

La loi « anti-Perruche » : un problème constitutionnel ou assurantiel ?

Le Conseil constitutionnel a validé vendredi 11 juin 2010 la loi dite « anti-Perruche », qui empêche l'indemnisation des enfants dont le handicap n'a pas été détecté pendant la grossesse.

Il n'a censuré que les dispositions transitoires relatives à l'application de la loi de 2002 aux personnes ayant engagé antérieurement à celle-ci une procédure en vue d'obtenir la réparation de leur préjudice.



Que dit la loi de mars 2002 ?

En 2000, la Cour de cassation, dans son arrêt dit « Perruche », a décidé d'indemniser un enfant né handicapé du fait d'une rubéole maternelle non détectée pendant la grossesse, privant ainsi la patiente de la possibilité d'interrompre la grossesse. C'est la rubéole (et non le médecin) qui a provoqué le handicap, mais c'est l'erreur de diagnostic faite par le médecin qui n'a pas permis à la maman d'interrompre la grossesse. Cet arrêt provoqua un vif débat et l'adoption de la loi du 4 mars 2002 dite loi « anti-Perruche ». Cette loi indique que « nul ne peut se prévaloir d'un préjudice du seul fait de sa naissance ». La personne née avec un handicap dû à une faute médicale ne peut obtenir réparation de son préjudice que « si l'acte fautif a provoqué directement le handicap ou l'a aggravé ou n'a pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer ».

Lorsqu'une faute médicale a consisté à ne pas déceler un handicap pendant la grossesse et à priver ainsi la mère de la possibilité de recourir à une interruption de grossesse, seuls les parents — à condition de prouver « une faute caractérisée » — peuvent demander une indemnité au titre de leur préjudice, c'est-à-dire le préjudice moral, la perte de revenus si l'un des parents cesse son travail pour s'occuper de l'enfant, etc. Le préjudice

Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
91 boulevard de Sébastopol - 75002 Paris
Internet : www.cngof.org - e-mail : cngof@club-internet.fr

réparable ne peut inclure « les charges particulières découlant tout au long de la vie du handicap ». La compensation de ce dernier relève de la solidarité nationale. La loi précise que « toute personne handicapée a droit, quelle que soit la cause de sa déficience, à la solidarité de la collectivité nationale », ce qui s'est traduit par la création en 2005 d'une « prestation de compensation du handicap ».

Que demandent les médecins ?

Les gynécologues-obstétriciens et les échographistes sont conscients de leurs lourdes responsabilités et ne demandent pas à en être exonérés. Ils indiquent simplement que :

- **Leurs techniques, pour autant qu'elles aient fait des progrès, ne permettent pas de dire que l'enfant à naître n'aura pas de handicap.** Il y a donc et il y aura toujours, quelle que soit la qualité des soins, comme dans tous les dépistages, des faux positifs et des faux négatifs. Enfin, certains examens comme l'amniocentèse ou la biopsie du trophoblaste ont une iatrogénicité qui peut entraîner la mort d'un fœtus sain. Ils ne peuvent donc pas être réalisés « par précaution » et doivent répondre à des indications médicales définies. En médecine prénatale (et comme dans toutes les spécialités), le risque de l'acte et son bénéfice attendu doivent être méticuleusement pesés car faire ou ne pas faire peut avoir des conséquences très graves.
- Les couples sans pathologie familiale connue qui décident d'avoir un enfant doivent donc être informés qu'ils prennent forcément un risque et que les médecins ne peuvent aucunement leur garantir un enfant « normal ».

Il nous paraît légitime que les couples qui ont la dure épreuve d'avoir à élever un enfant handicapé soient aidés par la solidarité nationale. Une fois adulte, la personne handicapée doit avoir des moyens de subsistance dignes, lui permettant une autonomie conforme à l'égalité entre les citoyens.

- En cas de faute inexcusable ou « caractérisée », il est légitime évidemment de réparer le préjudice et que les assurances en responsabilité civile des médecins prennent en charge les soins nécessaires, les aménagements du domicile, le *pretium doloris*... Les sommes à provisionner pour une espérance de vie d'une personne handicapée de 80 ans en moyenne nécessitant la présence d'une tierce personne sont énormes et peuvent atteindre 6 à 8 millions d'euros.

Le problème devient donc un problème assurantiel, que nous soulevons depuis plusieurs années. En effet, les assureurs — et c'est bien légitime — répercutent ces sommes sur le montant des primes à payer par les obstétriciens ou les échographistes qui peuvent monter jusqu'à 30 000 euros par an. Le montant de ces primes ne peut être répercuté dans les honoraires conventionnels puisque ceux-ci sont fixés par la sécurité sociale et qu'un accouchement est payé 313 euros. Il faut donc qu'un accoucheur pratique près de 100 accouchements pour simplement payer son assurance ! Par ailleurs, la plupart des assureurs plafonnent dans leurs contrats le montant des indemnités à 3 millions d'euros. Si l'indemnisation dépasse ce montant, le médecin ou ses descendants (car les jugements peuvent être prononcés plus de 20 ans après la naissance quand l'état de l'enfant est stabilisé) peut avoir à assumer sur ses biens propres cette différence.

Ces problèmes assuraux ne touchent que les praticiens exerçant en secteur libéral et freinent l'installation des jeunes collègues, tout en accélérant l'abandon de la pratique obstétricale ou échographique des plus âgés.

Il faut donc trouver des solutions assuraux si l'on veut voir perdurer, pour les couples, le libre choix entre la prise en charge des grossesses dans les cliniques et les hôpitaux, ce qui nous paraît souhaitable. Si rien n'est proposé, il n'y aura plus de choix et les maternités fermeront. Le secteur libéral a déjà perdu près de 12 % des accouchements, passant de 40 % des naissances en 2000 à 28 % en 2009.

Quelles solutions proposer ?

- Faire prendre en charge une partie des assurances professionnelles des obstétriciens et des échographistes par la sécurité sociale, ce qui est le cas actuellement avec l'artifice de l'accréditation. Est-ce le rôle de la sécurité sociale, avec de l'argent public, de payer les assurances privées des médecins ? Les médecins libéraux seront-ils les seuls accrédités ? Ce qui n'a pas de sens en termes de qualité de soins.
- Élargir l'assiette des assurances en faisant payer à l'ensemble du corps médical des primes plus élevées pour payer les indemnités dues par les obstétriciens comme dans d'autres types d'assurances ?

- Élargir l'assiette en assurant par la même compagnie la clinique et tous les praticiens qui y exercent ? Mais est-il normal que les cliniques qui ont des maternités payent plus cher leurs assurances et soient pénalisées ?
- Limiter la responsabilité de l'assureur aux soins médicaux, au *pretium doloris* et considérer qu'une fois l'état de l'enfant stabilisé, ou à sa majorité, il est pris en charge par la solidarité nationale comme tous les handicapés ?
- Légiférer pour que l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux ne puisse pas se retourner contre le praticien ou sa famille en cas de dépassement du plafond de son assurance par le montant des indemnités allouées par le juge plusieurs années après la naissance ? En effet, ces indemnités pourront dépasser le plafond quel qu'en soit le niveau du fait de la simple inflation.

Nous ne demandons pas un régime de faveur, nous demandons simplement à pouvoir exercer notre métier. Puisqu'il ne s'agit pas d'un problème constitutionnel mais d'un problème assurantiel, c'est au législateur de trouver la solution adaptée.

Francis Puech¹, Emile Darai², Dominique Luton²,
Marc-Alain Rozan³, Jacques Lansac⁴

¹ Président du CNGOF

² Secrétaires généraux du CNGOF

³ Président du SYNGOF

⁴ Past-Président du CNGOF

L'hygiène des sondes d'échographie

En janvier 2009, une association de patients a relevé une discordance entre l'opinion de certains scientifiques étrangers et les recommandations de bonne pratique du Haut conseil de la santé publique concernant la désinfection des sondes d'échographie endorectales ou endovaginales (voir ces recommandations sur le site du CNGOF : www.cngof.org).

La discussion portait sur la stérilisation par produits désinfectants ou par un appareil à ultraviolets pour lequel l'AFSSAPS a donné un avis négatif¹.

Le Médiateur de la République a donc saisi l'Académie de médecine sur ce sujet afin de pouvoir rassurer les usagers comme les professionnels.

L'Académie a publié en janvier 2010 son rapport du 8 décembre 2009 (http://www.academie-medecine.fr/les_rapports.cfm). Elle a conclu que les recommandations de désinfection du Haut conseil de la santé publique étaient valables et qu'il fallait rassurer les patients, aucune contamination n'ayant été publiée à la suite d'échographie endocavitaire malgré la fréquence de ces examens.

¹ AFSSAPS, commission nationale des dispositifs médicaux. Mise au point sur l'enceinte de désinfection par rayonnements UVC des sondes d'échographie externes et endocavitaires, Antigermix AS1. 17/02/09. <http://www.afssaps.fr>

Campagne de prévention et de dépistage du cancer du col utérin

Le ministère de la santé et l'INCa ont lancé en juin 2010 une campagne d'information sur la prévention et le dépistage du cancer du col utérin dans le cadre du deuxième plan cancer, à laquelle s'associent bien sûr le CNGOF et la FNCGM.



Cette campagne d'information vise surtout à informer les femmes qui ne font pas de prévention. Elle vise à encourager la réalisation du frottis par les généralistes ou les sages-femmes lors de l'examen prénatal ou postnatal et la vaccination des jeunes filles. Elle veut aussi sensibiliser les pharmaciens et

les infirmières scolaires sur le dépistage et la vaccination. Cette campagne utilise les médias classiques mais aussi Internet et Facebook. Elle sera renouvelée tous les ans. Nous avons demandé que les documents d'information portent le logo du CNGOF.

Nous sommes nombreux au Collège à regretter qu'une fois encore on n'organise pas le dépistage en France ni la vaccination comme dans les pays du nord de l'Europe ou la Grande-Bretagne. Nous avons dit lors de la conférence de presse (où le CNGOF s'est invité) que nous craignons que ce soient les mêmes femmes qui bénéficient du vaccin et du frottis et qu'il reste toujours 30 % des femmes mal dépistées et non ou mal vaccinées.

Cependant, c'est la première fois qu'il y a en France une campagne médiatique pour le dépistage du cancer du col. Des programmes nouveaux seront financés dans l'Allier, le Cantal, la Haute-Loire, le Puy-de-Dôme, le Cher, l'Indre-et-Loire, le Maine-et-Loire, le Val-de-Marne et la Réunion pour essayer de toucher les femmes qui ne se font pas dépister ou sont en situation de vulnérabilité. Ces programmes toucheront 2 millions de femmes.

C'est mieux, mais il faut continuer à dire qu'il faut organiser le dépistage comme dans les départements où cela marche depuis longtemps : Haut et Bas-Rhin, Isère, Martinique.

Jacques Lansac

Les documents d'information pour les patientes à mettre dans votre salle d'attente peuvent être fournis par la DGS : 01 40 56 42 43 ou l'INCa : 01 41 10 14 44 , presse@institutcancer.fr. Vous pouvez les commander gratuitement sur : <http://www.e-cancer.fr/diffusion>

Le deuxième rapport du Comité national technique d'échographie sur l'échographie diagnostique est paru

Le Comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal a été créé en décembre 2001 par Monsieur Bernard Kouchner, ministre délégué à la Santé, avec deux objectifs :

- promouvoir une politique de l'assurance qualité de l'échographie de dépistage ;
- développer une stratégie de l'information du public quant à l'intérêt et aux limites actuelles de cet examen.

Présidé par le Professeur Claude Sureau puis par le Professeur Roger Henrion, il a publié en avril 2005 un premier rapport concernant l'échographie systématique ou « de dépistage ».

Le deuxième rapport a pour objectif de proposer une méthodologie aux échographistes qui réalisent les échographies de seconde intention ou de diagnostic en raison d'un risque accru d'anomalie fœtale. Cette méthode d'examen comporte un tronc commun et des recherches spécifiques en rapport avec la pathologie qui justifie cet examen approfondi. Le comité pense rendre service aux échographistes de terrain en leur proposant le schéma défini par les experts consultés. Il peut être consulté sur le site du collègue : www.cngof.org.

Jacques Lansac

Président du Comité national technique de l'échographie de dépistage prénatal

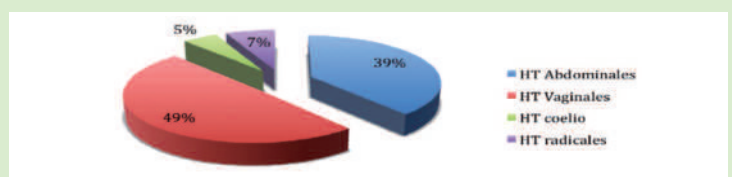
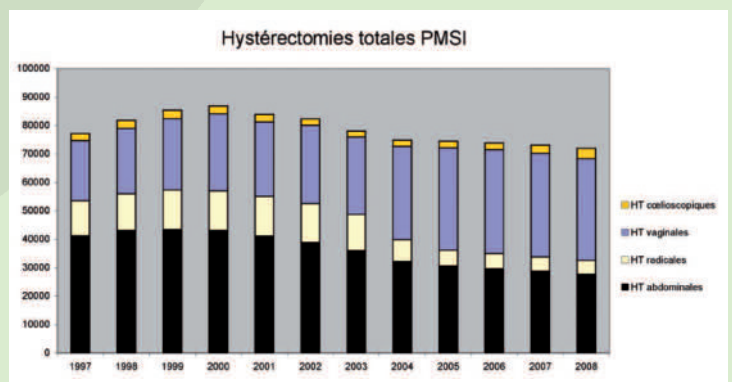
Où en est le taux d'hystérectomies en France ?

D'après les données du PMSI, le nombre d'hystérectomies en France, après avoir dépassé les 86 000 en l'an 2000, baisse légèrement. Il s'élève à 72 000 en 2008. Comme on peut le voir également, le taux des hystérectomies vaginales est de 49 % et dépasse celui des hystérectomies abdominales qui est de 39 %.

Le taux d'hystérectomies coelioscopiques reste stable autour de 5 %.

Florence Fourquet

CHRU Bretonneau - Service d'information médicale, d'épidémiologie et d'économie de la santé - 2 boulevard Tonnellé - 37044 Tours cedex



Cancer du sein et exposition au DES *in utero*

Une étude américaine a montré que les « filles DES » exposées *in utero* ont un risque plus élevé de cancer du sein que les femmes non exposées pour la tranche d'âge de 40 ans et plus, avec un risque relatif de 1,91 (95 % IC : 1,09-3,33) [1]. Pour les femmes exposées de 50 ans et plus, le risque était de 3,00 (95 % IC : 1,01-8,98), mais le faible nombre de cas rend ce risque relatif imprécis.

L'hypothèse évoquée pour cette association est une augmentation du nombre des cellules souches de la glande mammaire, ce qui conduirait plus tard à un accroissement du risque de transformation maligne. Rappelons qu'une légère augmentation du nombre de cancers du sein était connue depuis une quinzaine d'années [2] chez les « mères DES », avec un risque relatif de 1,35. Ce risque n'augmente pas avec l'âge de ces femmes.

Une publication hollandaise récente [3] ne retrouve pas d'élévation du taux de cancers du sein chez les « filles DES », même à 40 ans et plus. Pour expliquer cette différence avec l'étude américaine, les auteurs évoquent le fait que l'âge médian était inférieur et que le nombre de cas dans la tranche d'âge élevée était faible.

En France, le DES a été prescrit de 1950 à 1977, avec un pic de prescriptions de 1966 à 1971. À ce jour (2010), ces femmes approchent donc ou ont déjà atteint la quarantaine.

Pour les « filles DES » de plus de 40 ans, le risque environ doublé est proche de celui d'une femme ayant un cas de cancer du sein chez une parente du premier degré. Le type de surveillance habituellement proposé à ces femmes pourrait être appliqué aux « filles DES ». Il leur est déjà conseillé un examen clinique avec frottis annuel en raison du risque environ doublé de dysplasie cervicale et pour le risque, maintenant très faible à ces âges, d'adénocarcinome à cellules claires. Il pourrait être conseillé, outre cette consultation avec examen des seins, une mammographie annuelle.

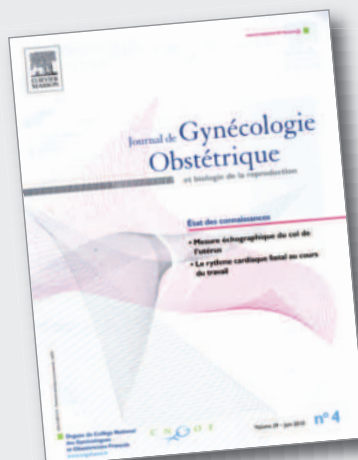
Michel Tournaire¹

Bibliographie :

1. Palmer JR et coll. *Cancer Epidemiol Biomarkers* 2006;15:1509-14
2. Colton T et coll. *JAMA* 1993;269:2096-100
3. Verloop J, van Leeuwen FE, Helmerhorst TJ, van Boven HH, Rookus MA. *Cancer risk in DES daughters. Cancer Causes Control* 4 mars 2010

¹ Hôpital Saint-Vincent de Paul, Paris
m.tournaire@svp.aphp.fr

Le Journal de Gynécologie Obstétrique et biologie de la reproduction aura de nouveau à partir de 2011 un Impact Factor



Ceci est un élément doublement important, aussi bien pour la notoriété du journal — organe officiel du CNGOF — que pour sa valeur universitaire. Elle permettra de susciter des envies supplémentaires de publier dans une revue reconnue. Il faut rappeler que le CNU souhaite que les candidats puissent avoir publié dans des revues en français référencées, ce qui sera donc le cas. De plus, cette revue francophone, qui véhicule les recommandations issues

des RPC du CNGOF, permettra aux futurs candidats professeurs hors de l'hexagone d'optimiser leurs titres et travaux, et donc la qualité des articles, en raison de l'Impact Factor.

Il faut cependant rappeler que la valeur de l'Impact Factor s'obtient sur le nombre de citations d'articles issues de la revue, uniquement sur les deux dernières années. Ainsi, si l'on souhaite avoir une revue francophone forte, il faut que les auteurs pensent systématiquement à citer des articles publiés récemment dans la revue du Collège pour faire monter cette IF. Il est important qu'une revue francophone puisse ainsi véhiculer au mieux l'importance des travaux issus des équipes d'obstétrique, de gynécologie et de reproduction.

Hervé Fernandez

Rédacteur en chef du JGOBR

Les prochaines journées nationales du CNGOF

se dérouleront du 8 au 11 décembre 2010 au CNIT, Paris-La Défense. Pré-programme et inscriptions : www.cngof.org



Formations continues pour les gynécologues et obstétriciens

- Dépistage et prise en charge des victimes de mutilations sexuelles féminines
 - Dépistage et prise en charge d'un cancer du sein
 - Dépistage et prise en charge des ménorragies de cause non cervicale ou vaginale
- FCP mises en place par le CNGOF, financées par l'OGC. Indemnité pour perte de ressources : 345 € par jour. Informations et inscriptions : 02 31 38 25 43 www.miniseminaires.com