

BREVES du COLLEGE

Éditorial



L'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) en gynécologie-obstétrique

La loi du 13 août 2004 a rendu obligatoire la formation médicale continue (FMC), dont fait partie l'EPP. Chacun d'entre nous doit, sur une période de 5 ans, acquérir un nombre de 250 crédits. Parmi ces 250 crédits, 100 doivent obligatoirement concerner la validation de l'EPP.

Une définition de l'EPP était donnée dans le décret du 14 avril 2005 : « l'EPP consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de santé (HAS) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques ».

Les objectifs de l'EPP sont d'améliorer la qualité des soins et de répondre aux exigences des usagers en termes de sécurité, de qualité et d'efficacité. L'EPP doit s'intégrer dans l'activité quotidienne et repose sur la participation à des comités pluridisciplinaires, la déclaration des accidents, le suivi de la morbidité et de la mortalité, la mise en place de protocoles de soins et de prise en charge thérapeutique, etc...

Les méthodes d'EPP peuvent être mises en œuvre individuellement ou collectivement, en un ou plusieurs cycles dont les phases consistent à recueillir l'activité, analyser cette activité, établir les étapes pour améliorer nos pratiques et enfin planifier l'amélioration des pratiques professionnelles.

Le CNGOF a reçu de l'OGC l'agrément pour la FMC ainsi que, depuis mai 2007, celui de la HAS pour l'EPP. De nombreuses sociétés privées sont intéressées par ce nouveau marché potentiellement « juteux ». Le CNGOF étudie diverses propositions pour que chacun des membres du CNGOF puisse directement valider son EPP par un lien direct sur le site internet du Collège. Bien entendu, des interrogations persistent, notamment sur le financement de cette EPP. À ce jour, aucune subvention n'est prévue ni compensation pour les praticiens devant la valider.

Emile Daraï



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

n°13 Septembre 2007

Gynerisq : c'est parti !

La gynécologie-obstétrique fait partie des spécialités dites « à risque » selon les critères de la Haute Autorité de santé (HAS), avec la chirurgie et l'anesthésie-réanimation. Pour chaque spécialité, un organisme agréé par la HAS (OA) est chargé d'organiser cette gestion du risque. Pour la gynécologie-obstétrique, cet OA s'appelle Gynerisq, association professionnelle créée de concert par le CNGOF et le SYNGOF à parité de membres au Conseil d'Administration et au Bureau.

La culture de gestion des risques

La gestion des risques est une notion très récente en médecine, contrairement à d'autres domaines comme l'industrie ou l'aéronautique où elle fait partie de la culture professionnelle depuis très longtemps. Chaque situation y est parfaitement standardisée, qu'elle soit de pure routine (décollage, atterrissage...) ou bien qu'il s'agisse d'un événement ou d'une situation à risque (conditions météorologiques, panne électrique...). D'autre part, chaque acteur est soumis à des exercices de mise en situation pratique dont l'exemple le plus connu est le simulateur de vol pour les pilotes.

L'analyse des incidents et situations à risque - loin d'être exceptionnels, survenus au cours des vols réguliers - permet de constater que l'accident est souvent la conséquence de défaillances multiples, prenant en défaut les nombreuses procédures de protection techniques et/ou humaines qui auraient dû permettre de le désamorcer.

Cette culture est parfaitement transposable à la médecine, mais nécessite une lecture des événements non pas (ou pas seulement) basée sur la recherche de fautes individuelles, mais sur celle de dysfonctionnements et difficultés organisationnelles ou structurelles qui ont pu les favoriser.

Quel est le principe de l'adhésion à Gynerisq ?

La gestion des risques, telle que conçue par la HAS, repose sur la déclaration à Gynerisq par les professionnels d'« événements porteurs de risque » (EPR) qu'ils ont rencontrés dans leur exercice personnel. Les EPR sont des événements sans conséquences graves, mais qui auraient pu aboutir dans d'autres circonstances à des événements indésirables graves (EIG) ou à des accidents.

Cette déclaration, totalement anonymisée, se fera via le site Internet de la HAS (www.has-sante.fr) et sera analysée par des médecins gynécologues-obstétriciens experts de Gynerisq. Les experts sont spécifiquement formés par la HAS à l'analyse des déclarations et à celle de documents complémentaires éventuels. L'analyse peut permettre d'identifier des facteurs favorisant de l'EPR : procédures non conformes aux recommandations professionnelles en vigueur, difficultés organisationnelles ou de communication entre différents personnels... Elle permet également de proposer des mesures correctrices adaptées : aide à la rédaction de

protocoles de prise en charge, mesures d'organisation ou autres.

Certains EPR dits « ciblés » ont été définis par Gynerisq : il s'agit de l'hémorragie du post-partum, de l'asphyxie périnatale, de la reprise chirurgicale post-opératoire en chirurgie gynécologique, et de la naissance d'un enfant porteur d'une malformation non dépistée en anténatal. Pour chaque EPR ciblé, des formations spécifiques, centrées sur la prévention des risques, seront mises en place. Les médecins ayant déclaré des EPR de ce type pourront être incités à y participer.

D'autres EPR dits « libres » ou non ciblés peuvent être déclarés sans limitation dès le moment où l'événement a été perçu par le médecin déclarant comme porteur d'un risque. Le nombre minimum d'EPR à déclarer par médecin et par an est évalué à 3.

A quoi sert la gestion du risque pour le praticien ?

Le but ultime de la gestion du risque est d'améliorer la qualité des soins prodigués aux patients et d'en réduire la sinistralité.

Pour le médecin, l'engagement dans cette démarche individuelle et facultative a d'ores et déjà des intérêts concrets :

- Il permet d'obtenir une partie des points nécessaires à la validation de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). Néanmoins, les modalités pratiques et le nombre de points attribuables par cette procédure ne sont pas encore définis.
- Pour les médecins libéraux, il permet la prise en charge d'une partie de l'assurance en responsabilité civile professionnelle par l'assurance maladie dès 2007 (à condition d'avoir déclaré son intention de s'engager avant fin 2006 sur le site de la HAS).
- L'engagement individuel dans la démarche de gestion du risque fait partie (pour les professions à risque) de l'accréditation individuelle des médecins qui sera rendue obligatoire dans la prochaine version de la certification des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés.

Quelles difficultés restent à régler ?

Il existe déjà plus de 900 adhérents à Gynerisq. Sur la base « minimale » de 3 déclarations d'EPR par médecin et par an, ce seront plus de 2700 déclarations qui seront à traiter par les médecins experts de Gynerisq la première année. Aujourd'hui, seule une vingtaine de gynécologues et obstétriciens ont fait la demande de formation d'expert et ont été agréés par le conseil d'administration de Gynerisq. D'autres candidatures seront les bienvenues, surtout à l'avenir si le nombre d'adhérents et de déclarations va en augmentant au cours des prochaines années.

D'autres points sont encore inconnus comme la convivialité de l'interface Internet, qui est entièrement formatée par la HAS et à laquelle nous n'avons pas participé. Nous avons prévu une évaluation à court terme des difficultés éventuelles rencontrées par les adhérents de Gynerisq lors des déclarations d'EPR.

Bruno Carbonne Président de Gynerisq

Merci à tous ceux sans les efforts de qui le projet Gynerisq n'aurait jamais vu le jour, avec une mention toute particulière à Jean Marty et Béatrice Le Nir : Bernard Cristalli, Guy-Marie Cousin, Georges Eglin, Serge Favrin, Véronique Lejeune, Claude Racinet, René-Charles Rudigoz, Jean Thévenot.

Évaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé

Le ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports ayant pour projet de modifier les procédures d'accréditation des médecins, une mission a été organisée afin de prendre contact avec le Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), à Londres, nos amis anglais ayant réfléchi à cette question depuis plusieurs années.



Rapport de mission au RCOG, Londres, 13 juin 2007

Le Professeur Yves Matillon initialement pressenti n'a pu se joindre à nous, retenu au ministère.

Nous sommes reçus par le Professeur Allan Templeton (président du Royal College) et le Docteur Julian Woodson (trésorier du Royal College).

Le Professeur Templeton nous présente le nouveau projet de régulation médicale, issu en particulier des réflexions du Livre blanc présenté en février 2007 au Parlement anglais (Trust, assurance and safety. The regulation of health professionals in the 21st century). Ce Livre blanc pose les principes du processus de régulation, de validation et de revalidation, et s'attache à décrire le rôle de chaque organisation et institution dans l'élaboration des critères - et notamment le rôle des Collèges Royaux (p 35-36).

Si cette démarche est bien décrite en théorie dans ce « white paper », aucun principe de régulation n'existe en pratique. Il s'agit d'un projet qui va être mis en œuvre dans les années qui viennent.

Aujourd'hui, à l'issue du cursus universitaire, les médecins doivent être inscrits sur un registre qui dépend du Conseil de l'Ordre (General Medical Council « GMC »). Cet enregistrement est provisoire, dure un an et à l'issue de cette année, en l'absence d'événement négatif majeur, l'inscription sur le registre est reconduite automatiquement pour la grande majorité des médecins.

Le projet est de mettre en place la revalidation, qui est le permis de pratiquer la médecine et serait renouvelable tous les 5 ans sous la responsabilité du GMC. La revalidation se décline en deux volets : la re-licence et la re-certification.

- La re-licence dépend du GMC et concerne tous les médecins. Elle traduit la compétence médicale du médecin évalué beaucoup plus que l'absence de problèmes médico-légaux potentiels. Les normes génériques évaluées par le GMC à partir des critères du « good medical practice » évaluent certains aspects du savoir-faire médical mais n'abordent pas directement l'évaluation des connaissances scientifiques.

- La re-certification concerne tous les médecins (spécialistes et généralistes) qui sont en contact direct avec les patients. Les normes de re-certification sont édictées sous la responsabilité des collèges de spécialité. Ces normes constituent des référentiels métiers qui balayent l'ensemble du champ des spécialités concernées et détaillent les outils, les actes, les compétences requis pour l'exercice, ainsi que les savoir-faire non médicaux proches de ceux que l'on retrouve dans les normes génériques de la re-licence.

L'évaluation des compétences repose sur trois points :

- la formation médicale continue (identique à celle proposée en France) ;
- l'évaluation dite « à 360 ». Pour un obstétricien, il s'agit d'une évaluation des collègues obstétriciens, anesthésistes, pédiatres mais aussi des sages-femmes et des patientes (les Anglais appellent cela le « Multi-Source Feedback » ou MSF) ;
- l'évaluation des compétences pratiques appropriées (Observed Skill Assessment of Training, OSATS), par confrontation avec les standards nationaux très proches de notre évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Si ces points ont été bien développés dans un document du RCGO en décembre 2006 (Bridging the gap between assessment and appraisal), un certain nombre d'autres points restent en revanche en suspens en ce qui concerne la mise en place de cette nouvelle forme de régulation : qui valide ? qui finance ? quel est le devenir d'un médecin qui ne parviendrait pas à obtenir sa licence ou sa re-certification ? Enfin, il faut souligner que bon nombre de critères et de normes sont toujours en discussion.

Nous avons ensuite été invités aux GMC (Conseil de l'Ordre anglais), où nous nous sommes entretenus avec Sir Graeme Catto et Paul Buckley. Les discussions au GMC ont confirmé que toutes ces mesures sont en voie d'application au Royaume-Uni mais que rien n'est encore réellement opérationnel.

À nous de rattraper le train en marche pour ne pas nous faire distancer par nos collègues anglo-saxons !...

**Dr Valérie Thomas, Mme Dominique Leboeuf,
Pr Philippe Descamps**

Pour ceux qui souhaitent approfondir le sujet :

- *Trust, assurance and safety, the regulation of health professionals in the 21st century, February 2007*

<http://www.official-documents.gov.uk/document/cm70/7013/7013.pdf>

- *Good medical practice, guidance for doctors, General Medical Council, 2006*

http://www.gmc-uk.org/guidance/good_medical_practice/GMC_GMP.pdf

- *Bridging the gap between assessment and appraisal, report of an RCOG working party, December 2006*

http://www.rcog.org.uk/resources/public/pdf/bridging_the_gap0612061.pdf

Faut-il faire des certificats de virginité ?

Le Conseil national de l'Ordre des médecins considère que, n'ayant aucune justification médicale et constituant une violation du respect de la personnalité et de l'intimité de la jeune femme (notamment mineure) contrainte par son entourage de s'y soumettre, un tel examen ne relève pas du rôle du médecin. Celui-ci doit donc refuser l'examen et la rédaction d'un tel certificat qui nous paraît contraire à la dignité de la femme.

L'attitude qui consisterait à ne pas examiner la jeune femme et à certifier qu'elle est vierge, ou à certifier qu'elle est vierge alors qu'elle ne l'ait pas est une faute car le Code pénal (articles 441-7 et 441-8) sanctionne le « faux certificat » (c'est-à-dire celui qui atteste les faits médicaux dont le rédacteur sait qu'ils sont inexacts), même si le contenu du certificat ne procure aucun bénéfice à l'utilisateur. Les sanctions sont alourdies lorsque soit le médecin, soit l'utilisateur tire un avantage de ces fausses attestations.

Le Code de déontologie se montre très ferme sur les certificats dits de complaisance, car tout certificat médical doit être un document objectif (article 28).

La situation est tout autre lorsque l'examen est effectué à des fins médico-légales. Les demandes sont alors de deux types :

- La jeune femme désirant faire constater sa virginité en vue d'une éventuelle annulation de son mariage pour non-consommation lors d'une procédure civile de divorce ou dans une procédure devant la juridiction romaine de la Rote.
Si l'examen clinique est réalisé, il devra faire la part entre la défloration évidente, mais aussi entre l'hymen complaisant ou les reconstitutions chirurgicales. La difficulté nous fait conseiller de demander que l'examen et le certificat viennent d'un collège de médecins, par exemple un gynécologue et un médecin légiste ; ceci non dans une perspective de dilution de la responsabilité mais dans un esprit de rigueur, plusieurs avis valant mieux qu'un seul.
- Une jeune femme vierge victime ou se disant victime d'une agression sexuelle.

Il s'agit alors d'un certificat de constatations de violences sexuelles qui doit être établi dans les normes médico-légales et s'accompagner des prélèvements et examens biologiques nécessaires.

Jacques Lansac

Références :

Pouillard J. Comment réagir en cas de demande de certificat de constatation de virginité ? Bulletin du CNOM. 2003 ; n°20 p :14.

Le praticien face aux violences sexuelles, ministère des Affaires sociales et de l'Emploi et Comité français d'éducation pour la santé. Paris 2000.

En direct du Collège

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

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

Les visites d'accréditation des services de gynécologie-obstétrique pour la formation des internes

L'EBCOG est une association qui regroupe tous les collèges de gynécologie-obstétrique au niveau européen ; elle a pour principal objet l'amélioration de la qualité de la formation en gynécologie-obstétrique et l'homogénéisation du niveau de formation pratique et théorique au niveau européen.

Ses trois principales actions sont :

- la réalisation d'un programme du DES
- la formalisation d'un logbook, véritable carnet de suivi de la formation des internes
- et l'accréditation des services universitaires pour la formation des internes.

De nombreux pays ont déjà mis en place cette stratégie comme l'Angleterre, tous les pays scandinaves, le Portugal, la Hollande. Dans certains pays, cette accréditation est nécessaire pour l'accueil des internes.

En France, 13 services ont été accrédités : Lille, Bordeaux, Cochin et Tenon à Paris, Clamart, Caen, Poitiers, Reims, Strasbourg, Nancy, Angers, Nantes et Amiens. Tous ont été accrédités, mais avec des recommandations pour la plupart.

Les étapes sont les suivantes :

- réunion avec le chef de service de gynécologie-obstétrique et les seniors
- réunion avec le chef de service de néonatalogie et d'anesthésie-réanimation
- visite du service
- réunion avec les internes
- réunion des experts pour un rapport préliminaire
- présentation du pré-rapport.

La visite dure une journée. Elle est effectuée par deux universitaires et un représentant des internes.

Secondairement, le rapport est adressé au chef de service qui pourra faire des commentaires, puis il est présenté au comité exécutif de l'EBCOG et du Bureau du CNGOF pour validation.

Le CNGOF a décidé de prendre en charge cette procédure. Il est prévu une double accréditation européenne et française.

Deux services viennent d'être évalués : celui de Montpellier et celui de Nîmes. Les prochains services qui ont demandé cette évaluation sont ceux de Marseille et Nice. Elles sont prévues en juin prochain.

Les universitaires dont les services ont déjà été évalués peuvent participer aux évaluations.

Les demandes d'évaluation ou de participation à la commission des visites peuvent être adressées à Henri-Jean Philippe*, membre du comité de visite EBCOG et responsable de la procédure en France.

Henri-Jean Philippe

* Pr Henri-Jean Philippe, commission universitaire, CNGOF,
184 rue du Faubourg St-Antoine, 75012 Paris
henri-jean.philippe@chu-nantes.fr

Hommage à Rodolphe Maheux



Nous avons appris avec tristesse le décès en date du 9 mai 2007 de Rodolphe Maheux à l'âge de 56 ans. Nul n'est besoin de rappeler sa carrière importante et sa contribution dans le domaine de la gynécologie, et notamment dans la pathologie de l'endométriose.

Ses travaux restent la référence et ont été encore récemment utilisés pour établir les recommandations de la prise en charge thérapeutique des patientes endométriosiques du CNGOF.

Outre l'aspect scientifique, nous voudrions souligner la contribution de Rodolphe Maheux dans le développement de la francophonie. Nous garderons en mémoire la bonhomie et la jovialité dont il savait faire preuve avec cet accent si cher de nos cousins du Québec.

Nous adressons nos sincères condoléances à son épouse Marie, ses enfants, ainsi qu'à l'ensemble de la communauté des gynécologues du Québec et du Canada.

Emile Daraï



Nomination

Notre ami Georges-Fabrice Blum, vice-président du CNGOF représentant nos collègues libéraux, a été nommé « Professeur conventionné » à l'université de Haute-Alsace, et ce pour deux ans renouvelables.

Le président de son université lui a confié 3 missions :

- coordonner un Diplôme d'Université sur la « prise en charge globale de la femme en ménopause », en partenariat avec le SERFA ;
- étudier les possibilités d'intégrer les formations paramédicales et notamment les IFSI dans le cursus LMD de l'université de Haute-Alsace ;
- faire une étude prospective en vue de l'implantation dans le Haut-Rhin d'une école de sages-femmes.

Le bureau du CNGOF félicite Georges-Fabrice Blum pour cette nomination qui couronne 20 ans de pratique de la gynécologie-obstétrique libérale en lien permanent avec l'enseignement, qu'il s'agisse du DU de gynécologie médicale de la faculté de médecine de Strasbourg, des IFSI de la FMC, ou de l'expertise pour l'OGC et la HAS.

Jacques Lansac, Emile Daraï, Dominique Luton

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

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