

LES
CAHIERS

SYNGOOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



105

Juin
2016

- IVG médicamenteuse en ville
- MedyCS 9 arrive
- Résultats enquête chirurgie 2016

60 ANS
D'ACTION
DE TERRAIN
6 LOIS GAGNÉES

VOUS
AVEZ
LE
DON
DE
CHANGER
LES
CHOSSES

Continuons ensemble
le combat contre la misère

ZÉRO CHÔMEUR DE LONGUE DURÉE
FAIRE RECULER LE CHÔMAGE
DALO GARANTIR L'ACCÈS AU LOGEMENT
LUTTER CONTRE LES EXCLUSIONS
CMU GÉNÉRALISER L'ACCÈS AUX SOINS
RMI/RSA CRÉER DES MINIMAS SOCIAUX
POUR DONNER EN LIGNE WWW.ATDQM.FR



Merci de votre soutien à ATD Quart Monde – 12 rue Pasteur 95480 PIERRELAYE

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ e-mail _____

Pour mieux vous connaître, année de naissance _____

espace offert par le support

2 Éditoriaux

*F.X. BOYER de LATOUR
B. de ROCHAMBEAU*

INFORMATIONS SYNDICALES

4 AG et CA du 10 juin 2016

B. de ROCHAMBEAU

10 Réponse de la section éthique du CNOM

E. PAGANELLI

12 L'IVG médicamenteuse en ville

E. PAGANELLI

14 Compte rendu colloque AH

P. LE PORS-LEMOINE

16 Résultats enquête chirurgie 2016

P. LE PORS-LEMOINE, O. DUFFAS

INFORMATIQUE

23 Du 9 pour la rentrée

F. SBERRO

ETHIQUE

24 Concilier soins et religions

- Clause de conscience des médecins
- Aumôniers en établissement de soins
- Certificat de virginité ou "défloration"

J. THÉVENOT

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

28 La gynécologie, une brève histoire

B. SEGUY

VOS RUBRIQUES

34 Propos de lecture

36 Conseil d'administration

37 Petites annonces

38 Les annonces de recrutement

105

juin

The Bridgeman Art Library



*The Gale 1883-93 (oil on canvas)
Homer, Winslow (1836-1910)
Worcester Art Museum, Massachusetts
USA/Bridgeman Images*

Directeurs de la Publication :
Dr François-Xavier Boyer de Latour
Tél. 03 23 64 53 59 fxdelatour@gmail.com
Dr Bertrand de Rochambeau Tél. 01 64 72 74 26

ldr@club-internet.fr

Comité de Rédaction : Docteurs Boyer de Latour, de Rochambeau, Favrin, Paganelli, Rivoallan

Régie publicitaire :

M. Kamel TABTAB - reseauprosante.fr
contact@reseauprosante.fr - 01 53 09 90 05
Siège social : Syngof, 25 rue du Tendat
81000 ALBI - Tél. 04 67 04 17 18
syngof@syngof.fr
www.syngof.fr

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les "copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective" et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustrations, "toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite", (alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du code pénal.

Créateur des Cahiers Syngof :
Raymond Belaïche

Conception et Réalisation :
Nadine Prugny

Maquette P.A.O. : Nadine Prugny
ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 2^{ème} trimestre 2016

Imprimé en France

SOUJIE Imprimeur - 34110 FRONTIGNAN



FRANÇOIS-XAVIER BOYER DE LATOUR
DIRECTEUR DE PUBLICATION

Qu'attendre des négociations conventionnelles ?

Pour la première fois le SYNGOF par le biais du BLOC participe aux négociations conventionnelles. Que pouvons nous attendre de ces négociations ?

Le directeur général de la CNAMTS M. REVEL nous a d'emblée annoncé qu'il ne serait pas celui qui signerait une convention où un espace de liberté tarifaire serait accordé à tous les médecins. Il ne nous avait pas dit qu'il voulait être celui qui ferait disparaître le seul espace de liberté tarifaire qui nous reste : le secteur II.

En effet, des discussions que nous avons eues, il apparaît nettement qu'aucune revalorisation tarifaire ne sera accordée aux médecins en secteur II, même les actes effectués en urgence ou sur des patients en CMU ou ACS sans compléments d'honoraires ne seront jamais réévalués ! Ceci aboutira à terme à transformer le secteur II actuel en secteur III sans aucun remboursement.

Pour compenser la disparition programmée de ce secteur II on nous propose un nouveau secteur (un contrat d'accès aux soins remodelé et débaptisé pour ne pas nous faire peur). Pour rendre "attractif" ce nouveau secteur deux carottes nous sont proposées :

- Les actes de la CCAM seraient réévalués,
- Un espace de liberté tarifaire serait autorisé mais probablement bloqué à un certain niveau.

Jusqu'où pouvons-nous aller ?

Refuser toute évolution nous condamne à la situation qui dure depuis des années : aucune revalorisation tarifaire et un enfermement dans le secteur II condamné à terme.

Ou accepter un compromis :

- Mais quelle revalorisation tarifaire minimale devons-nous accepter : 15, 20, 25% ?
- Quel espace de liberté ? En tout état de cause il ne peut pas être totalement bloqué puisque nos frais eux ne le sont pas. Le dernier exemple étant l'obligation que nous allons avoir d'opérer exclusivement avec des aides IBODES plus qualifiées et donc plus rémunérées. Nous devons garder une marge de manœuvre qui nous permette de continuer à offrir à nos patientes une médecine de qualité et donc évolutive.

Tout compromis, toute négociation est une trahison, le tout est de déterminer jusqu'où nous pouvons aller sans perdre notre âme !



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION

La gynécologie obstétrique libérale sera à forte valeur ajoutée ou disparaîtra

actuellement 80% des naissances ont lieu dans les maternités publiques que font fonctionner 1/3 des gynécologues obstétriciens exerçant en France. Parmi les 2/3 libéraux, seulement 1 380 assurent à la fois l'activité d'obstétrique et de chirurgie ; parmi eux, 985 ne font que de l'obstétrique. Cet effectif qui assure 20% des naissances, va encore se restreindre, faisant si rien ne change, fondre ainsi la part des naissances du privé. Parce que la capacité à recruter des parturientes dépend directement de l'offre de consultations, le faible nombre des gynécologues obstétriciens aboutira inévitablement à cette évolution.

L'intérêt du maintien d'une obstétrique libérale n'est plus à démontrer : production de soins de qualité au meilleur coût, alternative stimulante pour l'obstétrique publique, elle-même enfermée dans le gigantisme de ses structures, de plus en plus rejeté par les femmes comme par les médecins et les sages-femmes qui y travaillent.

Pour élargir l'offre de consultations obstétricales, les maternités privées ont intérêt à s'adjoindre les services des professionnelles de la naissance que sont les sages-femmes. 22 000 sages-femmes exercent en France, 12 000 ETP sont actuellement salariées des établissements de soins, que font les 10 000 autres ? 75% de leur activité consiste à la préparation à la naissance et la rééducation périnéale. 5% de la consultation et 5% de la surveillance à domicile de grossesses pathologiques. Nombre d'entre elles, n'arrivent pas à en vivre.

C'est maintenant qu'il faut être imaginatif et adapter nos modes d'exercice à ces données structurelles. Constituer des équipes de soins coordonnées en maternité permettra aux gynécologues obstétriciens de sécuriser leur maternité, de travailler réellement en équipe, de se dégager du temps pour leurs autres activités de la spécialité. La répartition du travail au sein de ces équipes devra respecter les compétences de chacun. Le transfert d'une partie des consultations de suivi des grossesses normales qui aujourd'hui assurent une rémunération de base, vers les sages-femmes, sera compensé très largement par l'élargissement de la base de consultations. La conséquence directe de cette organisation sera la valeur ajoutée de l'activité du gynécologue obstétricien par rapport à la sage-femme. L'évolution tarifaire de l'activité des gynécologues obstétriciens devra en tenir compte.

La gestion de l'activité de la salle de naissance doit aussi évoluer. Par le développement du concept de "l'accréditation d'équipe", Gynerisq a démontré l'intérêt qualitatif du travail coordonné en salle de naissance. La réalité des pratiques entre les différents acteurs : sages-femmes, obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, nécessite que l'activité des sages-femmes soit organisée rigoureusement dans le cadre de leurs compétences et que le traitement, des difficultés et pathologies qui se déclareraient, soit pris en charge par les médecins. Les modalités de rémunération des acteurs en salle de naissance doivent en conséquence être modifiées. A la rémunération à l'acte il est nécessaire d'adjoindre une rémunération de coordination en fonction du rôle de chacun.

Ne pas voir la nécessité impérieuse de réformer nos modes d'exercices aboutira à la disparition des maternités privées.

Assemblée Générale et Conseil d'Administration

10 juin 2016

B. de ROCHAMBEAU*

Dans les maternités privées il existe un lien très fort entre le nombre de médecins qui consultent et le nombre de patientes qui accouchent.

é

étaient présents les Docteurs :

BLUM, CACAULT, CAMAGNA, DE BIEVRE, DE ROCHAMBEAU, DREYFUS, GRISEY, GUERIN, GUIGUES, HOMASSON, HOROVITZ, LAPLACE, LE PORS, MARTY, PAGANELLI, PEIGNÉ, ROBION, THIEBAUGEORGES, VERHAEGHE.

Étaient excusés les Docteurs :

BASTIAN, BONNEAU, BOYER DE LATOUR, DARMON, DEFFARGES, GERAUDIE, GRAVIER, LONLAS, MIRONNEAU, RIVOALLAN

Assemblée Générale Ordinaire

Le Dr DE ROCHAMBEAU, ouvre l'Assemblée Générale et demande au Dr MARTY de présenter aux membres du SYNGOF le rapport du commissaire aux comptes concernant les comptes clos au 31 décembre 2015, de proposer un tarif pour la cotisa-

tion 2017 et de discuter du renouvellement du mandat du commissaire aux comptes.

Le Dr MARTY reprend rapidement la présentation des comptes qui a été faite lors de l'AG de mars et propose la lecture du compte rendu du commissaire aux comptes.

Vote du quitus :

Abstention : 1

Le quitus est adopté à la majorité.

Fixation de la cotisation syndicale

2017 : le trésorier propose de conserver le même tarif que les années précédentes dans la mesure où le syndicat était bénéficiaire fin 2015.

L'assemblée accepte à l'unanimité le montant de la cotisation qui reste à 230€.

Le Dr MARTY annonce à l'assemblée que le mandat du commissaire aux comptes arrive à échéance cette année et il explique que la représentativité a été obtenue par la fusion administrative du SYNGOF dans la fédération du BLOC pour être habilité à négocier la convention et obte-

nir ainsi éventuellement des fonds conventionnels. LE BLOC s'il signe la convention aura besoin d'un commissaire aux comptes qu'il faudra choisir ensemble. Il serait superflu et inutilement coûteux de faire deux fois cette certification des comptes. Dans l'enquête de représentativité les comptabilités des 3 syndicats fédérés ont été examinées conjointement. Aucune remarque n'a été faite parce que l'AAL ou l'UCDF n'avaient pas de commissaire aux comptes.

La décision finale sera prise conjointement avec l'UCDF et l'AAL en fonction de l'évolution conventionnelle. Dans l'immédiat pour garder toutes nos marges de manœuvre, il ne nous faut pas renouveler le mandat du commissaire aux comptes qui est arrivé à son échéance de 6 ans.

Vote du renouvellement du commissariat aux comptes :

L'assemblée générale à l'unanimité vote contre le renouvellement du mandat du commissaire aux comptes de la société GRANT THORNTON.

L'assemblée générale est close.

* Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

La Ministre dit clairement que la liberté tarifaire doit disparaître.

Si vous êtes adhérent au SYNGOF vous pouvez bénéficier du comité des experts Gynerisq. Si vous avez un sinistre n'hésitez pas à nous contacter. Les assurances seront beaucoup plus vigilantes à votre dossier si le SYNGOF vous soutient.

Conseil d'administration

La Secrétaire générale, Elisabeth PAGANELLI, ouvre le conseil d'administration du syndicat.

Adoption du PV du dernier CA

Le procès-verbal est adopté à la majorité des présents.

Abstention : 1 voix

Point sur les négociations conventionnelles B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU fait le point sur les négociations conventionnelles et explique aux membres du CA que c'est un long parcours. Dans le premier tour chacun a exposé ses attentes aussi bien l'UNCAM que les syndicats.

Il y a 3 sujets importants :

- La gynécologie médicale et la valorisation de nos activités cliniques,
- La valorisation de nos activités techniques avec la CCAM,
- La gestion des secteurs d'activité (secteur 1, secteur 2, contrat d'accès aux soins).

Le deuxième tour vient de passer la gestion des activités cliniques. L'UNCAM, après avoir entendu au 1^{er} tour les recommandations et s'être basé sur les souhaits émis lors du congrès de la médecine libérale a retenu l'hypothèse de hiérarchiser l'activité clinique des médecins généralistes et spécialistes avec comme base la coordination des soins en 4 étages qui correspondraient :

- Niveau 1 : la consultation de base,

- Niveau 2 : les actes du parcours de soins coordonné,
- Niveau 3 : les consultations à expertise particulière, longue ou à haut niveau de santé publique,
- Niveau 4 : les consultations expertales, par exemple le deuxième avis d'un médecin spécialiste ou la consultation d'annonce.

C'était ce qu'avaient demandé les syndicats. L'UNCAM au départ avait proposé seulement 3 niveaux.

Ce qui a changé également c'est que l'UNCAM a proposé une valorisation des actes cliniques urgents. Si le médecin traitant demande à son correspondant une consultation dans les 48h et qu'il l'obtient, le médecin qui reçoit ce patient en urgence a une valorisation de 15€ en plus de sa consultation et du C2 éventuel. L'idée étant de favoriser la coordination des soins urgents.

Un des objectifs de l'UNCAM étant d'essayer de limiter l'accès aux urgences hospitalières. Le médecin généraliste quand il fait cette demande aurait aussi une majoration que l'UNCAM a proposé à 3€. Les syndicats ont demandé 15€ pour tout le monde dans ce cas précis.

Le Dr PAGANELLI précise que les généralistes envoient toujours les urgences à l'hôpital.

Le Dr de ROCHAMBEAU explique que les syndicats, à part MG France, étaient d'accord pour cette valorisation. Les négociations ne sont pas terminées et l'on ne sait pas encore comment cela va se dispatcher en fonction des niveaux ni quelles sont les sommes qui iront à chaque niveau. Le directeur de l'UNCAM ne

le dira que lorsque les grands principes seront déterminés.

Les syndicats de généralistes demandent C = CS = 25€

L'UNCAM propose C + MCS = 25€ ce qui signifie que le C reste à 23€ et donc le C2 ne passe pas à 50€ et restera à 46€.

Les spécialistes ont tous dit qu'ils préféreraient C=CS=25€. LE BLOC a demandé que la valorisation de 15€ pour les urgences soit plutôt présentée sous la forme CS + 2/3 de la CS afin que cette valorisation soit indexée sur la CS mais le directeur de l'UNCAM ne l'a pas retenu.

Dans les consultations améliorées on a cité pour le niveau 3 la première consultation de contraception et la première consultation de stérilité. Par contre pour les rémunérer comme telles il faudra un traçage. Cette discussion n'a pas été abordée.

Le Dr PAGANELLI pense que ce sont les généralistes et les sages-femmes qui voient ces patientes et qui vont bénéficier, en premier lieu, de ces CS de niveau 3.

Le Dr de ROCHAMBEAU précise que tout est encore à discuter. Il demande aux administrateurs de lui faire parvenir ce qui pour eux est une consultation longue à mettre en niveau 3. Il le proposera lors des négociations.

Il explique que la discussion va continuer avec les ROSP (rémunération sur objectifs de santé publique).

ROSP E. PAGANELLI

Le Dr de ROCHAMBEAU donne la parole au Dr PAGANELLI qui s'est intéressé à ce problème et qui explique : "La ROSP s'est déployée sur

4 ans avec un premier versement en 2012. Elle a été définie dans un cadre conventionnel par les syndicats signataires de la convention et représente une valorisation non liée à l'acte pour les médecins libéraux.

La ROSP contient 2 volets :

- Le premier concerne tous les médecins : organisation du cabinet et qualité de service (usage des télé-services, usage de logiciels d'aide à la prescription, déclaration des horaires d'ouverture).
- Le deuxième ne concerne qu'une partie des médecins. Elle concerne les indicateurs de pratique clinique. Au départ, les syndicats ont négocié cette partie de la ROSP pour remplacer le CAPI de médecine générale. C'était un moyen de revaloriser les médecins généralistes. Ce volet ne devait concerner que la médecine générale car il évaluait la prise en charge globale du suivi du patient. Pourtant, en 2011, le projet initial était d'étendre ce volet aux autres spécialités.

Seules 2 spécialités, bien représentées dans certains syndicats ont obtenu une ROSP complète : la cardiologie et la gastro-entérologie.

L'endocrinologie n'a pas réussi à aboutir malgré un projet très avancé. Pourtant comme l'a expliqué la CSMF "collectivement, la ROSP, ne permet pas à tous les médecins d'en profiter". C'est donc très inégalitaire pour le médecin et pour le patient car la population ne profite pas de l'amélioration globale des soins.

La CNAM voulait introduire des malus dans la prochaine convention mais elle s'est heurtée à un refus total des syndicats. L'idée, pour l'ensemble des syndicats, est d'améliorer les pratiques et de maintenir l'encouragement.

Certains syndicats se sont opposés à la ROSP complète dans notre profession. La FMF la refuse, MG France ne la souhaite pas, d'autres déclarent "c'est à la profession d'élaborer des indicateurs et à la négociation d'en profiter".

Tout récemment on a pu lire sur les blogs que la ROSP favorise les escrocs et fait leur fortune.

La ROSP en 2015 a permis aux médecins généralistes de toucher en moyenne 6756 € annuel alors que le blogueur explique que les résultats des indicateurs sont très décevants.

- Sur la prescription d'antibiotiques,
- La vaccination de la grippe à partir de 65 ans,
- Le dépistage des cancers féminins.

Enfin selon une étude parue en 2016 dans le Lancet, la rémunération à la performance outre Manche dans le secteur des soins primaires n'améliore pas significativement le taux de mortalité pour les maladies chroniques.

Les résultats de l'introduction en 2004 du QOF (*Quality and outcomes framework*) n'a pas produit de changements significatifs dans la mortalité de la population pour les maladies ciblées par le programme anglais.

Devons-nous réclamer une ROSP pour les gynécologues si c'est simplement un nouveau mode de rémunération à faire émerger ?

Discussion avec la salle.

Le Dr de ROCHAMBEAU reprend la parole et précise que le directeur de la CNAM a la consigne de conserver une part de rémunération sur objectifs de santé. Au départ la communication de l'UNCAM a été aussi mal faite que pour le Contrat d'accès aux soins (CAS). Il pense qu'à l'avenir la ROSP peut être une variable d'ajustement. C'est un sujet qui va être discuté dans les semaines à venir. Certains syndicats, comme la FMF, souhaitent un forfait structure. A l'heure actuelle les médecins sont encouragés à se regrouper dans des structures.

Discussion avec la salle.

Le Dr de ROCHAMBEAU reprend la parole à propos des actes techniques : secteur 1, secteur 2, contrat d'accès aux soins qui vont être discutés. "Les discussions avec le directeur de l'UNCAM, Nicolas REVEL, sont dures mais nos propositions ont été

écoutées avec attention. Nous avons eu 2 réunions bilatérales dont je ne peux, pour l'instant, vous communiquer la teneur. Mais nous avons bien compris que la feuille de route était fixée par la **Ministre qui dit clairement que la liberté tarifaire doit disparaître**. Les médecins se verront proposer un contrat à durée limitée, qui ne verra pas augmenter la pratique tarifaire, et avec un pourcentage de tarifs opposables. Nous avons déjà dit que nous ne pourrions accepter ce type de contrat. Nous sommes donc à la recherche d'un mécanisme permettant de dégager l'horizon sans pour autant augmenter nos pratiques tarifaires.

En échange nous demandons une augmentation notable de la CCAM. Rien n'est perdu mais rien n'est encore gagné. Nous sommes au cœur des discussions donc je resterai discret.

Pour clore le sujet deux options. Soit à l'issue des négociations nous obtenons le maintien d'une liberté tarifaire et un engagement de revalorisation sur les tarifs de la CCAM et le SYNGOF au sein du BLOC participera à la convention. Soit ce ne sera pas le cas, il n'y aura pas de signature et nous rentrerons, si les autres syndicats s'abstiennent également, dans un blocage de la convention avec un règlement arbitral qui s'installera.

Les échéances électorales de l'an prochain pousseront peut-être à un règlement arbitral si nous n'arrivons pas à un accord. Nous avons contacté les politiques de tout bord pour leur rappeler que le monde de la santé est important.

Nous avons été en 2015 en opposition contre la Loi de santé qui est tout de même passée. Aujourd'hui on nous demande de relire les décrets et de donner notre avis. Beaucoup sont négatifs mais les décrets paraissent les uns derrière les autres. Notre marge de manœuvre est faible mais le SYNGOF réaffirme son opposition à chaque fois".

**Le tiers payant
au 1^{er} juillet
pour
les grossesses
B. de ROCHAMBEAU**

Le Dr de ROCHAMBEAU rappelle que la loi prévoit pour tous les médecins et en particulier les gynécologues la possibilité d'effectuer le tiers payant pour toutes les patientes enceintes et en ALD à partir du 1^{er} juillet 2016. Il demande aux administrateurs présents s'ils pensent que c'est une bonne manière de se faire payer ou est-ce plutôt une démarche qui va les soumettre encore plus aux caisses. Selon la pratique en secteur 1 ou en secteur 2 cela change sûrement les avis de chacun sur la question. Chaque administrateur s'exprime sur ce sujet. Il en ressort que les administrateurs sont en grande majorité contre ce tiers payant mais il faut aussi tenir compte de la concurrence des sages-femmes qui elles risquent de l'appliquer. Les patientes iront là où ce sera le plus simple pour elles. Il faudrait faire savoir aux patientes qu'elles peuvent demander un prélèvement de leur chèque en différé (ce qui se fait déjà dans la pratique). De ce fait elles seront remboursées avant que leur chèque soit débité. Le Dr PAGANELLI parle de son expérience et explique qu'elle fait le tiers payant aux femmes enceintes depuis longtemps et qu'elle trouve cela très simple à appliquer. La seule difficulté est l'obligation pour la patiente d'avoir un médecin traitant. Elle est payée régulièrement par la caisse et cela ne lui pose aucun problème. Elle précise que seule la déclaration de grossesse n'est pas remboursée à 100% et que cela est une erreur des caisses.

Discussion avec la salle

Le Dr de ROCHAMBEAU va donner la position du SYNGOF qui est de s'opposer au principe du tiers payant car les gynécologues ne supporteront pas un lien de dépendance de plus avec les caisses ou l'Etat. Le SYNGOF s'oppose aussi à la géné-

ralisation de ce tiers payant via les mutuelles. Le médecin fait confiance à son patient et le patient fait confiance à son médecin.

**Pour contrer la
disparition de
l'obstétrique
privée :
le renfort des
sages-femmes,
la rémunération
d'équipe une
voie de salut ?
B. de ROCHAMBEAU**

Le Dr de ROCHAMBEAU explique que c'est un sujet sur lequel il a beaucoup travaillé et qu'il a déjà présenté au Sénat lors du colloque de 2014. Aujourd'hui l'obstétrique privée c'est 20% des accouchements en France, en baisse constante depuis 1980. Si on ne prévoit rien à la fin de la prochaine convention elle baissera à 10%. Elle ne pourra survivre que dans les grandes villes où il y a une clientèle particulière. C'est un choix politique mais devons-nous l'accepter ou nous rebeller ?

Dans les maternités privées il existe un lien très fort entre le nombre de médecins qui consultent et le nombre de patientes qui accouchent. Quelle que soit l'organisation en groupe ou en indépendant. Deuxième élément important : si votre établissement ne fait pas plus de 2 000 accouchements demain il va disparaître.

L'important est donc d'ouvrir la base de consultations. Si plus de personnes consultent dans le cadre d'une équipe coordonnée il y aura plus d'accouchements dans la clinique. Comme nous ne pouvons consulter plus il nous faut ouvrir ces consultations aux sages-femmes. L'idée étant de les faire entrer dans un parcours de soins coordonné. Elles sont nombreuses mais leur activité n'est pas la consultation d'obstétrique car nous ne leur avons pas fait de place. Si cela doit sauver nos établissements privés il faudrait peut-être y réfléchir. J'aimerais vous entendre à ce sujet.

Suite à la discussion il ressort qu'une partie des administrateurs a peur que les sages-femmes récupèrent leur clientèle et surtout qu'il ne leur reste plus à gérer que les complications de la grossesse. Les administrateurs souhaiteraient faire les déclarations de grossesses; celles-ci permettant de trier les pathologies.

D'un autre côté ils se rendent compte que les sages-femmes envoient leur clientèle accoucher à l'hôpital. S'ils travaillaient en réseau avec elles ils pourraient faire les accouchements et la chirurgie de celles-ci. Certains administrateurs expliquent qu'ils sont en train de s'organiser en réseau avec les sages-femmes car l'hôpital le fait déjà.

Le Dr de ROCHAMBEAU dit qu'il existe deux modèles : soit une association de libéraux soit la possibilité de salarier les sages-femmes par une société afin que ce ne soit pas directement le médecin qui salarie mais la société. Il encourage les administrateurs à choisir les sages-femmes avec qui ils souhaitent travailler avant que leur établissement ne les choisisse pour eux.

Il explique aussi que l'idée pourrait être de financer le travail coordonné avec les anesthésistes, les pédiatres et les sages-femmes pour sauver les établissements privés. Grâce à Gynerys les gynécologues obstétriciens ont augmenté la qualité de leur travail et abouti à l'accréditation en équipe dans les établissements. Il faut le faire reconnaître et financer soit par l'assurance maladie soit par les complémentaires. Il demande aux administrateurs ce qu'ils pensent de cette idée.

Discussion avec la salle

**Compte rendu
du Colloque AH
sur la chirurgie
hospitalière
P. LE PORS**

Voir le compte rendu en page 14 et les résultats de l'enquête d'Avenir Hospitalier page 16.

Les problèmes de RCP

J. MARTY

Le Dr MARTY rappelle les problèmes que rencontrent certains des confrères pour l'aide à l'assurance. En janvier 2016, soit 3 ans après que ses services aient reconnu l'anomalie, et nous en aient fait la proposition dans le cadre d'une réunion du groupe contact avec tous les syndicats représentatifs, la Ministre a signé une lettre d'interprétation du décret qui permettra d'augmenter le nombre des actes qui qualifient pour l'obtention de l'aide à l'assurance. Ce courrier permet de faire bénéficier de l'aide, des confrères accrédités par GYNERISO qui en étaient exclus parce qu'ils réalisaient un grand nombre d'actes de PMA. Ces actes étaient en dehors du panier des actes qualifiants.

Nous devons reconnaître malgré ces trois ans d'attente que la Sécurité sociale nous a été toujours favorable dès que nous avons alerté sa direction. Notre entretien avec le nouveau Directeur Général, Nicolas REVEL, nous l'a confirmé. Il a ouvert une séquence de mise au point. À cette occasion nous avons pu examiner l'algorithme jusque-là incompréhensible de qualification pour l'aide. Ce panier des actes qualifiant nous a été enfin communiqué et nous avons constaté avec les services de l'assurance maladie qu'ils appliquaient de manière anormalement restrictive le décret.

Alors que tous les actes de chirurgie sont qualifiants dans le décret, étaient injustement exclus de ce panier tous les actes de chirurgie classés parmi les actes d'obstétrique tels que la chirurgie de la GEU, l'hystérectomie en cours d'accouchement et même les curetages pour grossesse interrompue et notamment ceux après IVG médicamenteuse incomplète. La signification politique d'une telle exclusion n'avait pas été soupesée.

De même, les actes accompagnant l'accouchement n'étaient pas tous

qualifiants. Non seulement c'est anormal par rapport au décret mais nous avons fait la démonstration des conséquences lourdes de cette anomalie.

Car si ces actes ne sont pas qualifiants, leur dénombrement s'inclut dans l'activité globale qui est le diviseur du rapport : **Actes qualifiants/activité globale.**

De ce fait un certain nombre de nos confrères ont été exclus injustement de cette aide pendant plusieurs années ; à l'heure actuelle la caisse est d'accord pour améliorer son calcul.

Le deuxième sujet sur la RCP reste le trou de garantie pour les sinistres des années 2002 à 2012 qui ne sont pas pris en charge par le fonds de garantie créé par la loi de finances de 2011. Les parlementaires de la majorité qui nous étaient favorables deviennent insaisissables. Il y a fort à parier qu'un arbitrage entre Bercy et le Ministère a été rendu dans le sens souhaité par la FFSA et AXA contre le règlement de ce problème. Le lobby puissant des assureurs, qui participent largement au paiement de la dette nationale, veut en effet déconsidérer le courtier BRANCHET qui était l'assureur majoritaire dans cette période car il proposait des contrats qui sortaient des accords du cartel des assureurs français. *"Il faut que chaque Français à chaque occasion comprenne qu'il prend des risques quand il s'assure avec une compagnie qui n'est pas française."* Les règles libérales de L'Europe interdisent ce protectionnisme mais n'empêchent pas de faire payer le prix à ceux qui s'en détournent. C'est pourtant inutile car le courtier BRANCHET propose, contrairement au passé, des contrats avec des primes tellement élevées qu'il faut être masochiste pour ne pas rejoindre SHAM.

Une bonne relation avec la SHAM nous permet d'obtenir des tarifs corrects de RCP et d'affilier des médecins qui sont refusés par d'autres assureurs. De plus SHAM a une bonne stabilité de ses tarifs jusqu'à maintenant. Mais il devient monopolistique.

En tous cas pour nos confrères dans la crainte d'être ruinés par un sinistre grave déclaré dans cette période 2002-2011, nous n'arrivons pas encore à avancer. Le gouvernement socialiste n'utilisera pas sa dernière chance d'inscrire, comme c'est nécessaire, une solution correctrice dans la dernière loi de finances de son quinquennat. Il perd sa dernière chance d'être un peu compréhensif vis-à-vis des obstétriciens libéraux.

Point sur l'activité des gynécologues au travers du SNIIRAM

J. MARTY

En étudiant les bases du SNIIRAM nous pouvons dire que l'effectif des gynécologues est, à ce jour, de 5196. Pour rendre compte de la réalité de la population professionnelle nous avons exclu les confrères dont les honoraires annuels sont inférieurs à 15 000€.

Les obstétriciens faisant des actes d'obstétrique (ACO > 15000€) sont 1089 mais 73 prennent ou ont pris la retraite. Il ne reste que 985 accoucheurs libéraux !

Si on associe chirurgiens plus obstétriciens : 1342 (ACO + ADC > 15000€) 3648 exercent la gynécologie médicale. 1902 font des échographies. 500 gynécologues ont un secteur privé à l'hôpital.

Une étude plus complète sera proposée dans la revue de septembre.

Mandat du CA pour procédure au Conseil de l'Ordre contre un expert

J. MARTY

Le Dr MARTY demande aux membres du CA de le mandater pour poursuivre devant le conseil de l'ordre le dossier d'expert judiciaire dont il est

évident que l'expertise est injuste et dramatique pour les affiliés au SYNGOF.

Il explique aux administrateurs le problème médical posé par une des

adhérentes du SYNGOF et les insuffisances de l'expertise qui l'accable.

Le CA à l'unanimité, moins une abstention, donne mandat au Dr MARTY pour entamer la procédure

contre de tels experts et pouvoir gérer ces recours dans la confidentialité du bureau du SYNGOF.

La séance est levée à 16H45

Avis donné par la Commission de Recours et d'Expertise de GYNERISQ

Des demandes d'avis sont sollicitées auprès de la CREG. Il y a lieu de distinguer deux types de réponses :

- 1 - Les adhérents de GYNERISQ, confrontés à des problèmes médicaux pouvant avoir (ou ayant) une incidence médico-légale, peuvent solliciter un avis ponctuel, qui est fourni en général soit par téléphone, soit par courriel.
- 2 - Dans certains cas, il est sollicité par l'adhérent un véritable rapport critique (parfois sur les conseils de son assureur et/ou de son avocat) pour étayer une défense auprès d'une CCI ou d'une juridiction.

Ce rapport écrit, effectué par un rapporteur principal et deux ou trois membres de la CREG en fonction des compétences spécifiques de chacun, est étayé en fonction des données acquises de la science et des conditions particulières du cas soumis. Il engage la responsabilité des membres de la CREG qui l'ont cosigné. Il implique un travail d'analyse, de recherche bibliographique, de réflexion et de rédaction qui nécessite d'y consacrer un temps plus ou moins important.

Ceci explique qu'une telle action ne peut être engagée que si la demande paraît motivée (par une analyse préliminaire faite par la CREG).

- 3 - Pour ces dossiers plus lourds, toute demande d'assistance sera examinée par le bureau qui jugera de sa pertinence et sollicitera un ou des membres de la CREG pour la suite à donner.

NB : Dans tous les cas, les demandes d'assistance doivent être formalisées auprès de B. LE NIR qui assure leur centralisation.

Commission de Recours et d'expertise de Gynersiq
6 rue pétrarque - 31000 TOULOUSE
gynersiq@wanadoo.fr

Hommage à Jean DERRIEN

A Dieu Jean

Militaire dans l'âme et Gynécologue dans le cœur.

Attaché aux valeurs de probité et de service, toujours droit et intègre, tu nous as conseillés, appris à prendre du recul, à élaborer une stratégie, ne pas sacrifier le long terme à l'immédiateté.

Tu étais une des personnalités pionnières dans notre belle société de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale. Et dans ce domaine, ta clairvoyance nous a aidés à traverser les nombreux orages qui ont déferlé sur notre spécialité, nous aidant à garder le cap, mais avec une gentillesse et une bienveillance qui n'appartenaient qu'à toi.

Ta rencontre avec "l'autre" patientes ou confrères faisait partie de toi-même, de ta démarche.


Au revoir Jean, mais nous te disons merci pour avoir pu croiser ton chemin.

Pia de REILHAC

Présidente de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale

“Si un gynécologue estime que les risques liés à la pose d'un stérilet sont supérieurs aux bénéfices attendus, il est en droit de refuser de pratiquer cet examen” nous explique le Docteur Jean Marie FAROUDJA, président de la Section Ethique Et Déontologie du CNOM.
 Pourtant nous lisons régulièrement que les gynécologues n'ont pas le droit de refuser la pose de stérilet sur une nullipare car l'avis de la Haute Autorité de Santé dit bien qu'il n'est pas réservé aux mères !!!
 Et que “personne n'aurait jamais prouvé en 50 ans, que la pose d'un DIU chez les nullipares compromettrait leur fertilité ultérieure” et que “Les gynécologues disposent de bien des outils pour prévenir et soigner les infections”. Bonne lecture.

Elisabeth PAGANELLI



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Docteur Jean-Marie FAROUDJA
Président de la Section
Ethique et Déontologie

SYNGOF
Madame le Docteur Elisabeth PAGANELLI

Par courriel

le 15 avril 2016

JMF/CH/MM/ED
R. 16.063.029

Dossier suivi par C. HERON
ethique-deontologie@cn.medecin.fr

Objet : contraception

Madame la Secrétaire Générale et Chère Conseur,

Je réponds tardivement à votre courrier du 2 mars 2016 et vous prie de m'en excuser.

Vous nous interrogez sur point de savoir si un gynécologue peut refuser la pose d'un stérilet à une patiente nullipare qui le demande, notamment s'il estime que le risque infectieux est supérieur aux bénéfices.

La loi (article L. 5134-1 du code de la santé publique) précise que : « I A.- En application des articles L. 1111-2¹ et L. 1111-4², toute personne a le droit d'être informée sur l'ensemble des méthodes contraceptives et d'en choisir une librement.

¹ **Article L. 1111-2 du code de la santé publique** : « Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. (...) Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel (...) ».

² **Article L. 1111-4 du code de la santé publique** : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrite dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10.

180, boulevard Haussmann - 75009 Paris CEDEX 08
Tél. 01.53.89.3200 - Fax : 01.53.89.3201
<http://www.conseil-national.medecin.fr>

Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. (...)

La HAS, dans sa Fiche Mémo « Contraception chez la femme adulte en âge de procréer (hors post-partum et post-IVG) », mise à jour en janvier 2015, rappelle que « *Le choix de la méthode contraceptive doit être réévalué à chaque renouvellement de prescription. Chez la femme en âge de procréer, le choix d'une contraception doit prendre en compte outre ses souhaits, l'évolution de sa situation personnelle, la baisse progressive de la fertilité, l'augmentation des facteurs de risque vasculaire et l'évolution des contre-indications* ».

Il est donc indispensable que le médecin, après avoir donné à la patiente une information « loyale, claire et appropriée » sur les méthodes contraceptives existantes et adaptées à sa situation, veille à la compréhension des explications données, en particulier sur le rapport bénéfices/risques des différentes méthodes.

Selon la HAS, « *Les DIU peuvent être proposés aux femmes, quelles que soient la parité et la gestité (femmes multipares ou nullipares/ nulligestes)* ».

Les DIU sont utilisables chez la femme ne présentant pas de contre-indications (en particulier malformations utérines, infections en cours ou saignements inexpliqués), après avoir évalué et écarté un risque infectieux (rechercher une infection à Chlamydia trachomatis et Neisseria gonorrhoeae avant la pose notamment en cas d'IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge < 25 ans, partenaires multiples). Les contre-indications du DIU au LNG sont les mêmes que celles des progestatifs.*

Les femmes doivent être informées sur :

- *l'efficacité contraceptive de ces méthodes (voir fiche « Efficacité des méthodes contraceptives ») ;*
- *leur longue durée d'action (4 à 10 ans pour le DIU au cuivre, 5 ans pour le DIU au LNG) ;*
- *leurs risques potentiels (risque d'expulsion, risque de perforation et de migration le plus souvent lié à la pose [exceptionnel]) ;*
- *l'impact du DIU sur les cycles (règles plus importantes avec le DIU au cuivre, spotting, oligoménorrhée ou aménorrhée avec le DIU au LNG) ;*
- *la pose souvent plus douloureuse chez les nullipares.*

Le DIU au LNG est à privilégier en cas de ménorragies fonctionnelles ou de saignements abondants avec un DIU au cuivre, à condition que les femmes acceptent l'éventualité de ne plus avoir de règles.

Conseiller aux femmes de consulter 1 à 3 mois après la pose puis annuellement ainsi qu'en cas de douleurs pelviennes, de fièvre et saignements inexpliqués ».

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment (...)

Si un gynécologue estime que les risques liés à la pose d'un stérilet sont supérieurs aux bénéfices attendus, il est en droit de refuser de pratiquer cet acte médical en expliquant les raisons à la patiente. Aucun texte ne lui impose d'orienter la patiente vers un confrère ou une sage-femme.

L'article 47 du code de déontologie médicale (art. R. 4127-47 du code de la santé publique) rappelle que « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles* ».

Telles sont les précisions que je peux vous apporter.

Veillez agréer, Madame la Secrétaire Générale et Chère Consoeur, l'expression de ma considération distinguée.

Dr Jean-Marie FAROUDJA



IVG médicamenteuse : retour aux feuilles papier

Depuis le 1^{er} avril 2016, les frais annexes à l'IVG sont pris en charge intégralement par l'Assurance maladie. Cette mesure permet d'élargir le forfait actuel de prise en charge à 100% de l'IVG aux consultations médicales préalables, aux analyses de biologie médicale et aux échographies pré et post-IVG.

Le forfait FHV, ancienne mouture de 100 € qui incluait toutes les consultations de ville pour l'IVG médicamenteuse n'existe plus. Il est remplacé par une consultation de recueil de consentement et une consultation post IVG, toutes deux à 25 € (nommées chez le gynécologue ICS), d'un nouveau forfait FHV de 50 €. Le FMV (forfait médicaments de ville) passe à 87,92 €.

Nouveau, vous pouvez associer l'échographie pré IVG (dite IPE) à votre consultation et coter une échographie de contrôle post IVG à 30,24 € au lieu d'une consultation de contrôle de 25 € si vous pratiquez une vérification post IVG par une échographie. Mais les éditeurs des logiciels médicaux n'ayant pas pu mettre à jour leurs logiciels depuis le 1^{er} avril, vous retournez aux feuilles papiers.

Le SYNGOF s'associe au syndicat de médecins généralistes qui "réclame que toute modification des règles de facturation soit étudiée préalablement avec les professionnels concernés, puis accompagnée d'une phase de communication avant d'être scrupuleusement appliquée et pendant ces périodes transitoires, toutes les facturations établies de bonne foi par les médecins non informés soient mises en paiement systématiquement sans démarche particulière du médecin".

Le SYNGOF regrette que les femmes majeures qui souhaitent l'anonymat pour leur IVG médicamenteuse de ville soient contraintes de se tourner vers les établissements de santé. Cela entraîne chez ces femmes en difficulté un retard de prise en charge pour pratiquer l'IVG de leur choix dans le lieu de leur choix.

Elisabeth PAGANELLI

Extrait du site ameli.fr

Que recouvre désormais le forfait de prise en charge de l'IVG en ville ?

Pour les praticiens, centres de santé ou centres de planification ou d'éducation familiale pratiquant les IVG médicamenteuses dans le cadre d'une convention passée avec un établissement de santé, les tarifs limites des soins à compter du 1^{er} avril 2016 sont fixés comme suit :

Code Prestation	Libellé (au regard de l'arrêté)	Tarifs actuels	Tarifs à partir du 01/04/2016
IC ou ICS	Consultation de recueil de consentement	Inclus forfait	25,00 €
FPB	Investigations biologiques préalables à l'intervention	Non compris	69,12 €
IPE	Vérification échographique pré IVG	Non compris	35,65 €
FHV	Forfait consultations de ville	100,00 €	50,00 €
FMV	Forfait médicaments de ville	91,74 €	87,92 €
FJB	Contrôles biologiques ultérieurs	Non compris	17,28 €
IC ou ICS ou IVE	Consultation de contrôle : - sans échographie de contrôle ultérieure - avec échographie de contrôle ultérieure	Inclus forfait	25,00 € ou 30,24 €

Le forfait de prise en charge de l'IVG en ville

Le forfait global est découpé en trois phases pour le médecin : recueil de consentement, réalisation de l'IVG, consultation de contrôle.

La prise en charge des actes associés à l'IVG est étendue aux investigations biologiques et échographiques préalables à l'IVG et de contrôle.

Les échographies peuvent être réalisées par le médecin qui effectue l'IVG, ou par un autre médecin.

L'abaissement du forfait est lié à la baisse de prix des médicaments associés à l'IVG (3,82 €) :

- Mifégyna ou Miffee : 74,04 € TTC la boîte (au lieu de 76,37 € précédemment)
- Boîte de prostaglandines : 13,88 € TTC (au lieu de 15,37 € précédemment).

Comment appliquer l'anonymat aux IVG des mineures sans consentement parental ?

Les mineures non émancipées qui ne peuvent pas, ou ne souhaitent pas, recueillir le consentement parental préalable, bénéficient de la gratuité des soins et de l'anonymat.

Le médecin utilise une feuille de soins papier et doit indiquer un NIR spécifique : 2 55 55 55 + code caisse + 030. La femme mineure n'a pas à faire l'avance des frais et vous serez payé directement par son organisme d'Assurance Maladie.

Comment orienter les femmes majeures demandant l'anonymat pour une IVG ?

Les femmes majeures sont exonérées du ticket modérateur pour le remboursement des frais liés à une IVG et peuvent également faire état d'une demande d'anonymat. Toutefois, dans ce cas, l'anonymat ne peut être garanti, notamment si elles sont ayants droit, que si l'IVG est réalisée en établissement de santé.

Le professionnel de santé doit informer la patiente dès la première consultation préalable, et lors de la suivante si elle a lieu, de cette absence d'anonymat et l'orienter, le cas échéant, vers un établissement de santé susceptible de pratiquer l'IVG médicamenteuse dans les délais requis.



Je soussigné(e) :

Nom _____ Prénom _____

Date d'installation _____

Tél. mobile _____ Email _____

N° de CPS (sur votre feuille de soins) _____

Adresse professionnelle _____

MedyCS

ADHÉSION À L'ASSOCIATION GYNÉLOG et OBTENTION DES LOGICIELS

- Adhésion établissement annuelle à l'association (permet l'obtention par téléchargement du logiciel MedyCS) - Les établissements partenaires de Nestlé peuvent être dispensés de cette cotisation **5 000 €**
- Obtention du logiciel MedyCS (seul) (pour UN médecin et son secrétariat) **290 €**
- Option : Module FSE Pyxvital (pour UN médecin et son secrétariat) (TVA incluse) **+ 264 €**
- Adhésion simple annuelle à l'association (permet uniquement de recevoir les informations sur la vie de l'association mais ne donne pas droit au logiciel) **45 €**

Après l'adhésion par établissement de 5000 € ou l'adhésion individuelle de 290 € ou l'adhésion simple de 45 € l'association GYNELOG vous procurera l'attestation qu'il faut fournir à la CPAM pour obtenir la RIDSP annuelle pour l'informatisation

A faire parvenir au trésorier de l'Association

SYNGOF-GYNELOG BP 40094 - 81027 ALBI Cedex 9

Tél. 05 63 77 79 01 - Fax 05 63 77 79 07

Date, cachet et signature

Compte rendu

colloque AH

P. LE PORS-LEMOINE*

Quel avenir hospitalier pour la chirurgie ?

Le 12 mai, Avenir Hospitalier a organisé une journée consacrée aux réalités du présent et à l'avenir de la chirurgie hospitalière.

C'était pour AVENIR HOSPITALIER une nécessité de faire le point sur la démographie, les évolutions de la profession, les perspectives ouvertes par le tout ambulatoire, les réorganisations en GHT mais aussi d'avoir un ressenti précis des chirurgiens.

Nous remercions fortement tous les orateurs qui ont tous transmis des messages clairs, et allant dans le même sens sans concertation préalable. Les interventions sont à lire en ligne sur www.avenir-hospitalier.fr.

Nous avons réalisé au préalable une enquête (*lire les résultats pages suivantes*), qui a montré en bref un très fort attachement au service public hospitalier, un très fort attachement à la profession médicale et au métier de chirurgien, un fort besoin d'équipe et de collectif, dans une profession plutôt jugée individualiste. Mais une forte déception sur un certain nombre d'items : relations avec l'administration, organisation au bloc opératoire, demandes de matériel, tensions pouvant mener au burn out, salaires et astreintes. Et une charge en permanence des soins importante, mal reconnue en terme de pénibilité. Pour nous, inter-syndicale, nous retenons pour les actions à venir plusieurs points qui vont nous servir de fil directeur :

- **Démographie** : le constat fait par la directrice du CNG est que sur la période 2011/2016, l'effectif global des PH en chirurgie tous statuts confondus, affiche une baisse de 1,2% en 5 ans. Le taux de vacance statutaire des PH temps plein en chirurgie est de 28,3%, soit un taux de vacance supérieur de 2,0 points à celui enregistré pour l'ensemble des disciplines. Il ne serait donc pas acceptable



que les chirurgiens soient exclus du dispositif d'attractivité destiné aux jeunes médecins, avec prime à l'engagement à la carrière hospitalière et avancement d'échelon, ce d'autant qu'ils aspirent à une reconnaissance financière de leur engagement.

- **Pénibilité** : cet item émerge dans les 3 plus importants de l'enquête. Ceci est en rapport avec un fort engagement dans la permanence des soins, avec un repos de sécurité pris dans 25% des cas seulement, ou avec le nombre d'heures estimées hebdomadaires. Les chirurgiens ne sont plus dans le mythe du héros ne se plaignant jamais, et un vrai travail de fond est à réaliser sur le thème de la pénibilité avec les caractéristiques propres à cette profession (carrière et retraites).
- **Attractivité** : face au fort attachement au service public et à ses acteurs, il faut opposer le désenchantement lié à la faible reconnaissance institutionnelle, aux relations non satisfaisantes avec l'administration, notamment pour les demandes de matériel, et à une FMC/DPC jugés pas satisfaisants, à un différentiel trop important sur les salaires privé-public...
- **Nous avons entendu les jeunes chirurgiens**, qui jugent l'hôpital trop lourd pour leur donner envie en tout cas à temps plein, les difficultés à établir un plan de carrière dès l'internat, alors que le privé leur fait des appels dès cette période : la critique n'est pas que vers l'administration, mais aussi vers les chirurgiens seniors. C'est un challenge que chacun doit mesurer à l'avenir.
- **L'équipe** : nous avons entendu que le temps du chirurgien seul à agir était révolu, et la taille de l'équipe chirurgicale sort dans les 3 items les plus importants. La réflexion en cours sur les réorganisations en GHT est dans ce cadre un cap vital, que les chirurgiens ne doivent pas laisser passer au sein de leur territoire : chacun doit être un acteur actif pour sa spécialité, et ne pas laisser les

Le projet médical commun doit être un projet médical d'équipe au niveau du territoire, sinon les GHT seront un échec retentissant.

*Gynécologue obstétricienne, vice-présidente du Syngof et vice-présidente d'Avenir Hospitalier

managers décider à la place des acteurs. **Le projet médical commun doit être un projet médical d'équipe au niveau du territoire, sinon les GHT seront un échec retentissant.**

- **La rémunération** est jugée pas à la hauteur des engagements, notamment comparée à la concurrence libérale. Un certain nombre de ces items relevés ne sont pas spécifiques à la chirurgie, mais nous notons qu'elles s'expriment avec force et véhémence (rémunérations, pénibilité, lourdeurs administratives et absence de reconnaissance), nous les avons entendues, et allons les relayer. D'autres sont plus spécifiques, notamment la démographie et cet item doit être entendu dans les discussions en cours au ministère sur les spécialités devant bénéficier du plan d'attractivité. La taille de l'équipe est aussi assez spécifique, allant de pair avec l'item pénibilité. Ce qui renforce nos argumentaires sur la nécessité d'impliquer les acteurs. Nous notons que nos revendications principales collent totalement à ce qui a émergé de cette réunion : un début

de carrière simplifié et attractif (stop à tous ces statuts ou contrats de non titulaires précaires). Une reconnaissance de la pénibilité du travail de nuit dans la carrière et pour les retraites. Plus de démocratie au sein de l'hôpital, pour que les médecins soient plus entendus et reconnus. Une rémunération plus adaptée aux responsabilités, en début de carrière, et aussi en fin avec un 14e échelon.

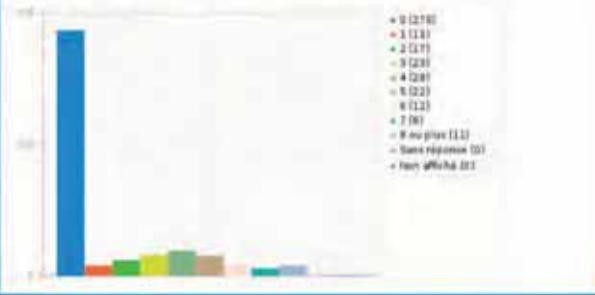
Nous allons donc continuer dans cette voie, avec la création au sein de notre intersyndicale, en lien avec l'autre intersyndicale amie la CPH, d'un "espace syndical chirurgie" spécifique. Nous vous invitons à nous rejoindre, car c'est ensemble que nous arriverons à faire valoir ces exigences et particularités.

Pour adhérer à Avenir Hospitalier : Téléchargez le bulletin d'adhésion sur www.avenir-hospitalier.fr
 Avenir Hospitalier - 58 Rue Corvisart - 75013 PARIS
 Site Internet : www.avenir-hospitalier.fr
 E-mail : contact@avenir-hospitalier.fr

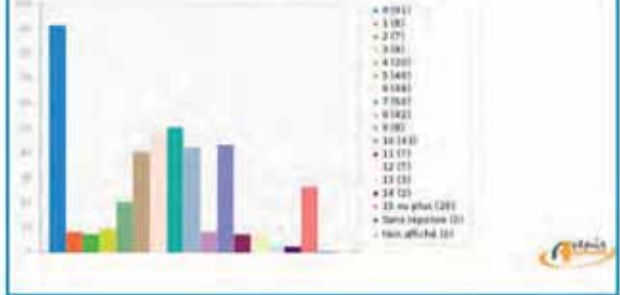


Le site Syngof informe aussi les hospitaliers

PDS gardes : 67 % = 0 (astreintes)



PDS astreintes : 4 à 10 ... 15 par mois !



Nombre estimé d'heures de travail hebdomadaires : 68% 48 à 60 heures



Statut : synthèse et propositions

- Reconnaissance de l'engagement et du travail (Statut)
- Disparition du praticien PION
- Respect des tutelles administratives
- Délégation décisions aux équipes médicales, médecins (autonomie, concertation...)
- Engagement administratif respecté (arrêt autisme unilatéral)
- CME décisionnaire (redonner un sens)
- Peu d'adhérents au TTA, plutôt réévaluation activité
- Pool remplaçants, favoriser mobilité



Argent : synthèse et propositions

- Réévaluation salaires du public (attractivité début activité+++)
- Encadrer libéral hospitalier
- Base fixe et part variable (activité, engagement administratif, universitaire...)
- Astreintes à réévaluer (notamment forfaitisation)
- Travail à domicile (quantification)
- Primes à réévaluer (service public, multi site, chef de pôle), à créer (chef de service, publication, investissement administratif (EPP, RMM, accréditation)...))
- Revalorisation retraite (PU, PH)



Organisation : synthèses et propositions

- Réorganisation travail en équipes
- Responsabilisation du personnel
- Diminuer temps tâches administratives (soutien agent administratif, répartition des tâches...), éviter glissements de tâches
- Moyens (techniques, humains, bureaux...), en fonction activité
- Pas de lissage, différent selon spécialités
- Remise en cause CARCAN administratif, pôles
- Rotation chefferies de service, pôles, non cumu
- Optimisation du temps de travail
- Arrêt intérimaires, cliniciens



Autour chirurgie

- Formation internes adaptée, contrôle continu, compagnonnage
- Formation urgentistes aux urgences chirurgicales
- Formation IBODES
- Unité chirurgicale public-privé (limiter les divisions politiques)
- Engagement politique à long terme (>10 ans)
- Pilotage plus médical des besoins de santé
- Management hospitalier à revoir
- Poids administratif des DIM sur quantification et analyse activité
- Place du CNG ? Rôle pour PH ? Suivi des dossiers (temps?, PH placardisés, GHT remettant en cause activités...)



Reconnaissance

- Pénibilité PDS
- Risques professionnels
- Formation continue (réévaluation à la hausse DPC-FMC)
- Reconversion en fin de carrière
- Arrêt PDS après 60 ans



CONCLUSION OUVERTE

- Les chirurgiens aiment leur métier
- L'institution ne les écoute plus : redonner du sens, respect du projet médical (GHT !!)
- L'institution ne reconnaît pas financièrement leur engagement : avancées salariales, urgence de la revalorisation des forfaits d'astreintes
- Pénibilité : outre une plus juste rémunération, évolutions possibles de fin de carrière (arrêt PDS), revalorisation des retraites
- Nécessité de dimensionnement des équipes (PDS, GHT...)
- Métier chirurgien : public et privé en souffrance
SYNDICALISATION...

Retrouvez les petites annonces
sur

www.syngof.fr



Siège Social : 30, rue Raffet – 75014 PARIS
Association loi 1901 - Siret 812 352 807 - Siret 812 352 807 0016

Une nouvelle ONG ?

Actions Santé Femmes (ASF) est une nouvelle ONG dédiée à la santé des femmes en France et dans le Monde.

Qui sommes nous ?

ASF a été fondée par des « anciens » de Gynécologie Sans Frontières qui ne se reconnaissaient plus dans les valeurs portées par la nouvelle équipe dirigeante. On retrouve dans ASF des médecins, des sages femmes et des cadres de santé, désireux de poursuivre leur engagement humanitaire dans un fonctionnement plus en accord avec la charte qu'ils ont élaborée en commun.

Nos Objectifs

ASF, comme d'autres ONG, propose de se consacrer à la Santé des femmes en grandes difficultés en France et dans le Monde, portée par les valeurs qu'ont su représenter ailleurs ses dix membres fondateurs : Agir « ici ou là bas » le mieux possible et en toute impartialité au nom d'une éthique médicale universelle.

Comment agir ?

ASF, comme toute ONG, ne peut agir sans être soutenue par des dons publics ou privés. ASF se doit d'être exemplaire pour mériter la confiance de ceux qui veulent « donner ». Mais comment mériter cette confiance alors que l'on vient de naître ? C'est à ses membres fondateurs, à leur passé, à leurs compétences qu'il faut accorder du moins au début cette confiance. ASF s'engage à s'en montrer digne à l'avenir.





Siège Social : 50, rue Raffet - 75016 PARIS
Association loi 1901 - Siret 810 302 807 - Siret 810 302 807 00014

Et maintenant ?

1-Vous pouvez nous suivre :

o sur notre page Facebook

o sur notre site internet :

<http://www.actions-sante-femmes.org/>

2-Vous acceptez de voir votre nom figurer comme « Personnalité » du **Comité de soutien d'ASF ?**

Répondez nous à :

actions.sante.femmes@gmail.com

3-Vous souhaitez adhérer à ASF ou faire un don ?

Remplissez le bulletin ci joint et nous l'adresser à

Actions Santé Femmes

50 rue Raffet - 75016 PARIS

En espérant sincèrement que vous nous suivrez
dans ce nouveau projet, avec nos sentiments les plus cordiaux.

Les membres fondateurs d'ASF :

Dr André Benbassa

Dr Noëlle Bessieres

Dr François Boussarie

Dr Alexandre Dumont

Dr Xavier Duval-Arnould

Mme Florence Francillon

Pr Henri-Jean Philippe

Mme Anne Sarrazin

Mme Marie-Annick Vallegeas

Dr Bernard Weyl



Association Gynelog

F. SBERRO*

Du 9 pour la rentrée !!

L'

association Gynelog a entrepris dès 2009 un chantier important pour l'intégration d'un module de Feuille de soins électroniques (FSE), destiné à la télétransmission de factures à l'assurance maladie.

Cet agrément nous a été délivré par le Centre National de Demande d'Agrément (CNDA) en 2010.

Depuis, nous avons connu des évolutions réglementaires permanentes :

- Tout d'abord des mises à jour de la CCAM à intervalles réguliers,
- L'apparition puis la disparition des codes modificateurs,
- Le Contrat d'accès aux soins (CAS) intégrant des grilles tarifaires à géométries variables en fonction d'une matrice complexe désignant le droit ou non d'utiliser des tarifs revalorisés.

Autant de règles nouvelles pour lesquelles votre logiciel a su s'adapter sans difficultés au fil des années.

Néanmoins, la généralisation du Tiers payant et la mise en place de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) nous ont contraints à actualiser notre module de FSE et par conséquent à obtenir un nouvel agrément Sesam Vitale auprès du CNDA.

Nous avons profité de ce chantier important pour moderniser les éléments gravitants autour de la FSE et apporter encore plus de souplesse tant à l'utilisation qu'au paramétrage du logiciel.

Ainsi, vous pourrez bénéficier de la nouvelle **version 9** du logiciel MedyCS dès le mois de septembre **avec les améliorations suivantes :**

- La sélection de l'entente préalable à appliquer avec un modèle de FSE
- Rendre plus logique la sélection des informations de paiement, c'est-à-dire après la validation de la FSE, au moment où on dispose du résumé de la facturation.



- La possibilité de lire la carte Vitale, même en l'absence de carte PS,
- Le blocage de la télétransmission d'une FSE, et ce dans tous les modes de fonctionnement (mode sécurisé, dégradé ou désynchronisé),
- L'attribution automatique des licences *PyxVital* via Internet (sous réserve d'être à jour de sa cotisation pour l'option FSE),
- L'administration/modification des modèles de FSE,
- Une toute nouvelle comptabilité recette qui permet de faire un suivi personnalisé,
- Un nouveau mécanisme de télétransmission apportant robustesse et sécurité.

Et ce n'est pas tout, l'agenda s'est enrichi de nouvelles fonctionnalités :

- Les rendez-vous types permettent de prédéfinir la couleur, la durée, le commentaire et éventuellement une check-list à appliquer au moment de la prise de rendez-vous,
- La recherche de plages libres accélère la prise de rendez-vous : indiquez la durée recherchée à partir d'une date, MedyCS propose la liste des premières plages libres.

La version 9 de MedyCS arrive...

*Informaticien de GYNELDG - MEDYCS
fabrice@gynelog.asso.fr

Concilier soins et religions

J. THÉVENOT*

Pourquoi ces fiches ?

à

la suite de sollicitations de professionnels, le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de la Haute Garonne (CDOM 31) a décidé de constituer un groupe de réflexion sur cette problématique autour des représentants des principaux cultes et des usagers, de l'ARS (réfèrent Laïcité) et de l'Espace de Réflexion Ethique Midi Pyrénées (EREMIP). D'autres institutions se sont jointes à la démarche pour la réalisation ou la diffusion (CROM, FHP, FHF, CSDU-CRSA...). L'objectif général est, avec l'aide des représentants des cultes, de lever les incompréhensions existant entre les patients et les soignants, et d'améliorer de ce fait la communication pour prévenir ou mieux gérer les difficultés ou les conflits éventuels dans la réalisation des soins.

Une bonne compréhension mutuelle des enjeux permet au soignant de délivrer une information adaptée et au patient de faire un choix réellement éclairé, dans le respect du cadre légal et réglementaire.

Des patients bien informés appréhendent mieux les impératifs des soins et l'organisation des établissements de santé.

Des professionnels de santé bien formés aux spécificités liées à la culture et à la religion des patients savent mieux prendre en compte les besoins de santé individuelle des patients.

Les fiches jointes, se référant à des situations réelles rencontrées par des soignants et des usagers de santé, ont été discutées collégalement pour trouver ensemble des formulations compréhensibles par les patients autant que par les soignants. Chacun pouvant avoir une autre compréhension des religions que celle exprimée dans ces fiches, elles ont simplement pour but d'ouvrir un dialogue et non d'édicter des règles absolues. Ces documents ont pour vocation d'être diffusés autant aux soignants qu'aux patients.

Leur rédaction repose sur des valeurs communes, dont celle de ne pas mettre en danger sa vie propre ou celle de ses patients, mais aussi sur le fait que chaque personne

hospitalisée et chaque soignant doivent s'engager à reconnaître et respecter certaines idées fortes :

- La personne dans sa globalité, sa dignité et son intégrité ;
- Les valeurs de l'autre ;
- La diversité des choix de vie de l'autre, tant au niveau de sa religion que de sa spiritualité ou son origine culturelle et ethnique ;
- Les particularités propres à chaque être humain et à sa vie intérieure ;
- Les décisions et préférences de chacun ;
- L'intimité physique et psychologique de chacun ;
- La vie affective, amoureuse et sexuelle de chacun ;
- Ses pairs dans leur expertise, leur expérience et leur complémentarité.

Ces documents sont volontairement synthétiques et donc non exhaustifs, et tous susceptibles d'être améliorés ; tous commentaires, demandes de précision ou corrections pourront être adressés au CDOM 31 (haute-garonne@31.medicin.fr), ainsi que toute interrogation pouvant générer la rédaction d'un nouveau document sur une situation non encore évoquée ; ces fiches ont pour vocation d'être régulièrement réactualisées et consultables dans leur dernière version sur le site du CDOM 31 (www.ordmed31.org/).

Nous ferons paraître les fiches suivantes dans chacun des Cahiers Syngof.

Clause de conscience des médecins

La clause de conscience est inhérente à la fonction hippocratique : tout médecin a le droit de refuser la réalisation d'un acte médical pourtant autorisé par la loi, mais qu'il estimerait contraire à ses propres convictions personnelles, professionnelles ou éthiques.

Sauf urgence, le médecin n'est pas tenu de pratiquer un acte médical. Mais, conformément aux dispositions de l'article 47

L'objectif général est, avec l'aide des représentants des cultes, de lever les incompréhensions existant entre les patients et les soignants...

* Dr Jean Thévenot, Président CDOM 31, 0605677637
dr.j.thevenot@orange.fr jean.thev@wanadoo.fr

CHARTRE de la laïcité

DANS LES SERVICES PUBLICS

La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale.

Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle garantit des droits égaux aux hommes et aux femmes et respecte toutes les croyances. Nul ne doit être inquiété pour ses opinions, notamment religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi. La liberté de religion ou de conviction ne rencontre que des limites nécessaires au respect du pluralisme religieux, à la protection des droits et libertés d'autrui, aux impératifs de l'ordre public et au maintien de la paix civile. La République assure la liberté de conscience et garantit le libre exercice des cultes dans les conditions fixées par la loi du 9 décembre 1905.

des agents du service public

Tout agent public a un **devoir de stricte neutralité**. Il doit traiter également toutes les personnes et respecter leur liberté de conscience.

Le fait pour un agent public de **manifester ses convictions religieuses** dans l'exercice de ses fonctions **constitue un manquement à ses obligations**.

Il appartient aux responsables des services publics de **faire respecter l'application du principe de laïcité** dans l'enceinte de ces services.

La liberté de conscience est garantie aux agents publics. Ils bénéficient d'autorisations d'absence pour participer à une fête religieuse dès lors qu'elles sont compatibles avec les nécessités du fonctionnement normal du service.

des usagers du service public

Tous les usagers sont **égaux** devant le service public.

Les usagers des services publics ont le **droit d'exprimer leurs convictions religieuses dans les limites du respect de la neutralité du service public**, de son bon fonctionnement et des impératifs d'ordre public, de sécurité, de santé et d'hygiène.

Les usagers des services publics doivent **s'abstenir de toute forme de prosélytisme**.

Les usagers des services publics **ne peuvent récuser un agent public ou d'autres usagers**, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public ou d'un équipement public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions de ses usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement.

Lorsque la vérification de l'identité est nécessaire, les usagers doivent **se conformer aux obligations** qui en découlent.

Les usagers accueillis à temps complet dans un service public, notamment au sein d'établissements médico-sociaux, hospitaliers ou pénitentiaires ont **droit au respect de leurs croyances et de participer à l'exercice de leur culte**, sous réserve des contraintes découlant des nécessités du bon fonctionnement du service.

du code de déontologie médicale, s'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir clairement le patient, dès la première consultation, et lui donner tous moyens et conseils pour qu'il puisse obtenir une prise en charge adaptée.

De plus, le médecin doit s'assurer que sa décision ne contrevient pas aux dispositions de l'article 7 du code de déontologie médicale : *Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quelles que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances...* L'invocation de la clause de conscience ne doit pas pouvoir être interprétée comme une supposée discrimination.

Commentaires du CNOM (2011)

On exclut de la discussion les cas où le médecin peut, et doit, refuser ses soins pour des raisons évidentes de non compétence (art. L.1110-5 du CSP), de risques encourus injustifiés, d'atteinte à l'intégrité du corps humain (art. 16-3 du code civil)...

Pour le médecin, la clause de conscience, c'est le droit de dire "non" dans certaines circonstances, à condition d'apporter au patient une réponse pertinente sans pour autant être obligé d'exposer ses convictions intimes, sans prosélytisme, et en l'informant "sans délai" des possibilités qui s'offrent à lui. Si la clause de conscience peut être évoquée systématiquement lorsqu'il s'agit de situations identiques, elle peut être aussi "modulée" selon les circonstances par ceux qui entendraient l'invoquer (par exemple, on peut être hostile à l'exécution d'un acte d'une façon générale et accepter de le pratiquer dans des situations particulières).

Ce droit au refus de soins est assorti de devoirs complémentaires centrés sur "une information claire, loyale et appropriée" (art. R.4127-35 du CSP). Le médecin doit prendre toutes dispositions et précautions pour pouvoir apporter la preuve qu'il a bien rempli sa mission. Dossier, courrier, document daté et signé, consentement éclairé, attestation de consultation précisant les décisions adoptées...

Mais cette clause de conscience, au nom de son principe, ne doit pas pour autant conduire à des abus (art. 7, refus de vaccinations obligatoires...).

Ce droit à dire "non" devrait donc être conforme à l'éthique de chacun et reste le "privilège" de celui qui l'invoque. Il peut concerner d'autres professionnels de santé.

Pour l'instant, dans les textes de la République, le principe n'est clairement exprimé que dans le cadre du refus de stérilisation (art. L.2123-1 du CSP), d'IVG (art. L.2212-8 du CSP), de recherche sur embryon (art. L.2151-7-1 du CSP).

Mais le CNOM assimile dans ses commentaires l'article 47 du Code de Déontologie à une véritable clause de conscience.

Les textes

La loi Veil du 17 janvier 1975 sur l'IVG (article L.2212-8 et L.2123-1 du CSP) : possibilité de se récuser au motif de ce principe déjà édicté dans l'article 18 du code de déontologie médicale.

Décision 2001-446 du 27 juin 2001 : le Conseil constitutionnel reconnaît la liberté de conscience comme un principe fondamental.

La loi du 4 juillet 2001 sur l'IVG et la contraception : sans parler de "clause de conscience", elle reconnaît le droit au refus de soins par le médecin.

La loi du 4 mars 2002 reconnaît au médecin le droit de se récuser à certaines conditions énoncées aux articles L.1110-3, 7° alinéa, tout comme l'article 47 du code de déontologie médicale.

Enfin la loi du 7 juillet 2011 instaure une clause de conscience en vertu de laquelle aucun chercheur, aucun ingénieur, aucun technicien ou auxiliaire de recherche quel qu'il soit, aucun médecin auxiliaire médical n'est tenu de participer à quelque titre que ce soit aux recherches sur des embryons humains ou des cellules souches embryonnaires (art. L.2151-7-1 du CSP).

Néanmoins, le code pénal (art. 223-6, alinéa 2) ne saurait tolérer qu'il puisse y avoir "omission de porter secours".

La seule "clause de conscience" ne saurait donc être invoquée dans le cadre d'une urgence vitale.

Article R4127-47 du code de déontologie médicale :

Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée.

Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.

*Rapport adopté lors de la session du Conseil national de l'Ordre des médecins du 16 décembre 2011

http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/clause_de_conscience.pdf

Aumôniers en établissements de soins

Chaque établissement doit tenir à la disposition des praticiens une **liste d'aumôniers** et le **moyen de les contacter** dans des délais raisonnables.

Il est donc recommandé pour les soignants **d'avoir recours aux aumôniers** pour toute demande particulière ou toute difficulté dans la délivrance des soins en rapport avec des convictions religieuses supposées ou exprimées (refus de soins, décès...). L'aumônier n'est pas un soignant, mais il peut être amené à avoir connaissance d'informations couvertes par le secret médical ; il est donc néces-

saire de formaliser un engagement de sa part à respecter ce secret.

Etablissements publics

Document basé sur la charte nationale des aumôneries relevant de la fonction publique hospitalière (Circulaire n°DGOS/RH4/2011/356 du 5 septembre 2011).

Cette charte s'inscrit dans le **cadre constitutionnel de la Loi du 9 décembre 1905**, qui "assure le libre exercice des cultes dans les établissements publics". Elle répond aux principes de la **charte du patient hospitalisé** (6 mai 1995) : "L'établissement de santé doit respecter les croyances et convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte, nourriture, liberté d'action et d'expression). Ces droits s'exercent dans le respect de la liberté des autres".

Les aumôniers sont désignés par les autorités cultuelles dont ils relèvent et recrutés par les établissements hospitaliers, sociaux et médico-sociaux. Ils ont la qualité d'agents contractuels. En l'absence d'autorité cultuelle clairement identifiée, il ne peut être donné droit à une demande de mise en place d'un service d'aumônerie. Les aumôniers exercent au sein d'une institution dans laquelle s'applique le principe de laïcité. Recrutés au nom et pour le culte qu'ils représentent, ils y assurent une fonction, qui, par essence, relève du religieux et du spirituel.

Ils ont la charge d'assurer dans les établissements, le service du culte auquel ils appartiennent et d'assister les patients qui en font la demande par eux-mêmes ou par l'intermédiaire de leur famille ou lors de leur admission. Ils accompagnent aussi les familles et proches qui le souhaitent. Les personnels soignants sont attentifs à repérer et à transmettre d'éventuelles demandes.

Au-delà du rôle de visite au patient qui le demande, ou le cas échéant, d'ordonnateur de rituels mortuaires, l'aumônier apporte son concours à l'équipe soignante. Sa présence, par la dimension éthique qu'il porte, est enrichissante pour tous. L'aumônier éclaire, le cas échéant, l'équipe médicale et soignante, sur les implications que peuvent avoir certaines de leurs décisions au regard des convictions et pratiques religieuses des patients. Sa démarche doit être cohérente avec la démarche de soins, (*Charte nationale des aumôneries du 5 Septembre 2011 -extraits*). L'organisation du travail, le statut et le recrutement des aumôniers est fixé par une circulaire de 2006 : Circulaire DHOS/P1 n° 2006-538 du 20 décembre 2006 relative aux aumôniers des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière (<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-02/a0020043.htm>).

Etablissements privés

Pour ce qui concerne les établissements privés, il n'existe pas de textes réglementaires spécifiques.

Les textes évoqués restent la base pour la présence, l'implication ou les règles de présence d'aumôneries.

Toutefois, la FHP a publié une **Charte de la laïcité en cliniques et hôpitaux privés** où est précisé : *Une liste des représentants des différents cultes est tenue à disposition des patients qui demandent à entrer en contact avec l'un ou plusieurs d'entre eux.* (http://www.fhp.fr/fichiers/20120712180733_charte_laicite.pdf)

Certificat de virginité ou de «défloration»

Le CNOM considère que, *n'ayant aucune justification médicale et constituant une violation du respect de la personne 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, 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'est pas, est une faute punie par le Code pénal (articles 441-7 et 441-8) et le Code de déontologie (article 28) qui sanctionne les faux certificats et les certificats de complaisance.

La situation est toute 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, pour l'église catholique, dans le cadre d'une procédure ultime devant la juridiction romaine de la Rote; il est conseillé de demander que l'examen et le certificat viennent d'un collège de médecins, par exemple un gynécologue et un médecin légiste.
- 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 selon les normes médico-légales et s'accompagner des prélèvements et examens biologiques nécessaires.

Dans le cadre de suspicion de violences sexuelles à mineurs (ou majeurs protégés), le médecin est tenu de faire un signalement aux autorités judiciaires.

(<http://www.conseil-national.medecin.fr/signaler-lamaltraitance-1258>).

La gynécologie

une brève histoire

B. SEGUY*

Les accouchements, lorsqu'ils étaient effectués par un homme, appelé dans les cas urgents et/ou difficiles, avaient le plus souvent lieu sous une couverture ou un drap "cachant ce que l'homme ne saurait voir".

La gynécologie est une spécialité très récente, née, peut-on dire, avec le XIX^{ème} siècle. Certes, il existait bien quelques instruments métalliques barbares, depuis les romains (et retrouvés notamment à Pompéi), pour examiner l'intérieur du vagin en en écartant les parois, mais ils ne furent que peu améliorés, voire oubliés au cours des siècles suivants. Il faudra attendre Joseph Récamier, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Paris, pour voir apparaître en 1801 la notion de speculum sous la forme d'un tube qui, grâce à la flamme d'une bougie ou d'une lampe à pétrole, et à ses parois plus ou moins réfléchissantes, permettait d'examiner le vagin et le col utérin. Ce modèle initial sera amélioré ensuite par Dupuytren (voir Syngof n°84).

Rappelons très brièvement qu'il faudra patienter jusqu'au XVI^{ème} siècle pour commencer à avoir des notions anatomiques assez précises sur le corps humain, et plus particulièrement sur l'anatomie féminine, et corriger ainsi certaines des nombreuses erreurs des anciens qui s'instruisaient surtout sur des animaux. On sait l'apport considérable d'André Vésale et son élève Gabriel Fallope, de Charles Estienne, de Bartholomé Eustache, et des amphithéâtres italiens, en ce domaine. Mais ce n'est pas avant le XVII^{ème} siècle et les travaux de Régnier de Graaf que sera donnée une interprétation approximative de l'ovaire et de ses follicules (qu'il pensait être des petits œufs), et également une des premières gravures de la grossesse extra-utérine.

Pendant des siècles, la gynécologie fut donc uniquement médicale et extrêmement limitée en pratique, par le fait qu'il était, pour un médecin forcément masculin, très peu envisageable d'examiner une femme, et surtout au niveau de ses organes génitaux. Les accouchements, lorsqu'ils étaient effectués par un homme, appelé dans les cas urgents et/ou difficiles, avaient le plus souvent lieu sous une couverture ou un drap "cachant ce que l'homme ne saurait voir". Il est donc facile de comprendre qu'il n'était pas habituel, pour ne pas dire toléré, d'examiner à l'œil et à la lumière les organes génitaux féminins. Pendant des siècles, ce ne furent que les anatomistes qui purent étudier l'anatomie féminine, sur les cadavres, et encore difficilement.

Seuls les seins n'étaient pas un organe tabou comme on peut s'en rendre compte aisément par les déesses ou les femmes allaitantes dans l'art pictural à partir du XVII^{ème} siècle, sans

Il faudra attendre Joseph Récamier, chirurgien à l'Hôtel-Dieu de Paris, pour voir apparaître en 1801 la notion de speculum sous la forme d'un tube...

* Expert honoraire près la Cour d'Appel
Membre de la Société Française d'Histoire de la Médecine

doute sous l'influence et en souvenir des sculptures et mosaïques gréco-latines. Aussi l'amputation chirurgicale du sein cancéreux était déjà connue et pratiquée parfois. Elle est décrite par Scultetus dans son *Armentarium chirurgicum* (1655), puis par Helvétius. Elle est simple : le sein est saisi et immobilisé par quatre fils cardinaux ou par une pince à double arrondi, le chirurgien avec un couteau bien aiguisé coupe tout autour et détache la glande puis cautérise au fer rouge... sans anesthésie évidemment. Les auteurs ne parlent pas de la suture cutanée, ni des suites opératoires.

Certes les grosses tumeurs ovariennes, les très gros fibromes pouvaient être perçus ou tout au moins devinés par une palpation "sous la robe", sans vision directe. Mais comme il n'était pas question, à l'époque, d'ouvrir l'abdomen pour extirper une tumeur, même énorme, le rôle du médecin (pas encore gynécologue) se limitait forcément à un diagnostic putatif, puisqu'il n'existait aucun moyen de l'affiner. Quant au traitement, il n'y avait rien en dehors des onguents, des saignées, des clystères et de l'élimination par simple incision d'une suppuration collectée très superficielle. Travail manuel du seul ressort du barbier-chirurgien.

En fait, ce sont des chirurgiens qui, au début du XIX^{ème} siècle, inaugurèrent le chapitre de la gynécologie, et ce par l'ovariotomie, c'est-à-dire par l'exérèse chirurgicale de gros kystes ovariens, découverts sans difficulté par la palpation abdominale et le toucher vaginal.

Comme pour l'anesthésie (voir Syngof n°85), c'est de la très jeune Amérique des États-Unis que vinrent les premières réussites. Historiquement ce fut Ephraim McDowell qui, à la fin de l'année 1809, dans le Kentucky, réussit la première ovariectomie, devenant ainsi tout à la fois un pionnier de la chirurgie gynécologique et intra-abdominale. La seconde fut menée à bien 13 ans plus tard

par Nathan Smith, plusieurs par Alban Smith à partir de 1827, puis toute une série fut réalisée à partir de 1844 par W.L. Atlee. Des chirurgiens anglais se lancèrent à leur tour devant le succès des Américains. Ce furent, à partir de 1843, les Clay, Walsh, Baker Brown, et surtout Spencer Wells qui réalisa avec succès une véritable série d'interventions.

Les succès de ces exérèses, avant la découverte et la publication de l'antisepsie par Lister (1867), étaient considérés comme quasi miraculeux. Alors comment s'expliquent ces réussites "avant la lettre"? Et bien tout simplement, en remarquant qu'un seul type d'intervention était pratiqué avec succès dans tous les cas rapportés : l'ablation d'un gros kyste ovarien généralement liquidien (ces kystes étaient énormes pour nos critères actuels et dépassaient facilement les cinq kilos). Et pourquoi donc? Parce que ce gros kyste était juste sous la peau de l'abdomen, qu'il suffisait d'une incision très superficielle et relativement modeste pour l'atteindre, le saisir, le vider, l'extirper alors hors de l'abdomen et lier puis couper son pédicule généralement assez long. Le tout sans mettre instruments et doigts à l'intérieur du ventre. Certes, à l'époque, personne ne soupçonnait le rôle mortel des instruments non stérilisés et des doigts non nettoyés du chirurgien, mais ce sont ceux qui évitaient, pour des raisons de pratique et/ou de rapidité, de farfouiller dans l'abdomen, qui sauvaient leurs opérées. Sans le savoir, ils faisaient ce qu'il fallait, ou plus exactement, ils évitaient ce qu'il ne fallait pas faire.

C'est également à un américain que nous devons la véritable création de la gynécologie en tant que spécialité individualisée à part entière et à vocation surtout chirurgicale. Il s'agit évidemment de Marion Sims dont l'histoire a été rapporté dans le n°88 de la Revue. Pour mémoire, c'est en 1849 que Marion, après 4 ans d'essais infructueux, réussit la pre-

mière guérison historique d'une fistule vaginale obstétricale chez l'esclave noire Anarcha. De la même manière que la guérison de la fistule anale du Roi Louis XIV en 1686 par Felix de Tassy, établit la naissance officielle de la chirurgie française, la guérison de la fistule vésicale d'Anarcha et de ses deux amies, marqua la naissance officielle de la gynécologie en tant que spécialité chirurgicale individualisée, aux USA puis en Europe (même si quelques services hospitaliers à orientation gynécologique existaient déjà en Angleterre et en Écosse). En 1855, Sims ouvrait à New York son "Woman's Hospital", premier hôpital de l'histoire créé et consacré exclusivement à la gynécologie. Lors de son voyage en Europe, il effectua à Paris, en 1861, notamment à la demande de Nelaton et de Velpeau, plusieurs réparations de fistules réussies. C'est en 1866 qu'il publia son célèbre "Clinical Notes on Uterine Surgery", premier traité de gynécologie digne de ce nom. Il fut élu en 1876 Président de l'American Medical Association.

Et en France? Il y eut du retard et peu de succès connus et attestés. En 1844, l'intervention d'ovariotomie réalisée par un certain Woyerkowsky, exerçant dans le Doubs, qui enleva une tumeur solide ovarienne de 4 kg et évacua 30 litres d'ascite. L'opérée survécut et eut par la suite deux enfants. L'Académie de Médecine néanmoins condamna en 1844 l'ovariotomie. En effet, Nelaton, qui était allé pourtant en Angleterre voir opérer Spencer Wells, ne sauva aucune de ses 19 opérées. Il faudra attendre son élève, Pean, pour voir l'opération réussir et les espoirs renaître.

Mais pourquoi les succès de certains et les échecs des autres? Il semble bien que cette différence soit liée au mode de pratique des intervenants. Ceux qui réalisaient leurs interventions en dehors du milieu hospitalier, soit parce qu'il n'y avait pas d'hôpitaux, soit par ce qu'ils ne faisaient



Pr Péan avant une intervention (1887)

pas partis de ces établissements, sauvaient leurs patientes, ceux qui opéraient dans l'hôpital ou juste en en sortant, comme Nelaton, les tuaient, car ceux-ci véhiculaient avec eux la malédiction nosocomiale hospitalière. Si Woyerkowsky réussit la première ovariectomie française, c'est parce qu'il opéra sa patiente chez elle. Si Koeberle à Strasbourg réussit également à sauver ses patientes (première ovariectomie en 1863), c'est qu'il n'opérait pas à l'hôpital. Comme Péan, justement, qui opérait à domicile. Et tous deux se caractérisaient par un grand souci de la propreté, rare à l'époque et qui frappait d'autant plus leurs contemporains. Koeberle allait jusqu'à faire bouillir ses instruments et ses linges avant l'intervention. Un maniaque !

Jules Péan, né en 1830 à Marboue, petit bourg d'Eure et Loire à côté de Châteaudun, fait ses études médicales à Paris et choisit la voie difficile des concours hospitaliers. Il est nommé Interne des hôpitaux de Paris en 1855 (il invente alors les "Conférences" de préparation à l'internat...), et devient l'interne et l'élève préféré du Pr Nelaton. En 1864, il réussit une des premières ablations d'un kyste de l'ovaire en France chez

une femme de 30 ans, qu'on pensait en train de mourir de phtisie. Il enlève un kyste de l'ovaire de 10 kg en l'opérant dans son pauvre logement de la rue Lepic, après avoir transformé en salle d'opération la plus grande (9 m²) des deux pièces de ce petit logement, les cinq enfants de l'opérée jouant dans la pièce d'à côté. Les suites opératoires furent excellentes à la stupéfaction générale. Ce succès est lié, sans aucun doute, à son grand souci de la propreté (bien avant la notion d'antisepsie à la Lister) et au fait qu'il fut toujours un ardent défenseur de l'hémostase chirurgicale et laissera son nom à une pince hémostatique à crémaillère pour forcipresse encore utilisée de nos jours. Il est nommé en 1865 Chirurgien des Hôpitaux et, suivant la pratique de l'époque, partage son temps entre son service hospitalier et une riche clientèle privée. Il y opérait à domicile, se méfiant par-dessus tout des infections nosocomiales caractéristiques quasi obligatoires, mais non comprise, des salles d'opération hospitalières. Il fut également l'un des pionniers de l'abord vaginal pour l'exérèse gynécologique. En 1873, il devient Chef de service à l'hôpital Saint-Louis, mais il ne sera jamais

professeur, tout en étant élu à l'Académie de médecine en 1887, mais pas à la Société de chirurgie. En effet, son âpreté au gain, connue et reconnue, assombrit toujours son image auprès de ses confrères chirurgiens. Enfin, sa mémoire est également ternie par son opposition totale et persistante aux travaux de Pasteur qu'il ne comprit jamais.

Mais il faut bien réaliser que, pour la très grande majorité des chirurgiens français, les interventions abdominales, gynécologiques ou autres, restaient dans leur esprit des arrêts de mort. Et ce n'est pas les quelques résultats heureux, publiés ici ou là, dans le pays ou ailleurs, qui changeaient leur façon prudente de voir les choses. Aussi les plus aventureux et les plus habiles d'entre eux se limitaient-ils à la chirurgie intravaginale, inaugurée avec succès par Récamier et devenue plus facilement "praticable", grâce au développement des différents modèles de spéculums réfléchissants. Et d'autant plus qu'elle put, à partir de 1850, profiter d'une nouvelle invention extraordinaire, elle aussi d'origine américaine, l'anesthésie, à l'éther ou au chloroforme (voir Syngof n°85). Si l'anesthésie n'améliorait pas la mortalité des grandes interventions abdominales, elle rendait par contre quasiment indolores les délicates interventions intravaginales, peu mortifères mais dont le caractère éminemment douloureux avait freiné la diffusion. Aussi vit-on se développer, à partir de cette époque, les curetages utérins, les interventions pour prolapsus ou pour délabrement périnéal, voire même les hystérectomies vaginales, initiées par Récamier et réalisées non rarement par Péan. Mais jusqu'au lendemain de la guerre franco-prussienne de 1870, la gynécologie française resta à la traîne, tant dans l'installation de locaux dédiés et dans le matériel spécialisé, que dans les vocations chirurgicales. La gynécologie n'était que chirurgicale et pratiquée par des chirurgiens



Mathieu

généralistes avec leur instrumentation habituelle. Tout au plus la valve vaginale de Sims avait-elle été ajoutée parfois. Pean, néanmoins, perfectionna son abord vaginal de l'utérus, même pour les gros fibromes, en mettant au point l'hystérectomie par morcellement.

En 1883, le chirurgien écossais Robert Lawson Tait réalisait la première salpingectomie, alors même qu'il démontrait par ailleurs la nécessité d'intervenir rapidement dans les grossesses extra-utérines. On comprend le bond en avant que ces notions toutes nouvelles firent effectuer à la gynécologie opératoire qui pouvait enfin sauver des vies par le bistouri.

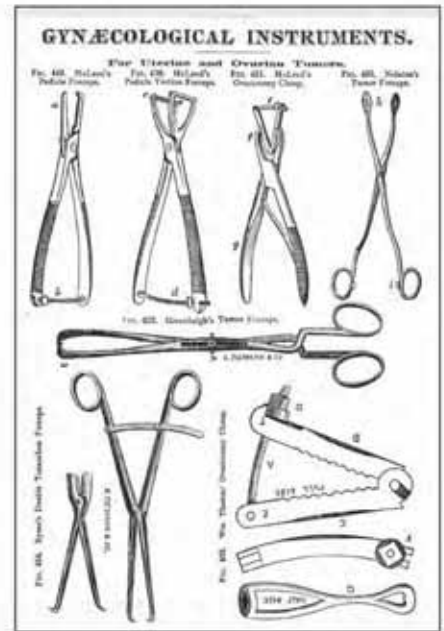
C'est à lui que nous devons les connaissances nouvelles apparues à cette époque sur les ovaires et les annexes utérines, leurs pathologies, et leurs traitements chirurgicaux. Il les codifia dans un remarquable ouvrage qui fut traduit en français peu après sa parution: *Traité des maladies des ovaires* (Doin Ed. Paris 1886). C'était, grâce à lui et à ses écrits, tout un chapitre nouveau de la gynécologie qui se révélait ainsi aux praticiens. Cependant jusqu'à la fin du XIX^{me} siècle perdura l'opposition quant à la voie d'abord de la chi-



Tiemann

rurgie gynécologique, les "vaginalistes", menés par Péan, s'opposant aux "laparotomistes", moins nombreux mais menés par la nouvelle vague des jeunes chirurgiens qui bénéficièrent alors des immenses progrès cumulés apportés, enfin, par l'anesthésie de Morton, l'antisepsie de Lister et l'asepsie de Pasteur.

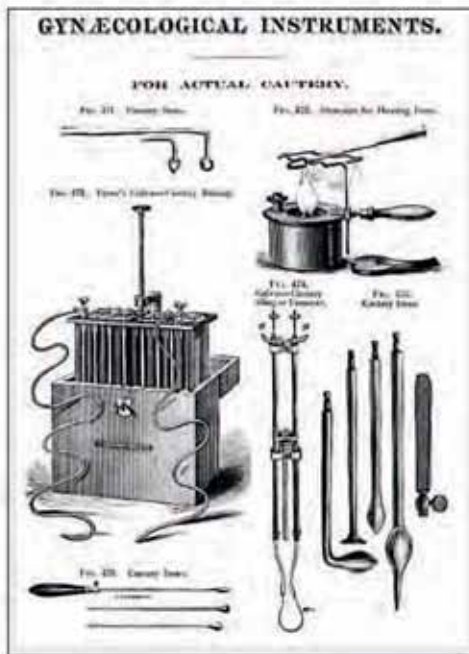
C'est cette nouvelle génération de jeunes chirurgiens qui, avec Pozzi, Segond, Bouilly, redora le blason de la chirurgie gynécologique française, bien terni. Pozzi, rappelons-le, fut le premier chirurgien français à se spécialiser en gynécologie exclusive (voir Syngof n°95). Nommé chirurgien des hôpitaux en 1877, Chef de service à Lourcine en 1883, il publie en 1892 son fameux *Traité de Gynécologie clinique et opératoire* qui allait devenir la bible des gynécologues francophones, comme le traité de Marion Sims était celle des anglophones depuis 1866. Ce n'est pas par hasard si le traité de Pozzi commence par un chapitre intitulé: *"Asepsie, Antisepsie, Anesthésie, Moyens de réunion et d'hémostase, Drainage et tamponnement"*. D'emblée, l'auteur présente et explique les conquêtes techniques qui font toute la différence entre la chirurgie d'avant 1845, et celle qui allait



Tiemann

caractériser la suivante jusqu'en 1945, date au-delà de laquelle une nouvelle ère va apparaître, dominée par les immenses progrès de l'anesthésiologie et l'apparition des antibiotiques.

Mais revenons au tout début du XX^{me} siècle en gynécologie pour nous rendre compte, à la lecture de Pozzi, que tous les examens cliniques classiques, toute la pathologie classique est déjà passée en revue, mais évidemment avec les moyens d'investigation de l'époque, extrêmement limités. L'examen clinique minutieux et l'expérience du praticien peuvent suggérer un diagnostic, mais, comme il n'y a pas d'examens paracliniques, *in fine* c'est l'examen visuel ventre ouvert qui confirmera le diagnostic, l'étendue des lésions et dictera donc la conduite à tenir: Fibromes et cancers de l'utérus avec la chirurgie afférente, de la simple myomectomie à l'hystérectomie subtotale ou totale (mais sans l'hystérectomie élargie de Wertheim qui ne sera connue et pratiquée en France qu'à partir de 1895-98). Rétroversion utérine, surtout corrigée par pessaires, mais parfois chirurgicalement par raccourcissement des ligaments ronds notamment. Prolapsus, souvent corrigés par



Cautérisation cervicale

ceintures et pessaires, mais parfois chirurgicalement par colpo-périnéoplastie, par ventrofixation abdominale des cornes ou du corps utérin, par cloisonnement du vagin type Le Fort. Salpingites qui, à l'époque, s'accompagnaient quasiment toujours d'adhérences et de poches de pus disséminées dans le petit bassin, rendaient la salpingectomie, très périlleuse et dangereuse, redoutée des meilleurs chirurgiens. Dans les cas les plus dangereux, il était parfois recommandé d'effectuer plutôt une hystérectomie par voie vaginale (technique de Péan, Segond). La mise en position déclive, connue depuis le Moyen-Âge mais tombée en désuétude, fut alors remise à la mode (Trendelenburg) et particulièrement appréciée. Tumeurs de l'ovaire abordées par laparotomie, et l'étendue de l'exérèse se fait en fonction du type et de l'importance des lésions ovariennes découvertes de visu. Grossesse extra-utérine où, très curieusement, l'auteur, s'il ne discute pas la nécessité d'une intervention en urgence en cas de diagnostic de rupture brutale,

consacre la plus grande partie de son long chapitre à tous les autres cas et notamment aux grossesses ectopiques près du terme avec enfant vivant ou non.

Et on voit progressivement, au fil des années, les catalogues des célèbres instrumentistes Mathieu à Paris et Tiemann aux USA, se couvrir de dessins de pinces à écrasement, et/ou morcellement, de gros "tire-bouchons" qui sont en fait des tire-myomes ou des tire-tumeurs ovariennes, de trocars plus ou moins gros de calibre pour vider les kystes liquidiens, de bistouris plus ou moins incurvés dits pour morcellement, de pinces ornées de griffes redoutables ou coupantes emporte-pièce pour participer également à ces morcellements, sans compter une foultitude de valves vaginales, concurrençant les irremplaçables valves de Sims, d'écarteurs abdominaux sus-pubiens ou de parois latérales, et de pinces d'une grande variété de formes où dominent celles de Péan et de Pozzi, sans oublier évidemment les aiguilles passe-fils de Reverdin, de Terrier, de Lucas-Championnière. Les praticiens inventeurs se copiant d'ailleurs sans vergogne des deux côtés de l'Atlantique.

Il faut bien reconnaître que la partie gynécologie médicale est la portion congrue des traités comme des catalogues. Mais il n'y a rien là d'étonnant car il ne faut pas oublier qu'au tout début du XX^{ème} siècle, la physiologie hormonale féminine et les différentes interactions organiques étaient tout à fait méconnues. C'est ainsi qu'on peut lire: *"L'aménorrhée est sous la dépendance, soit d'un appauvrissement du sang, soit d'un trouble nerveux, c'est aux reconstituants, aux toniques, au fer, ou à l'hydrothérapie qu'on aura recours. L'électricité peut donner de bons résultats et on ne devra pas la négliger"*. Beaucoup de praticiens accordent un rôle créateur important aux

trompes dans les menstruations. La dysménorrhée, quant à elle, est la résultante de troubles nerveux ou d'infections des trompes.

Mais il est évident qu'on ne peut pas reprocher la mise en accusation quasi-systématique d'infections plus ou moins chroniques dans toute la pathologie intra-abdominale et notamment gynécologique, un demi-siècle avant la découverte des antibiotiques... Les "inflammations" cervicales furent, pendant longtemps, traitées localement par des applications de... sangsues, mises *in situ* sous spéculum, avant de voir apparaître, au début du XX^{ème} siècle, la cautérisation thermique.

Pour mémoire, et en vrac, rappelons que les bougies de Hegar n'apparaîtront que juste avant la 1^{ère} guerre mondiale, l'hystérosalpingographie que dans les années 1925 (alors que la découverte des Rayons X par Röntgen date de 1895). Ce n'est qu'avec Raoul Palmer, à l'Hôpital Broca de Paris où il restera pendant 40 ans, que naîtra dans les années 1943-45, la coelioscopie, qui, de gynécologie au début (dans les années 50-65), deviendra, au fil des décennies, et des perfectionnements techniques (fibre optique en 1970), la coelioscopie, aujourd'hui mondialement utilisée. Interne à Broca, chez Hugier, en 1967, je me souviens très bien de notre engouement pour cette nouvelle technique exploratoire, pleine de promesses, qu'elle tiendra effectivement et même au-delà.

Quant à la gynécologie médicale et hormonale, elle sera, en France, essentiellement l'œuvre d'Albert Netter qui s'y attellera dès les années 1940, pour en devenir l'un des maîtres incontestés à partir des années 60. C'est sous son influence que fut créé le Certificat de Gynécologie médicale, exclusivité très française puisque non reconnu dans le reste de l'Europe.



Les Cahiers SYNGOF
jour après jour



vous informent



Propos de lecture



Editions Elsevier Masson
416 pages

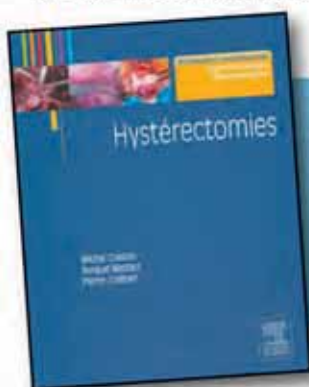
Guide pratique de l'échographie obstétricale et gynécologique 2^{ème} édition

Gilles GRANGÉ, Frédéric BARGY

59 €

Ouvrage d'enseignement de première qualité avec compléments en ligne, particulièrement utile en imagerie. Une démarche d'enseignement comme on aimerait en disposer plus souvent. Merci à Gilles Grangé de nous mettre à l'aise et de nous encourager à progresser encore. Ouvrage indispensable à tous ceux qui se sont lancés dans la pratique de l'échographie obstétricale. L'essentiel de l'ouvrage concerne l'obstétrique et est très bien fait ; la partie, plus restreinte concernant la gynécologie est plus brève et moins didactique : c'est pourtant dans ce domaine, plus souvent partagé avec les radiologues que des améliorations de base sont encore attendues.

Bertrand de ROCHAMBEAU



Editions Elsevier Masson
256 pages

Hystérectomies

Michel COSSON, Arnaud WATTIEZ, Pierre COLLINET

125 €

Le cœur de l'ouvrage peut faire référence pour les techniques d'hystérectomies simples et leurs difficultés : texte descriptif, bien illustré, clair. L'ouvrage déçoit quand il aborde les hystérectomies élargies, dont la description est succincte pour un ouvrage de techniques chirurgicales, surtout quand il aborde les techniques les plus sophistiquées : coelioscopiques et assistance robotique. L'analyse des suites opératoires est aussi succincte. Au total un ouvrage de qualité pour les techniques de base. A recommander pour la modélisation de l'hystérectomie par les 3 voies : vaginales, abdominales et coelioscopiques.

Bertrand de ROCHAMBEAU



Editions Lavoisier Médecine Sciences
352 pages

Procréation Médecine et Don 2^{ème} édition

Coordonné par Pierre JOUANNET

43 €

Parmi les sujets socialement sensibles de notre spécialité la PMA est un des plus complexes. Cet ouvrage livre un ensemble de données et de réflexions de haute qualité. Au-delà des techniques de plus en plus sophistiquées, la PMA interroge sur le sens du don, de la procréation. Pour tous ceux qui sont confrontés à cette activité, ce livre apporte les clés d'une réflexion approfondie qui enrichira leur pratique.

Bertrand de ROCHAMBEAU

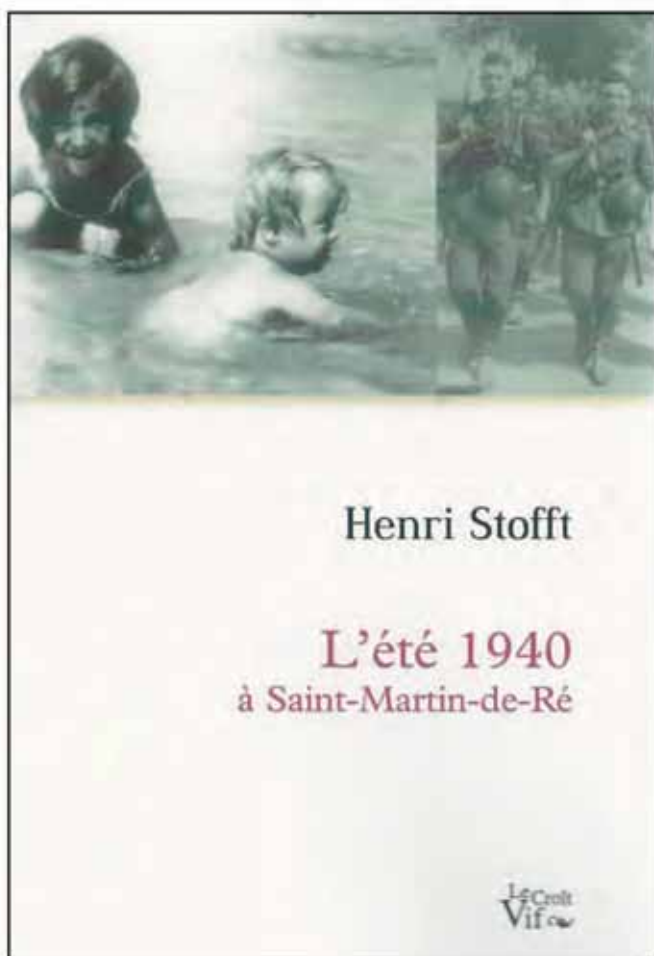
De 1989 à 2010 le Docteur Henri STOFFT a collaboré régulièrement aux Cahiers du SYNGOF et ses textes ont toujours été très appréciés par nos lecteurs.

Aujourd'hui il nous raconte le premier été de la seconde guerre mondiale dans un livre touchant et historiquement passionnant qui met en scène sa jeunesse, sa famille et l'occupation allemande sur l'île de Ré.

Les germanophiles apprécieront les discussions en allemand retranscrites dans ces pages. Le Docteur STOFFT est gynécologue mais sa passion des livres et de l'écriture s'exprime bien ici.

N'hésitez pas à vous procurer ce livre vous allez l'aimer.

N. PRUGNY



Elisabeth Clementz, une militante alsacienne pour la paix des peuples, dirige La Rhéade, établissement qu'elle a créé à Saint-Martin-de-Ré. Il attire chaque été pour une cure marine des petits rats de l'opéra, des animatrices allemandes et des enfants fragiles. On y donne des spectacles de danse, on y apprend le français, l'allemand, mais aussi à nager, à faire le jardin, à apprivoiser les animaux... Un paradis, disent ses habitués, tous de familles protestantes...

Guerre oblige, les réservations de l'été 1940 se voient annulées. Seule Madeleine, la sœur d'Elisabeth, parvient à s'y réfugier avec ses quatre enfants, après un exode agité à travers la France. Mais début juillet, la Rhéade est réquisitionnée pour abriter des fantassins allemands. Le domaine est partagé en deux, une cohabitation difficile s'installe, marquée par une forte attirance-répulsion des deux côtés et dans les deux sens.

Une sorte d'envoûtement réciproque, largement conflictuel, que symbolisent deux militaires allemands : un lieutenant, bel homme, hautement cultivé, et un troufion nabot qui se révèle d'une grande sensibilité, notamment face à Francine, la dernière fille de Madeleine, une petite mongolienne affectée d'une maladie alors incurable. L'auteur résume ainsi son livre : « Les deux événements qui ont le plus influencé mon existence sont la mort de la France le 17 juin 1940 et la mort de Francine le 5 septembre 1940. Francine, ma petite France... »

Les événements relatés dans ce texte constituent un témoignage étonnant et émouvant de la relation franco-allemande qui prend ses sources dans l'Histoire grâce au mari d'Elisabeth, universitaire spécialiste de la Germanistique.



L'auteur a été chef de service en obstétrique à l'hôpital de Fougères, il est également un historien de la médecine, pour tout ce qui concerne la gynécologie. Sa photo date de son service militaire en Algérie comme médecin-lieutenant, selon la voie qu'il s'est fixée lors de la mort de Francine.

Les deux photos de couverture sont de la collection de l'auteur.



22 €
TVA incluse

Retrouvez les petites annonces
sur

www.syngof.fr

Conseil d'Administration

du Syngof

Président

Docteur de ROCHAMBEAU
Hôpital privé Marne Chantereine
BROU SUR CHANTEREINE

Présidents d'honneur

Docteur COUSIN
Professeur GIRAUD
Docteur ROZAN

Vice-Présidents

Pôle Gynécologie Obstétricale Libérale

Docteur BOYER DE LATOUR
1 bd Schweitzer
SAINT QUENTIN

Docteur LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Pôle Praticiens Hospitaliers

Docteur FAIDHERBE
CHU Arnaud de Villeneuve
MONTPELLIER

Docteur LE PORS-LEMOINE
Centre Hospitalier - ST MALO

Pôle Gynécologie Médicale

Docteur GUERIN
13 bd des rochers - VITRÉ

Docteur HOMASSON
5 rue Chanez - PARIS

Secrétaire Générale

Docteur PAGANELLI

Secrétaire Général Adjoint

Docteur RIVOALLAN

Secrétaire Général honoraire

Docteur MISLER

Trésorier

Docteur MARTY

Trésorier adjoint

Docteur GRAVIER

Membres de droit

Docteur BELAICHE
Professeur COLETTE
Professeur GIRAUD

Membres du Bureau

Docteur BOYER DE LATOUR
Tél. 03 23 64 53 59

Docteur DE ROCHAMBEAU
Tél. 01 64 72 74 31

Docteur FAIDHERBE
Tél. 06 85 73 38 00

Docteur GRAVIER
Tél. 06 62 45 28 10

Docteur GUERIN
Tél. 06 35 22 19 33

Docteur HOMASSON
Tél. 01 40 71 93 64

Docteur LAPLACE
Tél. 05 56 43 72 24

Docteur LE PORS-LEMOINE
Tél. 02 99 21 21 98

Docteur MARTY
Tél. 05 63 77 79 00

Docteur PAGANELLI
Tél. 02 47 37 54 49

Docteur RIVOALLAN
Tél. 02 98 95 84 84

Membres

Docteur BASTIAN
Place du Grand Jardin - VENCE

Docteur BLUM
10 rue du Rhône - MULHOUSE

Docteur BOHL
1-3 av Carnot - SAINT-MAX

Docteur BONNEAU
2 bd du Roy
LES PAVILLONS SOUS BOIS

Docteur BONNET
Hôpital de Fontainebleau
FONTAINEBLEAU

Docteur CACAULT
71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

Docteur CRISTINELLI
Clinique Arc-en-ciel - EPINAL

Docteur DARMON
18 rue des remises
ST MAUR DES FOSSES

Docteur DE BIEVRE
6 rue St Fiacre - MEAUX

Docteur DEFFARGES
59 rue de la Chataigneraie
BEAUMONT

Docteur DENJEAN

7 av. Pierre Verdier - BEZIERS

Docteur DREYFUS

25 rue Garibaldi - LYON

Docteur FRANQUEBALME

345 av du Prado
MARSEILLE

Docteur GERAUDIE

26 bd Dubouchage - NICE

Docteur GRISEY

PARIS

Docteur GUIGUES

2 bis av. du CANADA - CAEN

Professeur HOROVITZ

Hôpital Pellegrin Maternité
BORDEAUX

Docteur JELEN

Polyclinique de la Résidence
BASTIA

Docteur LEGRAND

12 rue de France - NICE

Docteur LE MEAUX

Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Docteur LONLAS

6 rue de la manufacture
ORLEANS

Docteur MAALIKI

3 B rue A. Rodin
BESANCON

Docteur MIRONNEAU

16 crs du Général de Gaulle
DIJON

Docteur PEIGNÉ

Polyclinique du Beaujolais
ARNAS

Docteur ROBION

11 Quai Alsace Lorraine
MELUN

Docteur SEGUY

Av Leopold Heder - KOUROU

Docteur TEFFAUD

Polyclinique de l'Atlantique
ST HERBLAIN

Docteur THIEBAUGEORGES

Clinique Sarrus Teinturiers
TOULOUSE

Docteur VERHAEGHE

43 rue des Meuniers
LESQUIN

Petites annonces

Toutes les annonces doivent être adressées à :

Syngof
BP 60034

34001 MONTPELLIER Cedex 1
ou passez directement votre annonce sur le site :
<http://www.syngof.fr>

Ventes

■ NICE

Cède cabinet de gynécologie avec les murs et le matériel ; forte activité ; 105 m2. Peut convenir à 2 médecins, plateau technique assuré.

T. 06 14 48 64 12

■ CASTRES

Cause départ, cède cabinet installé depuis 30 ans. Clientèle fidèle et importante. Gynécologie, obstétrique, colposcopie, échographie en asso. dans SCM.

T. 06 67 29 43 81

■ PARIS

Gynécologue obstétricien, s2, transmission très belle clientèle tenue depuis 40 ans. Cessation d'activité sept.2016. Recherche successeur s2 ou DP pour reprise progressive avec présentation de la clientèle par remplacement de 3j/s. Conditions très intéressantes à discuter pour un CA 280 K€.

T. 06 07 73 81 09

■ NIORT

Gynécologue obstétricien exerçant, l'obstétrique, la gynécologie médicale et chirurgicale, dans clinique obstétrico-chirurgicale de 223 lits cède cause retraite 2^{ème} trimestre 2016 grosse patientèle tenue depuis 35 ans. Facilité d'installation sur la clinique sans apport financier. Participation aux astreintes obstétricales et gynécologiques.

T. 06 11 25 69 90

■ FONTAINEBLEAU

Gynécologue chirurgicale s2, ancienne CCA des hôpitaux de Paris cherche pour le 1^{er} trimestre 2017 successeur. Importante patientèle, en croissance constante. Accès clinique avec faible reversement, pas de gardes. Chirurgie oncologique mammaire indispensable. Excellente qualité de vie. Possibilité de remplacements réguliers avant cession,

hebdomadaires et/ou pendant les vacances. Peut convenir à 2 gynécologues chirurgicales.

T. 06 80 21 07 92

■ STRASBOURG

Gynécologue obstétricien s2 exerçant depuis plus de 30 ans l'obstétrique, la gynécologie médicale et chirurgicale, cède pour cause retraite importante patientèle à partir du 2^e semestre 2016. Exercice libéral en association avec un confrère. Chirurgie gynéco. et obstétrique dans un établissement privé niveau 2. Gardes sur place.

T. 06 07 46 43 66

Associations

■ CAGNES SUR MER

Gynécologue médical et chirurgical exclusif recherche médecin collaborateur en vue de cession d'activité. Exercice en SCM.

T. 06 89 56 01 37

■ LYON

Opportunité d'installation en gynécologie chirurgicale et médicale dans une importante clinique multidisciplinaire de l'ouest de Lyon en fin de rénovation, hyper équipée (16 blocs, IRM, PET-SCAN, 2 scanners etc.) et sans maternité.

T. 04 78 47 57 65

■ LE MANS

Recherche pour association en gynécologie chirurgicale et médicale (sans obstétrique) ACCA expérimenté en cancérologie et céliochirurgie dans centre médicochirurgical privé de 500 lits avec plateau technique très complet, robot, upatou...

T. 06 20 64 24 71

■ HENNEBONT

Cause départ en retraite d'une associée, cabinet de 3 gynécologues recherche à partir du 1^{er} janvier 2017 un ou une collègue pour partage d'activité. Activité libérale dans ville de plus de 20 000 habitants. Forte activité.

Tél. 06 89 89 15 98

■ TOURNAN EN BRIE

Recherche associé gynécologue obstétricien pour installation à temps plein dans clinique. Maternité niveau I, 950 accouchements par an. Sans apport.

T. 06 07 31 63 44

■ MARSEILLE

Préretaire, cabinet de gynécologie obstétrique grosse activité. Association avant cession 3j/semaine libres actuellement. Conditions à étudier.

T. 06 07 05 22 02

Remplacements

■ Spécialiste du remplacement

Gynécologue obstétricien **longue expérience Métropole et Outre-Mer** cherche remplacements.

T. 04 77 57 14 90

06 81 30 65 72

■ AQUITAINE

Gynécologue-Obstétricien, DIU d'écho en gynécologie-obst, DIU de médecine fœtale. Agrément pour l'écho. du 1^{er} trimestre. Recherche remplacements ponctuels ou fixes en gynécologie médicale, gynécologie-obstétrique et/ou échographie fœtale ou gynécologique, en Aquitaine ou Midi-Pyrénées, à partir de fin janvier 2016.

T. 06 62 46 30 35

■ ILE DE FRANCE

Ancien chef de clinique à l'hôpital Necker, (2013-2015) actuellement en Master 2 cherche à faire des remplacements réguliers à Paris/IDF le samedi matin à partir de février 2016 en gynéco et/ou écho gynécologique et obstétricale.

T. 06 25 68 68 48

■ PARIS

Interne en 6^{ème} semestre de gynécologie médicale cherche remplacements le samedi ou le soir ap 19h. Disponible dès mai 2016 jusqu'à novembre 2017.

T. 06 66 90 25 94

■ PARIS

Gynécologue obstétricien, ancien Chef de clinique, ancien PH, activité libérale pendant les 5 dernières années, cherche remplacements occasionnels et réguliers à Paris et région parisienne à partir de mi septembre 2016.

T. 06 90 64 22 35/06 52 80 27 10

■ LEVALLOIS-PERRET

Gynécologue obstétricienne installée dans cabinet médical de groupe, s2, cherche remplaçant(e) 1 à 2 fois/semaine à partir d'automne 2016 en vue cession clientèle fin juin 2017. Diplôme d'échographies obstétricales requis.

T. 06 12 53 55 72



Le Centre Hospitalier Sud Essonne Dourdan-Etampes

RECRUTE

1 Médecin Gynécologue-Obstétricien temps plein (bi-site Etampes/Dourdan)

Merci d'envoyer votre CV

Contact : Centre hospitalier Sud Essonne - 26, avenue Charles de Gaulle - 91150 ETAMPES
direction@ch-sudessonne.fr



Nous prenons soin de vous

CMCO D'EVRY
CLINIQUE DU MOUSSEAU

91 - EVRY - Clinique du Mousseau Recherche
Gynéco-Obstétricien

Type de contrat : contrat libéral - temps plein
Disponibilité : immédiate
Lieu d'exercice : Evry

Description de l'établissement :

Clinique située à 35 km et à 40 minutes de Paris, équipée d'un plateau technique polyvalent complet :

- Centre d'imagerie (1 scanner + 2 IRM, mammographie).
- Laboratoire d'analyses médicales (24h/24 - 7j/7).
- Chirurgie, Médecine, Maternité, Urgences, Dialyse, Chimiothérapie.
- 16 000 hospitalisations ; 750 accouchements ; 16 000 urgences/an.
- Autorisation de prise en charge des cancers en urologie, chirurgie viscérale, sénologie, gynécologie et chimiothérapie.
- Equipe obstétrique constituée de 4 praticiens.

Description du poste :

91 - Evry, Clinique du Mousseau recherche une gynécologue-obstétricienne, secteur I ou II, temps plein.

Consultation, échographie et accouchement (maternité de type I).

Contacteur

M. CHAMP - Directeur Général au 01 60 90 10 50



Accompagne et soigne à domicile

Fondation reconnue d'utilité publique, premier acteur de l'hospitalisation à domicile en Ile-de-France, Santé Service recrute

UN GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN

à raison de 4 VACATIONS/MOIS, pour accompagner son développement

- › Vous vous impliquerez avec le cadre sage-femme dans le développement de l'activité ante-partum en HAD, en entretenant des relations privilégiées avec les maternités partenaires sur l'ensemble du territoire francilien.
- › Vous apporterez votre expertise médicale pour renforcer la qualité de nos prestations soignantes et de coordination, par la formation notamment.

En complément d'un profil clinicien, la coordination et le développement de projets ville-hôpital vous attire tout particulièrement.

Contact mail à : santeservice-710534@cvmail.com ou bien Violaine Nouvel, 01 46 97 59 81



Le CENTRE HOSPITALIER DU CHINONNAIS (Indre-et-Loire - 37)

à 30 minutes de Tours. Etablissement public de santé proposant une offre de soins et de prise en charge sanitaire et médico-sociale de proximité, recrute

UN MEDECIN A TEMPS PLEIN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

(Inscrit dans la spécialité au Conseil de l'Ordre des Médecins)

Pour intégrer l'équipe médicale de la Maternité en raison du départ de l'un de ses praticiens.

L'équipe actuelle se compose de deux praticiens hospitaliers gynécologues-obstétriciens récemment recrutés et d'un assistant spécialiste en gynécologie et obstétrique partagés dans le cadre de la Fédération Médicale Inter-Hospitalière Universitaire Centre Hospitalier du Chinonais/CHU de Tours, d'un médecin généraliste ayant une activité exclusive de gynécologie médicale et d'un interne en médecine générale.

Caractéristiques du poste :

- Activité polyvalente en gynécologie, obstétrique et échographie.
- Maternité de niveau 1, 550 accouchements, labellisée JHAB (renouvellement obtenu en 2016) équipée d'une salle nature.
- Astreintes partagées avec les médecins du service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Tours.
- Anesthésiste présent 24h/24.
- Echographie obstétricale sur un Voluson E8 avec accès au logiciel View point.
- Perspective d'ouverture d'un centre de dépistage du premier trimestre.
- Chirurgie gynécologique générale avec agrément pour la prise en charge des cancers du sein dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire (Centre Hospitalier du Chinonais/CHU de Tours/Clinique Jeanne d'Arc) avec une unité d'hospitalisation ambulatoire.

Les renseignements concernant cet emploi peuvent être obtenus auprès de :

M. le Pr Franck PERROTIN
Chef de Service - Tél. : 02 47 47 47 39
Ou Mme le Dr Julie PATERNOTTE
Tél. : 02 47 93 61 53 ou 02 47 47 47 36

Adresser candidature et CV à :

Monsieur le Directeur
CENTRE HOSPITALIER DU CHINONNAIS
B.P. 248 - 37502 CHINON CEDEX
Tél. : 02 47 93 76 46 - Fax : 02 47 93 91 54
Courriel : v.laurain@ch-chinon.fr

CENTRE - VAL DE LOIRE

La CHT Rance Emeraude recrute pour le service de gynécologie-obstétrique du site de Dinan

UN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN TEMPS PLEIN

Qualifié en chirurgie

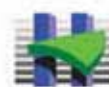
Etablissement de 656 lits et places.
Maternité de niveau -2A.
735 naissances en 2015.

Profil : praticien hospitalier, assistant spécialiste, contractuel (inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins).

Communauté Hospitalière de Territoire Rance-Emeraude



SAINT-MALO



DINAN



CANCALE



BRETAGNE

Contact : Dr Michel TURBAN - Responsable de structure interne (secrétariat : 02 96 85 72 15) - michel.turban@ch-dinan.fr

Candidatures à adresser à : Madame la Directrice - Centre Hospitalier de Dinan - 74, Rue Chateaubriand - BP 91056 - 22101 DINAN CEDEX
Tél. : 02 96 85 72 90 - Fax. : 02 96 85 72 91 - direction@ch-dinan.fr



LE CENTRE HOSPITALIER COTE DE LUMIERE Situé aux SABLES D'OLONNE, station balnéaire, commune du centre-ouest de la France, en bordure du littoral atlantique vendéen : à 1h15 de NANTES par l'autoroute, à 1h30 de LA ROCHELLE et à 3h15 de PARIS par le TGV.

RECRUTE PRATICIEN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN POLYVALENT

Inscription obligatoire au Conseil de l'Ordre

Adresser votre candidature à :

Madame LARDU - Directrice des Affaires Médicales - CH Côte de Lumière
4, rue Jacques Monod - CS 20393 - OLONNE SUR MER - 85109 LES SABLES D'OLONNE CEDEX

Contacts :

M. le Dr J. BEUCHARD - Président de C.M.E. - 02 51 21 86 09
M. le Dr ROUSSALY - Responsable du Pôle Mère Enfant - 02 51 21 86 11
M. le Dr J.C. WALLEZ - Responsable d'unité médicale - 02 51 21 86 90
Affaires Médicales - 02 51 21 85 46 - Fax : 02 51 21 87 32 - Mail : secretariatdrh@ch-cotedelumiere.fr

PAYS DE LA LOIRE



L'HÔPITAL DU GIER

Établissement public de santé à Saint-Chamond (Loire, 42) entre Lyon et Saint-Etienne.
Plateau technique, 200 lits MCO. Maternité niveau 1, 900 accouchements/an.

RECHERCHE 1 GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL (TITULAIRE OU CONTRACTUEL), OU ASSISTANT(E)

Contacts :

Docteur Elodie Jasserand - Chef de service - 04 77 31 19 95
M. Cédric Coutron - Directeur des affaires médicales - 04 77 31 19 01

AUVERGNE - RHÔNE-ALPES

Le Centre Hospitalier d'Orange, établissement de référence du Nord-Vaucluse, situé au cœur de la Provence à 10 mn d'Avignon, 1h de Montpellier, 1h de Marseille et au carrefour des axes autoroutiers en direction de l'Italie et de l'Espagne, recrute



un praticien temps plein en gynécologie obstétrique,

pour compléter son équipe médicale composée de 3 PH temps plein, 1 PH temps partiel et 1 vacataire.

- Maternité de Niveau I,
- 1200 accouchements.
- Garde sur place avec repos de sécurité.
- Chirurgie gynécologique obstétrique classique dans le service, chirurgie carcinologique au centre hospitalier d'Avignon (convention).
- 25 lits.
- Garde sur place d'anesthésie.

Contact :
Dr Vincent DESCHEEMAER
 Responsable d'Unité - 04 90 11 21 49
vdescheemaeker@ch-orange.fr

L. BLANCHI
 Bureau des Affaires Médicales
 04 90 11 24 06 - lblanchi@ch-orange.fr



Le Centre Hospitalier de Manosque Recherche Médecin Gynécologue Obstétricien

L'équipe au total se compose de 4 médecins gynécologues obstétriciens (postes de praticiens hospitaliers).

Hôpital neuf (6 ans) maternité réalisant 800 accouchements par an.
 Bloc obstétrical - Maternité - Consultations.

Manosque est située au cœur d'un bassin sanitaire de 110 000 habitants dans une région très touristique à 30 mn d'Aix en Provence par réseau autoroutier.

Docteur Philippe KELLER - Chef de Service - 04 92 73 43 96 - keller.p@ch-manosque.fr



LE CH MAYOTTE

Situé au cœur de l'Océan Indien
 (À 2 heures d'avion de La Réunion
 et 1 heure de Madagascar).



RECHERCHE DES GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS

Pour sa maternité de niveau IIB. Par mutation ou contrat de longue ou de courte durée.

Service de 109 lits dans maternité de niveau II B et chirurgie gynécologique.

Contrat de courte durée : (inférieur ou égal à 1 an).

Rémunération attractive.

Prise en charge du billet d'avion pour le candidat, mise à disposition d'un logement (6 mois) et d'une voiture de location (2 mois) pendant la durée du remplacement.

Contrat d'un an : Rémunération attractive, prise en charge du transport pour le médecin et sa famille et attribution d'un logement pendant 6 mois et véhicule pendant 3 mois.

Mutation ou première nomination de praticien hospitalier : Indemnité Particulière d'Exercice ouverte aux praticiens hospitaliers nommés à titre probatoire et permanent (16 mois de traitement versés en 4 fractions égales).

Prise en charge du transport (candidat + famille) + indemnité de changement de résidence + mise à disposition d'un logement (6 mois) et d'une voiture de location (3 mois).

Possibilité d'être recruté sous statut de praticien clinicien.

Envoyer demande de renseignements et candidature (CV détaillé, tous les diplômes, attestation d'inscription à l'ordre 2015) à :

Catherine BARBEZIEUX-BETINAS - Directrice en Charge des Affaires Médicales - 02 69 61 80 00 poste 5635 - Mail : c.barbezieux@chmayotte.fr

Dr Angaman Lucien DIDIA - Praticien Hospitalier - Chef de service - Pôle Gynécologie Obstétrique - 02 69 61 80 00 poste 5501 ou 06 39 69 34 61

Mail : a.didia@chmayotte.fr

Rejoignez la communauté des Gynécologues Obstétriciens

Réseau
PRO
Santé

Sur
Reseauprosante.fr



www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseauprosante.fr



**ACTIONS
SANTÉ
FEMMES**

Siège Social : 50, rue Raffet – 75016 PARIS
Association loi 1901 – Siret 810 382 887 – Siren 810 382 887 00018

The logo consists of a blue silhouette of a woman's head in profile, facing left, with a green globe of the Earth positioned behind it. The text "ACTIONS SANTÉ FEMMES" is written in blue capital letters to the right of the globe. Below the logo, the address "Siège Social : 50, rue Raffet – 75016 PARIS" and the legal identifiers "Association loi 1901 – Siret 810 382 887 – Siren 810 382 887 00018" are listed in white text on a green background.