

Éditorial



Bernard Hédon

Cela faisait un an, au moins, que la France était en campagne. La page est tournée, et après le temps des promesses et des grands rêves vient maintenant le temps des réalités. Celles-ci ne correspondent que de loin, tout le monde le sait, avec ce que les candidats élus ont pu laisser entendre. Mais cela n'empêche pas le rituel de se répéter à chaque fois. Sans doute parce qu'il est inévitable. Mais aussi, je crois, parce qu'il est nécessaire de respecter des temps d'arrêt, de réflexion, avant de s'engager pour un temps déterminé, en l'occurrence pour cinq années. C'est cela la vraie campagne. Ce n'est pas seulement un exercice électoral pour attirer les voix. C'est aussi un moment, une occasion pour réaffirmer ses valeurs, ses priorités, pour les faire connaître et, dans la mesure du possible, leur permettre d'apparaître au premier plan du débat national.

C'est pour cela que le CNGOF s'est manifesté en écrivant à chaque candidat à l'élection présidentielle. La rédaction de cette lettre a été l'occasion d'un effort de synthèse. Il n'était pas question de faire une dissertation de dix pages, ni d'énumérer de façon exhaustive la liste des questions d'importance qui touchent à l'exercice de la gynécologie-obstétrique et à la santé des femmes. Derrière cet effort de synthèse, il faut y voir les lignes de force qui guideront l'action du Collège au cours des années à venir.

Je ne sais si notre courrier aura été lu. Nous avons reçu trois réponses (sur dix candidats) avec des mots aimables (c'est déjà ça !), mais sans que l'on y perçoive une réflexion d'ampleur. L'important n'est pas là. L'essentiel est que le CNGOF se soit manifesté au cours de cette campagne en y portant son message propre sur la santé des femmes et que, au moins en interne, et si possible bien sûr aussi loin que possible en externe, ce message soit perçu comme une affirmation de valeurs qui guident et guideront l'action.

C'est pour cela que, même si la bataille est finie, notre « lettre aux candidats » a toute sa place dans les Brèves du Collège. Les thèmes qu'elle aborde sont autant de défis à relever.

Bernard Hédon

Santé des femmes, le CNGOF s'adresse aux candidats à l'élection présidentielle

Le CNGOF est particulièrement attaché à :

■ **La poursuite et l'intensification des programmes de dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus.**

Le dépistage organisé du cancer du sein a fait ses preuves pour les femmes de 50 à 74 ans. Il convient d'accroître le taux moyen de participation (actuellement de 52 %) et de réduire les disparités régionales.

Le cancer du col de l'utérus demeure un problème de santé publique en France, alors qu'existent des moyens de prévention très efficaces. La complémentarité entre le dépistage par frottis et la vaccination devrait permettre une réduction du risque de cancer du col de l'ordre de 98 %.

Le CNGOF demande qu'un dépistage organisé soit étendu à l'ensemble du territoire comme l'a recommandé la Haute Autorité de santé en 2010, et que la couverture vaccinale des jeunes filles soit optimisée.

■ **La prise en charge des femmes ménopausées,** qui reste un domaine sous-évalué en France. Il est absolument nécessaire qu'une volonté politique soutienne une étude épidémiologique française.

Le maintien de la santé des femmes après la ménopause passe par une politique de prévention des pathologies liées à l'âge, en particulier la maladie d'Alzheimer.

■ **Le renforcement de l'accès à la contraception,** en particulier auprès des jeunes, grâce à des politiques nationales volontaristes d'information et de sensibilisation sur l'ensemble des moyens de contraception disponibles, mais aussi des politiques innovantes de prix et de remboursement.

En 2010, 18 000 mineures ont débuté une grossesse, 4 500 l'ont poursuivie, mais 12 000 jeunes filles de 15 à 17 ans ont eu recours en 2009 à une IVG (17 000 pour la population des 17-19 ans). Ces grossesses précoces touchent tout particulièrement des jeunes filles de milieux défavorisés. Des mesures urgentes doivent être prises pour favoriser l'accès à la contraception dans notre pays.

>>>>

Brèves du Collège

30

septembre
2012

■ **La prévention périnatale**, en instaurant une consultation pré-conceptionnelle qu'il s'agisse d'une première grossesse ou non : examen général et gynécologique, adaptation de certains traitements, prise de sang pour connaître le statut immunitaire, arrêt de la consommation de tabac, d'alcool, de cannabis, dispensation de conseils nutritionnels, prévention des anomalies du tube neural par les folates... autant de points qui devraient imposer l'instauration d'une consultation médicale avant de débiter une grossesse, comme le recommande la Haute Autorité de santé. Les professionnels de la naissance insistent également sur l'importance de l'entretien prénatal précoce, qui permet notamment de dépister les situations de vulnérabilité psychologique et/ou sociale et ainsi de mettre en place une stratégie adaptée le plus en amont possible au cours de la grossesse au bénéfice de la santé de la femme, du fœtus et plus tard du nouveau-né. La dépression périnatale touche environ 15 % des femmes, moins de 50 % sont diagnostiquées.

La promotion de l'allaitement maternel doit être soutenue : 60 % seulement des mamans allaitent en maternité.

Les inégalités sociales sont des facteurs de risque connus de longue date pour la prématurité et les petits poids de naissance.

Le nombre de femmes en situation de précarité et même de pauvreté est en augmentation, 10 % des ménages ont moins de 1 000 euros de revenus mensuels. Le pourcentage de femmes bénéficiant de ressources provenant d'une allocation chômage, de l'API, du RMI ou du RSA... est passé de 21,5 % en 2003 à 28,4 % en 2010.

Les conduites à risque, si elles n'ont pas été identifiées lors de la première consultation prénatale, peuvent également être dépistées lors de cet entretien. Malgré les recommandations, 22 % des femmes fument et 23 % consomment de l'alcool pendant la grossesse, avec des conséquences lourdes pour la santé de l'enfant. Le syndrome d'alcoolisation fœtale est la première cause non génétique de retard mental en France.

■ La conjugaison de la sécurité et de l'humanisation des naissances.

En prolongement du regroupement des maternités et de la mise en œuvre du plan de périnatalité, gages de sécurité maternelle et infantile, les professionnels de la naissance souhaitent aussi répondre aux attentes de certains couples pour une plus grande humanisation de la naissance, sans déroger à l'impératif absolu de sécurité de la mère et de l'enfant. Dans cet esprit, ils recommandent le développement d'une prise en charge coordonnée, transversale ville-hôpital, impliquant tous les professionnels de la naissance, la multiplication d'espaces physiologiques et/ou l'expérimentation de maisons de naissance en contiguïté immédiate avec une maternité médicalisée garantissant la sécurité. Les réseaux en santé périnatale doivent permettre l'harmonisation des pratiques et la mobilisation de tous les professionnels, y compris la protection maternelle et infantile (PMI).

■ L'information des couples en matière de procréation.

Les gynécologues-obstétriciens sont très préoccupés par l'âge toujours plus tardif de la première grossesse, environ 30 ans aujourd'hui. Pour des raisons personnelles mais aussi socio-économiques, beaucoup de femmes sont amenées à différer leur projet de grossesse et pensent pouvoir maîtriser leur fécondité. Or, cette fécondité ne cesse de diminuer avec l'âge. Il est essentiel que la politique familiale prenne en compte cette réalité, qu'elle contribue à l'information des femmes et des hommes, qu'elle leur apporte les aides qui leur permettraient d'anticiper leurs projets, qu'elle soutienne la prise en charge médicale pour ceux qui n'auraient pu les réaliser à l'âge où il aurait fallu : assistance médicale à la procréation, don d'ovocytes, préservation de la fertilité.

Francis Puech

Échographies ludiques

La HAS vient de publier un avis concernant les échographies « non médicales ». Cette instance ainsi que l'AFSSAPS avaient été saisies par le premier ministre François Fillon à la suite de la campagne de presse faite par le CNGOF pour réserver les échographies obstétricales aux médecins et sages-femmes.

Les conclusions de la HAS sont les suivantes :

- la définition d'une échographie fœtale comme acte médical est la suivante : il s'agit d'une échographie réalisée dans un but diagnostique, de dépistage ou de suivi et pratiquée par un médecin ou une sage-femme ;
- d'après le code de la santé publique, les échographies fœtales à visée médicale ne peuvent être pratiquées que par des médecins titulaires d'un diplôme inter-universitaire d'échographie en gynécologie-obstétrique ou des sages-femmes titulaires d'une attestation en échographie obstétricale ;
- la pratique commerciale d'échographie sans visée médicale est incompatible avec l'exercice d'un médecin ou une sage-femme, car cela serait contraire à leurs codes de déontologie professionnelle ;
- les dispositifs médicaux doivent, au regard du code de la santé publique, être utilisés conformément à leur destination. En conséquence, tout appareil échographique mis en circulation sur le territoire français sous un statut de dispositif médical ne doit être utilisé qu'à des fins médicales (et donc uniquement par des professionnels de santé).

La HAS recommande :

- la diffusion et l'encadrement d'une information complète, compréhensible et cohérente pour les femmes et les couples au sujet de toute échographie fœtale (médicale ou non), notamment en ce qui concerne l'ensemble des risques que ces pratiques peuvent engendrer ;
- l'édiction d'un encadrement juridique de la revente des appareils échographiques (au même titre que les dispositifs médicaux II b et III) ;
- l'évaluation scientifique de l'ensemble des risques (physiques et non physiques) associés à la pratique des échographies fœtales.

L'avis de François Hébert, directeur adjoint de l'AFSSAPS, que l'on trouve en annexe 2 du rapport de la HAS est plus clair encore : « La problématique soulevée est liée au détournement de l'usage d'un dispositif médical (échographe) qui a été conçu pour un usage médical. L'échographie à visée non médicale peut être réalisée sans limitation de durée ni de répétition et par des personnes sans qualification particulière. Ceci conduit donc à un risque de surexposition par rapport aux examens médicaux pratiqués au cours de la grossesse.

Je considère donc que l'utilisation des dispositifs médicaux d'échographie devrait faire partie des actes réservés aux médecins et aux sages-femmes. »

Jacques Lansac

Le Comité consultatif national d'éthique en faveur des banques publiques allogéniques de sang de cordon

Comme le CNGOF et l'Académie de médecine, le Comité consultatif national d'éthique confirme en 2012 son avis de 2002. Il avait répondu clairement par la négative à la question de la saisine du directeur général de la Santé sur l'opportunité d'autoriser le développement des bio-banques privées destinées à un usage autologue de substitution de moelle osseuse hématopoïétique par des unités de sang de cordon, ce qui s'est traduit en France par l'interdiction, aujourd'hui effective, des bio-banques privées. La notion de publicité mensongère stigmatisée dans cet avis reste d'actualité et doit même de nos jours être renforcée écrit le CCNE.

Les bio-banques d'unités de sang de cordon sont en France de statut public et relèvent depuis les lois de bioéthique du principe éthique de justice, de « la solidarité qui fonde la récolte et l'utilisation des produits issus du corps humain, c'est-à-dire du don anonyme, gratuit, non dirigé ».

Il n'y a pas plus de raisons en 2012 qu'en 2002 d'envisager l'autorisation et le développement de bio-banques d'unités de sang de cordon à visée exclusive de substitution de moelle autologue de nature privée à but lucratif, dans la seule indication de l'autogreffe de moelle éventuelle. Elles ne sont pas souhaitées par l'immense majorité des futures mères interrogées. La publicité, non fondée sur des données scientifiques avérées, pour d'autres usages des recueils de cellules souches autologues renforce cette position du CCNE.

L'indication d'utiliser deux voire trois unités d'UCB provenant de donneurs réputés HLA identiques pour traiter un adulte par greffe de moelle rend indispensable d'augmenter le nombre de maternités accréditées en France à un minimum de soixante, pour atteindre l'objectif d'avoir rapidement 50 000 unités répertoriées, disponibles, de qualité certaine et utilisables comme allogreffes de cellules souches hématopoïétiques en France ou à l'étranger.

Il est apparu, depuis 2002, une indication nouvelle d'allogreffe de moelle hématopoïétique intrafamiliale : il s'agit de certaines hémoglobinopathies congénitales génétiquement transmises (thalassémie, drépanocytose dans les formes sévères...), ce qui fait souhaiter par certains la création de bio-banques allogéniques « familiales ».

Ces bio-banques à caractère familial ne sauraient être exclusivement privées compte tenu, notamment, de la pauvreté habituelle de la population majoritairement concernée par ces cas (principes éthiques de justice et de solidarité).

Le cas des banques familiales pour un usage allogénique mérite, par définition, d'être clairement séparé de celui des bio-banques à visée purement autologue et d'être traité de façon spécifique. La charge des frais engagés par ces bio-banques familiales devrait pouvoir être au moins en partie d'ordre public.

Le souci d'efficacité rend souhaitable que ces bio-banques familiales (dont les unités d'UCB ne seront pas utilisées s'il n'existe pas dans la fratrie d'enfant atteint de l'hémopathie congénitale redoutée) puissent devenir « solidaires » à des fins d'allogreffes extrafamiliales.

Les cellules mésenchymateuses du cordon

Le CCNE (comme l'Académie de médecine) souligne les potentialités, en matière de recherche, des cellules souches mésenchymateuses collectées à partir de la paroi du cordon et du placenta qui sont aujourd'hui attestées par de nombreux travaux scientifiques.

Il propose que le recueil des cellules souches de la paroi du cordon devienne plus systématique.

En effet, les cellules souches mésenchymateuses collectées à partir du cordon et du placenta sont nombreuses ; elles peuvent être mises en culture et leur

Le paracétamol pendant la grossesse est sans danger pour l'enfant

Depuis le début des années 2000, plusieurs études épidémiologiques ont contesté la réputation de bénignité du paracétamol pris pendant la grossesse. On a évoqué une augmentation du risque de cryptorchidie chez le garçon et d'asthme dans l'enfance.

Deux études de cohorte de 49 000 garçons, six études de cohorte et onze études cas-témoins portant sur 38 000 femmes n'ont pas montré d'augmentation des malformations (et en particulier des cryptorchidies) chez les enfants exposés *in utero* au paracétamol. Les données disponibles ne montrent pas de liens probants entre l'exposition *in utero* au paracétamol et le développement dans l'enfance.

Le paracétamol reste donc le médicament antalgique et antipyrétique à utiliser en premier choix chez les femmes enceintes quand les méthodes non médicamenteuses ne suffisent pas.

Rappelons que les anti-inflammatoires non stéroïdiens sont formellement contre-indiqués pendant la grossesse car ils exposent :

- au premier trimestre de la grossesse à des fausses couches et à des malformations, en particulier cardiaques ;
- au cours de la deuxième moitié de la grossesse à une hypertension artérielle pulmonaire chez le fœtus avec fermeture prématurée du canal artériel, et à une insuffisance rénale fœtale avec oligoamnios.

Jacques Lansac

Référence : PRESCRIRE. Paracétamol pendant la grossesse sans danger en particulier pour l'enfant. Prescrire 2012;32:199-203.

nombre être amplifié de façon efficace, voire permettre d'obtenir des lignées cellulaires stables.

Les besoins de cellules souches pour les criblages en pharmacologie pourraient être satisfaits par l'utilisation de ces lignées cellulaires stables.

Les espoirs que font naître leur usage en thérapeutique régénérative, tant néonatale qu'à des âges plus tardifs, méritent par eux-mêmes des recherches soutenues par les agences et établissements publics à caractère scientifique et technique (EPST) de la recherche biomédicale.

Jacques Lansac

Référence : CCNE. Utilisation des cellules souches issues du sang de cordon ombilical, du cordon lui-même et du placenta et leur conservation en bio-banques. Questionnement éthique. Avis N° 117 2012.

Recommandation de la HAS sur les situations pathologiques pouvant relever de l'HAD au cours de l'ante- ou du post-partum

Sous réserve que la patiente ne soit pas seule, qu'elle accepte son admission en HAD (document contractuel signé) et qu'elle puisse toujours être retransférée en urgence vers l'établissement d'origine, l'hospitalisation à domicile obstétricale peut être proposée dans les cas suivants :

En ante-partum

Hypertension gravidique modérée :

- pression artérielle systolique < 160 mmHg
- pression artérielle diastolique < 110 mmHg
- isolée sans protéinurie
- associée à un RCIU modéré (5-10^e percentile)
- sans antécédent de MFIU, d'HRP, d'éclampsie

Diabète préalable à la grossesse ou gestationnel :

- dont les objectifs glycémiques ne sont pas atteints (moyenne des glycémies supérieures à 1,5 g/l)
- si la patiente a bien compris les enjeux
- en lien étroit avec un diabétologue

Lupus et syndromes des anti-phospholipides :

- Thrombophilie génétique en cas d'antécédents de MFIU ou de complications de la grossesse en cours (RCIU)
- Cholestase gravidique
- Antécédent de MFIU
- RCIU (5^e au 10^e percentile)

Notre président nommé membre du Comité consultatif national d'éthique (CCNE)

Francis Puech été nommé membre du CCNE. Il rejoint donc pour notre discipline Claude Sureau, ancien président de l'Académie nationale de médecine, et Joëlle Belaisch-Allart, vice-présidente du CNGOF. La présence de trois gynécologues-obstétriciens au CCNE montre l'importance des problèmes éthiques de notre discipline, qu'il s'agisse du diagnostic anténatal, de la procréation médicalement assistée ou de la planification familiale.



Directeur de publication :

Pr F. Puech (Lille)

Rédacteur en chef :

Pr Ph. Descamps (Angers)

Conseiller spécial :

Pr J. Lansac (Tours)

Comité de rédaction :

Pr E. Darai (Paris)

Pr D. Luton (Clichy)

Conception / réalisation :

Accent Aigu

Webmaster :

B. Michelon
(www.cngof.org)

En post-partum

Pathologie spécifique au post-partum :

Soins post-césarienne

- difficulté de cicatrisation
- surveillance et soins locaux en cas d'abcès ou de collection pariétale
- allaitement maternel associé

Soins de plaie périnéale

- cicatrisation difficile : collection, inflammation, hématome
- désunion de cicatrice
- thrombus vaginal traité
- périnée complet, compliqué ou non
- difficultés sphinctériennes, notamment nécessité d'auto-sondage

Dépression du post-partum

Pathologie non spécifique au post-partum :

- pathologie thromboembolique récente
- diabète insulino-dépendant mal équilibré
- pathologie infectieuse après la phase aiguë
- anémie sévère mais compatible avec le lever de la patiente (Hb entre 7 et 9 g/dl)
- HTA persistante après l'accouchement mais non préexistante à la grossesse en cas d'équilibration en cours

Jacques Lansac

Référence : HAS. Situations pathologiques pouvant relever de l'hospitalisation à domicile au cours de l'ante et du post-partum. 2011.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/situations_pathologiques_pouvant_relever_de_lhospitalisation_a_domicile_au_cours_de_lante_et_post-partum_-_fiche_de_synthese-_4_pages.pdf.

Les prochaines journées nationales du CNGOF se dérouleront du mercredi 5 au vendredi 7 décembre 2012 au CNIT, Paris-La Défense.

36^{ES} JOURNÉES NATIONALES
5 AU 7 DÉCEMBRE 2012
CNIT - PARIS-LA DÉFENSE
COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

Pré-programme et inscriptions :

www.cngof.org