralistes, dont l'une est responsable intérimaire du centre tant que la gynécologue responsable titulaire sera en détachement, et 1 gynécologue) Tous sont vacataires sauf 1 des généralistes qui est titulaire et responsable aussi du CPEF de Falaise avec lequel elle partage son temps de travail ;
- 2 sages-femmes qui partagent leur temps entre le CPEF et leur secteur de ville ;

- 2 conseillères conjugales et familiales, l'une vacataire et l'autre à mi-temps ;
- 1 assistante sociale à mi-temps ;
- 2 secrétaires, l'une à 80 % et l'autre à mi-temps.

Selon une enquête de l'IGAS en 2006 :

« Le centre de planification familial de Caen centre-ville occupe une place très importante dans l'activité (de la PMI du Calvados) puisqu'il a assuré 2 540 examens médicaux en 2005, dont plus de la moitié concerne de nouveaux dossiers ouverts en 2005 pour des moins de 20 ans ».

La loi de 2001 sur l'IVG médicamenteuse ambulatoire en médecine de ville n'a pas prévu sa pratique dans les CPEF. Malgré tout, en région parisienne, certains médecins travaillant dans des CPEF, y pratiquent des IVG ambulatoires, c'est-à-dire jusqu'à 7 SA, grâce à des conventions personnelles avec les centres référents. Actuellement aucun CPEF de Basse-Normandie n'a encore inclus la pratique des IVG ambulatoires, malgré le grand besoin d'allègement de charges du centre d'orthogénie du CHR. Le projet de loi permettant l'IVG médicamenteuse dans les CPEF, adopté en novembre 2007, s'est concrétisé début 2009 lors de la sortie du décret.

La « loi Veil » a été créée pour aider les femmes en demande d'IVG afin, surtout, d'éviter les conséquences néfastes des avortements clandestins. Il est donc logique que les IVG ambulatoires fassent partie des missions des CPEF. Celui de Caen s'organise désormais pour y répondre.

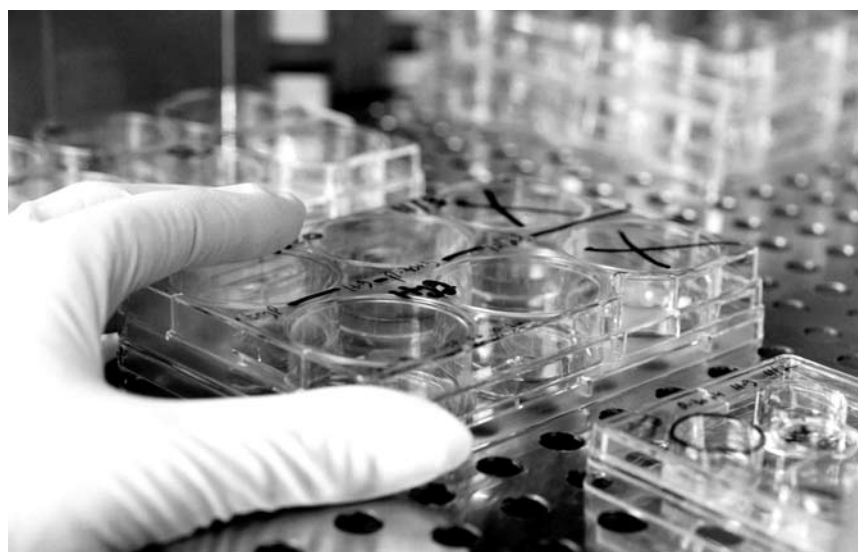
Bibliographie :

- Archives de la PMI de Caen.
- Association Nationale des Centres d'Interruption et de Contraception.
- Etude sur la protection maternelle et infantile en France. Rapport de synthèse. Novembre 2006. Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS).
- Histoire illustrée de la contraception de l'Antiquité à nos jours. A NETTER, H. ROZENBAUM. ■

Abuser du frottis peut nuire à la santé !

À consommer avec de bonnes raisons !

Le dépistage régulier du cancer du col et des lésions précancéreuses qui s'est largement développé depuis les années 70 avec les résultats que l'on connaît est à mettre en grande partie au crédit des gynécologues (médicaux ou non) qui le pratiquent régulièrement.



Sans le dépistage on aurait assisté à une très forte augmentation du cancer du col comparée aux générations précédentes ⁽¹⁾. On bute maintenant sur la non participation de 45 % des femmes Françaises qui explique les 3 000 cancers annuels et les 1 000 décès dans le même temps, (3 par jour !) c'est encore beaucoup trop.

Malgré cela, les gynécologues spécialisés et référents en pathologie cervicale, assistent à une dérive du système qui va vers le sur-dépistage et le surdiagnostic sans pour autant augmenter les performances de la prévention du cancer du col qui stagne depuis des années faute d'être organisé. Les recommandations de l'ANAES, de l'OMS et des sociétés savantes SFCPCV et CNGOF sont bien connues des gynécologues :

- dépistage à partir de 25 ans tous les

3 ans sauf la 1^e année, voir un peu plus tôt en fonction de l'âge des rapports (bénéfice non prouvé).

En France on conseille de commencer à 20 ans (consensus d'experts) mais pas avant ⁽²⁾.

On sait que 28 % des jeunes femmes contactent un HPV oncogène dans la 1^e année suivant les rapports puis 50 % dans les 3 ans qui suivent le début de l'activité sexuelle, on sait aussi qu'il n'y en a qu'une sur cent qui débute une dysplasie CIN2 ou + ⁽²⁾.

Et pourtant...

Je vois très couramment des jeunes femmes de 17 à 20 ans qui ont déjà eu 1 frottis par an depuis plusieurs années, parfois dès l'âge de 15 ans, à qui on dépiste "une condylomatose" et qui entrent dans le circuit Colposcopie + biopsie + traitement

SUITE PAGE 20

au Laser ou autre parfois plus agressif tant est grande l'inquiétude générée par la recherche (souvent inutile) des HPV "oncogène" et l'information diffusée sans contrôle sur internet, pour des lésions dont l'histoire naturelle est connue, banale, fréquente, régressive et qu'on aurait intérêt à méconnaître si des frottis intempestifs et trop fréquents n'étaient pas faits.

Ne parlons pas des recherches de virus HPV qui sont faites même quand le FCV est normal (cas vécu très récent ! avec un bel HPV 56 très exotique) et qui conduisent à la multiplication de frottis de contrôle dont un finit toujours par être un peu anormal, effet du virus ou effet parapluie ?

Le dépistage de ces lésions n'a aucune incidence sur la morbidité par cancer du col, il ne fait que déboucher sur des examens inquiétants chez des jeunes femmes qui s'infectent toutes un jour ou l'autre et éliminent leur virus avant que des lésions réellement "à risque" n'apparaissent.

C'est la règle avant 30 ans. A cet âge je recommande à ceux qui ont la démangeaison du prélèvement de manière plus souvent l'écouvillon à chlamydiae que la spatule pour dépister un cancer qui n'existe pas.

Alors laissons vivre tranquillement leur vie aux cols des jeunes filles qui font connaissance avec le monde extérieur et ses virus (à risque ou non) dont elles s'en défendent pas si mal, faisons les vacciner à 14 ans et tout ira bien.

Même constat désolant pour l'amalgame allègrement fait par l'INPS dans sa toute récente plaquette sur les IST, amalgame entre les condylomes et le cancer du col, navrant de voir que pour promouvoir le vaccin on terrorise les populations par des raccourcis abusifs. "pour votre sécurité..." ayez peur de tout !

Coluche l'avait dit : « Avec la Capote Nestor, t'es pas né, t'es pas mort ! »

A partir de 25 ans le dépistage régulier tous les 3 ans est parfaitement justifié, (2 ans chez les inquiètes de temps en

temps !) mais pas plus souvent, c'est inutile, **le frottis annuel est une pratique qui coûte inutilement de l'argent, du temps et de l'inquiétude pour rien.** Le FCV triannuel réduit l'incidence du cancer de 90,8 %, le FCV annuel de 93 % !⁽³⁾ (et ne me dites pas que ça ferait 2 % soit à peu près 60 cancers en moins en France par an car on sait bien que les cancers se voient chez celles qui n'en font pas ou pas assez, pas celles que vous frottez tous les ans !)

Les seules femmes qui justifient une telle pratique sont celles qui ont un antécédent de dysplasie traitée : dans l'attente de nouvelles pratiques incluant le typage HPV, FCV annuel pendant 20 ans. Les gynécologues doivent donner l'exemple dans ce domaine, c'est ce que j'entends dire par les MG à qui je fais de l'EPU et qui me rétorquent "mais pourquoi les gynécos font-ils un FCV annuel alors..."

AUTRE SUJET D'INQUIÉTUDE : LA GROSSESSE

Vous savez que les sages-femmes ont obtenu récemment le droit de faire des frottis aux femmes enceintes et que le prosélytisme est activement fait et à juste titre, pour le dépistage de rattrapage à ce moment là, chez les négligentes qui ne consultent que lors des grossesses. Les sages-femmes sont fières de leur nouvelle responsabilité mais n'auront ni la compétence ni le droit de prendre en charge les suites de leur acte.

Il va falloir les former pour faire de **bons prélèvements et à bon escient**, là aussi les gynécos doivent donner l'exemple et éviter d'adresser au spécialiste une patiente pour le 3^e "BasGrade" de l'année à la 15^e semaine de grossesse ou pour un ASCUS sur frottis annuel fait à la déclaration... ! Ce sont des cas vécus et récents avec parfois l'annonce de probable ITG à la clé ! **Pas de FCV systématique "parce-qu'une grossesse est prévue" alors que le dernier FCV normal date de l'année dernière !**

C'est important de faire du dépistage de rattrapage chez les femmes qui ne consultent que pour leur grossesse et oublient leurs FCV entre temps **mais seulement du rattrapage si le FCV date de plus de 2 ans au début de la grossesse**, pas du systématique, pas n'importe quoi, contrôlez, retrouvez le dernier FCV, conservez le prélèvement jusqu'à information, car le FCV pendant la grossesse va générer un nombre important d'ASCUS ou d'atypies à contrôler, d'examens plus difficiles, angoissants pour la mère, de décisions à prendre rapidement, de biopsies difficiles, **ne pas générer de problèmes artificiels.**

Les femmes enceintes subissent de nos jours de multiples examens de contrôle et de dépistage anxiogènes tout au long de la grossesse qui n'est plus considérée comme un événement heureux mais comme une aventure à risque, **n'en rajoutons pas inutilement mais dépistons celles qui n'ont fait qu'un FCV tous les 5 ou 10 ans.**

La seule chose importante à ne pas méconnaître pendant la grossesse est le cancer invasif, toutes les autres lésions peuvent attendre le post-partum.

Ici, plus qu'ailleurs nous sommes là pour faire un dépistage intelligent, adapté à la patiente, pas du réflexe de "protocole" pour ignorants que nous ne sommes pas. Le but n'est pas de dépister plus tôt les CIN 2 (dont seulement 12 % évoluent) et les CIN3 (50 % évolueraient) mais de les dépister avant le cancer pendant les 5 à 10 ans que dure leur évolution. Le dépistage doit faire plus de bien que de mal et ne pas ajouter sa propre morbidité à celle qu'il combat.

Dans le droit fil de ce billet d'humeur je vous invite au prochain congrès de la SFCPCV à Paris les 15 et 16 janvier 2010 : sujet principal PREVENIR SANS NUIRE...

Petite biblio :

1. Peto J-Lancet 2004 - 17/23;364.
2. Boulanger - CNGOF - 2008.
3. IARC - 1995.

Le gynécologue et la justice

RÉSUMÉ DES SESSIONS DE L'AFEM 2008.



L'AFEM a traité cette année « du gynécologue et de la Justice » à travers 3 sessions.

1 La première par le Docteur Laurent CHNEIWEISS, psychiatre à PARIS, qui a donné des méthodes pour éviter et gérer les conflits.

Dans un premier temps il indique que 45 % des médecins ne sollicitent pas d'informations sur les préoccupations de leurs patients et 50 % ne décèlent pas les problèmes psychologiques. Par ailleurs, dans 50 % des cas il n'y a pas d'entente entre le médecin et son patient sur le problème principal posé. La majorité des plaintes sont liées à des problèmes de communication. Une étude a montré que les médecins interrompent et coupent la parole à leurs patients en moyenne 28 secondes après leur prise de parole et 53 % des patients ne pensent pas avoir assez de temps pour s'exprimer.

La stratégie de communication doit conduire à réformer le contenu après écoute et à faire un commentaire ultérieur. Il faut éviter tout jugement, l'autorité, une écoute passive, un excès de compassion.

LES DIFFÉRENTES RÈGLES SONT :

- 1) Ne pas parler trop longtemps, comprendre la demande véritable et déceler l'état dépressif sous-jacent (rechercher un ralentissement psychomoteur).
- 2) Ne pas couper la parole. Ceci est probablement lié au stress du médecin. Il faut que celui-ci soit détendu.

Quand une patiente parle trop, il faut savoir s'affirmer, parler tranquillement et reformuler.

3) Les regards : il faut savoir regarder la patiente sans être trop insistant.

- 4) Gestion du conflit :
 - il faut laisser la patiente s'exprimer,
 - reformuler,
 - reprendre les deux premières étapes jusqu'à l'apaisement,
 - exprimer ce que vous ressentez ;
 - exprimer les points d'accord et de désaccord,
 - laisser la patiente réagir,
 - tâcher de trouver un compromis,
 - préparer un plan d'action pour faciliter la solution (c'est-à-dire qui fait quoi et quand ?).

5) Il ne faut pas donner d'explications trop compliquées.

6) Il faut vérifier que la patiente a bien compris (feed-back).

7) Ne pas conclure rapidement : le risque est que la patiente garde un mauvais souvenir d'une conclusion trop rapide. Il faut savoir serrer la main en partant.

2 La deuxième communication faite par Monsieur DECROIX, assureur au SOU Médical, indiquait la croissance des réclamations qui ont été multipliées par trois en nombre de 1985 à l'an 2000, en plateau depuis.

Il est à noter que ces revendications sont très virulentes, probablement liées à l'information (radio, tv, etc...). Il est à noter également qu'en ce qui concerne les gynécologues médicaux les réclamations sont en baisse dernièrement. Les spécialités dont les réclamations augmentent en nombre sont les chirurgiens, les ophtalmologistes, les obstétriciens, elles sont stables pour les médecins généralistes, en baisse pour les

psychiatres et les gastro-entérologues. En ce qui concerne le nombre d'affaires, il faut penser qu'en moyenne un médecin aura une affaire par carrière, pas davantage qu'un notaire ou un avocat, mais qu'un chirurgien en aura 17 et un accoucheur en aura 6.

LES DIFFÉRENTS MOYENS D'OBTENIR RÉPARATION SONT LES SUIVANTS :

- amiable,
- commission régionale et de conciliation et d'indemnisation,
- tribunal civil (médecine libérale),
- tribunal administratif (médecine hospitalière),
- tribunal pénal (répression du coupable),
- disciplinaire (sanctions par l'ordre ou l'employeur, parfois très sévères),
- L'évolution actuelle est une baisse des affaires pénales, une baisse des affaires ordinaires, une majorité des cas réglés soit à l'amiable soit en commission de conciliation. Les décisions de la justice civile montrent une augmentation des condamnations qui passent de 33 % en 1980 à 68 % en 2007, le plus souvent liées à des problèmes de manque d'information du patient, 58 % des procès civils aboutissent à une condamnation, 68 % des procès pénaux donnent une condamnation. Le montant des préjudices s'est augmenté en moyenne de 120 à 256 000 € récemment.

80 % des cas

Pour qu'une affaire soit plaidée, il faut qu'il y ait faute, dommage et un lien entre eux. Pour les gynécologues médicaux 42 % des affaires sont liées à des problèmes de diagnostic, 10 % à des affaires de traitement, 12 % à

SUITE PAGE 22

des échographies. Pour les diagnostics, 50 % concernent le cancer du sein, 10 % un cancer gynécologique, 11 % la grossesse extra-utérine. Pour les traitements, 46 % concernent les DIU et 8 % les hystéroscopies. En 2007, 41 déclarations ont été faites au SOU Médical pour la gynécologie, 51 % concernant des diagnostics.

COMMENT ÉVITER LA MISE EN CAUSE

Il faut informer les patientes sur :

- nécessité ou non du traitement ou du diagnostic,
- bénéfique, risque,
- alternative thérapeutique,
- risques connus de ce qui est proposé.

Il faut formaliser l'information avec le temps nécessaire à l'explication, la place adaptée à celle-ci, un temps de réflexion suffisant pour la décision, il faut inscrire dans le dossier l'information faite et donner des documents, et répondre aux questions ultérieures.

APRÈS L'ACCIDENT MÉDICAL

- il faut l'annoncer sans délai avec empathie et clarté,
- savoir dire que l'on ne comprend pas l'accident,
- proposer un nouvel entretien ultérieur,
- aller visiter sa patiente si elle est hospitalisée et lui faire des excuses,
- assurer le suivi, sauf si une réclamation est formulée.

Pendant la procédure, ne jamais mentir ou inventer, ne pas reconnaître sa responsabilité, venir à l'expertise, exprimer son empathie à l'expertise et à l'audience, ne pas donner des leçons à l'expertise ou tenter de faire jouer la confraternité, et justifier médicalement les décisions.

CONCLUSION

En tout état de cause, il faut respecter les bonnes pratiques et surtout ne jamais dire qu'un acte a été fait sur demande.

3 La troisième session faite par un magistrat Anne-Marie Bellot explique le trajet de la procédure.

Une plainte au pénal doit être écrite et envoyée au Procureur de la République, qui peut la classer sans suite ou ouvrir des poursuites ce qui déclenche l'action publique. Cette action publique nécessite une enquête, suivie d'une ouverture d'information et la saisie d'un juge d'instruction désigné par le Président du Tribunal. Cette action peut être ultérieurement classée sans suite, mais une plainte avec constitution de partie civile est possible dans ce cas.

Les personnes ayant la possibilité d'utiliser cette procédure sont la personne lésée, ses ayant droits ou des associations.

Le préjudice doit être personnel, actuel et certain. Les délais de prescription sont pour un crime de 10 ans, un délit de 3 ans, une contravention d'un an. En cas de minorité de la victime, ces délais débutent à la majorité. Les actes dissimulés ont un délai de prescription qui débute à partir de la constatation du délit et en cas d'apparition tardive d'un dommage cette prescription débute à partir de sa constitution.

La loi pénale n'est pas rétroactive et elle est d'interprétation stricte. Un médecin peut être poursuivi pour une infraction ne concernant pas son exercice médical ou pour une infraction médicale, la plupart du temps non intentionnelle. (Les exceptions sont les homicides, les blessures involontaires, la mise en danger de la vie d'autrui, la tromperie et l'administration de substance nuisible). Le préjudice peut être la mort ou une lésion susceptible d'ITT. Un délai de 3 mois d'ITT est nécessaire pour constituer un délit. La faute peut être simple (imprudence ou négligence) ou délibérée (acte délibéré effectué sciemment sans en vouloir les conséquen-

ces). La causalité doit être certaine compte tenu de l'état de la science.

L'ENQUÊTE COMPREND :

- une commission rogatoire,
- une audition,
- une convocation,
- une information des médecins.

Les pièces (les dossiers médicaux) sont saisis (sauf si la patiente a récupéré elle-même son dossier médical). La saisie du dossier doit être faite en présence d'un membre du conseil de l'ordre. L'absence de cette présence entraîne la nullité de la procédure. Le dossier doit être mis sous pli scellé et fermé. Le secret médical n'est pas opposable à la justice.

Les expertises sont faites soit par des Médecins Inspecteurs de Santé Publique qui ne sont pas des experts ou des Médecins experts inscrits sur les listes des cours d'appels et de cassation. Les tribunaux peuvent utiliser des experts externes plus compétents dans certains domaines. La plupart du temps ils font appel à des collègues d'experts. Ces expertises ont pour but de déterminer le dommage, l'ITT et pratiquer les autopsies.

L'Instruction est secrète et écrite. Depuis le 01/07/2007, les avocats peuvent se faire communiquer le nom des experts et les procédures et demander des experts supplémentaires (demandés par eux), mais il faut pour cela qu'il y ait eu mise en examen. Quand tous ces éléments sont réunis, le non-lieu peut être prononcé avec un appel possible, ou le renvoi devant le Tribunal Correctionnel sans appel possible. Le Code prévoit en matière de procédure médicale des peines de prisons fermes (pouvant éventuellement être transformées en sursis). Le Tribunal peut également prononcer des interdictions d'exercice professionnel. ■

Vers une chirurgie plus conservatrice

PRÉSERVATION DE L'UTÉRUS DANS LE CADRE DE LA CHIRURGIE DES PROLAPSUS

L'hystérectomie reste un geste coutumier dans la chirurgie du prolapsus, notamment lorsqu'elle s'effectue par voie vaginale et en résumé souvent la technique effectuée.

Par voie vaginale ou abdominale, il semble illogique, au vu de nos connaissances modernes de la physiopathologie des prolapsus, de débiter un geste de réparation par un geste de mutilation.

Il reste bien sûr, des indications évidentes à la pratique d'une hystérectomie dans le cadre de traitement de prolapsus telles que des antécédents ou la présence effective de pathologies bénignes plus ou moins symptomatiques (fibrome ?) ou pré cancéreuses (dysplasie cervicale ou hyperplasie endométriale...) qui risque d'évoluer ou de récidiver.

A contrario, le désir de grossesse exige, bien sûr, la conservation utérine et la cure de prolapsus par voie abdominale nécessite au minimum (pour des impératifs techniques et pronostiques) la préservation du col utérin.

L'utérus est-il la source de la survenue du prolapsus ? :

De nombreuses études ont montré que l'hystérectomie ne traite en rien l'hystérocèle. Ce sont les éléments de suspension, c'est à dire les ligaments du pelvis et du fascia endo-pelviens qui, lésés, déchirés, distendus, sont à l'origine du prolapsus. L'utérus n'étant plus soutenu, en subit les conséquences, par une modification de ses rapports anatomiques avec les organes et les structures tissulaires avoisinantes de soutien.

Est-il risqué de laisser l'utérus ?

Le risque de cancer est souvent un des arguments avancés par les partisans de l'ablation de l'utérus dans la chirurgie du prolapsus.

Pourtant, l'incidence de la survenue d'un cancer de l'endomètre est estimée à 18,4/100 000, donc reste très faible.

Dans ce même cadre préventif, ne serait il pas aussi important (sinon plus) de réaliser une ovariectomie ?

Ce geste n'est pas régulièrement ni systématiquement fait en raison de la difficulté ajoutée.

Ce risque peut être limité par une étude complète de l'état utérin. Une cytologie cervicale, une échographie utérine, voire une biopsie endométriale sont tout à fait nécessaires dans le projet de préservation de l'utérus.

Pour ce qu'il en est de la nécessité d'une hystérectomie dans les années qui suivent la cure chirurgicale d'un prolapsus, ce geste chirurgical ne semble pas être si compliqué.

Existe-t-il des inconvénients à réaliser une hystérectomie ?

Certes l'hystérectomie est en soi un geste chirurgical facile à réaliser. Cependant quels bénéfices réels génère ce geste mutilant sur le strict plan de la cure du prolapsus ?

Récidive :

De nombreuses études à ce sujet démontrent que, que les risques d'échec de la cure du prolapsus sont identiques avec ou sans hystérectomie, que ce soit par voie vaginale ou par voie haute (MAHER 2001, HEFNI 2003, Van BRUMMEN 2003, ROOVERS 2004).

Complication chirurgicales :

Les complications périopératoires sont plus importantes lors d'une hystérectomie (MATHEVET 2001). 37 % des plaies vésicales et 62 % des plaies rectales surviennent au moment de la cure de prolapsus associée à une hystérectomie et 55 % de ces plaies vésicales surviennent lors du geste d'hystérectomie.

Dans l'étude de MALLER, l'hystérectomie augmente le temps opératoire de plus de 30 minutes (91 minutes versus 59 minutes) et le volume des pertes sanguines est doublé.

L'étude de HEFNI (2003) confirme ces éléments.

L'étude COSTANTINI (2005) s'intéressant à la voie abdominale confirme pour celle-ci l'augmentation du temps opératoire (111 versus 89 minutes) ainsi que les pertes sanguines et le temps d'hospitalisation.

Particularité à l'utilisation de matériel prothétique :

Les études concernant l'utilisation du matériel prothétique lors des cures chirurgicales de prolapsus ; qu'elles soient réalisées par voie coelioscopique (qui recourent en principe à l'usage d'une prothèse synthétique) ou par voie basse, ont montré que le fait de réaliser une hystérectomie augmentait le risque d'érosion vaginale sans en diminuer les récives (Berrocal 2004). L'hystérectomie ne diminue donc pas les récives, par contre elle augmente les complications chirurgicales.

Complications psychologiques

L'impact psychologique d'une hystérectomie dans le cadre d'une cure de prolapsus n'a pas été bien étudié. A la notion de prolapsus est associée celle d'une dégradation de l'image corporelle qui a très vraisemblablement une résonance sur le bien-être intérieur et/ou la sexualité de la femme.

L'annonce du recours à une hystérectomie augmente sans conteste cet impact négatif sur le plan psychique.

Dans notre expérience, le fait de proposer de préserver l'utérus aux femmes adressées pour une cure de prolapsus et qui pensaient subir une hystérectomie, les soulage et semble aussitôt leur restaurer une part de leur féminité.

Pour cette raison, on doit les informer de l'absence de bénéfices réels de l'hystérectomie, et leur donner le choix d'une chirurgie conservatrice ou non.

Implications économiques :

Par ailleurs, en cette période d'économie de santé, évaluer les coûts opératoires est important et se révèle intéressant. En référence aux barèmes des coûts hospitaliers et de la CCAM et T2A dans la cure de prolapsus, la comparaison entre la version conservatrice et la version mutilante est édifiante ; le coût passe de 2984 euros dans le premier cas à 3462 euros en cas d'hystérectomie, soit une augmentation de 16 % du coût.

Au total, le fait d'éviter les hystérectomies lors d'une cure de prolapsus, qu'elle soit réalisée par voie haute ou par voie vaginale, diminue les complications de cette chirurgie..

SUITE PAGE 24