

LES
CAHIERS

SYNGOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



106

Septembre
2016

- La signature de la convention par LE BLOC
- Contraception de la mineure
- Les dépenses de santé en 2015



Chirurgie Solidaire
36 rue du Moulin de Pierre
95220 HERBLAY
Chirurgie-solidaire.org



3 Éditorial

B. de ROCHAMBEAU

INFORMATIONS SYNDICALES

4 CA du 2 septembre 2016

B. de ROCHAMBEAU

9 La signature de la convention par LE BLOC est l'aboutissement du pragmatisme

J. MARTY

11 Praticiens hospitaliers : le SYNGOF dénonce l'inertie du gouvernement et soutient l'appel à la grève

P. LE PORS-LEMOINE

12 Contraception de la mineure

E. PAGANELLI

14 Cession de clientèle à un non médecin (avis du CNOM)

E. PAGANELLI

16 La face cachée des discriminations

E. PAGANELLI

18 Les dépenses de santé en 2015

J. MARTY

ETHIQUE

20 Concilier soins et religions

- Demande de circoncision pour motif non médical
- Excision et obligation de signalement
- Hyméoplastie
- IVG - la réglementation
- Diagnostic prénatal

J. THÉVENOT

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

25 L'art de procréer les sexes à volonté

B. SEGUY

VOS RUBRIQUES

30 Conseil d'administration

31 Petites annonces

32 Les annonces de recrutement

106

septembre



The Bridgeman Art Library

"She looks and looks, and still with new delight" Hill, James John (1811-82)

Private Collection/Photo© Bonhams, London, UK/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
bdr@club-internet.fr

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

Régie publicitaire :

M. Kamel TABTAB - reseauuprosante.fr
contact@reseauuprosante.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 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

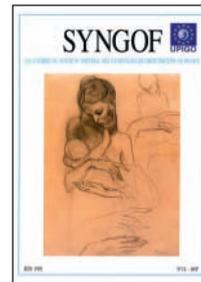
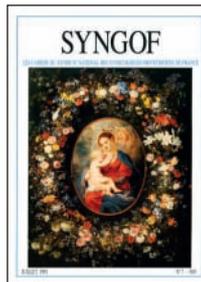
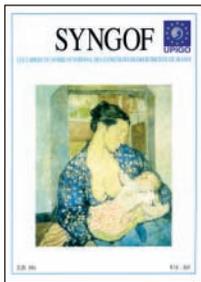
ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 3^{ème} trimestre 2016

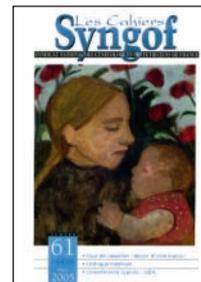
Imprimé en France

SOULIE Imprimeur - 34110 FRONTIGNAN

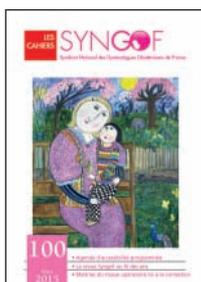
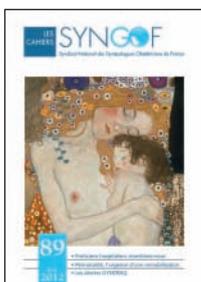
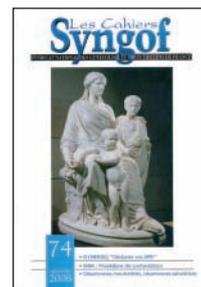
Syngof décline toute responsabilité sur les opinions émises dans les articles qui n'engagent que leurs auteurs.



Les Cahiers SYNGOF jour après jour



vous informent





BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION

Revalorisation des tarifs opposables des actes techniques mais aussi cliniques avec création de 4 niveaux de consultations.

n

ous venons d'écrire une nouvelle convention avec l'assurance maladie, elle s'appliquera pour 5 ans. Pour la première fois le SYNGOF a été acteur de ce texte, et cela se voit. Pour la première fois depuis 2005 et la mise en place de la CCAM vidée de son contenu financier par les syndicats poly-catégoriels, les acteurs des plateaux techniques lourds, représentés par LE BLOC, ont négocié en leur nom propre leurs relations avec l'assurance maladie.

Les objectifs que nous avons exposés en juin ont été tenus :

1. Maintien d'un espace de liberté tarifaire, y compris dans une option de courte durée à tarif maîtrisé qui permet d'éviter le couperet du déremboursement des "contrats responsables".
2. Revalorisation des tarifs opposables des actes techniques mais aussi cliniques avec création de 4 niveaux de consultations.
3. Revalorisation pour tous des activités d'urgence aux horaires de la permanence de soins et création d'une valorisation des urgences véritables de jour.

Le sujet essentiel du coût de la pratique qui intègre nos charges spécifiques n'a pas pu être traité dans cette négociation ; il fait partie des sujets qui, comme l'ambulatoire, seront travaillés par les partenaires conventionnels dont nous faisons maintenant partie.

Cette signature nous oblige à une représentation au sein des instances conventionnelles. Nous avons besoin d'énergies nouvelles qui s'investiront pour adapter nos modes d'exercice à l'évolution de nos pratiques. Que ce soit en pratique médicale de ville, à l'hôpital public, comme dans les maternités et hôpitaux privés, nos conditions d'exercices doivent répondre à la demande des patientes et nous devons être capables d'influer sur les conditions de financement de nos activités. En réaffirmant notre opposition déterminée à l'étatisation complète du système, contenue dans la loi de modernisation de la santé adoptée en début d'année, nous devons proposer un modèle médicalement plus efficace. Une page se tourne, nous avons prouvé que nous sommes capables, non seulement de nous opposer, mais aussi de proposer un changement acceptable par une administration pilotée par l'Etat. Ce nouveau statut, il va falloir le faire fructifier. Voilà la perspective pour les échéances de 2017.

Conseil d'Administration

2 septembre 2016

B. de ROCHAMBEAU*

Nous avons discuté de l'augmentation des tarifs et la seule voie qui s'est révélée possible était d'augmenter les modificateurs qui s'appliquent à nos actes.

é

étaient présents les Docteurs :

BONNEAU, CACAULT, CAMAGNA, DARMON, DE BIEVRE, DE ROCHAMBEAU, DEFFARGES, DENJEAN, DREYFUS, GRAVIER, GUIGUES, HOMASSON, JELEN, LAZARD, LEGRAND, LE PORS, LONLAS, MARTY, PAGANELLI, PEIGNÉ, PROUST, RIVOALLAN, ROBION, TEFFAUD, THIEBAUGEORGES

Étaient excusés les Docteurs :

BASTIAN, BLUM, BOHL, FAIDHERBE, GERAUDIE, GUERIN, HOROVITZ, LAPLACE, MIRONNEAU, VERHAEGHE

Le Dr DE ROCHAMBEAU ouvre le Conseil d'administration et remercie de leur présence les administrateurs. Il les informe que le paysage syndical a beaucoup évolué pendant les vacances avec les négociations et la signature de la nouvelle convention médicale.

Il accueille et présente le Dr Alexandre LAZARD qui rejoint le conseil en remplacement du Dr FRANQUEBALME de MARSEILLE.

Celui-ci se présente et est coopté à l'unanimité des membres du Conseil d'administration.

Approbation du procès-verbal du CA précédent

Le compte rendu est accepté à l'unanimité des membres du CA.

Le point sur la Convention B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU explique au Conseil qu'il a participé, comme Co-président du Bloc, aux négociations conventionnelles qui ont lieu tous les 5 ans. Pour le SYNGOF cela avait une saveur particulière car le syndicat n'est pas un syndicat représentatif par lui-même mais fait partie du syndicat LE BLOC qui, lui, a remporté 2 fois les élections professionnelles et de ce fait est devenu incontournable dans la défense des médecins spécia-

listes. Ceci a permis au BLOC d'avoir un poids spécifique dans cette négociation conventionnelle. Pour bien mesurer le chemin parcouru, au début des années 2000 le SYNGOF devait se débrouiller tout seul il n'avait pas d'appui dans les syndicats polycatégoriels pour défendre les intérêts des gynécologues. Les présidents de l'époque devaient courir après les ministres pour essayer de faire valoir leurs idées à coups de menace de grève. Cela nous avait permis des revalorisations régulières. C'est à l'occasion de ces actions qu'a germé l'idée de s'allier avec les chirurgiens et les anesthésistes pour créer LE BLOC. Progressivement nous avons gagné les élections puis maintenant le droit d'être invité à la table des négociations conventionnelles. Cela avait eu lieu aussi en 2010 mais on nous avait très peu parlé et nous n'avions rien obtenu. La bataille que nous avons menée contre l'avenant 8 en 2012 nous a montrés comme des opposants déterminés. Là, d'une manière qui en a surpris plus d'un, c'est LE BLOC que le Directeur général de l'assurance maladie est venu

Plus les médecins signeront l'OPTAM CO et plus la valeur du K va augmenter.

* Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

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.

voir pour demander ce que nous proposons pour les chirurgiens, les anesthésistes et les accoucheurs. Il y a eu toute une stratégie d'opposition à la caisse puis nous avons fait nos propositions. Au premier tour celles-ci étaient très loin de ce que proposait la caisse. Quand le deuxième tour est arrivé la caisse a fait ses propositions, LE BLOC a dit que le compte n'y était pas, on s'est levé et on est parti.

La caisse est revenue nous chercher et nous nous sommes assis autour d'une table et avons discuté pour faire évoluer cette convention afin qu'elle soit acceptable aussi bien pour la caisse que pour nos spécialités.

La difficulté était qu'il ne fallait pas sortir des lignes directrices imposées par la Ministre. Celles-ci étaient de maintenir une accessibilité de l'offre de soins à la fois sur le plan territorial mais aussi sur le plan financier ; de valoriser les innovations et de permettre à l'assurance maladie et aux médecins de s'entendre. Sur ces bases nous avons posé nos conditions. Au départ nous avons demandé une réévaluation de la CCAM suite à nos travaux sur le coût de la pratique. L'Assurance maladie nous a répondu qu'elle n'en avait pas les moyens. Elle souhaitait, par contre, pérenniser le contrat d'accès aux soins et nous avons dit que nous n'en voulions pas.

Ce contrat fige une pratique tarifaire et en tant qu'entrepreneur nous ne pouvons pas nous engager sur des tarifs fixés pour plusieurs années sans horizon de progression. Les médecins acceptent des règles mais ne veulent pas être enfermés dans un carcan. Sur ces bases nous avons discuté de l'augmentation des tarifs et

la seule voie qui s'est révélée possible était d'augmenter les modificateurs qui s'appliquent à nos actes. **La caisse a accepté la disparition du Contrat d'accès aux soins (CAS) à condition de trouver un autre moyen pour que le secteur 2 puisse garder sa liberté tarifaire tout en s'engageant à éviter les excès.**

La caisse souhaite que les médecins aient une gestion qui permette à terme aux patients d'être correctement remboursés et aux médecins en secteur 1 de profiter d'une augmentation des tarifs opposables. Cela a été acté sous le nom d'**OPTAM CO (Option à Tarifs Maîtrisés)** qui est une option proposée aux secteurs 2 plus souple pour pratiquer des honoraires différents pour ceux qui souhaitent faire des dépassements. Cette option sera révisable annuellement. Le praticien s'engage pour un an mais peut rompre ce contrat à tout moment et pas seulement à sa date anniversaire.

Les secteurs 2 restent en secteur 2 mais s'engagent à maintenir une pratique tarifaire superposable à celle des 3 années précédant cette nouvelle convention (2013-2014-2015). S'il y a au cours de cette convention une revalorisation des tarifs le praticien aura le droit d'augmenter en moyenne ses tarifs de la moitié de cette augmentation. L'autre moitié devant bénéficier au remboursement du patient.

Nous avons négocié en parallèle l'augmentation de tarif des modificateurs chirurgicaux de la CCAM (le J qui vaut 7,5% de l'acte et le K qui en vaut actuellement 11,5%). Dans les actes chirurgicaux, un certain nombre, n'admettait pas le J. C'était une anomalie liée à la

dénaturation de la CCAM lors de sa mise en place en 2005 en défaveur de nos spécialités et **nous l'avons corrigé pour 270 actes chirurgicaux qui sont faits par des chirurgiens ou des accoucheurs.** Ce sera le cas pour les coelioscopies, la fertilité... Le K lui est applicable aux accouchements et sa valeur est actuellement de 11,5% du tarif opposable. **Nous avons obtenu que le K monte à 20% du tarif opposable dans le cadre de cet OPTAM CO. 8,5% d'augmentation qui se décompose en 2 parties : 4,5% qui sont un effort financier de la caisse et 4% qui sont la valorisation des charges sociales calculées sur l'activité à tarifs opposables.**

Nous avons demandé que ce soit mis dans le prix de l'acte car nous ne voulons pas être payés 2 ans et demi après... nous voulons que notre acte soit rémunéré correctement et nous paierons nos charges.

Cette exception au système conventionnel a été acceptée par la caisse qui l'a même trouvée intéressante. Sa valeur est fonction du taux d'actes à tarifs opposables dans nos spécialités (40% en moyenne) et du nombre attendu de praticiens qui signeront cet **OPTAM CO**. On a calculé une revalorisation du K supplémentaire en retenant l'hypothèse que le double des signataires du CAS entrerait dans l'option. C'est ainsi que l'on arrive à 20%. **Plus les médecins signeront et plus la valeur du K va augmenter.**

12% des chirurgiens avaient signé le CAS et 18% des gynécologues accoucheurs. Si on double ces chiffres avec cette nouvelle option nous aurons un K à 20% et **si plus de médecins signent, le K sera auto-**

matiquement réévalué. Ceci pour payer les praticiens qui s'engagent à cette pratique tarifaire maîtrisée.

Cette pratique tarifaire maîtrisée c'est :

- Vous gardez vos dépassements d'honoraires mais vous vous engagez à ce qu'ils n'augmentent pas plus de la moitié de l'impact de la réévaluation de la caisse.
- Cette option sera ouverte au 1^{er} janvier 2017. **Ceux qui l'accepteront entre le 1^{er} janvier et le 1^{er} juin bénéficieront pour leur pratique future de 4,25% d'augmentation** par rapport à la règle de la stricte application de leur pratique tarifaire des 3 années précédentes.
- La caisse vous adressera avant le 1^{er} janvier 2017 votre pratique tarifaire des 3 années 2013, 2014 et 2015 avec les tarifs recalculés qui servira de référence (votre pratique par rapport au tarif de base de l'assurance maladie appliqué au secteur 1).
- Les secteurs 2 auront ainsi un taux de dépassement inférieur à ce qu'ils ont pu calculer à partir des tarifs appliqués au secteur 2.

Pendant cet engagement ils pourront appliquer une augmentation tarifaire chaque fois que les tarifs augmenteront.

D'autre part, il a été négocié d'autres augmentations tarifaires :

- **Le C2 que l'on applique beaucoup comme médecin référent va passer progressivement de 46 € à 48 puis 50 €.**
- L'application du J qui augmente nos actes de 7,5%, celle du K qui passe de 11,5 à 20%.

Un certain nombre d'actes qui ont bénéficié d'une revalorisation grâce à la hiérarchisation des actes cliniques. A la suite des assises médicales, nous avons demandé et obtenu de hiérarchiser nos actes cliniques en 4 niveaux qui sont :

- La consultation de base : CS
- La consultation adressée : C2
- Les consultations complexes qui

correspondent à des situations identifiées dont la liste doit être étouffée.

- Les consultations particulièrement complexes qui sont valorisées plus mais seront moins nombreuses (ex. Les consultations d'annonce en cancérologie ou de malformation grave).

Il y a là une amorce importante de changement dans la philosophie de la caisse et nous allons nous y engouffrer pour valoriser nos pratiques cliniques qui étaient vraiment le parent pauvre de la nomenclature.

Cette hiérarchisation a été possible grâce à l'entente de tous les syndicats.

Enfin, les activités d'urgence se sont vues revalorisées, dans l'optique de désengorger les urgences hospitalières, par le **doublage de la valeur des majorations d'urgence** et par la création d'une **majoration d'urgence de jour de 80 €** pour toute intervention d'urgence vitale ou d'organe. La consultation adressée par un médecin traitant, vue dans les 48h de la demande, effectuée au tarif opposable, sera **majorée de 15 €.**

Ce sont les principales avancées que nous avons pu obtenir et qui ont motivé la signature du BLOC. Grâce à cette signature nous allons pouvoir travailler sur la CCAM avec le coût de la pratique et les actes cliniques. Nous avons un canevas à faire progresser.

Le BLOC était connu pour sa capacité à s'opposer, mais maintenant, en tant que syndicat responsable, il **va suivre de près l'application de cette convention car la signature ne donne pas un blanc-seing à la caisse.** Nous allons d'ailleurs renforcer notre communication pour montrer notre opposition aux articles de la loi de santé dont nous ne voulons pas, comme le tiers payant généralisé, la disparition du 2^{ème} collège qui nous ferait disparaître des élections professionnelles et l'ensemble des

articles où l'administration prend le pas sur les initiatives des médecins. Chaque mois nous devons donner notre avis sur les décrets d'application de la loi de santé, la prochaine fois étant le 21 septembre. Chaque fois nous dénoncerons dans ces décrets ce qui s'oppose à la liberté de choix de la médecine libérale.

Nous n'avons qu'un avis consultatif et les décrets sont rarement modifiés.

En signant cette convention nous n'avons pas validé la loi mise en place par la ministre, mais il y avait des possibilités d'améliorer la tarification des gynécologues et des chirurgiens aussi bien en secteur 1 qu'en secteur 2. Une liberté tarifaire est maintenue à condition que les médecins s'engagent dans leur façon de gérer leurs dépassements.

C'est le choix que nous avons fait au BLOC.

Nous allons faire des réunions en région pour expliquer cette convention à nos confrères.

Discussion avec la salle

La Commission sages-femmes O. THIEBAUGEORGES

Le Dr THIEBAUGEORGES prend la parole pour faire un compte rendu de la commission. Les membres de la commission ont fait deux réunions téléphoniques et ont échangé de nombreux emails. Il en est ressorti que :

- **L'évolution de la démographie** des gynécologues fait que les sages-femmes prennent une place de plus en plus importante dans la spécialité.

Il faut donc s'organiser dans cette situation. La commission pense qu'il faut sortir de l'opposition gynécologues/sages-femmes et se recentrer sur la préoccupation principale à savoir une offre de soin de qualité pour les femmes.

- **Maintenir une offre de soins de qualité** passe par une réflexion commune sur la démographie

(nombre d'acteurs de santé formés, répartition sur le territoire) et le niveau de compétence de chacun :

- **Concernant la démographie**, la commission s'inquiète du nombre excessif de sages-femmes formées actuellement (*cf rapport de la cour des comptes de 2011*).

Les sages-femmes en sont les premières victimes mais il peut aussi y avoir de nombreux écueils diminuant la pertinence des soins (multiplication des actes...).

- **Concernant la compétence**, les sages-femmes doivent être intégrées avec leur qualité propre (notamment tout ce qui concerne la grossesse physiologique) et travailler en réseau avec les gynécologues obstétriciens. Ces derniers peuvent être amenés à assumer les risques en cas de survenue de pathologie ou de complication.

Comme pour les médecins, il faut être exigeant sur la formation initiale des sages-femmes, leur formation continue et leur niveau d'activité par acte qui doit être suffisant (échographies, poses de stérilet, d'implant, interprétations des frottis...). Le développement de la collaboration avec les sages-femmes doit s'accompagner d'une réflexion et d'évolutions en matière de responsabilité partagée (déontologie, assurance, rémunération...).

Le SYNGOF souhaite accompagner les gynécologues et obstétriciens dans ces nouvelles modalités de collaboration avec les sages-femmes mais sera aussi vigilant afin de combattre les éventuels écueils si cette collaboration n'était pas subordonnée à la qualité des soins dans le respect des compétences de chacun.

Cession de clientèle à un non-médecin **E. PAGANELLI**

Le Dr PAGANELLI avait demandé au Conseil de l'Ordre si les gynécologues et les sages-femmes pouvaient par-

tager la même salle d'attente et céder leur clientèle à un non-médecin. Celui-ci a répondu.

Lire la lettre en page 14

CNPGO Fin de mandature **B. de ROCHAMBEAU**

Le Dr de ROCHAMBEAU informe le CA qu'il termine son poste de Président du CNPGO. Il avait établi un sujet de discussion qui était le rapport des gynécologues avec les sages-femmes. Ce sujet doit être discuté en groupe de travail à Montpellier lors des prochaines journées du Collège. La Haute Autorité de Santé participe aussi à ce sujet en mettant en place des guidelines sur la surveillance de la grossesse normale et de l'accouchement normal. Il soulève le problème de l'assurance des sages-femmes et conseille aux administrateurs de régler ce problème rapidement avec leur établissement car leur contrat prévoit certainement qu'ils doivent assurer la continuité des soins. Si vous êtes appelé au dernier moment pour gérer une patiente qui n'a pas été suivie par un gynécologue et que vous êtes confrontés à des difficultés vous risquez d'être pris au piège. Il y a dans l'organisation des salles de naissance de vos établissements des limites à mettre en place et il vaut mieux en discuter en amont avec le directeur de votre établissement.

Tiers payant pour les grossesses **B. de ROCHAMBEAU**

Le Dr de ROCHAMBEAU rappelle que les gynécologues peuvent faire le tiers payant pour les grossesses depuis le 1^{er} juillet dernier et qu'il sera obligatoire à la fin de l'année. Il rappelle que lors du dernier conseil d'administration les administrateurs avaient dit qu'ils s'opposaient de principe au tiers payant obligatoire

mais que suivant sa pratique (secteur 1 ou 2) chacun pouvait éventuellement en faire bénéficier ses patientes. Il demande aux administrateurs si leur sentiment à cet égard a changé. Certains administrateurs font remarquer que lorsque la patiente n'a pas de médecin traitant c'est le médecin qui est lésé car il n'est pas remboursé. Le Dr de Rochambeau répond qu'il en a discuté avec la caisse et que celle-ci ne rejettera plus les tiers payants pour ces patients.

Il précise que si vous êtes opposé au tiers payant il ne faut pas que votre logiciel le fasse automatiquement. Il faut prévenir l'éditeur de votre logiciel et en discuter avec lui.

Le Dr PAGANELLI informe les membres du CA que les consultations des mineures entre 15 et 18 ans sont prises en charge à 100% dans la limite du tarif opposable de la caisse à compter du 1^{er} juillet 2016 (*lire texte page 12*).

IVG et diagnostic prénatal **B. de ROCHAMBEAU**

Le Dr de ROCHAMBEAU explique qu'avec les progrès de la technique les gynécologues sont confrontés à des problèmes éthiques. La loi sur l'IVG ayant beaucoup simplifié les démarches et la technique permettant maintenant, avant 12 SA, d'avoir des informations sur la grossesse cela permet de choisir le sexe de l'enfant et, en fonction, de demander une IVG sans la justifier.

Le médecin devient ainsi acteur d'un eugénisme caché. Le problème a été soulevé et nous avons interrogé l'Ordre. Aujourd'hui cela pose vraiment un problème. Le médecin peut dans ce cas-là refuser de faire l'IVG. Un administrateur propose que les médecins ne donnent plus le sexe avant 14 SA. Un autre répond qu'en France le sex-ratio n'est pas modifié par cette pratique donc cela ne se justifie pas vraiment. Le choix est la liberté des patientes.

Le secteur privé à l'hôpital P. LE PORS

Certains collègues réalisant une activité libérale à l'hôpital se sont inquiétés du risque pesant sur la possibilité d'exercice en secteur 2 : les bruits qui courent résultent en fait des recours juridiques déposés par la FHP. En effet, pour qu'un plateau privé fasse partie du secteur public hospitalier, les praticiens ne doivent pas y exercer en secteur 2 exclusif : les établissements privés s'inquiètent de devoir demander à leurs praticiens de limiter leur secteur 2 et exercer au moins pour partie en secteur 1.

Le gouvernement a exposé ses arguments au conseil d'état : l'activité libérale des PH est constitutionnelle (CE décision n° 86-225 DC du 23 janvier 1987) et encadrée (moins de 20% du temps, et des actes effectués par le praticien à l'hôpital), ce qui de fait laisse 80% d'accueil des usagers en secteur 1. En outre l'activité libérale ne concerne que 7% des PH (plus forte en GO), et parmi eux moins de la moitié peut appliquer les dépassements d'honoraire.

L'article n'a pas été censuré par le conseil d'État, et cet argumentaire semble donc validé.

Juste ou pas, telle est la situation actuelle pour un sujet assez politique, et sur fond de défaut d'attractivité des hôpitaux, et de départs d'éminents chirurgiens vers le libéral. Rien de neuf donc, charge aux PH de respecter les règles encadrant l'activité libérale à l'hôpital secteur 1 ou 2.

RCP J. MARTY

Le Dr MARTY explique aux membres du CA que le SYNGOF a enfin obtenu le paiement de l'aide à l'assurance pour les gynécologues qui font de la PMA. La deuxième étape est d'obtenir la rétroactivité des primes versées par la caisse depuis qu'ils sont accrédités. Ce n'est pas la réglementation qui a changé c'est l'interprétation de la caisse suite à une lettre de la ministre.

Le deuxième sujet concernant l'assurance RCP reste les trous de garantie pour les gynécologues qui ont un sinistre déclaré entre 2002 et 2012. La loi ne les couvre pas alors qu'elle

couvre les médecins les années suivantes. C'est une absurdité. Nous continuons à discuter avec les politiques pour changer cet état de fait. Le cabinet de la ministre ne veut plus l'entendre mais nous allons encore prendre rendez-vous pour le leur répéter. Nous avons rendez-vous avec la présidente de la Commission des affaires sociales pour lui en parler également.

Le troisième point est l'appel que nous avons eu de Philippe Auzimour suite à un article que j'avais écrit dans les Cahiers du SYNGOF contre l'assureur Branchet. Ce dernier souhaite toujours collaborer avec le SYNGOF bien que la différence de prix entre Branchet et Sham soit très importante. Le tarif de base de Branchet étant à 28 000 € alors que pour SHAM c'est 6000 € de moins. La discussion est toujours ouverte avec le SYNGOF si vous avez connaissance d'un gynécologue particulièrement en difficulté de tarifs avec l'assureur Branchet.

La séance est levée à 16h15.

Le prochain conseil aura lieu le 9 décembre 2016 à Montpellier

Avis donnés 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 Gynerisq
6 rue pétrarque - 31000 TOULOUSE
gynerisq@wanadoo.fr

La signature de la convention par LE BLOC est l'aboutissement du pragmatisme

J. MARTY*

Notre inclusion dans le cercle des syndicats représentatifs et signataires nous donne l'accès direct aux Pouvoirs publics...

La nouvelle convention correspond à des mesures concrètes, notamment tarifaires expliquées dans ces cahiers du SYNGOF. Il est nécessaire de resituer sa signature dans l'histoire du SYNGOF et dans l'environnement économique. Le SYNGOF a investi l'Union Collégiale puis fondé LE BLOC après avoir rallié l'UCDF et l'AAL pour appliquer cette stratégie pragmatique ancienne de la signature de la convention. Elle doit être expliquée au moment où elle a abouti, particulièrement à tous les médecins qui y voient une trahison, trahison parce que cette signature représenterait la validation des règles conventionnelles qui effectivement ne conviennent pas toutes.

Depuis le premier règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention nationale J.O. du 12/07/1998, le refus des syndicats représentatifs de signer la convention n'a pas d'inconvénient de fonctionnement pour la sécurité sociale. L'inconvénient n'est que la dégradation de l'image politique pour le gouvernement en place. Mais il y a pour lui peine plus lourde. En revanche, si les syndicats refusent de signer, les médecins perdent toute possibilité d'amélioration tarifaire par la négociation. Longtemps l'amélioration profitait préférentiellement aux spécialités qui dominaient les syndicats polycatégoriels traditionnellement signataires. La preuve la plus outrancière a été dans la dernière convention la création des ROSP au profit des seules spécialités gastro et cardio. Aujourd'hui, la représentativité du BLOC nous a permis de devenir les premiers interlocuteurs de la sécu et de négocier à notre tour pour tous les acteurs du bloc, y compris les anesthésistes dont pourtant la caisse ne voulait entendre aucune des revendications.

Si les syndicats refusent de signer, les médecins perdent toute possibilité d'amélioration tarifaire par la négociation.

Finis le temps où nous craignons que les syndicats polycatégoriels troquent notre droit de compléments d'honoraires contre d'autres avantages pour eux. La signature de la convention c'est la sanctuarisation de ces dépassements, même si sans dogmatisme nous devons peut-être faire évoluer une situation pernicieuse : les dépassements permettent de construire les restes à charge que l'on impose à nos patients alors qu'ils n'en ont pas s'ils sont soignés à l'hôpital. L'hôpital masque aux patients que pour des soins identiques ils consomment, sans le savoir, un financement double de celui de l'hospitalisation privée. L'étude des coûts par comptabilité analytique l'explique.

L'hospitalisation publique en 2015 absorbe 70 Mds d'€ et l'hospitalisation privée, honoraires compris, 20 Mds d'€. Il est suicidaire pour nos maternités privées mal en point de négliger ce fait. Il faut, de notre nouvelle place, reprendre la négociation pour une vérité des prix !

Autre inconvénient du refus de signature du BLOC, les médecins du bloc ne seraient pas dans les commissions paritaires locales, régionales et nationales pour bloquer les sanctions de confrères qui franchissent les limites des règles de la liberté tarifaire. Certes pour des raisons que nous défendons aussi. Le BLOC présent, l'aboutissement des sanctions sous l'empire de cette convention est improbable car ces sanctions ne peuvent être prononcées que si les syndicalistes des commissions les votent ! Cela profite aussi aux médecins secteur I qui dépassent grâce aux DE qui existent toujours et que l'on peut défendre s'ils les appliquent dans des proportions progressives et réfléchies. La seule sanction réelle est le harcèlement par l'administration qui poursuit le médecin.

Enfin, signer la convention permet au syndicat d'être un interlocuteur des pouvoirs publics en matière de RCP et de participer aux différentes instances régulatrices. Jusqu'à ce jour, c'est par la grève que nous parvenions à nous faire entendre. Notre inclusion dans le cercle des syndicats repré-

* Trésorier et administrateur du SYNGOF

sentatifs et signataires nous donne l'accès direct aux pouvoirs publics pour ce sujet.

En l'absence de possibilité pour les syndicats de bloquer la convention qui ne convient pas, la seule solution est le déconventionnement individuel par sa dénonciation en lettre recommandée à la caisse. Même le règlement conventionnel minimal ne s'applique plus. Cette dénonciation a un impact à la condition d'un accord massif des praticiens d'une même spécialité et pour un même secteur géographique. À l'évidence les médecins n'y sont pas prêts et les plus véhéments des opposants à notre stratégie font montre de peu de constance dans le courage. Un jour viendra peut-être où ce sera nécessaire. Les dirigeants du syndicat le constateront le jour où le nombre d'engagés à se déconventionner sera suffisant. C'est l'action à laquelle il faut réfléchir.

Mais il faut sopeser tous les enjeux de la grande mise à plat que cela représente. Si nous renégocions tout, tout est en jeu, même les mesures qui nous avantagent comme

la liberté de pouvoir s'installer comme médecin conventionné où l'on veut ; c'est-à-dire la garantie de la solvabilité de tous les patients. La garderait-on ? Cette garantie coûte cher aux pouvoirs publics qui, dès lors, font beaucoup pour réduire l'offre par le *numerus clausus* de formation. La pénurie des médecins garnit ainsi le carnet de rendez-vous de tous. Des politiques aimeraient des conventionnements sélectifs à partir d'une formation médicale pléthorique.

Quand on voit l'évolution d'une autre profession libérale aux tarifs libres, les aspects ont changé. Pour la profession d'avocat, on constate l'effet du surnombre sur les revenus de beaucoup d'entre eux. Les bénéfices de leur puissance lobbystique, supérieure à la nôtre, ne compense pas la dilution des honoraires du fait de leur surpopulation.

Ma participation ancienne à ces débats me donne le recul pour féliciter Bertrand et tous nos négociateurs pour cette signature pragmatique. Est-ce le commencement de la reconquête de la maîtrise de notre avenir professionnel ?

**Retrouvez les actualités du SYNGOF
sur <http://syngof.fr/>**

Praticiens hospitaliers

le SYNGOF dénonce l'inertie
du gouvernement et soutient
l'appel à la grève lancé
par le SNPHAR-E
le 26 septembre

P. LE PORS-LEMOINE*

Le constat a été fait maintes fois : poids toujours accru des charges et des décisions administratives...

Les gynécologues obstétriciens exerçant à l'hôpital observent, comme l'ensemble des praticiens hospitaliers, une dégradation de leurs conditions d'exercice. Au sein d'Avenir Hospitalier, le SYNGOF secteur public s'est investi dans un travail de fond (pacte de confiance, mission attractivité...), mais force est de constater l'absence d'avancée concrète, le non respect de nombreuses promesses qui auraient dû améliorer l'attractivité des carrières.

Le constat a été fait maintes fois : poids toujours accru des charges et des décisions administratives, pénibilité très mal reconnue dans notre spécialité à forte sujétion, à risque médical majeur.

Beaucoup de gynécologues obstétriciens des hôpitaux vivent des situations de grande souffrance, de "burn out". Ce manque d'attractivité conduit à la vacance de nombreux postes de gynécologues obstétriciens et au recours très critiqué et onéreux aux services d'intérimaires, alors que les praticiens hospitaliers ont perdu 30% de pouvoir d'achat en 15 ans...

L'inquiétude est grande concernant l'évolution des Groupements Hospitaliers de Territoire : seront-ils centrés sur la sécurité des soins à apporter à l'ensemble de la population, passant par la réalité de la démographie médicale en

périnatalité (gynécologues obstétriciens, anesthésistes, pédiatres) ?

Le SYNGOF, au sein d'Avenir Hospitalier, soutient le mouvement de protestation initié par le SNPHAR-E le 26 septembre prochain et appelle l'ensemble des intersyndicales à s'unir pour dénoncer l'absence de prise en compte du travail et de la responsabilité des praticiens hospitaliers au sein des hôpitaux.

Contacts presse :

Emeline Barbé - 06 87 76 17 23 - emeline@eb-conseil.net

Pascale LE PORS-LEMOINE

Vice-Présidente du SYNGOF - 06 60 76 48 15

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU

Président du SYNGOF - 06 48 20 16 77

L'actualité des PH sur <http://syngof.fr/>



*Force est de constater l'absence
d'avancée concrète*

* Vice-Présidente du SYNGOF, Vice-Présidente d'Avenir Hospitalier

Contraception de la mineure

E. PAGANELLI*

Afin d'assurer la gratuité des actes une procédure de dispense d'avance des frais est obligatoirement applicable sur le prix total de l'acte (hors dépassement d'honoraires)

depuis le 1^{er} juillet 2016, la prise en charge à 100% des frais liés à la contraception chez les mineures d'au moins 15 ans est étendue :

- Aux dosages du cholestérol total, des triglycérides et de la glycémie à jeun réalisés en vue de la prescription d'un contraceptif ;
- A la consultation annuelle donnant lieu à la prescription d'un contraceptif ;
- Aux actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif, tel que le dispositif intra-utérin.

Ce décret renforce le précédent, qui datait de 2013 et qui était peu appliqué, comme l'a constaté l'Igas en 2015.

On nous rappelle les conditions permettant de renforcer le secret médical, avec en particulier l'inscription d'un numéro de sécurité sociale anonyme sur les ordonnances, les feuilles de soins, la facturation en pharmacie et en laboratoires d'analyses.

Voir le site ameli.fr - Délivrance de la contraception

E. PAGANELLI

Le Décret N° 2016-865 du 29 juin 2016 prévoit

La prise en charge à 100% pour certains actes liés à la prescription contraceptive

- Une consultation annuelle avec un médecin ou une sage-femme (C-CS-SF), au cours de laquelle des examens de biologie médicale en vue d'une contraception sont prescrits ou au cours de laquelle une contraception est prescrite ;

La prescription doit se faire sur une ordonnance isolée mentionnant "Contraception mineure"...

- Une consultation de suivi la première d'accès à la contraception ;
- Les actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif (OZGA002, OZLA004, JKLD001 et JKLD001, tous facturés avec ces codes s'ils sont réalisés en dehors d'une consultation) ;
- Les examens de biologie médicale prescrits en vue d'une prescription contraceptive suivant, dans la limite d'une fois par an :
 - Glycémie à jeun (code acte 00552)
 - Ou actes isolés cholestérol total (acte 0580) et triglycérides (acte 0590)
 - Forfait pré analytique (acte 9005)
 - Et le forfait de sécurité pour traitement d'un échantillon sanguin (acte 9105)
 - Et le prélèvement.

Préleveur :

Directeur de laboratoire : KB 1,5

Médecin biologiste : KMB 1,5

Pharmacien biologiste : PB 1,5

Infirmière AMI : 1,5

Sage-femme SFI : 1,5

Technicien de laboratoire : TB 1,5

Afin d'assurer la gratuité des actes une procédure de dispense d'avance des frais est obligatoirement applicable sur le prix total de l'acte (**hors dépassement d'honoraires**). Pour la facturation, le médecin, la sage-femme, le biologiste médical et le préleveur utiliseront le code exonération 3 (DIV).

Modalités de prescription des examens biologiques et du contraceptif

La prescription doit se faire sur une ordonnance isolée mentionnant "Contraception mineure" et ne comportant que :

- Pour les examens de biologie médicale : la prescription de la glycémie à jeun, du cholestérol total et des triglycérides ;

* Gynécologue médicale, Secrétaire générale du Syngof et Présidente du Collège de Gynécologie du Centre Val de Loire.

- Pour le contraceptif : la dénomination du médicament ou du dispositif prescrit et la posologie.
Cette ordonnance doit, par ailleurs, mentionner *a minima* et conformément à la réglementation l'identité et la date de naissance de la mineure.

Demande de secret de la jeune fille mineure

La jeune fille mineure qui souhaite bénéficier du secret doit le formuler auprès de chaque professionnel de santé concerné.

Modalités de facturation			
Prestations	Type de facturation	Sans demande de l'anonymat	Avec demande de l'anonymat
<ul style="list-style-type: none"> - Examens de biologie - Prélèvements - Actes médicaux - Délivrance contraceptif 	<ul style="list-style-type: none"> - Feuille de Soins Electronique (FSE) - FSE en mode SESAM Vitale sans Vitale (ou SESAM Vitale dégradé) - Feuille de Soins Papier (FSP) 	<ul style="list-style-type: none"> - Nature assurance maladie (AS/10) - Code exonération 3 Doivent être cochées les cases : - Maladie - Exonération du ticket modérateur - L'assuré n'a pas payé la part obligatoire" La case "l'assuré n'a pas payé la part complémentaire" n'est pas cochée car sans objet 	<ul style="list-style-type: none"> - NIR anonyme contraception 2 55 55 55 371 042 75 - Date de naissance exacte de la jeune fille



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 MédyCS) - Les établissements partenaires de Nestlé peuvent être dispensés de cette cotisation. **5 000 €**
- Obtention du logiciel MédyCS (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 ROSP 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

g

*gynécologue médical, vos compétences ne sont pas les mêmes qu'une sage-femme !
Il n'est pas possible d'envisager la cession du droit de présentation de votre clientèle à une sage-femme, mais si vous quittez votre cabinet de groupe sans successeur, vous pouvez par contre envisager le partage de la salle d'attente de vos confrères avec une sage-femme. Ils pourront réorganiser le fonctionnement du cabinet en respectant les compétences de chaque professionnel de santé.*

E. PAGANELLI



ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Docteur François SIMON

Président de la Section Exercice Professionnel

Nos références à rappeler sur tout échange de correspondance
FS/IJ/AME/Exercice professionnel
R 16 168 009

Objet : Gynécologie - Obstétrique

Contact ☎ Mme AM ESTEVES
Tél : 01.53.89.32.85
exercice-professionnel@cn.medecin.fr

Madame le Dr Elisabeth PAGANELLI
Secrétaire Générale
SYNGOF
Syndicat National
des Gynécologues Obstétriciens
Administration SYNGOF
BP 60034
34001 MONTPELLIER Cedex 1
syngof@syngof.fr

Paris, le 21 juillet 2016

Madame le Secrétaire Générale et Cher confrère,

Nous avons bien reçu, le 16 juin 2016, votre courrier nous interrogeant sur la possibilité pour un gynécologue médical et une sage-femme de partager une salle d'attente.

Il n'y a aucune objection au partage de locaux (notamment de salle d'attente) entre professionnels médicaux et/ou professionnels de santé dès lors que toutes les mesures sont prises pour que soit préservée la confidentialité et que soit évitée toute confusion dans l'esprit des patients sur la profession exercée par la personne que ses patients vont consulter.

En revanche, la cession du droit de présentation à la clientèle d'un gynécologue médical à une sage-femme est impossible.

Les compétences, les responsabilités et les obligations d'un médecin et d'une sage-femme ne sont pas les mêmes. L'exercice d'un gynécologue médical n'est pas superposable à celui d'une sage-femme qui n'a pas compétence pour assurer le suivi des grossesses pathologiques, la surveillance des cancers du sein avec la recherche permanente d'une récurrence, et la réalisation de coloscopies, la surveillance de patientes ayant bénéficié d'une conisation, ...

La formation des sages-femmes n'est pas suffisante pour appréhender le champ complet d'un médecin spécialiste en gynécologie médicale.

Veillez agréer, Madame le Secrétaire Générale, l'expression de mes sentiments confraternels les meilleurs.

Docteur François SIMON

180, boulevard Haussmann - 75389 Paris CEDEX 08
Tél. 01.53.89.32.00 - Fax : 01.53.89.32.01

A faire parvenir au SYNGOF
 BP 60034 - 34001 MONTPELLIER CEDEX 1
 Tél. 04 67 04 17 18 Email : syngof@syngof.fr

Je soussigné(e)

Nom _____

Prénom _____

Né(e) le _____

à _____

Date de votre installation _____

Tél portable _____

e-mail _____

En notant votre email sur ce bulletin, vous acceptez l'envoi d'informations syndicales par courrier électronique

Adresse professionnelle _____

Nom et adresse de la maternité où vous exercez : _____

Inscrit à l'Ordre des Médecins de _____

N° _____

sollicite mon admission au

SYNDICAT NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS DE FRANCE

- Souhaitez-vous le reversement d'une partie de votre cotisation à une centrale nationale ?
Si oui, laquelle ?

C.S.M.F. F.M.F. S.M.L. LE BLOC AUTRES.....

- Nom de votre compagnie d'assurances : _____ Tarif 2016 _____

- Secteur d'activité : Secteur 1 Secteur 2 Non conventionné

- J'exerce en Gynécologie médicale • Je suis Médecin libéral
- Gynécologie obstétrique Praticien hospitalier
- Gynécologie obstétrique et chirurgie gynécologique Chef de clinique
- Interne

- Type d'exercice Privé Public Privé et Public

- Cotisations 2017 -

⇒ Membre actif	230,00 €
⇒ Assistant chef de clinique	150,00 €
⇒ 1 ^{ère} année d'installation	150,00 €
⇒ Retraité	70,00 €
⇒ Interne	50,00 €

- 20% de réduction sur le tarif "membre actif" pour groupe supérieur ou égal à 5 associés ou membres d'une même équipe hospitalière sous réserve d'un paiement global en une seule fois de tous les membres.

- 20% de réduction sur le tarif "membre actif" pour les gynécologues médicaux inscrits à un Collège de Gynécologie Médicale pour un groupe supérieur ou égal à 5 cotisants sous réserve d'un paiement en une seule fois de tous les membres.

- Je souhaite adhérer à l'ASSOCIATION GYNÉLOG : 45 € (ne donne pas droit au logiciel)
Règlement séparé à l'ordre de "ASSOCIATION GYNELOG"

Date, cachet et signature

La face cachée des discriminations

E. PAGANELLI*

2015

Le SYNGOF a été interpellé par AIDES au sujet de la discrimination faite aux femmes séropositives lors de leur prise de rendez-vous chez nos confrères.

Le rapport d'AIDES démontre qu'il reste encore un long chemin à parcourir. Il décrit le refus de soins de la part de gynécologues. L'association AIDES rapporte des refus de soins gynécologiques. Pour objectiver ce refus un *testing* a été fait auprès de 290 gynécologues tirés au sort. En région Centre deux villes sont concernées par l'étude, Tours et Châteauroux. Sur la période du 7 au 10 avril 2015, 154 cabinets de gynécologie ont été contactés pour demander un rendez-vous pour un frottis chez une patiente HIV +, puis un rendez-vous sans parler de séropositivité.

AIDES écrit que pour les gynécologues, leur nombre est insuffisant avec de véritables inégalités d'accès sur le territoire. Il précise que le refus de soins dans les cabinets de gynécologie reste beaucoup plus faible que chez les dentistes. Le tiers des cabinets dentaires testés refusent de recevoir des patients HIV +.

Dans le cadre du projet de santé AIDES a rédigé plusieurs amendements afin de faire entrer dans la loi un ensemble de mesures qui permettraient de mieux qualifier le refus de soins, d'en observer la réalité et de faire en sorte que les personnes qui en sont victimes puissent mieux se défendre et faire valoir leurs droits.

Répartition des refus de soins de la part des cabinets de gynécologie

- 6% de refus de soins directs ou déguisés
- 17,2% de pratiques discriminatoires

Refus déguisés : horaires contraignants, dépassements, orientation vers d'autres confrères.

La FNCGM a fait une enquête (*ci-dessous*) du 31 mars au 23 avril 2016 à laquelle elle a reçu 284 réponses de gynécologues. Voici les réponses :

- 1 - Recevez-vous des nouvelles patientes pour une CS de prévention avec frottis ?
- 2 - Comment les patientes obtiennent un rendez-vous ?
- 3 - Avez-vous formé votre secrétariat vis-à-vis de ce problème ?

4 - Avez-vous refusé des patientes séropositives à votre cabinet ?

Si oui, pouvez-vous préciser :

5 - Quelles pistes apporter pour améliorer l'accès aux patientes HIV + chez le gynécologue ?

Qui donne vos rendez-vous ?

- 15% des gynécologues n'ont pas de secrétariat et prennent les rendez-vous eux-mêmes,
- 82,4% des gynécologues ont un secrétariat sur place ; personnel ou partagé,
- 26,3% des gynécologues ont un secrétariat téléphonique,
- 18,5% des gynécologues ont une prise de RV par internet,

Qui acceptent des nouvelles patientes ?

- 98% des gynécologues

Quel est le délai pour obtenir un RV ?

- 59% proposent un RV à quelques jours
- 4% à 2 mois

Qui suit des patientes HIV positif ?

- 77,90%

Cette CS est-elle plus longue ?

- Oui pour 49%

Conclusion

AIDES avait écrit dans son rapport que le nombre insuffisant de gynécologues est la principale cause d'inégalité d'accès sur le territoire à ces spécialistes.

L'enquête de la FNCGM révèle que 19% des gynécologues qui ont répondu ne suivent pas les femmes séropositives en ville. Le biais de ce *testing* par l'association AIDES concerne la demande de RV pour un frottis chez une femme porteuse de ce virus.

Le fait d'annoncer que la patiente est porteuse du virus sous-entend obligatoirement qu'elle bénéficie d'un suivi médical par un médecin traitant. Un courrier d'adressage au gynécologue devrait se justifier et serait susceptible de modifier la réponse à la demande de rendez-vous.

Dans ce contexte, les soins à ces patientes nécessitent une coordination ville-hôpital, généraliste-gynécologue pour améliorer la prise en charge de ces femmes.

* Gynécologue médicale, Secrétaire générale du Syngof et Présidente du Collège de Gynécologie du Centre Val de Loire.



Membre de la Coalition Internationale Sida



Pantin, le 23 novembre 2015

Objet : Rapport sur les discriminations envers les personnes touchées par le VIH et/ou une hépatite virale

Madame, Monsieur,

Au nom des militant-e-s de AIDES, nous avons le plaisir de vous adresser notre Rapport *VIH et hépatites : la face cachée des discriminations*, rédigé avec le Défenseur des droits.

Au regard des événements récents, nous nous sommes interrogés sur l'opportunité de maintenir la publication de ce rapport. Mais aujourd'hui, plus que jamais, il nous paraît indispensable de défendre les droits humains et de combattre les stigmatisations, de défendre notre pacte social. En cherchant à transformer la société et à la rendre plus juste, ce rapport participe d'une réaction collective et nécessaire que nul ne saurait entraver.

Le Rapport *VIH et hépatites : la face cachée des discriminations* révèle et analyse des pratiques discriminatoires dont sont encore victimes les personnes séropositives au VIH et/ou aux hépatites, pour accéder à leurs droits. Il est divisé en quatre chapitres consacrés chacun à un droit fondamental bafoué :

- **Le droit à l'instruction et au travail** est compromis par des dispositions administratives inadmissibles qui excluent des personnes vivant avec le VIH de certaines formations et professions (magistrature, armée, police, etc.).
- **Le droit à la santé** est malmené, pour les personnes vivant avec le VIH et/ou une hépatite, à cause des représentations de certain-e-s professionnel-le-s de santé qui mènent à des refus de soins, et en raison du coût exorbitant des traitements.
- **La liberté d'aller et venir** est entravée lorsque des personnes malades en Guyane sont empêchées, par la présence de barrages routiers, de se rendre dans des lieux de soins.
- **Le droit de propriété** n'est pas garanti aux personnes vivant avec une maladie chronique qui peinent à accéder à l'emprunt.

Les discriminations recensées sont injustifiées et injustifiables, elles l'étaient hier, elles le restent aujourd'hui. AIDES entend les combattre, lutter en faveur des droits des personnes concernées par le VIH et les hépatites, des droits de toutes celles et ceux qui vivent avec une maladie chronique. AIDES se bat pour défendre ce qui fonde notre État de droit.

Nous espérons que ce rapport vous incitera à vous mobiliser, aussi, à nos côtés pour mettre fin à ces discriminations.

Vous remerciant de l'intérêt que vous portez à nos actions, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos respectueuses salutations.

Aurélien BEAUCAMP
Président de AIDES

Contact : AIDES - 14 rue Scandicci - 93508 Pantin cedex

Adeline TOULLIER : 01 41 83 46 27 / 06 20 29 86 43 / atoullier@aides.org

AIDES. Aide aux malades, à la recherche, information sur le Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis et les hépatites virales.
Association reconnue d'Utilité Publique par décret du 9.8.90 • C. C. P. Paris 2135 B • No SIRET : 349 496 174 00047
AIDES - 14, rue Scandicci - 93508 Pantin cedex - France • Téléphone : 0805 160 011 • Fax : 01 41 83 46 49 • Internet : www.aides.org



Les dépenses de santé en 2015

J. MARTY*

RÉSULTATS DES COMPTES DE LA SANTÉ

V

ous voulez savoir comment se répartissent les 195 Mds€ consacrés aux soins et biens médicaux ? Apprendre que la sécurité sociale règle près de 150 Mds€ d'euro, les complémentaires 25 Mds€ et les familles 16 Mds€ : c'est le reste à charge. Vous saurez que ces financements bénéficient pour moitié à l'hospitalisation et aux soins de ville :

- 1 - 96 Mds€ pour les hospitalisations (publiques 70 Mds€, privées 21 Mds€) et leurs transports sanitaires 5 Mds€
- 2 - 99 Mds€ en ville :
 - 52 Mds€ de soins de ville (médecins 21 Mds€ infirmiers 15 Mds€ dentistes 11 Mds€ labos 5 Mds€)
 - 47 Mds€ de produits médicaux de ville (pharmacie 33 Mds€ et autres biens sanitaires 14 Mds€ surtout l'optique...).

Bien sûr, la présentation est faite pour valoriser l'action des Pouvoirs publics, mais les chiffres essentiels sont en dernière page pour nous permettre de faire notre propre analyse et constater ce qui n'est pas écrit : Les complémentaires ont des frais de fonctionnement de 7 Mds€, égaux à ceux de la sécurité sociale pour aboutir à des financements très inférieurs (1/6^{ème}).

L'administration hospitalière et les complémentaires coûtent abusivement chers et sont à l'origine du déficit mais ont des protections politiques jusqu'à ce jour invincibles. Les frais hospitaliers publics considérables 70 Mds€ ne sont pas ventilés faute d'informations transmises nous dit-on.

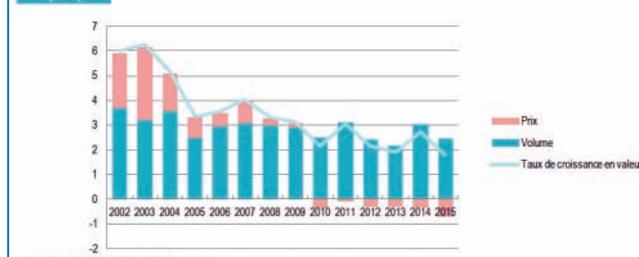
Le reste à charge des ménages est construit par les Pouvoirs publics pour orienter les

patients vers le secteur public : le rapport note que du fait de la modification des contrats responsables (par décret du gouvernement) les complémentaires paient moins de soins médicaux, c'est-à-dire nos compléments d'honoraires, le reste à charge diminue sauf pour les compléments d'honoraires. Bonne lecture.

Le rapport de la DREES est téléchargeable dans l'onglet "ouvrage" de la page :

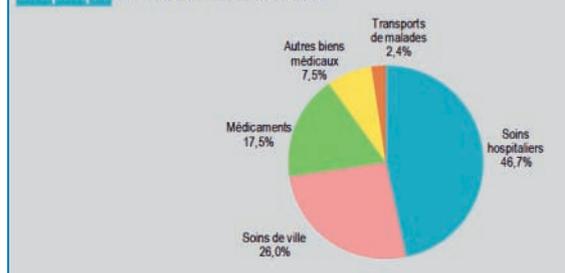
<http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/recueils-ouvrages-et-rapports/recueils-annuels/panoramas-de-la-drees/article/les-depenses-de-sante-en-2015-resultats-des-comptes-de-la-sante>

Graphique 1 Taux de croissance de la CSBM



Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique Structure de la CSBM en 2015



Source > DREES, Comptes de la santé.

* Trésorier et administrateur du SYNGOF

Dépenses courantes de santé par type de financeur

Tableau 15 DCS par type de financement en 2015

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	82 849	1 077	2 645	1 367	751	2 101		90 790
Hôpitaux du secteur public	64 512	965	1 918	943	511	1 276		70 126
Hôpitaux du secteur privé	18 337	111	727	424	240	824		20 664
2-Soins ambulatoires	66 633	1 644	11 070	5 840	4 285	14 304		103 777
Soins de ville	32 702	990	5 675	3 047	2 243	5 889		50 546
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	13 839	402	2 026	1 201	708	2 045		20 221
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	11 623	119	950	443	250	1 282		14 667
Soins dentaires	3 577	381	2 145	1 110	1 065	2 431		10 709
Laboratoires d'analyses	3 026	89	554	293	220	130		4 312
Autres soins et contrats	636					1		637
Transports de malades	4 273	43	106	50	18	100		4 591
Médicaments en ambulatoire	23 353	495	2 432	1 195	705	5 784		33 963
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	6 304	116	2 857	1 548	1 319	2 532		14 677
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	149 482	2 721	13 715	7 208	5 036	16 405		194 567
3-Soins de longue durée	20 070							20 070
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 583							1 583
Soins aux personnes âgées en établissement	8 995							8 995
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	9 492							9 492
4-Indemnités journalières	13 707							13 706
5-Autres dépenses en faveur des malades	619							619
6-Prévention	800	3 387					1 574	5 761
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 661	5 514				111	3 920	12 206
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 489							2 489
Subventions au système de soins	3 410							3 410
Remises conventionnelles	-921							-921
Recherche médicale et pharmaceutique		3 613					3 908	7 521
Formation	172	1 900				111	12	2 196
8-Coût de gestion de la santé	7 422	774	3 534	2 470	916			15 116
Dépense courante de santé (1+...+8)	194 762	12 395	17 249	9 678	5 952	16 517	5 494	262 046

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

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 collégialement 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.

Demande de circoncision pour motif non médical

Il n'existe pas de texte de loi spécifique autorisant ou interdisant la circoncision, mais il existerait un risque pénal théorique de poursuites pour mutilation.

Le médecin doit informer la famille du non-remboursement de l'acte et des prescriptions afférentes par l'assurance maladie, une présentation non justifiable au remboursement l'exposant d'ailleurs à des sanctions disciplinaires ordinaires, financières et disciplinaires par la CPAM, voire judiciaires.

* Dr Jean Thévenot, Président CDOM 31, 0609677637
dr.j.thevenot@orange.fr jean.thev@wanadoo.fr

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

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 **manifestar 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.

L'assurance maladie rembourse la prise en charge du phimosi réel, acte réalisé pour motif médical et non rituel (pas de présence sur place de religieux ou de prières récitées par les soignants).

En cas de demande de parents à un soignant pour leur enfant et pour motif religieux, il convient de leur recommander de s'adresser à l'autorité religieuse ou à l'aumônier de l'établissement.

Si une demande est faite à un chirurgien, elle se fait hors prise en charge par l'assurance maladie, dans le respect des règles professionnelles et de la sécurité des patients, avec protocollisation préalable entre chirurgien, anesthésiste et établissement. Le consentement conjoint des deux parents est requis. La pratique de cet acte par un professionnel de santé doit se faire dans des conditions de compétences conformes aux règles professionnelles et de réalisation basée sur des soins consciencieux et fondé sur les données acquises de la science.

En aucun cas, un médecin ne peut rédiger un certificat de "non contre indication" à la circoncision rituelle; dans tous les cas où il est interrogé sur la circoncision rituelle, le médecin traitant doit informer les parents sur **les risques médicaux propres** liés à la santé de l'enfant, tout en gardant une **attitude neutre sur la pratique** de la circoncision. En cas de complications d'une circoncision, même réalisée hors d'un cadre médical, le médecin traitant ou le chirurgien est tenu de réaliser les soins adaptés.

Excision et obligation de signalement

L'excision est une pratique essentiellement culturelle qui n'est pas imposée par la religion. Elle concerne les jeunes filles originaires de divers pays d'Afrique et de certains pays orientaux, et est cautionnée exceptionnellement par de rares religieux (rares imams ou animistes en Afrique, quelques Coptes en Égypte...), mais sans aucune base culturelle réelle. Dans certains de ces pays, des associations tentent de changer les mœurs et de persuader les parents de ne pas faire exciser leurs filles et des mesures (lois...) sont prises pour poursuivre les auteurs.

En France, la pratique est interdite. Il n'existe pas de qualification juridique spécifique pour ces faits qui peuvent tomber sous le coup de divers textes répressifs de *Droit Commun**

Des Conventions Internationales ont prévu une compétence universelle pour juger certains crimes et délits, dont fait partie l'excision. Ainsi, ces infractions pourront être jugées en France selon la loi française, même si elles sont commises à l'étranger sur des jeunes filles étrangères, dès lors qu'elles reviennent, elles ou les auteurs ou complices, sur le territoire français ensuite.

Un praticien constatant l'existence de mutilations sexuelles chez une mineure ou une majeure protégée, ou ayant

connaissance d'un projet de réalisation lors d'un voyage (demande de vaccination...) est tenu à un signalement selon les règles professionnelles en vigueur.

Obligation de signalement par les médecins et les soignants:

L'article 226-13 (sanctionnant une violation du secret professionnel) n'est pas applicable:

dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre, il n'est pas applicable:

- A celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de privations ou de sévices, y compris lorsqu'il s'agit d'atteintes ou mutilations sexuelles, dont il a eu connaissance et qui ont été infligées à un mineur ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique;
- Au médecin ou à tout autre professionnel de santé qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République ou de la cellule de recueil, de traitement et d'évaluation des informations préoccupantes relatives aux mineurs en danger ou qui risquent de l'être, mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 226-3 du code de l'action sociale et des familles, les sévices ou privations qu'il a constatés, sur un plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences physiques, sexuelles ou psychiques de toute nature ont été commises. Lorsque la victime est un mineur ou une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, son accord n'est pas nécessaire;
- Aux professionnels de la santé ou de l'action sociale qui informent le préfet et, à Paris, le préfet de police du caractère dangereux pour elles-mêmes ou pour autrui des personnes qui les consultent et dont ils savent qu'elles détiennent une arme ou qu'elles ont manifesté leur intention d'en acquérir une.

Le signalement aux autorités compétentes effectué dans les conditions prévues au présent article **ne peut engager la responsabilité civile, pénale ou disciplinaire de son auteur**, sauf s'il est établi qu'il n'a pas agi de bonne foi.

Code de déontologie médicale:

Article 43

Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage.

Article 44

Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. Lorsqu'il s'agit d'un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il alerte les autorités judiciaires ou administratives, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience.

***Lois pénales applicables :**

- Lorsqu'il s'agit de réprimer la pratique elle-même, en dehors de toute complication, les auteurs et complices peuvent être poursuivis pour "violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente", infraction punie de 10 ans d'emprisonnement et de 150 000 euros d'amende (article 222-9 du code pénal), et de 15 ans de réclusion criminelle lorsque ces violences sont commises à l'encontre de mineurs jusqu'à quinze ans (article 222-10 du code pénal) ;
- Lorsqu'à la suite de complications, il y a décès de la jeune fille, les auteurs et complices peuvent être poursuivis pour "violences ayant entraîné la mort sans intention de la donner", infraction punie de 15 ans de réclusion criminelle (article 222-7 du code pénal), et réprimée à hauteur de 20 ans de réclusion criminelle (article 222-8 du code pénal) lorsqu'elle concerne des mineurs jusqu'à quinze ans.
- Lorsque les complications n'ont pas entraîné la mort, mais ont eu des conséquences sur la santé de l'enfant, les auteurs et complices peuvent être poursuivis pour "violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à huit jours, conformément à l'article 222-12 du code pénal qui prévoit une sanction de cinq ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende lorsque l'infraction est commise contre un mineur de moins de 15 ans".

Délai de prescription applicable :

De plus, il faut noter que des dispositions légales ont prévu l'allongement du délai de la prescription habituelle pour les infractions, afin de tenir compte, comme c'est déjà le cas pour l'inceste, des difficultés particulières que peuvent éprouver les victimes pour dénoncer ce type de faits. Ainsi, le délai de prescription en matière d'action publique, article 7 du code de procédure pénale s'agissant des crimes et article 8 concernant les délits, a été porté à 20 ans à compter de la majorité de la victime pour :

- Les crimes de violences ayant entraîné une mutilation ou une infirmité permanente commis sur mineurs (article 222-10 du code pénal) ;
- Les délits de violences ayant entraîné une interruption temporaire de travail supérieure à 8 jours, commis sur mineurs (222-12 du code pénal).

Lien utile :

<http://www.excision.parlonsen.org/>

Télécharger l'ouvrage.

"Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines":
<http://www.gynsf.org/MSF/praticienfaceauxmsf2010.pdf>

Hyménoplastie

La demande d'hyménoplastie (réfection d'hymen) répond rarement à des raisons religieuses, mais plus souvent à des habitudes culturelles.

Cette intervention ne doit pas être réalisée chez une personne mineure ou majeure protégée, que ce soit à la demande de la patiente ou à celle de ses responsables légaux, consti-

tuant une atteinte à l'intégrité du corps humain et ne correspondant pas à une activité de chirurgie esthétique.

Chez l'adulte demandeuse, la demande doit être analysée dans ses motivations par un échange précis et répété entre patiente et médecin. Le médecin doit en expliquer les alternatives, les risques et les conséquences, incluant le caractère incertain de son bénéfice présumé et sa non prise en charge par l'Assurance Maladie.

Un refus non motivé de la demande n'est pas déontologique, mais une démarche éthique doit conduire à proposer à la patiente une prise en charge médico-sociale et pluridisciplinaire.

Le praticien qui accepte de réaliser cette intervention, considérée ni thérapeutique, ni esthétique, et au caractère éthique discuté, exceptionnellement liée à une démarche compassionnelle, met toutefois en jeu sa responsabilité et doit l'amener à **vérifier sa couverture assurantielle spécifique.**

IVG

La réglementation française

Basée essentiellement sur la loi Veil du 17 janvier 1975 et sur la loi du 4 juillet 2011

L'IVG est décidée par la femme enceinte concernée *suppression en 2014 de la notion de situation de détresse*. Le délai pendant lequel une femme peut demander une interruption de grossesse est fixé à 12 semaines de grossesse, soit 14 semaines d'aménorrhée.

L'acte est réalisé par un médecin en établissement (l'IVG médicamenteuse réalisée en pratique de ville ou en établissement peut être réalisée par un médecin ou une sage-femme depuis 2015).

Le médecin et le personnel concourant à l'intervention disposent d'une clause de conscience (sans nécessité de motivation). La loi impose toutefois au praticien qui refuse d'exécuter un tel acte d'informer sans délai la femme de sa décision et de lui communiquer immédiatement le nom des "praticiens susceptibles de réaliser cette intervention".

Le médecin doit respecter un délai de réflexion d'une semaine entre la demande et la confirmation écrite de la patiente (modification législative probable avec la loi de santé 2015) ; ce délai peut être réduit à deux jours pour éviter de dépasser la limite légale des 12 semaines de grossesse. Mais même proche du terme légal, il reste indispensable de permettre à la patiente un minimum de temps de réflexion, ce pour quoi on peut s'aider de la précision à +/- 5 jours de l'échographie au 1^{er} trimestre.

Une femme mineure peut avoir recours à l'avortement sans l'accord de ses parents ou de son responsable légal, à condition qu'elle soit accompagnée d'une personne majeure, et après un entretien psychosocial.

Position des principales religions en France

Le respect de la vie dès la fécondation fait rejeter l'IVG par l'Eglise Catholique et le Judaïsme.

L'Islam, considérant que, de la fécondation au 40^e jour de vie, l'embryon n'est pas doté de cognition, et que toute intervention peut alors être réalisée sur lui, accepte généralement l'IVG jusqu'au 40^e jour de grossesse.

Considérant l'IVG comme un acte d'une extrême gravité, la Fédération Protestante de France recommande que les femmes enceintes et les couples en difficulté soient accompagnés par des services sociaux et un représentant de leur culte pour prendre une décision libre et éclairée.

Lien utile :

http://www.sante.gouv.fr/l_MG/pdf/Guide_IVG_2014.pdf

Diagnostic prénatal

Le diagnostic prénatal (DPN) intègre l'ensemble des techniques médicales ayant pour but de détecter in utero une affection grave (génétique, malformative, infectieuse...) de l'embryon ou du fœtus; le DPN peut déboucher sur **une prise en charge médicale** prénatale ou périnatale précoce, ou donner aux futurs parents le choix **d'interrompre ou non la grossesse** en cas **d'anomalie de particulière gravité**.

Les techniques non invasives (Echos prénatales, Marqueurs sériques de Trisomie, étude de l'ADN fœtal dans le sang maternel...) peuvent déboucher sur d'autres techniques invasives (amniocentèses, biopsie du trophoblaste) présentant notamment des risques de perte de l'enfant (fausse couche, mort fœtale) ou de séquelles (naissance très prématurée).

La loi précise la nécessité de délivrer à *toute femme enceinte, lors d'une consultation médicale, une information loyale, claire et adaptée à sa situation, ainsi qu'une information portant notamment sur les objectifs, les modalités, les risques, les limites et le caractère non obligatoire de ces examens* (y compris l'échographie).

La pratique de **tous ces examens (y compris non invasifs)** nécessite donc la prise en compte préalable par les soignants des convictions personnelles, religieuses ou philosophiques des parents, notamment de ceux ne souhaitant pas prendre les risques liés à une technique invasive ou pratiquer une interruption de grossesse (*cf fiche IMG*).

En cas d'interrogation des parents vis-à-vis de ces examens, les soignants se doivent de conseiller aux parents de consulter un représentant de leur culte ou un référent de leur culture pour faire un choix le mieux adapté à leur situation et leurs convictions.

<http://www.agence-biomedecine.fr/DPN>

Article L2131-1 du CSP (Modifié par LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011 - art. 20)

I.-Le diagnostic prénatal s'entend des pratiques médicales, y compris l'échographie obstétricale et fœtale, ayant pour but de détecter in utero chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité.

II.-Toute femme enceinte reçoit, lors d'une consultation médicale, une information loyale, claire et adaptée à sa situation sur la

possibilité de recourir, à sa demande, à des examens de biologie médicale et d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de sa grossesse.

III.-Le prescripteur, médecin ou sage-femme, communique les résultats de ces examens à la femme enceinte et lui donne toute l'information nécessaire à leur compréhension. En cas de risque avéré, la femme enceinte et, si elle le souhaite, l'autre membre du couple sont pris en charge par un médecin et, le cas échéant ou à sa demande, orientés vers un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Ils reçoivent, sauf opposition de leur part, des informations sur les caractéristiques de l'affection suspectée, les moyens de la détecter et les possibilités de prévention, de soin ou de prise en charge adaptée du fœtus ou de l'enfant né. Une liste des associations spécialisées et agréées dans l'accompagnement des patients atteints de l'affection suspectée et de leur famille leur est proposée.

IV.-En cas de risque avéré, de nouveaux examens de biologie médicale et d'imagerie à visée diagnostique peuvent être proposés par un médecin, le cas échéant membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, au cours d'une consultation adaptée à l'affection recherchée.

V.-Préalablement à certains examens mentionnés au II et aux examens mentionnés au IV du présent article, le consentement prévu au troisième alinéa de l'article L. 1111-4 est recueilli par écrit auprès de la femme enceinte par le médecin ou la sage-femme qui prescrit ou, le cas échéant, qui effectue les examens. La liste de ces examens est déterminée par arrêté du ministre chargé de la santé au regard notamment de leurs risques pour la femme enceinte, l'embryon ou le fœtus et de la possibilité de détecter une affection d'une particulière gravité chez l'embryon ou le fœtus.

VI.-Préalablement au recueil du consentement mentionné au V et à la réalisation des examens mentionnés aux II et IV, la femme enceinte reçoit, sauf opposition de sa part dûment mentionnée par le médecin ou la sage-femme dans le dossier médical, une information portant notamment sur les objectifs, les modalités, les risques, les limites et le caractère non obligatoire de ces examens.

En cas d'échographie obstétricale et fœtale, il lui est précisé en particulier que l'absence d'anomalie détectée ne permet pas d'affirmer que le fœtus soit indemne de toute affection et qu'une suspicion d'anomalie peut ne pas être confirmée ultérieurement.

VII.-Les examens de biologie médicale destinés à établir un diagnostic prénatal sont pratiqués dans des laboratoires de biologie médicale faisant appel à des praticiens en mesure de prouver leur compétence, autorisés selon les modalités prévues au titre II du livre Ier de la sixième partie et accrédités selon les modalités prévues au chapitre Ier du titre II du livre II de la même partie. Lorsque le laboratoire dépend d'un établissement de santé, l'autorisation est délivrée à cet établissement.

VIII.-La création de centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal, mentionnés au III, dans des organismes et établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif est autorisée par l'Agence de la biomédecine.

L'art de procréer

les sexes à volonté

B. SEGUY*

Théories et méthodes au début du XIXème siècle

Jacques-André Millot, né à Dijon en 1738 et mort à Paris en 1811, fit ses études chirurgicales et fut diplômé à la Faculté de Paris. Il s'installa dans la capitale comme chirurgien accoucheur et eut rapidement une belle clientèle et de haute noblesse. La Révolution fut défavorable à sa fortune sans néanmoins lui nuire directement, mais il n'est pas impossible qu'il soit passé d'écrits médicaux, destinés à l'Académie de chirurgie, à des ouvrages plus grand public, par nécessité financière. C'est en 1800 qu'il publie à Paris son célèbre *"L'Art de procréer les sexes à volonté"* qui eut un succès certain, connu six éditions successives entre 1800 et 1828, et lui valut de passer à la postérité. Dans son introduction, Millot explique clairement le but qu'il s'est

assigné avec son ouvrage, en faisant d'emblée référence au plus célèbre de ses prédécesseurs, Michel Procope Couteau. Celui-ci, connu également sous le nom de Procope-Coltelli, était le fils d'un noble sicilien ruiné, Procopio del Coltelli, qui vint s'établir à Paris, et y ouvrit en 1684 le premier établissement dédié à la consommation d'une nouvelle boisson à la mode, le café. Ce très fameux et historique *"Café Procope"* est toujours actuellement en activité et toujours à son emplacement d'origine, rue des Fossés Saint Germain, renommée rue de l'Ancienne Comédie, après le départ de *"la Comédie française"*. Celle-ci occupa pendant 80 ans le Jeu de Paume de l'Étoile, en face dudit *Café Procope*, ce qui lui valut rapidement une clientèle artistique, littéraire et intellectuelle (Rousseau,

Voltaire, Diderot, Beaumarchais, etc.). Michel Procope Couteau, destiné initialement à une carrière ecclésiastique, se tourna rapidement vers la médecine, mais il ne l'exerça que peu, un riche mariage lui ayant permis de se consacrer à la poésie, à la littérature et au théâtre. Ses écrits médicaux furent très minoritaires sous sa plume, mais le seul titre qui est resté célèbre est justement consacré au sujet de cet article.

Mais retournons à Millot et à son introduction, où on peut lire: *"Procope Couteau, médecin de Paris, a donné il y a plus de cinquante ans, l'art de faire des garçons ; j'ai préféré donner le moyen de procréer à volonté le sexe que l'on désire. Cette connaissance a aussi son but moral: c'est, je crois, le seul moyen d'augmenter, s'il est possible, la tendresse des pères et mères, parce que les parents qui n'auront que des enfants de leur choix les verront avec une satisfaction continue"*.

Pour eux, le petit être humain était déjà entièrement formé dans l'œuf, il n'avait plus qu'à grandir.

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

Ce qui est particulièrement intéressant dans la première partie de l'ouvrage, c'est que l'auteur y résume et discute les différentes théories admises ou défendues, à son époque, concernant les mécanismes de la génération, que nous appellerions plutôt aujourd'hui de la procréation. Il explique ainsi les trois théories explicatives différentes qui partageaient le monde médical de son temps.

Les *Séministes*, croyaient au mélange, dans l'utérus, des liqueurs séminales, provenant, chez l'homme, des testicules (liquide développant l'embryon), et, chez la femme, des testicules féminins (liquide nourrissant l'embryon).

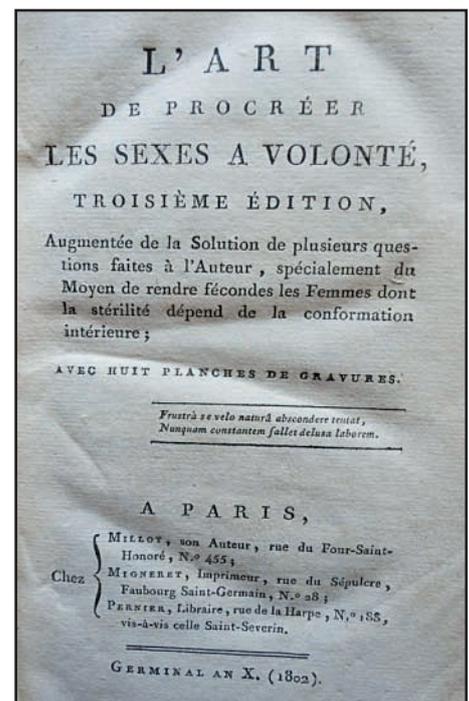
Les *Ovistes*, bénéficièrent des progrès dans la connaissance de l'anatomie féminine, et plus particulièrement des "testicules" féminins appelés dès lors "ovaires". En effet, on y découvrit des "vésicules, remplies d'un liquide semblable à du blanc d'œuf, qui en a l'odeur, les qualités et les propriétés, alors l'analogie fit regarder ces vésicules comme des œufs". Et le terme ovaire (dérivé du latin *ovum* = œuf) fut définitivement entériné. Pour eux, le petit être humain était déjà entièrement formé dans l'œuf, il n'avait plus qu'à grandir. La découverte par Fallope des trompes utérines apporta évidemment un argument anatomique majeur à cette nouvelle théorie.

Les *Animalistes*, eux, bénéficièrent ensuite des progrès de la physique et de l'optique médicale, car c'est grâce à l'observation microscopique, grandement améliorée par ses lentilles de fabrication secrète, que le Néerlandais Lewenhoeck découvre en 1677, les animaux spermatiques ou spermatozoïdes. Mais cette découverte fut une arme à double tranchant car heurtant de front les théories défendues par des grands noms de l'époque comme: William Harvey ou Reynier de Graaf.

Notre auteur condamne cette théorie et écrit: "Un savant, M. Lieubercuhn

nia l'existence de ces êtres, ces prétendus animaux n'étaient autre chose que des parties de matière vive, le résultat de la surabondance de la nourriture, enfin on en trouva dans toutes les parties femelles comme mâles car ces molécules abondent dans l'humeur de l'utérus que la femme émet après le coït. C'est d'après ces différentes expériences que tous les observateurs microscopiques de l'Europe furent d'accord sur ces animalcules qui n'étaient pas des êtres organisés, mais des parties organiques. Et tous revinrent au système des œufs auquel ils attribuèrent, avec raison, presque tous les principes de génération".

Dans sa lancée, notre auteur critique les observations de Buffon, sur les "animalcules" du sperme, qui a bien noté qu'au bout d'un certain temps, ils cessaient leur activité, puis que, lors de la putréfaction du sperme, ce que notre auteur croit être une nouvelle génération d'animalcules apparaît en remplacement: en quelque sorte, les enfants des décédés!! "Spalanzani a vu tout mouvement cesser dans la liqueur séminale lorsqu'elle se putréfie et a vu naître, après la putréfaction, plusieurs générations d'animalcules, qui ont imprimé à cette liqueur un autre mouvement, ce que n'a pas vu M. Buffon, qui s'est seulement aperçu de la diminution et du changement de mouvement, et de la diminution de volume, tandis que c'étaient différentes générations d'animalcules qui opéraient tous ces changements. Ces erreurs de M. Buffon ne peuvent venir que du microscope dont il se servait ou de l'organe de sa vue, car il avait les yeux myopes.../... C'est précisément parce que ces corpuscules ont du mouvement, qu'ils font partie de la matière vive toujours prête à être organisée, et que c'est elle qui donne à certains animaux la faculté de régénérer une patte et même une tête perdue.../... Pour que ces corpuscules fussent, à mon sens, des êtres organisés, il faudrait que



Spalanzani les eût vus se nourrir ou se reproduire, car il ne suffit pas d'avoir des mouvements pour être animal, il faut la faculté de se sustenter ou de se régénérer pour constituer l'animalité.../... Concluons donc que les corpuscules que nous voyons en mouvement dans les liqueurs séminales ne sont pas des animalcules, mais bien des molécules nutritives et réparatrices des pertes continues qui s'opèrent chez les animaux". Maintenant c'est clair, notre auteur est Oviste, comme son prédécesseur sur ce sujet, Michel Procope, dont il reprend la description des quatre variantes de la théorie. Les infinitivistes, pour qui la semence masculine se borne à apporter le mouvement à l'œuf qui contient un fœtus miniature "tout formé depuis le commencement du monde, unique s'il est mâle, mais qui, s'il est femelle, contient de mère en mère tous ses descendants emboîtés les uns dans les autres". Les Unovistes, pour qui "chaque œuf est un petit ermitage habité par un solitaire inanimé, mâle ou femelle, et formé peu après la naissance de celle qui le porte". Les Animovistes sont des animalistes réformés qui, "forcés de

reconnaître des œufs, regardent les ovaires comme des hôtelleries, dont chaque œuf est un appartement où vient, en passant du néant à l'être, loger un animal spermatique, sans aucune suite s'il est femelle, mais, s'il est mâle, traînant après lui de père en fils toute sa postérité". Enfin, les Séminovistes sont ceux qui pensent que "l'embryon est formé par le mélange des deux semences, non pas dans l'utérus mais dans l'œuf. C'est le seul mode de génération qu'on puisse raisonnablement admettre maintenant". Ainsi dit, c'est encore plus clair, notre auteur est Séminoviste.

Il nous explique ensuite que, pour lui, "la préexistence de l'animal doit précéder sa fécondation" et pour nous convaincre, il cite les travaux de Haller sur le poussin et le jaune d'œuf "dont la membrane est une continuité de celle qui tapisse l'intestin du poulet et que ce jaune a des artères et des veines qui naissent des artères et des veines du fœtus, et qu'enfin ce jaune, qui est une partie essentielle du poulet, existe dans l'œuf qui n'a pas été fécondé, d'où il résulte manifestement que le poulet doit exister avant sa fécondation, avec le jaune auquel il est lié. La préexistence de tout être doit nécessairement précéder sa fécondation, sans quoi elle serait une création". Ben voilà, vous avez tout compris !

Notre auteur cependant, réfute l'empilement des futures générations admis par les Infinovistes et les Unovistes. Il affirme que, "la préexistence se forme, se développe et s'accroît chez l'animal. Depuis le moment de la fécondation d'un œuf, la nature travaille sensiblement et visiblement au développement et accroissement de l'individu qu'il contient, mais elle travaille aussi, quoique invisiblement, à le mettre en état de se reproduire". Il explique que la puberté ne sert qu'à dérouler les vaisseaux et les nerfs qui, chez le garçon, doivent charrier le fluide sémi-

nal, et, chez les filles, doivent conduire et déposer dans les œufs, les sucres et les atomes nécessaires à la reproduction de la créature humaine. "La nubilité chez la fille doit être regardée comme un débordement des réservoirs, car alors les ovaires sont tuméfiés, une partie des œufs sont pleins, ils attendent la fécondation". Il complète ses arguments par des exemples chez les poissons ovipares, puis les fleurs à bulbes et notamment les jacinthes... Et de conclure contre les théories des anciens: "Pourquoi vouloir que la génération, la progéniture de l'animal soit toute formée, longtemps avant la naissance de celle qui doit la produire? Il me paraît plus naturel de croire que chaque individu femelle apporte les organes nécessaires à la formation et au dépôt de ce germe qui se forme et s'accroît dans ses ovaires, et que le mâle opère son développement par la fécondation qu'il lui apporte". Et il donne un autre exemple: "La génération ne suppose pas une production de nouvelles parties, elle n'est qu'une modification nouvelle des parties déjà existantes. Que voyons-nous dans la chrysalide au premier moment? Un fluide transparent qui, après quelques jours, devient opaque; qui, quelques jours plus tard, devient membraneuse, et nous présente la robe de l'animal, garnie de ses membres; en un mot, toutes parties qui ont cessé d'être fluides, composant un animal vivant et si bien organisé qu'il produira d'autres animaux, qui, à leur tour, en produiront bien d'autres. L'œuf de la poule, la chrysalide contenaient donc, dans les fluides, les animaux que nous avons vu s'organiser; le seul point de la difficulté est de croire que des parties dures comme les os, aient été originellement fluides; il faut cependant croire ce que l'on voit, surtout quand la nature le démontre dans tous les genres. Qu'y a-t-il donc de répugnant à croire que les éléments de l'embryon humain, sont, comme ceux des au-

tres vivipares, renfermés dans l'œuf contenu dans l'ovaire, sous une forme fluide?"

Dans le chapitre suivant, notre auteur cite, à l'appui de ses affirmations, plusieurs cas, décrits dans les publications scientifiques de l'époque et notamment les Mémoires de l'Académie des Sciences, "d'embryons bien formés dans des œufs qui n'avaient pu se détacher de l'ovaire". Nous appelons ça aujourd'hui des grossesses extra-utérines de localisation ovarienne, mais notre auteur a répondu à tout: "Il y a des exemples de conceptions extra-utérines, qui prouvent que des œufs fécondés n'ont pas été reçus par les trompes, pour être transmis ensuite à l'utérus, mais qui n'en démontrent pas moins que la fécondation s'est opérée dans l'ovaire. On a trouvé plusieurs fois des enfants dans l'abdomen: on ne peut douter que les œufs qui les contenaient ne soient tombés de l'ovaire dans l'abdomen par un accident qui a dérangé la trompe au moment où ces œufs se détachaient de l'ovaire". Et il continue ainsi, au fil des chapitres, jusqu'à la fin de sa première partie (p 147), à accumuler les "preuves", irréfutables à ses yeux, de sa vision de l'ovisme: l'œuf est constitué dans l'ovaire où il se trouve encapsulé, en quelque sorte, dans une membrane souple, et c'est le liquide séminal masculin qui viendra déclencher l'ouverture du couvercle de ce réceptacle, l'éjection de l'œuf depuis l'ovaire, qui sera ensuite recueilli par la trompe, et le début de la maturation du contenu de l'œuf vers le fœtus humain.

Dans la deuxième partie de son ouvrage, notre auteur se consacre, tout au long de 190 pages, à l'étude du placenta, de la circulation foetale, des ovaires et des trompes. Résumons ces longs chapitres pour aborder plus loin le sujet-titre du livre, la sélection volontaire des sexes. Le placenta, s'il est bien décrit par les anatomistes, les connaissances de l'époque sont plus ténues et discrètes quant à son origi-

ne et à sa formation. Aussi, après avoir rappelé les connaissances anatomiques de son temps (et, notamment, la non communication vasculaire des faces utérine et foetale du placenta), l'auteur explique son ingénieuse théorie, basée essentiellement sur le fluide séminal masculin et ses innombrables molécules organiques mobiles, à grosse tête et longue queue (autrement dit, les spermatozoïdes): "Rien ne nous empêche de croire que la tête de chaque molécule ne reçoive l'extrémité d'une des radicules de la veine ombilicale et que la queue de cette molécule ne se plonge dans la tête d'une autre molécule, et ainsi de suite tant qu'il y en a; que ces molécules ne se lient ensemble par un tissu cellulaire, formé par la partie muqueuse de la liqueur séminale; et qu'enfin les filaments des dernières molécules ne se plongent dans la substance de l'utérus à travers les spores innombrables de sa membrane interne, pour y puiser la liqueur lymphatique qu'elles se transmettent d'abord de proche en proche, et ensuite aux radicules de la veine ombilicale. Je ne crains pas maintenant d'avancer que le placenta prend son origine dans cette liqueur, dont les molécules organiques forment la base". Pour faire simple, les spermatozoïdes, en files indiennes et à la queue leu leu, constituent le placenta et connectent l'utérus à l'embryon...

En ce qui concerne la circulation foetale, notre auteur combat les affirmations de Baudelocque selon lequel il existe une circulation sanguine par communication des sinus utérins avec les cellules du placenta. Pour lui, au contraire: "les filaments des molécules organiques transmettent aux radicules de la veine ombilicale, une matière lymphatico-laitieuse puisée dans les sinus utérins, et qui, transmise à l'embryon, est convertie en sang par l'action de son cœur". Il développe ses idées, en citant de nombreux auteurs, sur une cinquantaine de pages.

En ce qui concerne la fonction ovarienne, il rappelle que: "Les ovaires sont composés d'un tissu feuilleté, rempli, chez les filles nubiles, mais non encore fécondées, de vésicules plus grosses et plus saillantes les unes que les autres, appelées œufs à cause de la liqueur qu'ils contiennent. Les vaisseaux ainsi que les nerfs qui se distribuent à chaque œuf sont si faibles et si petits qu'il faut une loupe pour bien les voir; cependant ces vaisseaux et nerfs ont la vertu, la propriété de porter et de déposer dans chaque œuf, les atomes qui doivent former la créature, avec les organes spécifiques de chaque sexe". En ce qui concerne, justement, la détermination du sexe, l'auteur, après avoir exposé, page 300, les principales théories et explications débattues à l'époque, nous explique son opinion personnelle: "les sexes ne sont pas chez l'homme, les sexes sont chez la femme. Un des ovaires doit fabriquer les atomes nécessaires au sexe féminin. Le Créateur a donné en même temps à l'autre ovaire, la faculté de mouler les atomes de l'autre sexe" Affirmation qu'il appuie sur de nombreux exemples pris dans les végétaux "si une même plante produit les graines mâles et femelles de son espèce, qu'y a-t-il d'extraordinaire dans la production des deux sexes, par la femme, puisqu'elle a deux ovaires séparés? L'observation m'a prouvé que l'ovaire droit fournit constamment l'embryon de sexe masculin, tandis que l'ovaire gauche fournit constamment le sexe féminin. Supprimez une trompe seulement, vous supprimez un sexe et la femelle reste féconde de l'autre sexe".

Voilà, nous connaissons maintenant le secret de la sélection naturelle des sexes! Sautons les nombreuses pages suivantes, consacrées à l'Hermaphrodisme (ornées d'ailleurs de plusieurs belles gravures) et allons tout de suite découvrir les conseils pratiques de notre auteur pour obtenir sûrement le sexe souhaité.

Ce chapitre fondamental, qui justifie le titre de l'ouvrage, commence à la page 341 du livre, et en constitue la troisième et dernière partie. Notre auteur débute, cependant, par critiquer son prédécesseur en la matière, Procope Couteau, qui, lui, affirmait que c'était la liqueur testiculaire qui donnait l'un ou l'autre sexe suivant le testicule considéré, et aboutissait donc à conseiller l'ablation du testicule donnant le sexe non souhaité! Mais, heureusement, notre auteur nous affirme: "Je ne suis pas de son avis; ne faites divorce avec aucun de vos testicules, gardez les deux". Ouf!!

Et, enfin, la recette miracle, aussi simple que non dangereuse: "C'est un mouvement de plus ou de moins de la femme, qui, au moment de la fécondation, détermine le sexe. Si elle s'incline un peu sur le côté droit, à coup sûr il en résultera un garçon; si, au contraire, elle s'incline un peu sur son côté gauche, elle donnera la vie à une fille, si évidemment, la trompe et l'ovaire du côté concerné sont sains et fonctionnels. Si la femme garde un parfait aplomb, ce qui est bien difficile dans un lit ordinaire, les deux ovaires peuvent être fécondés simultanément".

Et notre auteur de citer en renfort un autre livre célèbre "le Tableau de l'Amour Conjugal" par Nicolas Venette, médecin du Collège Royal de La Rochelle. Paru en 1686, et considéré comme le premier ouvrage de sexologie, il eut un succès considérable et connut plusieurs traductions, et pas moins de 33 éditions jusqu'en 1900!!

On y lit: "la semence de l'homme étant reçu dans la matrice de la femme couchée sur le côté droit, ne peut tomber par son propre poids, que dans la corne droite, où les garçons sont le plus souvent formés". Notre auteur termine enfin, pour convaincre les hésitants, par une longue liste de ci-devant, pourvus d'un grand nombre de filles, et qui, grâce à lui, ont pu assurer la pérennité de leur

branche nobiliaire par les garçons enfin obtenus. Donc, ne désespérez pas si vous avez déjà treize filles, en suivant les conseils donnés, votre quatorzième enfant sera le garçon tant attendu! Nicolas Venette a eu douze enfants, harmonieusement répartis entre les deux sexes.

Mais restons sur le même sujet de la sélection des sexes et voyons rapidement l'œuvre d'un continuateur ultérieur. A. Cleisz, médecin à La Charité et élève de Budin, publia en 1889 une première mouture, qu'il étoffa ensuite en 1895, de son ouvrage: *"Lois de la création des sexes. Des moyens de s'assurer une progéniture mâle"*.

Il expose son plan dès son introduction: *"S'il est aisé d'interrompre par une naissance masculine une série de naissances féminines, l'inverse n'est nullement démontré et il est en effet fort difficile, et souvent presque impossible, d'obtenir la naissance d'une fille quand il y a déjà une série de garçons. On peut agir sur le produit de la génération d'une manière indirecte, en traitant les parents avant l'acte même de la génération, et, d'une manière directe quand l'œuf est déjà fécondé. Il faut savoir que le sexe est d'une apparition postérieure de 27 jours à l'acte générateur, et que, dans ce laps de temps, il est encore susceptible d'être influencé"*.

Après avoir longuement expliqué les différents modes de reproduction, asexuée et sexuée, en prenant exemple chez une foultitude de végétaux et d'animaux de la planète, il aborde dans un nouveau chapitre le travail de ses prédécesseurs. Et l'on retrouve, assez bien étudiées, les publications de Procope-Couteau et de Millot, au milieu des énumérations des travaux des très nombreux auteurs qui se sont penchés sur la génération au cours des siècles. Indiscutablement ce livre ne s'adresse pas au grand public, mais plutôt à des spécialistes en biologie, tant les références scientifiques à la biologie végétale et/ou animales y sont nombreuses.

Pour lui, la méthode pour sélectionner le sexe souhaité n'est pas univoque mais repose sur un ensemble de facteurs qui, s'ils agissent tous dans le même sens, facilitent l'obtention d'un sexe au détriment d'un autre. Selon ses conclusions, la primiparité facilite les garçons, et plus encore chez les "vieilles" primipares (à partir de 32 ans...); l'âge de la mère, "les mères très jeunes ou très âgées (au-delà de 40 ans) ont un grand excédent de garçons"; l'âge du père entre également en compte: *"lorsque le mâle est plus âgé, la progéniture masculine est prépondérante, quand les procréateurs ont le même âge et, à plus forte raison,*

quand le mâle est plus jeune, c'est le sexe féminin qui prédomine" Et il insiste: *"Le fait à retenir est celui-ci: le sexe qui prédominera chez l'embryon sera celui du générateur doué de la plus grande vigueur relativement à l'autre générateur."* Notre auteur résume ainsi son opinion: *"Il n'y a pas une loi unique du sexe, mais plusieurs lois, plusieurs influences qui s'exercent pour déterminer le sexe. Il y a des influences qui s'ajoutent, il en est d'autres qui se contrarient ou qui s'annulent"* En fait, il s'agit plus du travail d'un biologiste, bon observateur des plantes et des animaux, qu'un livre de "recettes" destiné aux couples humains. On comprend donc facilement que cet ouvrage n'ait pu détrôner, pour le grand public, celui de Millot.

Mais ce qui est surtout intéressant dans ce livre, c'est de constater que, à la fin du XIX^{ème} siècle, les chercheurs les plus sérieux continuent à observer, à expérimenter et à raisonner sur les exemples végétaux et/ou animaux, comme vingt siècles auparavant, et n'arrivaient pas à réfléchir sur les spécificités de l'être humain. Il faudra encore presque un siècle pour que les particularismes de l'être humain, dans le domaine de la sexualité et de la procréation, soient enfin pris en compte en tant que tels, et nous libèrent de l'œuf de poule.

Propos de lecture



Editions Eyrolles
192 pages

Maman Blues

Fabienne SARDAS

18 €

"Du bonheur et de la difficulté de devenir mère" expose au lecteur une analyse factuelle à partir de 5 cas, de ce moment unique où chaque femme qui devient mère se trouve confrontée à un bouleversement profond de ses certitudes. Chaque obstétricien est amené à soutenir les mères dans ces moments d'instabilité, il trouvera dans cet ouvrage quelques réponses à ces situations difficiles.

www.maman-blues.fr

Bertrand de ROCHAMBEAU

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/BOIS

Docteur BONNET
Hôpital de Fontainebleau
FONTAINEBLEAU

Docteur CACAULT
71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

Docteur CAMAGNA
1 rue Velpeau- ANTONY

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 GERAUDIE
26 bd Dubouchage - NICE

Docteur GRISEY
Hôpital privé de Parly 2
LE CHESNAY

Docteur GUIGUES
2 bis av. du CANADA - CAEN

Professeur HOROVITZ
Hôpital Pellegrin Maternité
BORDEAUX

Docteur JELEN
Polyclinique de la Résidence
BASTIA

Docteur LAZARD
6 rue Rocca- MARSEILLE

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

■ PARIS

Gynécologue obstétricien, s2, cède très belle clientèle tenue depuis 40 ans. Cessation d'activité octobre 2016. Conditions très intéressantes à débattre.

T. 06 07 73 81 09

■ BRY SUR MARNE

Cause retraite, gynécologue accoucheur cède clientèle cabinet et activité hôpital privé en décembre 2016.

T. 06 60 48 45 84

■ SIX FOURS LES PLAGES

Cause retraite. Cession cabinet gynécologie au prix du marché de l'immobilier : murs (70m) et garage. Plein centre d'une ville du littoral varois. Clientèle cédée gratuitement. Le cabinet est équipé.

T. 06 21 56 57 56

■ NICE

Urgent suite à départ à la retraite au 01/07/2016, cède patientèle cabinet de gynécologie médicale avec matériel et mobilier. Possibilité location ou vente des murs.

T. 06 03 92 38 41

■ MANOSQUE

Recherchons pour succession gynécologue-obstétricien ou gynécologue médical. Cabinet agréable en Haute Provence, grosse activité en secteur 2, maternité de niveau 1 (750 accs par an). Activité chirurgicale privée et/ou hospitalière possible. Installation d'autres spécialités possible. Cession de parts de SCI ou location. Cession gratuite de patientèle.

T. 06 82 04 60 91

■ SAINT BENOIT LA REUNION

Vends patientèle de cabinet de Gynécologie obstétrique et chirurgicale en Zone franche urbaine (fiscalité très avantageuse). CA annuel de 320 000 euros. Pas de garde d'obstétrique mais possibilité en clinique privée. Chirurgie en clinique privée et/ou au centre hospitalier (GHER). Urgent pour cause de déménagement.

T. 06 92 24 87 45

■ EPINAL

Recherche pour succession, un gynécologue obstétricien dans les Vosges. Actuellement, équipe de 6 gynécologues travaillant en SELARL. Maternité de niveau I, environs 1300 acc/an. Partage d'honoraires d'hospitalisation, astreintes. Plateau technique très bien doté. La clinique a l'agrément pour la pma - FIV. Avoir fait le DESC de PMA est un plus mais non obligatoire. Le poste est libre au 1^{er} juillet 2017. Possibilité de remplacer afin de connaître la structure.

T. 06 37 70 84 75

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

■ LE MANS

Recherche pour association en gynécologie chirurgicale et médicale (sans obstétrique) ACCA expérimenté en cancérologie et cœliochirurgie 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

Prétraite, 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

■ 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

■ VITRÉ

URGENT

Suite à fracture du poignet recherche remplaçant(e) en gynécologie médicale + pratique échographique du 26 septembre au 16 octobre 2016. Cabinet très très bien équipé. Possibilité de loger et de prendre les repas sur place gratuitement. Aide possible en informatique.

T. 06 35 22 19 33



Le Centre Hospitalier Sud Essonne Dourdan-Etampes

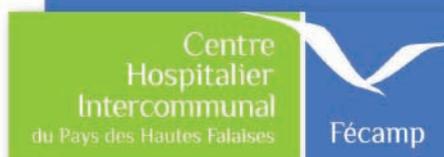
RECRUTE



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



Le Centre Hospitalier Intercommunal du Pays des Hautes Falaises situé à Fécamp en Seine Maritime, station balnéaire, à 40 minutes du Havre, 1 heure de Rouen et 2 heures de Paris, recherche pour compléter son équipe médicale :

Au sein du pôle Mère Enfant : UN GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN TEMPS PLEIN

Qualifié avec compétences échographiques, chirurgicales et IVG
Maternité de niveau 1 600 accouchements par an, 11 700 consultations, activité de chirurgie gynécologique

Pour tout renseignement, contactez :

Monsieur VIAUD - Directeur Général au 02 35 10 90 85 ou par mail : direction@ch-fecamp.fr
Docteur TALEB - Chef de Pôle au 02 35 10 90 72 ou par mail : fethi.taleb@ch-fecamp.fr



La Clinique de Vitrolles recherche **1 gynécologue-obstétricien** pour une installation en libéral (association possible).



Située dans les Bouches-du Rhône idéalement placée entre Marseille et Aix-en-Provence à proximité de la mer.

48 lits de maternité dont 16 chambres seules d'une qualité hôtelière supérieure.
6 salles d'accouchement dont 2 « nature » avec possibilité d'accoucher dans l'eau.
39 lits de chirurgie.
18 places d'ambulatoire.
8 salles d'interventions chirurgicales.

Contact :
Laurent DEMONTIS - Directeur
06 70 45 27 28
Mail :
l.demontis@clinique-vitrolles.com



LE CENTRE HOSPITALIER COMMINGES PYRENEES RECHERCHE un médecin gynécologue obstétricien

Poste partagé entre
le CH-CP Saint-Gaudens
et le CHU de toulouse

Poste de gynécologue-obstétricien pour la maternité à Saint-Gaudens (maternité de niveau 1 550 accouchements par an).

La compétence chirurgicale représenterait une valeur ajoutée (fort potentiel de développement de l'activité chirurgicale).

Poste proposé à temps partagé à hauteur de 20% avec la maternité Paule de Viguier du CHU de Toulouse.

Pour tout contact :
Directeur des ressources humaines : M. THIEULE - jean-claude.thieule@ch-saintgaudens.fr

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

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 integrated into the back of her head. The text "ACTIONS SANTÉ FEMMES" is written in blue capital letters to the right of the silhouette. Below the logo, the address and contact information are provided in white text on a green background.