

LES
CAHIERS

SYNGOOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



109

Juin
2017

- Gynerisq a 10 ans
- Modification de la CCAM
- Souffrance au travail à l'hôpital



Chirurgie Solidaire
71 rue de la petite Bapaume
Bat. 1 Appt 1109
95120 ERMONT
Chirurgie-solidaire.com



2 Éditoriaux

F. X. BOYER de LATOUR
B. de ROCHAMBEAU

INFORMATIONS SYNDICALES

4 CA du 9 juin 2017

B. de ROCHAMBEAU

10 Gynerisq a 10 ans

J. MARTY

12 Convention médicale, ce qui change pour le gynécologue

E. PAGANELLI

13 Modification CCAM au 15 juin 2017

J. RIVOALLAN

15 Polémique Mirena

E. PAGANELLI

16 Prévention du burn-out des médecins libéraux

P. BARDON

18 Souffrance au travail à l'hôpital

P. LE PORS-LEMOINE

DROIT ET GYNÉCOLOGIE

19 Décisions judiciaires

G. LACOEUILHE, H. CHEREAU

21 Articles de jurisprudences

O. LECA

ETHIQUE

23 Concilier soins et religions

- Jeûne religieux et alimentation en milieu hospitalier
- Médicaments (conditionnement)
- Port de vêtements religieux ou traditionnels pendant les soins
- Refus de soignant pour motif religieux (patient majeur)
- Refus de soignant pour motif religieux par les parents (patient majeur)
- Refus de transfusion ou de produits d'origine sanguine
- Vaccinations et recommandations de santé avant pèlerinages ou voyages à l'étranger
- Pratique religieuse ou sectaire
- Traçabilité des refus de soins (pour tout motif)
- Liste des participants au groupe de travail et des relecteurs

J. THÉVENOT

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

32 La séméiologie du phénotype de trisomie 21 dans la peinture de la Renaissance

P. TOURAME, A. STAHL

VOS RUBRIQUES

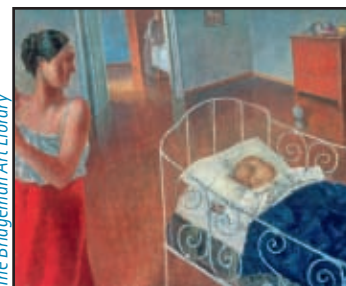
38 Conseil d'administration

39 Petites annonces

41 Les annonces de recrutement

109

JUIN



The Bridgeman Art Library

Sleeping Child, 1924 (oil on canvas), Petrov-Vodkin, Kuzma Sergeevich (1878-1939). Turkmenian Fine Art Museum, Ashkhabad, Turkmenistan

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 - reseauaprosante.fr
contact@reseauaprosante.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 : 2^{ème} trimestre 2017

Imprimé en France

SOULIE Imprimeur - 34110 FRONTIGNAN

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



FRANÇOIS - XAVIER BOYER DE LATOUR
DIRECTEUR DE PUBLICATION

OPTAM-OPTAM CO pour les nuls

Vous venez ou vous allez recevoir la visite des DAM : *délégués de l'assurance maladie*, pour vous demander si vous souhaitez ou non adhérer à ces nouveaux espaces tarifaires que sont l'OPTAM et l'OPTAM CO. Essayons d'en expliquer schématiquement les conséquences.

L'OPTAM vous est ouvert dès que vous êtes spécialiste, ancien chef de clinique ou assistant des hôpitaux, et l'OPTAM CO dès que vous êtes spécialiste, ancien chef de clinique ou assistant des hôpitaux, et que vous pratiquez plus de 50 actes de chirurgie ou d'accouchement par an.

Pour ceux d'entre vous qui sont en secteur 1 ou pour ceux qui avaient signé le contrat d'accès aux soins (CAS) aucun doute vous avez intérêt à choisir celle de ces 2 options qui vous convient le mieux.

La question se pose pour ceux d'entre vous qui sont en secteur 2 et qui n'ont pas signé le CAS.

Inconvénients :

- Vous vous engagez à modérer l'augmentation de vos dépassements d'honoraires au maximum de la moitié de la valeur des revalorisations observées chaque année et à ce que la moyenne annuelle des dépassements ne dépasse pas 100% du tarif opposable revalorisé. En cas de non-respect de cet engagement pas de sanction, vous serez exclu de l'option tarifaire, et pour les signataires de l'OPTAM vous ne toucherez pas tout ou partie de la prime prévue (*cf. plus bas*).

Avantages :

- Vous bénéficiez des revalorisations tarifaires des praticiens en secteur 1 (qui ne sont pas négligeables notamment pour les échographies).
- Pour les signataires de l'OPTAM CO, vous pourrez coter la lettre K sur les accouchements et certains actes chirurgicaux. Cette lettre est un coefficient multiplicateur de 20% du tarif de base de remboursement de la sécurité sociale.
- Pour les signataires de l'OPTAM vous pourrez coter une nouvelle lettre T sur les accouchements et certains actes chirurgicaux. Cette lettre est un coefficient multiplicateur de 11,5% du tarif de base de remboursement de la SS. En outre vous recevrez en Juin 2018 une prime correspondant aux cotisations de la sécurité sociale sur tous les actes que vous avez effectués au tarif opposable durant l'année 2017.
- Les dépassements d'honoraires que vous demandez seront probablement mieux pris en charge par les mutuelles, et notamment pour les patientes qui ont signé un contrat dit "responsable".
- **Enfin et surtout vous ne perdez pas votre liberté.** L'OPTAM et l'OPTAM CO sont révocables de votre part à n'importe quel moment par simple lettre recommandée au directeur de votre CPAM, et ce pendant toute la durée de cette convention. Ce point est essentiel pour ceux qui ont connu la fermeture du secteur 2. Il sera impossible de vous forcer à rester dans ces options tarifaires si vous ne le souhaitez plus.

Pour résumer mon opinion personnelle (et je pense qu'elle est partagée par ceux qui ont négocié au nom du BLOC cette nouvelle convention) : **Hormis ceux parmi vous qui pratiquent des dépassements d'honoraires supérieurs à 100% des tarifs opposables, vous avez tous intérêt à signer ces options tarifaires.**



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION

Il est temps de signer l'OPTAM-CO

Les délégués de l'assurance maladie vous démarchent actuellement pour vous présenter les options tarifaires maîtrisées négociées par Le BLOC pour les secteurs 2 et les secteurs 1 éligibles au secteur 2 mais restés enfermés dans le secteur 1.

Vous êtes secteur 2, vous pratiquez depuis longtemps des honoraires libres et entendez bien continuer, vos patientes vous rapportent qu'elles sont de moins en moins remboursées alors que leur complémentaire santé leur coûte plus cher. Vous voulez garder la possibilité d'augmenter vos honoraires si nécessaires. Votre taux moyen de dépassement ne dépasse pas 100% du tarif opposable du secteur 1 (le cas de plus de 80% d'entre vous) : Le BLOC a négocié pour vous l'OPTAM si vous faites surtout des actes de consultation et des actes techniques, et l'OPTAM CO si votre activité chirurgicale ou obstétricale est votre activité prédominante.

Avec l'OPTAM et l'OPTAM CO vous gardez votre liberté d'honoraires, y compris de les augmenter et vos patientes seront mieux remboursées que si vous ne signez pas : les tarifs opposables sont revalorisés significativement, la chirurgie et les accouchements de 20%, car vous allez coder le K qui augmente de 20% la valeur de l'acte CCAM + J que vous codez déjà. L'activité de consultation est aussi revalorisée. Vous êtes libres de quitter l'option à tout moment sur simple lettre avec effet à un mois et vous revenez à la situation antérieure.

Vos 2 engagements en contrepartie sont la maîtrise de votre pratique tarifaire :

- 1- Vous ne baissez pas le taux d'actes pratiqués au tarif opposable que vous faîtes déjà, c'est-à-dire que vous vous engagez à respecter les tarifs opposables réévalués pour les patientes bénéficiant de la CMUc et de l'ACS, vous pouvez ajuster ce taux en codant de façon appropriée les actes multiples.
- 2- Vous n'augmentez pas vos honoraires de plus de la moitié de l'augmentation des tarifs opposables, par exemple le 15 juin 2017, le K passe de 11,5 à 20% pour les actes réalisés aux tarifs opposables : +8.5% et de 0 à 20% pour les autres actes : +20%. Votre capacité à augmenter la part libre de vos honoraires augmente de la moitié de cette valeur.

Pour les signataires de l'OPTAM, les charges sociales liées aux actes réalisés au tarif opposable seront remboursées par la CPAM, annuellement, à la fin du premier semestre de l'année suivante. Le non-respect des engagements aboutira, dans une marge de 5%, à une diminution de ce reversement et non à l'exclusion de l'option et au non-paiement de la prime.

Alors, sauf si vous avez prévu d'augmenter drastiquement vos honoraires dans les années 2017, 2018 et 2019, **mon conseil est de signer l'option. Signez l'OPTAM ou l'OPTAM CO.**

Conseil d'Administration

9 juin 2017

B. de ROCHAMBEAU*

Cette nouvelle convention change beaucoup nos règles de cotation, nous allons organiser un e-learning c'est-à-dire un enseignement par internet sur la cotation des actes.

é

étaient présents les Docteurs :
BONNEAU, BOYER DE LATOUR,

CAMAGNA, DE BIEVRE, DE ROCHAMBEAU, DREYFUS, GRISEY, HOMASSON, HOROVITZ, LAPLACE, LAZARD, LE PORS, MARTY, MIRONNEAU, PAGANELLI, PEIGNÉ, RIVOALLAN, THIEBAUGEORGES, VERHAEGHE.

Emeline BARBÉ

Étaient excusés les Docteurs :

BASTIAN, CACAULT, DARMON, DEFARGES, FAIDHERBE, GERAUDIE, GUERIN, JELEN, ROBION.

Le Président, le Dr de ROCHAMBEAU ouvre la séance et procède aux votes concernant le procès-verbal de la séance précédente.

Le compte rendu de la séance paru dans les Cahiers Syngof est accepté à l'unanimité.

Les règles de la formation conventionnelle indemnisée **B de ROCHAMBEAU**

Mise en place d'un e learning sur la cotation des actes (formation indemnisée).

Le Dr de ROCHAMBEAU précise que ce premier point est une avancée liée au fait que maintenant nous sommes un syndicat conventionnel et nous

bénéficiions à ce titre de fonds pour faire vivre la convention.

Ces fonds sont réglés par l'assurance maladie et sont répartis entre les syndicats signataires. Il y a 5 syndicats représentatifs et seuls 3 ont signé. L'enveloppe est donc partagée en 3. Cela met Le Bloc à la tête d'une somme confortable. Si cet argent n'est pas dépensé la caisse le garde. Nous ne pouvons pas capitaliser sur ces fonds mais faire des actions conventionnelles.

De ce fait et comme cette nouvelle convention change beaucoup nos règles de cotation, nous pouvons organiser un e-learning c'est-à-dire un enseignement par internet sur la cotation des actes. Cela rentre parfaitement dans le cadre de la vie conventionnelle.

Ces formations seront financées pour leur conception mais aussi pour les participants. De la même façon que lorsque vous participez à votre accréditation. Ces formations pourraient aussi rentrer dans un programme d'accréditation. Il faut en discuter avec Gynerisq mais si cet e-learning favorise la gestion des risques on pourrait l'inclure.

Dans l'immédiat c'est une action purement syndicale qui permettra à tout syndiqué de bénéficier de cet e-

learning. Ceux qui voudront en bénéficier devront adhérer au Syngof.

J'aurais besoin de 2 ou 3 concepteurs. Le premier sera J. RIVOALLAN, qui m'a donné son accord, qui s'est déjà beaucoup investi dans les cotations et les règles concernant l'échographie. J'y participerai pour la chirurgie mais j'ai besoin d'un administrateur pour s'occuper des cotations en obstétrique.

Le Dr PEIGNÉ se propose pour l'obstétrique et le Dr DREYFUS pour la PMA.

Dans nos enseignements il y a aura 3 points à expliquer :

- Que dit la nomenclature ?
- Que disent les avenants ?
- Comment cela s'applique dans la pratique ?

L'e-learning apportera toutes les nuances des cotations. Cela permettra aussi de sensibiliser chacun à toutes ces nouvelles options que nous avons négociées et qui restent encore floues pour nos adhérents.

Discussion

A la question d'un administrateur : est-ce que ces options ne vont pas aboutir à la fin du secteur 2 ? Le Dr de ROCHAMBEAU précise que celui-ci pourra continuer si on sait le réfor-

*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.

mer c'est-à-dire le rendre compatible avec notre société. Nous devons donner des pistes de négociation. Ce qui a été fait lors de cette convention. A nous de présenter les sujets afin de garder une évolution significative. Il faut impérativement garder cette part de liberté et les options que l'on vous propose de signer en gardant votre secteur 2 c'est pour le négocier au mieux.

Dans les négociations que nous avons menées il fallait répondre à l'oukase de la ministre : le secteur 2 menace l'égalité d'accès aux soins. Il est reconnu 2 inégalités ; une territoriale et l'autre financière. C'est la lutte contre les déserts médicaux et comment financer les soins délivrés sur le territoire. Le développement des options que nous avons négocié répond par la modération des dépassements à l'aspect financier et est censé permettre leur meilleur remboursement par les contrats responsables.

Il faut qu'il n'y ait pas d'obstacles pour trouver un médecin et que la qualité des soins soit irréprochable et pour nous cette qualité se finance par les dépassements d'honoraires.

**L'OPTAM et
OPTAM CO
en pratique**
Présentation de la formation
(indemnisée par
l'assurance maladie)
B. de ROCHAMBEAU

Là aussi, par les fonds conventionnels, le BLOC a prévu de faire des réunions de formations régionales et une au plan national.

Le Dr de ROCHAMBEAU demande aux délégués régionaux d'organiser,

avant fin septembre, des réunions dans leurs régions respectives si ceux-ci pensent qu'il est intéressant de présenter les 2 nouvelles Options adaptées aux disparités régionales. Certaines régions ont des dépassements importants et d'autres très peu. Certains médecins n'ont pas intérêt à prendre ces options et il faut leur expliquer pourquoi.

Le contrat que la caisse vous propose fait suite à l'étude de vos pratiques entre 2013 et 2015.

Nous viendrons expliquer à nos confrères leur intérêt de signer ou de ne pas signer ces options.

Si l'on vous engage aujourd'hui à signer il faudra aussi nous écouter si un jour on vous dit : attention maintenant il faut sortir du contrat car il n'est plus intéressant.

A l'heure actuelle signer l'OPTAM permet des augmentations tarifaires importantes sur le K (de 11,5 à 20%) Nous avons convenu avec l'Assurance maladie que jusqu'à fin septembre tous les signataires de l'OPTAM pourront bénéficier des revalorisations survenues depuis le 1^{er} janvier dernier date d'application de la Convention.

Si vous avez une grosse activité d'accouchement et de chirurgie vous avez tout intérêt à prendre l'OPTAM CO. Si vous faites que des consultations, de l'échographie ou de la PMA vous prenez l'OPTAM. Vous aurez un paiement supplémentaire sur tous les actes que vous réaliserez au tarif opposable.

Un des administrateurs dit que les caisses ne sont pas capables d'intégrer l'activité des ESPIC dans leurs calculs 2013-2014 et 2015 donc le calcul se fera uniquement sur l'activité libérale.

Le Dr de ROCHAMBEAU dit que c'est au praticien de demander à la direction de l'ESPIC de fournir ses chiffres d'activité à tarif opposable s'il veut qu'ils soient pris en compte.

Le Dr de ROCHAMBEAU dit qu'en cas de nouvelle installation au sein d'un groupe de praticiens, il peut opter pour la pratique tarifaire du groupe et ainsi appliquer les mêmes tarifs qu'eux. Chacun doit ensuite respecter son propre engagement.

Le Dr LAPLACE soulève le problème de ceux qui dans une équipe vont vouloir signer l'OPTAM et ceux qui vont refuser.

Comment cela se passe pour les devis signés avec les patientes avec OPTAM et ensuite si l'accouchement est fait par un praticien qui n'a pas signé ?

Le Dr de ROCHAMBEAU répond que chacun est responsable de son engagement et qu'il faut le tenir sur l'année donc si sur une fois il n'est pas tenu ce n'est pas très important, il suffit de rééquilibrer ensuite.

Le Dr LAPLACE répond que son problème est surtout l'engagement pris par rapport à la patiente qui ne sera pas remboursée correctement. Si le médecin signe l'OPTAM CO les mutuelles augmentent leur remboursement de 20% (minimum) ce qui est important.

Aujourd'hui les assureurs peuvent dépasser le plafond si les patients signent une sur-complémentaire.

Le Dr de ROCHAMBEAU pense qu'il serait bien qu'il vienne expliquer à ses confrères les avantages de cette signature. Il précise que les réunions régionales seront aussi indemnisées pour les participants sur les fonds conventionnels.

Les chirurgiens et les anesthésistes seront aussi conviés à nos réunions.

Il faut donc retenir que vous pourrez bénéficier de cette augmentation tarifaire qui a eu lieu à la mi-juin, même si vous ne vous engagez que fin septembre.

Le calendrier de la nouvelle nomenclature **B. de ROCHAMBEAU**

La FMF a fait un bon document sur la nouvelle convention et le BLOC va faire un document similaire. Il faut donc retenir que vous pourrez bénéficier de cette augmentation tarifaire qui a eu lieu à la mi-juin, même si vous ne vous engagez que fin septembre. Pas de précipitation, on vient faire de l'information dans les régions pour vous aider à prendre une décision.

Arrivée des sages-femmes libérales dans les salles de naissance

Les points clés pour ne pas être pris au piège de la responsabilité
B. de ROCHAMBEAU

Des sages-femmes libérales sont recrutées par les directeurs d'établissement et appelées en salle d'accouchement. Le Dr de ROCHAMBEAU insiste pour que les médecins prennent les devants afin de ne pas se laisser imposer celles-ci par leur direction dont ils devront rattraper la pathologie. Il ne faut pas l'admettre. Il faut que chacun étudie son propre contrat pour savoir s'il le rend responsable des accouchements des sages-femmes dont il va assurer la sécurité.

Les médecins répondent que les jeunes ne sont plus sous contrat dans certains établissements. Le Dr de ROCHAMBEAU leur demande de faire des courriers et des protocoles pour cadrer le travail de chacun afin que les responsabilités soient bien établies.

Relations avec le CNGOF

Journées de Lille
B. de ROCHAMBEAU
E. PAGANELLI

Le Dr de ROCHAMBEAU informe le conseil que le SYNGOF, grâce à Elisabeth PAGANELLI, bénéficiera d'un stand et d'une demi-journée sur la vie syndicale libérale et hospitalière lors des prochaines journées du CNGOF qui auront lieu à Lille en décembre 2017.

Le vendredi 8 décembre après-midi un Conseil d'administration du syndicat sera organisé sur place.

Le Dr de ROCHAMBEAU demande aux membres présents s'ils sont d'accord sur le principe et s'ils sont prêts à s'impliquer dans l'organisation.

Proposition d'un programme par E. PAGANELLI :

Titre de la session : Gynécologie et Obstétrique libérale : les particularités de l'exercice conventionnel

Présentation et introduction : Modérateur A. GRISEY 10 mn

Intérêts et inconvénients de l'exercice en secteur 1 : E. PAGANELLI 30 mn

Le secteur 2 et les options tarifaires: B. de ROCHAMBEAU 30 mn

La Responsabilité Civile Professionnelle : J. MARTY 30 mn

L'exercice en Etablissement privé : l'importance du contrat d'exercice : E. PEIGNÉ 30 mn

L'exercice en groupe et la gestion des risques : F. X. BOYER de LATOUR 30 mn

C'est la première fois que le SYNGOF va s'afficher aux Journées du Collège.

Le Dr de ROCHAMBEAU demande qui va s'occuper de notre affichage sur le stand afin que l'on soit bien visible (panneaux, kakémono, affiches...).

Le Dr de ROCHAMBEAU propose de faire aussi un dépliant qui explique le SYNGOF et Avenir Hospitalier que l'on puisse distribuer sur place. Il permettrait de recueillir des adhésions.

Le Dr VERHAEGHE se propose pour donner des renseignements sur le stand. Le Dr BOYER accepte aussi de participer.

Le Dr LAPLACE se propose pour les panneaux d'affichage et affiches.

Les nouveaux statuts du CNPGO

Propositions du SYNGOF
B. de ROCHAMBEAU

Les discussions sur les CNPGO n'ont pas avancé. La nouvelle ministre est au courant. C'est dans l'immédiat une coquille vide, elle n'existe pas réellement et n'a aucun pouvoir ni financement.

Il a été convenu avec I. NISAND et les gynécologues médicaux qu'il y aurait 3 pôles et que le poids de chacun allait être revu.

Pour le SYNGOF nous avons demandé un nombre équivalent de représentants aux autres participants.

Les litiges avec l'UNCAM

Le pH au cordon (Reims)
La cotation FCV (Manche)
B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU évoque les litiges qu'il a eus à régler avec l'UNCAM.

1- Un problème de cotation de FCV dans la Manche lié à des logiciels défaillants. Des indus avaient été demandés par la Caisse sur les 3 dernières années.

Avec un bon dossier à présenter nous avons pu les aider. La CNAM a traité le dossier et c'est en bonne voie de règlement. Les confrères ne devraient plus être inquiétés.

Il précise que quand vous siégez aux CPL les dossiers peuvent se résoudre en local mais si besoin est vous pou-

vez les confier au SYNGOF qui gère avec la Caisse Nationale.

2 - Le deuxième problème est pour le PH au cordon à Reims où la caisse a réclamé des indus pour une facturation systématique. Le Dr de ROCHAMBEAU est aussi intervenu et le problème va être résolu.

A priori, d'après le Dr DREYFUS le PH au cordon semble être obligatoire à présent. Le Dr de ROCHAMBEAU demande le texte officiel.

Secret médical et données de santé

A. GRISEY
P. LE PORS

Le sujet a été proposé au Dr GRISEY par le Dr MARTY; en effet, celui-ci souhaitait que le SYNGOF ait accès aux données de santé car ce sont des chiffres économiques qui permettent d'apprécier la qualité des soins et les risques dans le parcours de soins. C'est important pour la profession. Or nous avons des difficultés d'accès à ces données à cause de dispositions prises dans la Loi de santé. C'est un combat syndical or le Dr GRISEY avait manifesté une inquiétude sur ce point ayant peur que le secret médical soit remis en cause.

Le Dr MARTY souhaite que le Syngof ne se coupe pas de ces informations essentielles pour la profession et dont l'administration dispose.

Le Dr GRISEY prend la parole et informe le Conseil qu'il s'agissait de discuter de la création récente de l'Institut national des données de santé qui regroupera les informations :

- du Système national d'information inter-régimes d'assurance maladie (SNIIRAM), incluant le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI),
- celles du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDC),
- des données médico-sociales de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA),

- un échantillon des données de remboursement des complémentaires.

Ce croisement a été demandé par diverses associations pour signaler des problèmes sanitaires semblables à celui du MEDIATOR. Il a été autorisé par la loi de modernisation du système de santé en 2016. Un rapport de la Cour des comptes de 2016 a signalé plusieurs points de faiblesse de sécurité informatique, concernant en particulier le risque d'intrusion dans les données du SNIIRAM. Peut-être le renouvellement de l'organisation globale de ces données permettra-t-il de mettre le niveau de sécurité à jour.

Les données seront pseudo-anonymisées, ce qui signifie que les données pourront être réaffectées aux patients à l'aide de clés de cryptage, ce qui engage fortement la responsabilité de l'INDS vis-à-vis du secret médical de presque toute la population française. Ensuite, si l'on porte son intérêt sur le risque encouru par les systèmes d'information de nos établissements de santé, on constatera la fréquence des cyber-attaques cherchant à copier, corrompre ou à détruire les données médicales. Par exemple, le Centre hospitalier du Mans a subi 5 attaques durant la seule année 2016, concernant au total 3000 postes informatiques. Cette année, un logiciel de rançon WanaCrypt a gravement perturbé les activités de soins des établissements publics du NHS : par chance, la France n'a été que peu concernée car les systèmes d'information des hôpitaux sont quasiment indépendants les uns des autres. La mise en commun des dossiers médicaux à l'intérieur des Groupes Hospitaliers de Territoire augmenterait le pouvoir de nuisance des attaques informatiques. Un autre sujet est le respect du droit des personnes sur le stockage et le traitement d'informations d'ordre personnel, y compris des données de santé. L'accord des malades est nécessaire avec possibilité de demande de mise à disposition, de rectification ou de suppression des données

fausses ou obsolètes. Une question posée est celle du droit à l'oubli (après liquidation des frais facturés par l'établissement). Sur ce dernier point mais à un autre niveau, le Dossier médical partagé semble prendre bonne tournure puisque le patient est libre de masquer certaines données le concernant.

Des informations complémentaires sur la sécurité des données de santé sont disponibles sur les sites web du Conseil national de l'ordre des médecins et de l'Agence nationale de sécurité des systèmes d'information : <https://www.conseil-national.medecin.fr/article/dematerialisation-des-documents-medicaux-creer-la-confiance-pour-favoriser-l-informatisation-998> http://www.ssi.gouv.fr/uploads/2017/01/guide_hygiene_informatique_anssi.pdf

Un administrateur demande si les médecins peuvent écrire à leurs confrères avec des adresses mails non sécurisées. Il est répondu que la correspondance électronique entre praticiens nécessite un cryptage effectif entre l'expéditeur et le destinataire à l'aide d'une messagerie spécialisée (MS Santé, APICRYPT, etc.)

Le Dr LE PORS souligne l'importance du sujet justifiant l'engagement de l'intersyndicale du SYNGOF-PH, Avenir Hospitalier depuis plus de 4 ans aux côtés du Dr TANQUEREL médecin DIM, authentique lanceur d'alerte sur la violation du secret médical lors du recodage des dossiers par des sociétés privées extérieures intervenant dans les hôpitaux (le CA du Syngof a régulièrement été informé de cette action, et en particulier de l'avis CNIL confirmant ce dysfonctionnement).

2 plaintes sont en cours d'instruction : plainte contre X déposée par Avenir Hospitalier et la Confédération des Praticiens Hospitaliers pour atteinte au secret médical, et plainte du Dr TANQUEREL pour harcèlement. Nul doute que ces jugements - très attendus par tous les médecins DIM

de France - feront jurisprudence : le respect du secret médical est un préalable indispensable à l'exploitation très souhaitable scientifiquement des données médicales.

Soucis de recrutement de forces vives P. LE PORS

Le Docteur LE PORS rappelle que malgré tous les efforts du SYNGOF,

fort peu de gynécologues obstétriciens hospitaliers se syndicalisent.

Un syndicat a la force et les moyens que les syndiqués lui donnent, tant lors des discussions générales concernant la profession 'en soulignant la tenue en 2018 des élections professionnelles des PH en vue de la représentativité), que dans la défense de praticiens en difficulté, cas qui se multiplie sur fond de GHT.

Il est indispensable pour le SYNGOF, d'expliquer, de communiquer, d'inté-

resser l'ensemble des gynécologues obstétriciens afin qu'ils participent activement à l'évolution de leur métier au service des femmes. CECI EST URGENT !

La séance est levée à 16h30.

Le prochain CA aura lieu à Paris le 8 septembre 2017

INFORMATION

L'agence de la Biomédecine nous désigne naturellement comme le professionnel de santé légitime pour informer les femmes sur le don d'ovocytes et la conservation d'ovocytes. L'agence de la Biomédecine nous sollicite pour faire la promotion du don d'ovocytes et du don de spermatozoïdes.

Parlez-en à vos patientes

SYNGOF domiserve

Cet été, détendez-vous et profitez des avantages fiscaux du CESU !

Le CESU, qu'est-ce que c'est ?

Le Chèque Emploi Service Universel (CESU) est un moyen de vous dégager du temps libre car il permet le règlement des prestations de services à domicile ([liste complète, cliquez-ici](#)). Financé par votre activité professionnelle et utilisé dans votre cadre privé, le CESU génère plusieurs avantages fiscaux.

Des avantages fiscaux, c'est-à-dire ?

Commandez jusqu'à **1 830 € de CESU par an**, pour vous-même et/ou pour votre(s) salarié(e)s, le CESU est sans condition d'effectif. **N'hésitez plus !**

Le CESU Domiserve est un complément de rémunération fiscalement attractif.

Exemple d'un financement de 1 830 € de CESU via une activité professionnelle soumise à l'impôt sur le revenu

Valeur des CESU Domiserve	1 830 €
Crédit d'impôt de 25% sur la valeur des CESU financés	- 458 €
Impôt sur le revenu - taux marginal de 41% (1)	- 750 €
Coût final de votre achat de CESU	622 €

(1) Fondement quel que soit votre mode d'imposition (IS, BNC, BIC)
Si vous n'exercez pas seul.e, profitez d'une exonération de cotisations sociales et d'un crédit d'impôt de 25% sur le financement des CESU destinés à vos salarié.e.s.

A très bientôt !
Caroline, votre conseillère Domiserve

Pour commander vos CESU, cliquez ici

Code promotionnel **SYN11**

En savoir +
Contactez Caroline **01 75 60 65 13**

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 2017 _____

• 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

GYNERISQ a 10 ans

J. MARTY*

...et il est surement utile de faire l'inventaire de ces années

en 2006 l'aide à l'assurance a été accordée aux gynécologues obstétriciens libéraux et aux spécialistes à risque en contrepartie de leur engagement individuel dans une gestion des risques.

Alors que la HAS était pressentie comme l'organisme devant gérer l'ensemble du processus d'accréditation, nous avons gagné de haute lutte que celle-ci garde la tutelle, mais délègue la mise en place de la gestion des risques aux médecins concernés avec une marge de manœuvre suffisante pour traiter les problèmes de responsabilité en plus des activités obligatoires de déclarations d'EI (événements indésirables).

Ainsi ont été créés les organismes agréés et pour les gynécologues obstétriciens GYNERISQ. Les gynécologues obstétriciens, plus que les autres spécialistes, sont restés très vigilants à ce que le CA de GYNERISQ renouvelé en partie cette année reste toujours l'émanation des médecins accrédités. Certains praticiens publics ont trouvé une motivation personnelle pour devenir Experts de GYNERISQ. Mais, force est de constater que la grande majorité des praticiens publics n'ont pas vu d'intérêt à s'engager dans l'accréditation alors que leur place y est prévue dans un collège spécifique.

C'est un souci constant de la HAS poussée par le ministère d'inclure le secteur public dans l'accréditation. Ils voudraient l'obtenir sans créer d'abord un intérêt de s'accréditer pour les praticiens hospitaliers, comparable à celui de "l'aide à la prime" des libéraux.

Dans notre spécialité tant qu'ils restent les seuls accrédités, les praticiens libéraux entendent maîtriser seuls la stratégie GYNERISQ en réponse aux demandes réitérées du CNGOF d'y jouer un rôle croissant en plaçant des membres non accrédités dans le CA.

“Les praticiens libéraux entendent maîtriser seuls la stratégie GYNERISQ”.

Cette stratégie de GYNERISQ conçue au profit des accrédités a débouché sur plusieurs réalisations :

- Des documents opérationnels :
 - Les "GYNERISQ attitudes" publiées sur le site concentrent l'essentiel face aux risques les plus lourds.
 - Des recommandations du CNGOF portant sur des situations à risque que GYNERISQ cofinance.
 - Une bibliographie des meilleurs articles, dans le domaine de la gestion des risques, mis à la disposition des affiliés sur le site GYNERISQ.
 - Des Formations et des E-learning.
- L'accréditation d'équipe qui est maintenant proposée comme une manière plus pragmatique et plus intéressante de faire les accréditations individuelles dans chaque établissement qui le souhaite. Cela permet à un expert de GYNERISQ, en un ou deux jours de formation sur place, indemnisés par OGDPC de superviser le bouclage des déclarations d'EI, des bilans annuels. Comme action obligatoire on place en première ligne la mise à jour des protocoles du bloc, à la lumière des dernières recommandations. Les sages-femmes et les autres spécialités du bloc peuvent y être invitées et peuvent ainsi valider leur propre DPC.
- L'intégration des barrières de sécurité dans l'informatisation qui est un sujet d'actualité et d'avenir : Les derniers développements de MedyCS logiciel associatif, à point de départ syndical, permettent de réduire les risques de défaillances individuelles notamment dans la gestion des examens complémentaires obligatoires, dans l'interprétation du RCF et le risque de non-conformité du programme et des comptes rendus opératoires.
- L'examen des expertises judiciaires les plus sévères par la commission de recours de GYNERISQ (CREG) est une autre activité : Ces expertises nous concernent si les praticiens les soumettent comme EI d'un type particulier. Nous pouvons alors formuler un avis objectif sur la conformité de l'attitude médicale du praticien et de ces expertises, aux recommandations validées pour la pratique clinique. C'est pour GYNERISQ un gisement de retours d'expérience de grande valeur et c'est pour les praticiens concernés un

*Gynécologue obstétricien, Trésorier du Syngof et expert Gynerisq

avis collégial très argumenté sur des références bibliographiques. Libre à eux de le communiquer à leur avocat pour contester éventuellement l'expertise judiciaire. D'une manière plus large, un partenariat avec les 2 assureurs SHAM et BRANCHET qui acceptent de nous fournir les expertises judiciaires, nous permet d'appréhender les risques sur une autre facette. Cela peut nous conduire à une évaluation médicale des expertises judiciaires qui n'est faite nulle part ailleurs. Le magistrat n'est formé qu'à

l'évaluation du formalisme de l'expertise. Ces assureurs sont de plus à l'écoute de nos préoccupations de gestionnaires des risques. La discussion des intérêts individuels des médecins et la comparaison des contrats d'assurance relèvent par contre du SYNGOF.

- Enfin, citons pour finir cette synthèse des activités de GYNERISQ, le screening des bases de données de la Sécurité PMSI et GYNERISQ que nous allons commencer à partir du registre des prolapsus ouvert en 2010.



Inscrivez-vous dès maintenant

Séminaire GYNELOG 2017 - TOULOUSE

15 septembre (à partir de 17h00)

16 septembre (journée complète)

17 septembre (jusqu'à 12h00)

La formation a pour objet de sécuriser la pratique médicale par l'organisation du logiciel en appliquant des règles de gestion des risques :

- ⇒ Amélioration de l'interprétation du RCF au cours de la saisie du partogramme numérique (retour d'expérience des sites équipés)
- ⇒ Sécurisation des processus médicaux réglementés par le paramétrage des check-lists qui transcrivent les obligations des décrets
- ⇒ Sécurisation de la réception de l'interprétation des résultats biologiques par HPRIM ou APICRIPT
- ⇒ Interopérabilité avec les établissements, avec la caisse ou le DMP

Comme les années précédentes nous présentons cette formation à l'OGDPC pour qu'elle soit indemnisée et contribue au DPC.

N'hésitez pas à vous inscrire dès maintenant auprès de Nadine PRUGNY
par email à syngof@syngof.fr ou au 04 67 04 17 18

2017- Convention médicale

ce qui change pour le gynécologue

Au 1^{er} mai, seule change la C des généralistes qui passe à 25 € (C+MMG)

Au 15 juin, le K passe de 11,5% à 20%, et les lettres J et K sont attribuées à 270 actes supplémentaires.

Au 1^{er} juillet, la MCS passe de 3 à 5 € : $CS+MCS+MPC= 30 €$

Au 1^{er} juillet, un frottis réalisé par les gynécologues au décours d'une consultation se cotera CS + MPC + JKHD001, soit 37,46 € car le JKHD001 à 12,46 € passe à taux plein en association.

Et si le patient est adressé par son médecin traitant C2 + JKHD001 soit 58,46 €

Un simple retour au médecin traitant se cotera CS + MPC + MCS + JKHD001, soit 42,46 €

En outre, le C2 deviendra APC à partir du 1^{er} octobre 2017 et vaudra alors 48 € (donc 60,46 € avec le frottis : APC + JKHD001) et sera encore une fois revalorisé de 2 € le 1^{er} juin 2018 à 50 € (donc 62,46 € avec le frottis : APC + JKHD001).

Au 1^{er} octobre, le C2 passe à 48 €, et le C2,5 à 60 €

Au 1^{er} novembre, les Consultations Complexes

▣ Pathologie endocrinienne de la grossesse (thyroïde, diabète) modificateur PEG à 16 €, limité à 4 par grossesse : $CS +MCS+MPC+PEG = 46 €$

$C2+ PEG = 64 €$

▣ Première consultation de stérilité modificateur MPS : 16 €

$CS +MCS+MPC+MPS = 46 €$

$C2+ MPS = 64 €$

▣ 1^{ère} contraception entre 15 et 18 ans appelée CCP valorisée : 46 € et prise en charge 100%

▣ Thrombophilie grave en cours de grossesse modificateur PTG : 16 €

$CS +MCS+MPC+PTG= 46 €$

$C2+ PTG = 64 €$

Les CS très complexes

▣ La consultation d'annonce en cancérologie, modificateur MIS (Majoration pour information Initiale et mise en place de la stratégie thérapeutique) : 30 €

$CS+MCS+MPC+MIS = 60 €$; $C2+MIS = 78 €$

▣ La consultation d'annonce HIV, modificateur PIV (Prise en charge Infection VIH) à 30 €

$CS+MCS+MPC+PIV = 60 €$; $C2+PIV = 78 €$

▣ La consultation d'annonce de malformation ou maladie congénitale grave chez le fœtus, modificateur MMM (Majoration pour prise en charge Malformation congénitale et Maladie grave du fœtus) à 30 € : $CS+MCS+MPC+MMM=60 €$, $C2+MMM=78 €$

▣ Consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le chirurgien pédiatrique, en cas de malformation congénitale grave nécessitant une prise en charge chirurgicale, qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 30 € CPM (Consultation Pédiatrique Malformation) : $C2+CPM = 78 €$

ATTENTION

L'augmentation de la MCS en 2017 est pour l'instant réservée au secteur 1 et secteur 2 adhérent à l'OPTAM ou OPTAM-CO.

L'augmentation sera effective à partir de 1^{er} avril 2018 pour le secteur 2, non adhérent, pour les actes effectués au tarif opposable.

Modification CCAM au 15 juin 2017

J. RIVOALLAN*

Par ailleurs, le frottis peut être associé à une CS, à taux plein et non plus à 50%, une fois tous les 3 ans.

au 15 juin, suite à la nouvelle Convention, le facteur K est revalorisé et passe de 11,5% à 20%. Dans le même temps est créé un facteur T dont la valeur est de 11,5% (cf. textes légaux ci-dessous).

Le facteur K concerne les accouchements et les actes chirurgicaux admettant la majoration transitoire de chirurgie J.

Ce facteur est applicable par les praticiens de secteur 1 et ceux de secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM-CO.

Par dérogation, il est applicable pour les secteurs 2 et ceux ayant adhéré à l'OPTAM, mais uniquement pour les CMU, les ACS, et les actes réalisés en urgence au tarif opposable.

Un modificateur T est créé pour les mêmes actes, à la place du facteur K, et concerne les sages-femmes et les praticiens secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM. Sa valeur est de 11,5%.

Par ailleurs, le facteur J est étendu à 269 actes nouveaux et donc permettant l'application des facteurs K ou T. Vous trouverez ci-dessous la liste des actes de chirurgie gynécologique concernés.

Texte légal CNAM : Contenu de la version 47 de la CCAM: *Modification du modificateur K*

- Modification du libellé du modificateur K
- Modification de la note d'utilisateur du modificateur K
- Modification de la valeur du modificateur K

Au sous-chapitre 19.03.04 "Autres modificateurs", le modificateur K est modifié : K

Majoration forfaits modulables pour les actes d'accouchement réalisés par les gynécologues obstétriciens et pour les actes réalisés par les chirurgiens admettant la majoration transitoire de chirurgie, en secteur 1 ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO) définie aux articles 49 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 : +20%.

Le facteur K concerne les accouchements et les actes chirurgicaux admettant la majoration transitoire de chirurgie J.

Concerne :

Les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens conventionnés exerçant en secteur à honoraires opposables ou ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique définie (OPTAM-CO) aux articles 49 et suivants de la convention nationale précitée.

Par dérogation, les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) définie aux articles 40 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016, peuvent coder ce modificateur pour les actes dispensés à tarifs opposables aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ou disposant de l'attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé [ACS] définie à l'article L.863-3 du code de la sécurité sociale.

Par dérogation, les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens autorisés à pratiquer des honoraires différents et ceux ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) définie aux articles 40 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016, peuvent coder ce modificateur pour les actes dispensés en urgence, à tarifs opposables.

Modification du modificateur 7 :

Au sous-chapitre 19.03.04 "Autres modificateurs", la valeur du modificateur 7 est modifiée :

7 : Majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention : + 6%

Création au sein du sous-chapitre 19.03.04 "Autres modificateurs" du modificateur T :

Au sous-chapitre 19.03.04 "Autres modificateurs", inscrire le modificateur suivant : Autres modificateurs T

Majoration forfaits modulables pour les actes d'accouchement réalisés par les sages-femmes et les gynécologues obstétriciens ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) définie aux articles 40 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et pour les actes réalisés par les chirurgiens admettant la majoration transitoire de chirurgie, ayant adhéré à l'op-

* Gynécologue obstétricien, Secrétaire général adjoint du Syngof

tion pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) définie aux articles 40 et suivants de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 : +11,50%

Concerne :

- Les sages-femmes,
- Les chirurgiens et les gynécologues gbstériens conventionnés ayant adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) définie aux articles 40 et suivants de la convention nationale précitée.

Extension des modificateurs J, K et T aux actes suivants concernant la chirurgie gynécologique, parmi les 269 actes concernés :

- HPFC002 Résection du grand omentum [grand épiploon] [Omentectomie], par coelioscopie
- HPNC001 Destruction et/ou exérèse de lésion endométriosique superficielle du péritoine, par coelioscopie
- HPPC001 Libération d'adhérences [Adhésiolyse] ni étendues ni serrées du péritoine pelvien pour stérilité chez la femme, par coelioscopie
- JJPC002 Ovariectomie exploratrice, par coelioscopie

- JRPA001 Section d'une bandelette synthétique infra-urétrale, par abord vaginal
- KZFC001 Exérèse de tumeur endocrinienne intra-abdominale ectopique, par coelioscopie
- ZCQC002 Exploration de la cavité abdominale, par coelioscopie [Coelioscopie exploratrice]
- ZCQC001 Exploration de la cavité abdominale par coelioscopie, avec hystérocopie

Liste des 3749 actes avec l'extension au modificateur T : cf. CCAM version 47 "nouveau de la version", sur le site Ameli

Modification NGAP au 1^{er} juillet 2017 :

Pour les secteurs 1 et secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, au 1^{er} juillet, la valeur du MCS passe de 3 à 5 €, et donc la consultation cotée CS+MPC+MCS = 30 €.

Par ailleurs, le frottis peut être associé à une CS, à taux plein et non plus à 50%, une fois tous les 3 ans : CS+MPC+MCS+JKHD001 = 42,46 €

Les revalorisations suivantes sont prévues pour le mois d'octobre et vous seront annoncées.



Je soussigné(e) :

Nom _____ Prénom _____

Date d'installation _____

Tél. mobile _____ Email _____

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

Adresse professionnelle _____

MédyCS

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 secrétaire). **290 €**
- Option : Module FSE Pyxvital** (pour UN médecin et par numéro de facturation) (TVA incluse) **+ 324 €**
- 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

Polémique Mirena

E. PAGANELLI*

L'ANSM ne remet pas en cause le bénéfice-risque du Mirena.

des femmes, utilisatrices du Mirena ont créé un groupe Facebook et un forum. Elles témoignent d'événements indésirables imputés au stérilet Mirena. Elles se plaignent aussi d'un manque d'explication au moment de leur choix de cette contraception hormonale. Elles reprochent aux gynécologues de ne pas leur parler d'effets secondaires. Dans Causette de juin 2017 on lit : "mon gynéco m'a vanté cela comme le dernier truc à la mode".. Elles nous reprochent un déni médical. Les centres régionaux de pharmacovigilance incitent les patientes à signaler leurs effets secondaires. Si certains effets indésirables ne sont pas notifiés dans la notice, le laboratoire travaillera à améliorer la fiche d'information avec les autorités.

Comment améliorer l'information à nos patientes ?

Il faudrait envisager d'écrire une fiche d'information avant la pose d'un stérilet au cuivre et avant la pose d'un stérilet hormonal.

Certaines poses de stérilet sont compliquées (perforations, malaises, douleurs). Il paraît important de toujours voir la patiente avant la pose de son stérilet ou d'un changement de stérilet et peut-être de lui faire signer une fiche d'information validée par nos sociétés savantes.

Il faudrait modifier le chapitre stérilet du site "Choisir sa contraception" qui porte les logos "Santé publique France" et ministère de la Santé.

Il est écrit que "la pose en elle-même est très rapide" il n'y a aucune mention des effets secondaires et des difficultés de pose de stérilet. On y lit : "le DIU au cuivre peut être posé à n'importe quelle période du cycle !"

Pour le DIU hormonal il est recommandé que la pose ait lieu dans la semaine qui suit les règles. Comment faire pour changer un Mirena avec aménorrhée ? Peut-on dire aux patientes nullipares qu'il est toujours facile de poser un stérilet au cuivre même avant les règles ?

On y lit "l'insertion d'un stérilet ne fait pas mal" et on ne propose pas un contrôle du stérilet après sa pose mais "une visite de contrôle par an au minimum".

Alors que l'ANSM conseille de vérifier en 2017 le Mirena un mois après leur pose. Gynécologues, médecins généralistes et sages-femmes nous devons "protocoler" les poses de stérilet : consultations avant la pose, information. Pose de stérilet après signature de la fiche d'information. Rendez-vous de contrôle des stérilets donné lors de la pose et surveillance annuelle des stérilets sans oublier "écoute des femmes et bienveillance".

**Service de Pharmacologie Clinique
Centre Régional de Pharmacovigilance,
de Pharmacoépidémiologie et d'Information sur le Médicament
Centre - Val de Loire**

HÔPITAL BRETONNEAU - 2 bis Tonnelé - 37044 Tours Cedex 9
Secrétariat : 02 47 47 80 29 - 02 47 47 85 92 - FAX : 02 47 47 38 26

[REDACTED]

Tours, le 31 mai 2017

EB/JL

Copie - Mme le Dr Paganelli, Gynécologue, [REDACTED]

Madame,

Merci de nous avoir déclaré le 19/05/2017 la survenue de plusieurs manifestations alors que vous avez une contraception par **Mirena®** (dispositif intra-utérin au lévonorgestrel).

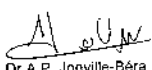
Vous nous indiquez présenter depuis 30 mois une **irritabilité, des sauts d'humeur, une agressivité, un agacement permanent, une perte totale de la libido, une prise de poids** très importante, des **douleurs dorsales, cervicales et abdominales**, une **fatigue**, une **perte de moral**, une **irrégularité des menstruations**.

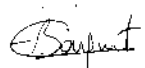
Ce type de manifestations est rapporté avec les progestatifs administrés par voie orale et plus rarement avec le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel, dans la mesure où il existe un faible passage dans la circulation générale. Cependant, ces signes cliniques peuvent également avoir une autre étiologie. Il convient donc d'en parler avec votre médecin qui lui seul est à même de les relier à votre méthode contraceptive.

Cette notification a été enregistrée sous le n° 17 502 pour transmission à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament.

Nous vous remercions de bien vouloir nous **redresser le formulaire ci-joint** complété afin de nous tenir informés de l'évolution des manifestations que vous présentez.

Nous vous prions de croire, Madame, à l'assurance de nos salutations distinguées


Dr A.P. Jonville-Béra


Dr E. Bouquet

Courrier reçu du CHRU de Tours par le Dr PAGANELLI le 31 mai 2017

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

Prévention

du burn-out des médecins libéraux

P. BARDON*

Mesure d'impact d'une expérimentation en région Centre-Val de Loire sous forme d'ateliers dédiés

Suite à une série de suicides de médecins, l'Union Régionale des Professionnels de Santé Médecins Libéraux Région Centre Val de Loire, par l'intermédiaire de sa commission "amélioration des conditions d'exercice" (ACE) a décidé une expérimentation ayant comme objectifs des actions concrètes de prévention, leur évaluation et leur pérennisation.

Une enquête a été adressée aux 2086 médecins généralistes et 1719 médecins spécialistes pour proposer 8 choix : les réponses obtenues ont plébiscité la prévention du burn-out (BO).

Suite à l'enquête, la commission ACE a recherché deux médecins experts en risques psychosociaux. Elle a proposé une expérimentation sous forme de groupes de pairs permettant aux médecins de s'exprimer en toute confidentialité et de s'approprier les ressources mises à leur disposition par les experts.

8 ateliers expérimentaux d'une dizaine de médecins volontaires ont été mis en place dans 4 villes du territoire durant l'année 2013 et 2014, animés par un expert psychiatre ou médecin du travail. Chaque participant a reçu une lettre d'invitation précisant les modalités, les objectifs et une échelle MBI anonymisée. Deux ateliers de 3h30 ont eu lieu à 2 mois d'intervalle pour chaque groupe en toute confidentialité : 1^{er} atelier alternant attentes des participants puis exposés et propositions de l'expert, 2^{ème} atelier pour faire le point des actions mises en place. Une lettre d'invitation précisant les modalités avec les objectifs choisis par chaque expert accompagné d'une échelle MBI anonymisée à remplir avant la réunion a été envoyée. Malgré la forte demande pour organiser des ateliers de prévention, les médecins ont été difficiles à mobiliser dans les départements les plus défavorisés (Indre en particulier), contrai-

gnant l'URPS-ML à regrouper certains départements. 58 médecins libéraux ont suivi au moins l'un des deux ateliers.

Rappel sur l'échelle MBI : en 1969 Bradley à New York puis en 1986 Maslach et Jackson établissent le score avec ses trois axes : épuisement professionnel (EP), dépersonnalisation (DP) et accomplissement personnel (AP). Il s'agit bien d'une perte de motivation au travail, conséquence d'un stress répétitif. L'échelle MBI reste toujours un outil de mesure internationalement reconnu : le syndrome BO est d'autant plus sévère que les axes dépersonnalisation et perte de l'accomplissement personnel sont atteints.

Les objectifs des réunions étaient de savoir repérer les signaux d'alerte, de trouver l'aide appropriée, d'offrir des outils et de repérer ses exigences excessives. La bonne santé du médecin est en effet un préalable indispensable pour la prise en charge des malades.

Les 58 participants avaient un âge moyen de 52,2 ans (33 à 66 ans). Leurs scores de l'échelle MBI avant le 1^{er} atelier montraient que 70% avaient un score de BO modéré ou sévère. Globalement, après le deuxième atelier les 3 scores de l'échelle MBI sont améliorés mais restent en BO modéré. Les résultats qualitatifs sont les plus intéressants par la qualité des échanges, la prise de conscience ayant permis une dynamique d'actions positives.

Malgré la forte demande pour organiser des ateliers de prévention, les médecins ont été difficiles à mobiliser.

EFFECTIF (en %)			
Avant 1ère réunion			
	EP	DP	AP
Burn-out bas	12,5 %	31,3 %	50,0 %
Burn-out modéré	50,0 %	25,0 %	18,8 %
Burn-out élevé	37,5 %	43,8 %	31,3 %
Avant 2ème réunion			
	EP	DP	AP
Burn-out bas	25,0 %	25,0 %	43,8 %
Burn-out modéré	43,8 %	31,3 %	37,5 %
Burn-out élevé	31,3 %	43,8 %	18,8 %
Après 2ème réunion			
	EP	DP	AP
Burn-out bas	37,5 %	37,5 %	43,8 %
Burn-out modéré	43,8 %	31,3 %	43,8 %
Burn-out élevé	18,8 %	31,3 %	12,5 %

* Parvine BARDON, membre bureau CGCVL, conseillère ordinale Loiret et membre du bureau URPS ML Centre Val de Loire.

Conclusion

L'enquête a montré les besoins et les attentes des médecins libéraux en région Centre-Val de Loire. Les ateliers collectifs de groupes de pairs ont montré leur efficacité et leur pertinence avec une amélioration notable des scores de l'échelle MBI après seulement deux ateliers.

La commission a cependant pris conscience des limites méthodologiques liées aux difficultés de mobiliser les médecins les plus isolés. Face à cet impact positif des ateliers expérimentaux, elle a réfléchi aux possibilités de pérenniser ses actions dans différentes directions, car la prévention de l'épuisement professionnel et l'amélioration des conditions d'exercice en libéral relèvent d'un travail au long cours :

- Des soirées (plus courtes que les ateliers) sur des thèmes attractifs élargis pour mobiliser les médecins malgré leur surmenage ont été programmées, en coopération avec les conseils de l'Ordre départementaux.
- La poursuite de la formation spécifique des secrétaires médicales, nos meilleures alliées contre le BO (près de 200 secrétaires ont été formées à ce jour) est plébiscitée.
- Le partenariat depuis mi-avril 2016 avec l'association MOTS dédiée à la prise en charge des médecins en burn-out porte déjà ses fruits. <http://www.association-mots.org>
- Deux médecins de l'URPS, titulaires du nouveau DIU "Soigner les Soignants", font la jonction entre l'association MOTS, l'URPS et les CDOM en respectant scrupuleusement la confidentialité, qui est un élément capital pour la prise en charge des médecins en difficultés professionnelles.
- Un forum annuel régional sur un sujet visant la prévention de l'épuisement professionnel complète les actions (le dernier forum en novembre 2016 a été consacré à la gestion du temps).

L'impact positif des ateliers expérimentaux sur la qualité de vie des soignants ne peut que servir l'ensemble de la population. Un président de CDOM de notre région a proposé ce slogan : "Mon médecin, j'y tiens, mon médecin j'en prends soin". Appliquons-le en tant que responsables de notre propre santé.

Bibliographie

1. URML Centre. Etude sur les préoccupations professionnelles des médecins généralistes en région Centre 2003-2004.
2. Burn out syndrome: échelle MBI. Burn-out syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel: échelle MBI (*Maslach Burn-Out Inventory*)... <https://www.masef.com/scores/burnoutsyndromeechellembi.htm>
3. ORS Pays de la Loire, URPS ML Pays de la Loire (2012). Les emplois du temps des médecins généralistes des pays de la Loire. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine libérale. 8 p.
4. Micheau J, Molière E, Plein SENS.2010. L'emploi du temps des médecins libéraux: diversité objective et écarts de perception des temps de travail. Dossiers solidarité et santé. Drees. n°14, 15 p.
5. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. (2009). Le temps de travail des médecins généralistes, une synthèse des données disponibles. Questions d'économie de la santé. Irdes. n°144.8 p.
6. Sauvegrain I., Massin C: L'enjeu: soigner sans s'épuiser, Doin, 2014.
7. Sauvegrain I., Massin C: Soigner sans s'épuiser: le défi des infirmières et des soignants Lamarre, 2014
8. Pascal Rouby: diaporama personnel 2013 : prévention du burn-out des médecins libéraux.
9. Galam E, L'erreur médicale, le Burn-out et le soignant, Springer, 2012.
10. Dossier du Concours Médical d'Avril 2008 (Eric Galam, Yves Léopold), tome 130.
11. Médecine De la médecine factuelle à nos pratiques, 2015, vol 11, p 388 à 443.
12. URPS-ML Centre-Val de Loire: Trait d'Union, numéro spécial avril 2014, Sus au Burn-out ! 16 p.
13. Ormières J.J.- MOTS (organisation du travail et santé du médecin). Guide pratique d'analyse psychosocial et ergonomique de son exercice professionnel. <http://www.association-mots.org>



Suivez l'actualité du SYNGOF
au quotidien sur

www.syngof.fr

Souffrance au travail à l'hôpital

P. LE PORS-LEMOINE*

Les conditions de santé mentale se sont détériorées sous l'effet de la loi Hôpital-patients-santé-territoire "HPST" et d'un nouveau management basé sur le contrôle, le commandement et les sanctions.

La presse rapporte régulièrement les drames de suicides de soignants à l'hôpital.

Il est indigne de détourner les yeux, ou pire de considérer que les soignants hospitaliers seraient plus fragiles car moins courageux... Il faut au contraire s'indigner devant l'état des lieux, et analyser le processus en cause.

Les troubles physiques relèvent de l'ergonomie, de l'analyse des conditions physiques, chimiques de travail.

Ce sont surtout les conditions de santé mentale qui se sont détériorées sous l'effet de la loi Hôpital-patients-santé-territoire "HPST" et d'un nouveau management basé sur le contrôle, le commandement et les sanctions. Pour exercer une pression gestionnaire sur les soignants, l'administration a besoin de données chiffrées, à défaut de bien connaître la réalité clinique de chaque emploi.

Cette obligation de codage vient de plus en plus parasiter l'activité de soignant, et atteint des sommets en période de certification ! Là où le soignant est dans une quête clinique forte de faire au mieux pour le patient, l'administration doit rendre des données chiffrées approchant au mieux les critères définis dans une méthodologie de gestion des risques "balancée d'en haut" et extrêmement consommatrice de temps. Un juste milieu (une synthèse entre qualitatifs et cliniciens) permettrait de répondre aux progrès incontestables apportés par la gestion du risque, mais également d'économiser le temps de soignant.

Nous sommes tous d'accord avec l'obtention de la meilleure qualité des soins, au plus juste prix, mais à l'hôpital nous constatons tous également depuis des années la croissance exponentielle des strates administratives.

Celui qui dénonce ce fonctionnement de l'hôpital (une atteinte à la qualité des soins ou à l'éthique), se met en

condition délicate et s'il persiste, s'expose au harcèlement, et ce qui est le plus cruel, souvent devant des collègues qui détournent le regard, et parfois, poussés par leur rôle institutionnel, participent à la fragilisation du collègue.

La plus grave erreur serait de mal interpréter ces propos : il ne s'agit pas d'aigreur, mais bien d'un constat de représentant syndical de praticiens hospitaliers en commissions statutaires et disciplinaires nationales de chirurgie, de plus en plus sollicitée par des collègues encerclés, soit pour leur position éthique et de soignant, soit par ce qu'ils gênent dans le cadre d'une restructuration de groupement hospitalier de territoire.

Les cas se multiplient, il est affligeant de constater que plutôt que d'effectuer dans la clarté une analyse prenant en compte le nécessaire équilibre, proximité, sécurité (environnement démographie médicale...) et de rechercher les meilleures solutions pour les parturientes, et aussi, pour que chaque praticien trouve utilement sa place dans un contexte de démographie médicale déficitaire, il est au contraire souvent fait appel à des critiques infondées, et une recherche d'éloignement, voire de mise en recherche d'affectation d'office.

La périnatalité est extrêmement concernée par les restructurations, et est en ce sens, un sujet majeur du *Projet Médical Partagé* (PMP) des groupements hospitaliers de territoire.

Ce PMP doit être "médical".

Il est absolument indispensable que dans ces discussions, les médecins de la périnatalité, qu'ils soient gynécologues obstétriciens, anesthésistes ou pédiatres, fassent respecter la déontologie, la nécessaire recherche de solutions adaptées aux soins, et bienveillantes également pour les soignants. De nombreux collègues n'ont rien vu venir, et se sont vus concernés tout à coup du jour au lendemain.

Le rôle syndical est essentiel et nos collègues gynécologues obstétriciens peuvent et doivent compter sur le soutien actif du SYNGOF.

Pour exercer une pression gestionnaire sur les soignants, l'administration a besoin de données chiffrées, à défaut de bien connaître la réalité clinique de chaque emploi.

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

Décisions judiciaires

nous avons choisi de vous présenter deux commentaires d'arrêts de juridictions administratives provenant de deux cabinets d'avocats différents : Maître Georges LACOEUILHE et Maître Hannah CHEREAU d'une part, et Maître Olivier LECA d'autre part, qui ont l'amabilité de collaborer avec notre revue.

Ils éclairent de façon différente et complémentaire l'information que nous devons apporter à nos patientes en cas de décision d'accouchement par voie basse.

Comme vous le verrez les magistrats distinguent les accouchements à bas risque de ceux présentant un risque particulier dont nous devons avertir nos patientes.

Dr BOYER de LATOUR
Dr Bertrand de ROCHAMBEAU

Rien ne sert de prescrire... Le suivi impératif des prescriptions données

Dans le cadre d'un suivi de grossesse, un gynécologue, craignant un risque d'accouchement prématuré, prescrivait à sa patiente, un test de dépistage du streptocoque B, dont les résultats auraient révélé la présence d'un streptocoque du groupe B.

Toutefois, aucune trace de ces résultats ne se trouvait au dossier médical de la parturiente lorsque celle-ci accouchait, deux mois plus tard, en clinique, avec l'aide d'un autre médecin gynécologue.

Dès le lendemain, l'enfant présentait une septicémie et une méningite à streptocoque B, dont il gardait par la suite d'importantes séquelles.

Ses parents engageaient alors une procédure judiciaire à l'encontre du gynécologue ayant prescrit le test de dépistage, et de son assureur de responsabilité civile professionnelle.

Ces derniers appelaient en garantie la clinique où avait eu lieu l'accouchement, ainsi que le laboratoire biologique dans lequel le test avait été réalisé.

Dans un arrêt en date du 6 novembre 2014, la Cour d'Appel de Douai retenait la responsabilité exclusive du praticien

prescripteur et condamnait son assureur à réparer le préjudice subi par les parents et leur enfant.

L'assureur du praticien formait alors un pourvoi en cassation aux termes duquel il critiquait la décision du juge d'appel d'avoir retenu la responsabilité exclusive du praticien prescripteur.

Selon lui, la responsabilité de la clinique devait aussi être engagée dans la mesure où il lui incombait, en vertu de son obligation d'assurer une continuité des soins, de regrouper dans le dossier de la parturiente mis à la disposition du personnel médical présent à la date de l'accouchement, tous les résultats des analyses prescrites par le gynécologue au cours de la grossesse, ce d'autant qu'en l'espèce, ces résultats avaient été transmis directement à la clinique par le laboratoire.

L'argument de l'assureur du praticien prescripteur répondait à une certaine logique, et l'on aurait pu supposer que la Cour de Cassation choisisse de concilier les obligations du médecin prescripteur et de l'établissement pour retenir un partage de responsabilité écarté par les juges du fond.

C'était sans compter sur l'intransigeance des juges du fond, confirmée par la Cour de Cassation dans son arrêt de rejet du pourvoi en date du 3 février 2016 : l'auteur d'une prétention, en l'espèce l'assureur du praticien alléguant une faute de la clinique, devait démontrer la faute de l'établissement à l'origine de l'absence des résultats dans le dossier médical tenu par la clinique.

Or en l'état, s'il était acquis que le laboratoire avait bien adressé les résultats à la clinique, aucune faute formelle de l'établissement n'était authentifiée du seul fait de l'absence des résultats au dossier.

C'est l'occasion aussi de rappeler aux praticiens l'impérieuse nécessité d'une traçabilité des éléments médicaux.

* Maître Georges LACOEUILHE et Maître Hannah CHEREAU, Avocats au Barreau de Paris

AARPI LACOEUILHE-ROUGE-LEBRUN
72 av. Victor Hugo - 75116 PARIS T. 01 47 42 01 01 Fax 01 47 42 42 00

En pratique, l'on peut raisonnablement se demander comment le praticien et son assureur auraient pu démontrer la faute précise commise par le personnel de l'établissement... L'intransigeance des juges s'explique ici, sans nul doute, par l'appréciation sévère qu'ils ont portée sur le comportement du praticien entre la prescription des analyses et l'accouchement : en effet, alors qu'il revoyait la parturiente à plusieurs reprises, il ne s'enquêrait pas des résultats des analyses qu'il avait pourtant prescrites en raison d'un risque d'accouchement prématuré.

C'est l'occasion aussi de rappeler aux praticiens l'impérieuse nécessité d'une traçabilité des éléments médicaux : lors du procès, rien ne sera présumé en faveur du praticien. Tenter d'imputer une partie de sa responsabilité à un tiers nécessite de prouver particulièrement sa carence.

Cour de cassation (1^{ère} Chambre Civile) 3 février 2016, n°15-10.228

Accouchement par voie basse : le périmètre de l'information due

Depuis longtemps déjà, le défaut d'information est l'argument subsidiaire des demandeurs lorsqu'ils ne peuvent pas démontrer une faute à l'encontre du praticien : cela est valable pour les procédures ayant trait à un accouchement par voie basse.

Dans sa décision du 24 janvier 2017, le demandeur excipait d'un défaut d'information du praticien sur les risques de l'accouchement par voie basse et ce faisant l'éventualité d'une césarienne préventive.

Les faits étaient simples : lors d'un accouchement naturel, l'obstétricien était confronté à une dystocie des épaules et réalisait en urgence les manœuvres dites du poing sus-pubien et de Mac Roberts. L'accouchement était mené à son terme, mais l'enfant présentait une lésion du plexus brachial gauche.

Les parents saisissaient alors la Commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales, qui, après des opérations d'expertise confiées successivement à deux experts médicaux, rendait un avis de rejet.

Les parents saisissaient alors le Tribunal Administratif de Toulouse d'une demande provisionnelle dirigée à l'encontre du centre hospitalier où la grossesse et l'accouchement avaient été pris en charge par le gynécologue obstétricien, praticien hospitalier.

Ils reprochaient à ce dernier d'avoir manqué à son obligation d'information sur les risques de l'accouchement par voie basse et l'alternative possible de césarienne, et d'avoir également commis une faute dans la réalisation des manœuvres d'extraction lors de l'accouchement.

Dans son jugement du 19 juin 2014, le Tribunal administratif rejetait leurs demandes, et les parents relevaient alors

appel de cette décision devant la Cour raison Administrative d'Appel de Bordeaux.

Dans sa décision, la Cour rappelle tout d'abord les termes de l'article L 1111-2 du Code de la santé publique qui fait état d'une obligation d'information sur les risques et alternatives que comportent *"les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposées"*.

On comprend aisément que l'application de ce texte dans le cadre d'un accouchement par voie basse, peut sembler discutable, puisqu'un accouchement naturel n'est pas, par essence, une solution diagnostique, thérapeutique ou préventive proposée par un médecin.

C'est pourquoi la Cour va exposer, dans un esprit de synthèse louable, le cas spécifique de l'obligation d'information de l'obstétricien envisageant un accouchement naturel :

"La circonstance que l'accouchement par voie basse constitue un événement naturel et non un acte médical ne dispense pas les médecins, en application de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique, de l'obligation de porter, le cas échéant, à la connaissance de la femme enceinte les risques qu'il est susceptible de présenter eu égard notamment à son état de santé, à celui du fœtus ou à ses antécédents médicaux, et les moyens de les prévenir. En particulier, en présence d'une pathologie de la mère ou de l'enfant à naître ou d'antécédents médicaux entraînant un risque connu en cas d'accouchement par voie basse, l'intéressée doit être informée de ce risque ainsi que de la possibilité de procéder à une césarienne et des risques inhérents à une telle intervention".

L'information sur les voies d'accouchement n'est donc due qu'en cas de pathologie maternelle ou fœtale, ou d'antécédents médicaux entraînant un risque connu en cas d'accouchement naturel. La solution est logique, et la jurisprudence, administrative et judiciaire, désormais constante sur ce point. Au cas présent, la Cour Administrative d'Appel de Bordeaux confirmait le jugement déferé, aux motifs qu'il n'existait aucun risque particulier à l'accouchement naturel de cette parturiente. Du reste, elle rappelait qu'aucun défaut d'information ne pouvait non plus être retenu *"au moment du travail"*, compte tenu de l'urgence liée au risque d'anoxie fœtale.

Notons en outre que la Cour écartait toute faute technique dans les manœuvres réalisées, rappelant d'ailleurs que les lésions du plexus brachial apparaissent généralement dès la séquence de traction de la tête, autrement dit avant les manœuvres d'extraction réalisées en urgence.

Cette décision sur l'information liée aux voies d'accouchement éclaire, en filigrane, la nécessité d'une tenue exemplaire du dossier de suivi de grossesse : celui-ci sera, en pratique, le meilleur outil de défense médico-légale de l'obstétricien, sur qui pèse la charge de la preuve de l'information donnée...

Cour administrative d'appel de BORDEAUX, (2^{ème} chambre (formation à 3)) 24 janvier 2017, n°14BX02494

Articles de jurisprudences

O. LECA*

C'est donc une conception large des "actes médicaux" qui est ici consacrée en matière d'obligation d'information.

Preuve de l'information et accouchement

Le Conseil d'Etat rend une jurisprudence importante qui renforce l'obligation et la preuve de l'information sur les risques de l'accouchement en obstétrique, alors que jusqu'à présent ce domaine échappait à un formalisme particulier grâce à une stricte lecture de l'article L 1111-2 du CSP.

CE, 27 juin 2016, n° 386165

Les faits sont les suivants : Lors d'un accouchement entrepris par voie basse, l'apparition d'anomalies du rythme cardiaque en lien avec une rupture utérine rend nécessaire la réalisation en urgence d'une césarienne. L'enfant naît avec de graves lésions cérébrales en rapport direct avec la rupture utérine.

Les parents forment une demande en indemnisation provisionnelle qui est rejetée par le juge des référés. En appel, les juges retiennent un défaut d'information sur le risque de rupture utérine inhérent à un accouchement par voie basse quand un précédent accouchement a donné lieu à une césarienne (ce qui était le cas en l'espèce), ayant fait perdre une chance d'éviter cette rupture en demandant qu'une césarienne soit programmée.

Le pourvoi formé par le centre hospitalier condamné est rejeté.

Pour ce faire le Conseil d'Etat énonce tout d'abord que : *"la circonstance que l'accouchement par voie basse constitue*

La conclusion est que nous nous orientons de façon certaine vers une nécessité pour les établissements et les équipes obstétricales d'élaborer un formulaire de consentement, non pas à l'accouchement, mais au mode d'accouchement...

un événement naturel et non un acte médical ne dispense pas les médecins de l'obligation de porter, le cas échéant, à la connaissance de la femme enceinte les risques qu'il est susceptible de présenter (...) et les moyens de les prévenir ; qu'en particulier, en présence d'une pathologie de la mère ou de l'enfant à naître ou d'antécédents médicaux entraînant un risque connu en cas d'accouchement par voie basse, l'intéressée doit être informée de ce risque ainsi que de la possibilité de procéder à une césarienne et des risques inhérents à une telle intervention"

La Haute juridiction relève ensuite qu'en l'occurrence le premier accouchement de la patiente s'était fait par césarienne et que, selon l'expert, en pareil cas, l'accouchement par voie basse comporte un risque connu de rupture utérine, qu'un tel accident s'il survient peut avoir de très graves conséquences pour l'enfant et qu'une césarienne réalisée en urgence ne permet pas son extraction dans les plus brefs délais.

En conséquence pour le Conseil d'Etat, les juges ont décidé à bon droit que le défaut d'information avait été à l'origine d'une perte de chance d'éviter le dommage.

L'intérêt de cette décision est double :

- d'une part, l'arrêt confirme, ce que nous savions déjà, la qualification de l'accouchement qui ne constitue pas un "acte médical", mais un "acte naturel". Or cette qualification est importante pour déterminer le domaine d'intervention de la solidarité nationale. En principe, le bénéfice de celle-ci est réservé aux victimes de dommages imputables à des actes médicaux. Il sera donc intéressant de savoir si cette qualification de l'accouchement fait obstacle, en cas d'aléa thérapeutique, à une éventuelle intervention de la solidarité nationale.
- d'autre part, le Conseil d'Etat infirme la position de la cour d'appel de Lyon qui avait jugé que l'obligation d'information ne s'applique pas dans le cas d'un accouchement (**CA Lyon, 19 avr. 2012, n° 11LY00850**) et assigne donc un large domaine à l'obligation d'information. En effet, l'ar-

* Maître Olivier LECA, Avocat
7, rue Marbeuf - 75008 Paris

T. 06 32 49 81 35 www.leca-avocat.fr cabinet@leca-avocat.fr

ticle L. 1111-2 du code de la santé publique vise les différentes investigations, traitements ou actions de prévention proposés.

Or l'accouchement n'entre pas a priori dans l'une ou l'autre de ces catégories. C'est donc une conception large des "actes médicaux" qui est ici consacrée en matière d'obligation d'information.

La conclusion est que nous nous orientons de façon certaine vers une nécessité pour les établissements et les équipes obstétricales d'élaborer un formulaire de consentement, non pas à l'accouchement, mais au mode d'accouchement (choisi, recommandé ou imposé, en fonction des cas), avec précision des risques inhérents au besoin par une fiche d'information spécifique.

Sans nul doute un travail à entreprendre rapidement pour les équipes obstétricales afin de se prémunir de contentieux de cette nature qui peuvent, comme dans la présente affaire, se révéler très lourds.

Accident d'accouchement : l'obstétricien n'est pas toujours reconnu responsable

Un médecin gynécologue qui ne pratique pas d'emblée une césarienne ne commet pas de faute dès lors qu'aucun élément ne conduisait à considérer que ce choix s'imposait dès l'arrivée de la patiente.

Il s'agit ici d'un arrêt d'espèce qui confirme que l'accouchement reste un acte risqué soumis au régime de la responsabilité pour faute prouvée de l'accoucheur.

En l'espèce, lors d'un accouchement, le médecin gynécologue est rappelé en raison d'une bradycardie constante et pratique en urgence une césarienne après avoir d'abord tenté d'extraire l'enfant aux forceps. L'enfant étant né en état de mort apparente en ayant conservé de graves lésions cérébrales, ses ayants-droit ont assigné le praticien en indemnisation, en invoquant des fautes dans la prise en charge de l'accouchement. Les juges n'ont pas fait droit à leur demande, sur la base de l'expertise.

Le pourvoi est rejeté. La Cour relève que, selon l'avis des experts, la réunion d'éléments contre-indiquant un accouchement par voie basse n'était pas caractérisée, exceptée l'existence d'un utérus cicatriciel, qui ne suffisait pas à lui seul, et que l'ensemble des éléments invoqués ne conduisait pas à considérer que le choix d'une césarienne itérative

s'imposait à l'arrivée de la patiente à la clinique. Par ailleurs, les examens effectués étaient normaux.

Enfin, malgré certaines divergences, les experts ont également retenu que le recours aux forceps pouvait permettre d'extraire l'enfant très rapidement et d'échapper à l'asphyxie, contrairement à une césarienne, et que, même si cette tentative avait échoué, cet échec ne pouvait être imputé à la faute du médecin.

Dès lors, les juges ont pu à bon droit décider que la responsabilité de celui-ci n'était pas engagée.

Une décision qui laisse finalement des espoirs rassurant pour les défenseurs des accoucheurs en France.

Cass. 1re civ., 16 nov. 2016, n° 15-25.503

Oubli de compresse lors d'une hystérectomie

La responsabilité des praticiens est une responsabilité personnelle impliquant l'imputabilité d'une faute établie. Dès lors, si la patiente n'identifie pas le chirurgien responsable de l'oubli de la compresse dans son abdomen, elle ne peut être indemnisée.

Une patiente est opérée par un chirurgien pour une hystérectomie par laparotomie, puis par un second praticien pour une récurrence de hernie hiatale, également par laparotomie. Deux ans plus tard, une compresse chirurgicale est retrouvée dans son abdomen. La patiente assigne alors les deux chirurgiens en responsabilité mais elle est déboutée de sa demande au motif que, selon le rapport d'expertise, aucune donnée ne permettait de rattacher la présence de la compresse à la première ou seconde intervention, l'une et l'autre ayant nécessité l'usage de compresses. Le pourvoi reprochait aux juges du fond d'avoir statué ainsi, alors que "lorsque la preuve d'une négligence fautive consistant en l'oubli d'un matériel chirurgical dans le corps d'un patient est rapportée, il appartient à chaque professionnel et établissement de santé mis en cause de prouver qu'il n'est pas à l'origine de la faute".

Le pourvoi est rejeté. La Cour de cassation énonce de façon très classique que la responsabilité pour faute est une responsabilité personnelle qui implique "que soit identifié le professionnel de santé ou l'établissement de santé auquel elle (la faute) est imputable ou qui répond de ses conséquences". Dès lors, en l'absence d'identification du chirurgien ayant commis la négligence fautive, aucun des deux ne pouvait être tenu pour responsable.

Cass. 1re civ., 3 nov. 2016, n° 15-25.348

Concilier soins et religions

J. THÉVENOT*

Pourquoi ces fiches ?

à

la suite de sollicitations de professionnels, le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de la Haute Garonne (CDOM 31) a décidé de constituer un groupe de réflexion sur cette problématique autour des représentants des principaux cultes et des usagers, de l'ARS (réfèrent Laïcité) et de l'Espace de Réflexion Ethique Midi Pyrénées (EREMIP). D'autres institutions se sont jointes à la démarche pour la réalisation ou la diffusion (CROM, FHP, FHF, CSDU-CRSA...).

L'objectif général est, avec l'aide des représentants des cultes, de lever les incompréhensions existant entre les patients et les soignants, et d'améliorer de ce fait la communication pour prévenir ou mieux gérer les difficultés ou les conflits éventuels dans la réalisation des soins.

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

Des patients bien informés appréhendent mieux les impératifs des soins et l'organisation des établissements de santé. Des professionnels de santé bien formés aux spécificités liées à la culture et à la religion des patients savent mieux prendre en compte les besoins de santé individuelle des patients.

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

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

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

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

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

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

Jeûne religieux et alimentation en milieu hospitalier

Jeûnes religieux du patient

Plusieurs religions proposent des périodes de jeûne dans un but général de purification. Citons principalement :

- Le jeûne du mois de Ramadan chez les musulmans interdit la prise de nourriture, de boissons ou de médicaments entre l'aube et le coucher du soleil.
- Pendant le temps du Carême chez les catholiques, il est recommandé pendant les 40 jours avant Pâques une ali-

* Dr Jean Thévenot, Président CDOM 31, 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.

mentation frugale (pas de viande le vendredi), avec jeûne complet (sauf eau) le mercredi des Cendres et le Vendredi Saint.

- Le jeûne du Yom Kippour chez les juifs impose une abstention stricte de boissons et nourriture pendant 25 heures.
- Le temps du Carême chez les protestants est centré sur la méditation; un ou plusieurs jours de jeûne relèvent du choix individuel.

Dans toutes les religions, le jeûne trouve sa limite dans l'état de santé (ou l'âge trop jeune ou trop avancé) du patient, la santé de l'individu primant sur le respect de l'abstinence alimentaire. Ainsi chez les catholiques, le jeûne est recommandé entre 16 et 65 ans, tous les malades étant dispensés. Le médecin interrogé par un patient doit donc lui expliquer le risque du jeûne adapté à son état de santé spécifique; en cas de mise en danger par lui-même d'un patient notamment en établissement de santé, le recours aux aumôniers ou à un référent religieux est recommandé.

Pratiques alimentaires des patients hospitalisés

CSP Article R. 1112-48 (Décret 2003-462 2003-05-21 art. 5 JORF 27 mai 2003)

Les visiteurs et les malades ne doivent introduire dans l'établissement ni boissons alcoolisées ni médicaments, sauf accord du médecin en ce qui concerne les médicaments. Le cadre infirmier du service s'oppose, dans l'intérêt du malade, à la remise à celui-ci de denrées ou boissons même non alcoolisées qui ne sont pas compatibles avec le régime alimentaire prescrit. Les denrées et boissons introduites en fraude sont restituées aux visiteurs ou à défaut détruites...

Circulaire DH05/G n° 2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé

...La charte du patient hospitalisé annexée à la circulaire DGS/DH n° 22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés précise : "L'établissement de santé doit respecter les croyances et les convictions des personnes accueillies. Un patient doit pouvoir, dans la mesure du possible, suivre les préceptes de sa religion (recueillement, présence d'un ministre du culte de sa religion, nourriture, liberté d'action et d'expression...").

Ces 2 textes ne sont pas incompatibles; la structure d'hospitalisation peut proposer des alternatives à ceux qui ne consomment pas de porc; il n'y a toutefois pas d'obligation réglementaire.

Pour les patients mangeant par exemple strictement casher ou halal, il peut être proposé soit des plats cuisinés spécifiques à réchauffer fournis par l'établissement, soit des repas préparés à l'extérieur par des proches et respectant les recommandations médicales (diabète, régime sans sel...); un refus de suivi des recommandations médicales alimentaires est à gérer (notamment avec les aumôniers) et à tracer comme tout refus de soins.

Jeûnes religieux et pratiques alimentaires des soignants

Aucune réglementation, aucun interdit, mais aussi aucun

aménagement de l'activité professionnelle ne sont prévus pour les soignants pendant les périodes de jeûne.

Le jeûne doit être compatible avec l'activité de soins et ne modifie en rien les obligations des soignants à l'égard des patients. Les employeurs (médecins ou établissements de soins) ne sont pas tenus de proposer à leurs personnels une nourriture spécifique tenant compte des convictions religieuses ou des habitudes alimentaires.

Médicaments (conditionnement)

L'origine et la composition des médicaments peuvent poser problème à des patients, notamment du fait :

- De l'origine animale ou humaine des constituants du produit,
- Du respect des règles ou coutumes alimentaires (casher, halal...),
- Des rites de jeûnes religieux.

Une règle générale commune à toutes les religions est que la santé humaine est primordiale, imposant de prendre les médicaments pendant les jeûnes rituels si la santé en dépend, de ne pas arrêter un traitement s'il existe le moindre danger pour l'individu et d'utiliser des produits dont les constituants ne sont pas conformes s'il n'y a pas d'alternative.

Judaïsme cacherout des médicaments :

La gélatine (de porc) utilisée comme excipient de nombreux médicaments est en principe dénaturée, donc tolérée.

Un médicament qui est pris par piqûre, pansement, infusion... et n'est pas consommé par la bouche pourra être utilisé même s'il contient des produits interdits. Les médicaments non casher "au goût agréable" et/ou contenant de l'alcool (sirop) sont à éviter, sauf si indispensables et sans équivalent.

A la Pâque juive, il ne faut en théorie pas consommer des produits contenant l'une des 5 céréales non recommandées (blé, orge, épeautre, seigle, avoine), sauf si indispensable à la santé.

Une liste de médicaments autorisés est disponible :

http://www.consistoire.org/documents/4377/Medicaments_Pess11.pdf

Pour les médicaments hors liste, consulter l'autorité rabbinique.

Enfin, un guide spécifique des médicaments casher est disponible sur envoi ou en ligne, le guide MEDIEL (<http://www.mediel.com/>).

Islam :

Préférer des médicaments respectant la préparation Halal; si ce n'est pas possible, tout médicament est autorisé.

Une industrie pharmaceutique spécifique et un référentiel de médicaments halal existent dans certains pays (Australie, Indonésie...).

Port de vêtements religieux ou traditionnels pendant les soins

Le respect de la volonté du patient permet d'accepter le port de vêtements religieux, traditionnels ou coutumiers, si la qualité des soins ne s'en ressent pas. La pratique du port de vêtements religieux ou traditionnels pendant les soins médicaux ne doit pas entraver la qualité des soins.

Toutefois si le patient persiste dans son désir de conserver ses vêtements, il convient de l'informer des difficultés ou de l'impossibilité que peut occasionner sa demande d'examen (clinique, radiologique...).

Enfin, dans les lieux de soins publics, s'applique la loi de 2010 ne concernant que la dissimulation du visage :

LOI n° 2010-1192 du 11 octobre 2010 interdisant la dissimulation du visage dans l'espace public (1)

Article 1 : Nul ne peut, dans l'espace public, porter une tenue destinée à dissimuler son visage.

Article 2 : I. - Pour l'application de l'article 1^{er}, l'espace public est constitué des voies publiques ainsi que des lieux ouverts au public ou affectés à un service public.

II. - L'interdiction prévue à l'article 1^{er} ne s'applique pas si la tenue est prescrite ou autorisée par des dispositions législatives ou réglementaires, si elle est justifiée par des raisons de santé ou des motifs professionnels, ou si elle s'inscrit dans le cadre de pratiques sportives, de fêtes ou de manifestations artistiques ou traditionnelles

Par ailleurs, la rédaction d'un certificat médical justifiant le port de vêtements religieux ou traditionnels dans des lieux publics ou non autorisés par la loi peut être considérée comme un certificat de complaisance, si l'indication médicale n'est pas strictement justifiée.

Code de déontologie médicale

*Article 28 (article R.4127-28 du code de la santé publique)
La délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.*

Refus de soignant pour motif religieux (patient majeur)

Article L. 1111-3 du Code de la santé publique :

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Article 36 du Code de déontologie médicale :

"Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état

d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou les traitements proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences".

Charte Laïcité : Les usagers des services publics ne peuvent récuser un agent public, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service 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.

Situations concrètes (tirées de cas réels) :

- Hors urgence, chacun est libre de choisir son médecin ; le libre choix du patient trouve ses limites dans la nécessaire organisation des équipes médicales, notamment lors d'une hospitalisation.
- En urgence, si un homme refuse d'être soigné par une femme ou une femme par un homme ; si un patient exige un soignant de même religion...
- Il existe une alternative au sein de l'équipe médicale de garde : un autre soignant peut être appelé à intervenir, dans les limites des exigences de l'organisation du service.
- Il n'existe pas d'alternative : les soins urgents sont réalisés par l'équipe de garde ; pas d'obstacle dans les religions juive, catholique et protestante ; **pour la religion musulmane, la plupart des religieux indiquent que, s'il n'a pas le choix, le patient ou la patiente par nécessité médicale autant que par obligation religieuse doit accepter d'être soigné par une personne de sexe opposé.**
- Il n'est pas pertinent dans ces situations de transférer le patient/la patiente dans un autre établissement ou de rappeler de son domicile un soignant qui n'est pas de garde.
- Hors urgence, mais même en situation d'urgence, il peut être fait appel à l'aumônier de l'établissement ou à toute autre personne pouvant assurer une médiation ou une information spécifique.

Refus persistant dans l'urgence : si le malade persiste dans son refus, le médecin est dans l'impossibilité juridique de passer outre la volonté du malade. Le médecin doit informer le patient des conséquences de son choix et réitérer l'information au patient et à la personne de confiance désignée. L'indifférence du médecin face à un refus de soins engage sa responsabilité. En cas de refus persistant, il est souhaitable de faire attester par écrit la décision du patient ou de la personne de confiance et d'inscrire la démarche du médecin dans le dossier médical (cf Fiche "traçabilité").

Refus de soignant pour motif religieux par les parents (patient mineur)

Si le majeur choisit ses convictions, le mineur ne choisit pas forcément sa religion, et des règles d'appartenance religieuses ou philosophiques peuvent donc lui être imposées par ses parents.

Dans le cas où les parents s'opposent à un soin et si ce refus peut être préjudiciable pour l'enfant, après avoir si possible recueilli le consentement du patient mineur, le médecin délivre les soins, conformément à l'article L.1111-4 du code de santé publique: "[...] Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables [...]".

Si les soins sont urgents et que les parents refusent d'y consentir, le médecin prend la responsabilité de la décision et donne les soins nécessaires et urgents.

Hors urgence, lorsque le défaut de consentement aux soins des parents est susceptible de compromettre la santé du mineur, le médecin en avise le Procureur qui demandera alors une mesure d'assistance éducative permettant que les soins nécessaires soient dispensés à l'enfant.

Article L1111-4 du CSP : "...Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables".

Article R. 1112-35 du CSP : "Sous réserve des dispositions de l'article L. 1111-5, si lors de l'admission d'un mineur il apparaît que l'autorisation écrite d'opérer celui-ci, et de pratiquer les actes liés à l'opération ne pourrait en cas de besoin être obtenue à bref délai de ses père, mère ou tuteur légal en raison de leur éloignement, ou pour toute autre cause, ceux-ci doivent, dès l'admission du mineur, signer une autorisation d'opérer et de pratiquer les actes liés à l'opération.

Dans le cas où les père, mère ou tuteur légal sont en mesure de donner une autorisation écrite à bref délai, celle-ci leur est demandée aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire.

En cas de refus de signer cette autorisation ou si le consentement du représentant légal du mineur ne peut être recueilli, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale hors les cas d'urgence.

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du service peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent".

Article 43 du Code de déontologie médicale : "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 42 du Code de déontologie médicale : "Un médecin appelé à donner des soins à un mineur ou à un majeur

protégé doit s'efforcer de prévenir ses parents ou son représentant légal et d'obtenir leur consentement. En cas d'urgence, même si ceux-ci ne peuvent être joints, le médecin doit donner les soins nécessaires. Si l'avis de l'intéressé peut être recueilli, le médecin doit en tenir compte dans toute la mesure du possible".

Refus de transfusion ou de produits d'origine sanguine

Le refus de transfusion sanguine (ou produits dérivés) est surtout le fait des Témoins de Jéhovah pour motifs religieux, mais aussi par d'autres patients, et pour des raisons parfois autres que religieuses.

L'utilisation thérapeutique du sang ou de ses dérivés ne pose aucun problème pour les religions juive, catholique, protestante et musulmane.

Concernant les mineurs ou majeurs sous mesure de protection juridique (tutelle...), l'obligation de soins passe outre le refus du patient, du tuteur ou du titulaire de l'autorité parentale, en cas d'urgence et si ce refus risque de générer des conséquences graves; ceci n'exclut pas l'obligation d'information et la recherche de consentement du patient et de ses responsables légaux, information adaptée à leur niveau de compréhension.

Enfin, le refus de transfusion par un patient ne doit pas conduire le soignant à un refus de délivrer ses soins, mais doit amener le soignant à adapter sa prise en charge médicale aux demandes du patient et à réitérer les demandes des soins qu'il juge lui-même adaptés.

Textes et situations

La loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner impose aux médecins de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables (Article L1111-4 du code de santé publique).

La loi oblige le médecin à un respect total de la volonté de son patient, quelles qu'en soient les conséquences : *aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne* (Article L1111-4 du CSP).

2 situations se présentent :

- **Pas d'état de détresse vitale** : le médecin doit tout mettre en œuvre pour convaincre le patient d'accepter les soins, mais le refus devra impérativement être respecté; ceci ne va pas à l'encontre des soins habituels, intégrant une prévention spécifique de l'anémie aiguë et des situations à risque hémorragique.
- **Quand le patient, inconscient et ne pouvant plus exprimer sa volonté, se trouve dans une situation où sa vie est en danger**, le respect de son refus de soins reste inscrit

dans la loi du 4 mars 2002, mais l'obligation d'assistance à personne en danger peut conduire le médecin à transfuser un patient. Pour ses décisions, le médecin prend par ailleurs en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier par des directives anticipées ou par sa personne de confiance.

Synthèse

En cas de refus de transfusion ou de produits sanguins, le soignant doit :

- Chercher à convaincre le patient d'accepter les soins à chaque étape de la prise en charge,
- Adapter si possible sa prise en charge médicale à ce refus exprimé pour éviter une situation à risque,
- En situation d'urgence et si le patient est inconscient, pour connaître la volonté du patient préalablement exprimée auprès d'eux, consulter la personne de confiance ou, à défaut son entourage.

En situation d'urgence et si le patient est inconscient, en son âme et conscience et selon la situation médicale, le médecin peut, soit passer outre et transfuser le patient si cela est une condition indispensable à lui sauver la vie, soit respecter la volonté préalablement exprimée du patient jusqu'à son décès pourvu que ce risque lui ait été préalablement clairement exprimé.

Dans tous les cas, une traçabilité exhaustive et pas à pas de la démarche médicale est indispensable.

L'évolution de la législation se fait vers une importance accrue des directives anticipées..., et **l'évolution de la jurisprudence de plus en plus vers le respect de la volonté du patient.**

Jurisprudence

2 obligations s'affrontent avec des jurisprudences différentes et non contradictoires.

Transfuser le patient malgré son refus ?

Le juge administratif a eu, plusieurs fois, à se prononcer dans des affaires où malgré le refus conscient et obstiné d'un patient Témoin de Jéhovah, le praticien avait passé outre ce refus et pratiqué la transfusion : tout en faisant une stricte application de la loi dans les hypothèses où le pronostic vital n'est pas en jeu, les médecins qui sont passés outre le refus de transfusion ou l'établissement employeur ne sont pas condamnés dès lors *"qu'après avoir tout mis en œuvre pour convaincre un patient d'accepter les soins indispensables, ils accomplissent, dans le but de tenter de le sauver, un acte indispensable à sa survie et proportionné à son état"* (CE référé 16 août 2002). Le juge administratif reconnaît donc au médecin la possibilité, sous certaines conditions, de passer outre le refus de soins en cas de danger immédiat pour la vie du patient, et ce, malgré la loi Kouchner.

Respecter la volonté du patient inconscient préalablement exprimée ?

Le juge civil a eu à se prononcer sur ce sujet. En 1995, une patiente Témoin de Jéhovah est décédée à la suite d'une

délivrance hémorragique survenue lors de son troisième accouchement (placenta praevia). Celle-ci avait refusé de recevoir une transfusion sanguine ou une autotransfusion, refus recueilli par écrit, puis réitéré par l'époux et la mère de la patiente.

Après le décès, certains ayants droit de la patiente ont poursuivi civilement le gynécologue obstétricien pour obtenir réparation de leur préjudice lui reprochant de n'avoir pas pratiqué plus tôt une hystérectomie d'hémostase et d'avoir respecté la volonté de sa patiente jusqu'au bout !

Pénalement, la procédure a rapidement abouti à un non-lieu.

En matière civile, deux décisions allant dans le même sens ont été rendues en première instance (TGI Aix en Provence 2004) et en appel (Cour d'Appel Aix en Provence 2006). Les juges ont considéré que le médecin qui a respecté le refus de la patiente ne peut se voir poursuivi puisqu'il se conforme strictement aux dispositions légales. Le jugement d'appel précise *"qu'il ne saurait être reproché au médecin, qui doit respecter la volonté du malade, d'avoir éventuellement tardé à pratiquer une intervention vitale, alors qu'il ne pouvait la réaliser sans procéder, contre la volonté du patient à une transfusion sanguine"*. Enfin, allant jusqu'au bout de cette logique, les juges ont même alloué des dommages et intérêts au praticien pour avoir enduré ce qu'ils ont considéré comme une procédure abusive.

Vaccinations et recommandations de santé avant pèlerinages ou voyages à l'étranger

Les médecins sont souvent consultés pour des demandes de vaccinations ou des avis sur les précautions à prendre avant un pèlerinage ou un voyage.

Ces précautions sont disponibles dans les centres de vaccination ou sont consultables en ligne (par exemple en région toulousaine) :

<http://www.chu-toulouse.fr/-conseils-aux-voyageurs>

<http://www.chu-toulouse.fr/-recommandations-par-pays>

<http://www.toulouse.fr/web/sante/vaccination>

Plus spécifiquement, pour les pèlerins de La Mecque, MENO-MUNE A, C, Y, W135 est obligatoire (2015), et le voyageur doit pouvoir présenter un certificat de vaccination datant de plus de 10 jours et de moins de 3 ans.

Plus généralement, quand il est interrogé, le médecin peut informer son patient qu'à la demande de visa, la liste des vaccins nécessaires lui sera donnée.

Le médecin qui vaccine est tenu d'informer le patient **des risques spécifiques le concernant liés à une éventuelle vaccination** indispensable pour réaliser son voyage. Par ailleurs, la rédaction d'un certificat médical contre-indiquant la vaccination peut être considérée comme un certi-

ficat de complaisance, si l'indication médicale n'est pas strictement justifiée.

La vaccination des enfants demandée par les parents doit respecter les contre-indications médicales définies par les soignants; en cas d'incitation à réaliser une vaccination contre-indiquée ou dangereuse chez un enfant ou un majeur protégé, un signalement respectant les modalités légales peut être discuté.

À l'occasion d'une vaccination notamment, en cas de suspicion ou de connaissance d'un voyage à l'étranger ayant pour objectif la pratique rituelle de l'excision, une information doit être donnée par le médecin sur l'interdiction par les autorités françaises d'une telle pratique, et les risques encourus par les responsables légaux de la mineure au moment du retour en France (cf Fiche excision).

Pratique religieuse ou sectaire

Respectueux de toutes les croyances et fidèle au principe de laïcité, le législateur s'est toujours refusé à définir les notions de secte et de religion. Il n'existe donc pas de définition légale de la dérive sectaire.

La MIVILUDES, mission interministérielle de vigilance et de lutte contre les dérives sectaires définit la dérive sectaire comme *un dévoiement de la liberté de pensée, d'opinion ou de religion qui porte atteinte aux droits fondamentaux, à la sécurité ou à l'intégrité des personnes... Elle se caractérise par la mise en œuvre... de pressions ou de techniques ayant pour but de créer, maintenir ou exploiter chez une personne un état de sujétion psychologique ou physique, la privant d'une partie de son libre arbitre...*

Face à une méthode non éprouvée scientifiquement, le médecin doit prendre conseil ou signaler cette pratique auprès de son Ordre professionnel (où existe un référent "dérives sectaires") ou auprès de la MIVILUDES (<http://www.derives-sectes.gouv.fr/>).

Une dérive sectaire suppose la présence de 3 éléments :

- La mise en œuvre de pressions ou de techniques ayant pour effet d'altérer le jugement,
- Un état de sujétion psychologique ou physique,
- Des résultats néfastes pour l'individu ou pour le corps social.

Avant d'effectuer le signalement, il est nécessaire de prendre certaines précautions :

- Vous devez vous assurer d'avoir bien compris l'information que vous avez reçue ;
- Vous ne devez pas tout mettre sur le compte de la dérive sectaire

(cf. fiches 1-1 et 1-2 du Guide MIVILUDES 2012 http://www.derives-sectes.gouv.fr/sites/default/files/publications/francais/guide_sante_complet.pdf);

- Vous devez faire preuve de discernement ;
- Vous devez maintenir un positionnement neutre et sans

jugement de valeur sans pour autant tomber dans l'indifférence.

Le médecin ne trahit pas le secret professionnel quand, **avec l'accord de la victime majeure**, il porte à la connaissance du procureur de la République ou de la CRIP les sévices ou privations qu'il a constatés, sur le plan physique ou psychique, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer qu'une ou des infractions ont été commises (article 226-14 du Code pénal).

Si son patient encourt un danger du fait du recours à des méthodes thérapeutiques non éprouvées prônées par un mouvement sectaire ou par un pseudo-praticien, il devra accomplir son devoir de conseil en **tentant de convaincre son patient de la dangerosité** de ces méthodes et en l'accompagnant tout au long du processus médical.

Face 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, le médecin adressera un signalement au procureur de la République, près le tribunal de grande instance du lieu de résidence habituel du mineur.

Le signalement peut être adressé au CDOM ou à la MIVILUDES : miviludes@pm.gouv.fr

Traçabilité des refus de soins (pour tout motif)

Article L. 1111-4 du code de la santé publique *"Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical".*

Hormis les hospitalisations sous contraintes, tout patient peut refuser tout ou partie des soins proposés par un soignant. Toutefois, **face à un refus de soins, tout professionnel de santé a des obligations** : un manquement à ces obligations peut être source de mise en cause de la responsabilité du professionnel.

Il est donc essentiel d'organiser la traçabilité de ces situations, pour pouvoir démontrer a posteriori, en situation éventuelle de contentieux, que la conduite médicale a été adaptée à la situation.

Le médecin doit ainsi pouvoir démontrer :

- Avoir informé le patient sur les conséquences de son refus, notamment sur les risques encourus ;
- Avoir cherché à le convaincre d'accepter les soins proposés (en faisant appel éventuellement à un autre membre de l'équipe soignante) ;
- Avoir fait réitérer le refus après un délai de réflexion non préjudiciable aux soins ;

- Avoir suggéré une alternative aux soins ou à l'hospitalisation, adaptée à la situation.

Traçabilité

Une traçabilité de cette information et de ces tentatives d'organisation de la prise en charge doit être réalisée au sein du dossier patient (nombre et durée des entretiens, information délivrée, réactions du patient, réitération du refus après un délai de réflexion, prescriptions éventuelles...)

Une attestation de sortie contre avis médical ou de refus de soins (précisant les risques encourus) doit être proposée à la signature du patient (qui n'a pas d'obligation de signer...) et conservée dans le dossier.

La réglementation des établissements publics de santé indique que *si le médecin chef de service estime que cette sortie est prématurée et présente un danger pour leur santé, les intéressés ne sont autorisés à quitter l'établissement qu'après avoir rempli une attestation établissant qu'ils ont eu connaissance des dangers que cette sortie présente pour eux. Lorsque le malade refuse de signer cette attestation, un procès-verbal de ce refus est dressé.* (Article R. 1112-62 du CSP).

La signature par le patient d'une attestation de sortie contre avis médical ou de refus de soins n'est pas une décharge de responsabilité. Si des manquements dans la prise en charge sont démontrés a posteriori, un tel document, même signé par le patient, ne le privera pas d'une démarche en recherche de responsabilité.

ATTESTATION DE REFUS DE SOINS

Le... à...
Je soussigné M(me) certifie que le Dr m'a expliqué les risques encourus qui comprennent de façon non limitative (à remplir par le médecin) :

Je reconnais avoir été informé(e) clairement et avoir compris ces risques. Je déclare souhaiter néanmoins (barrer les mentions inutiles) :

- quitter le service
 - refuser l'hospitalisation
 - refuser les soins et/ou l'intervention,
- que me propose le Dr...*

et dégage ainsi ce dernier (autant que l'Etablissement de santé) de toute responsabilité et de toutes conséquences, y compris vitales, qui peuvent résulter de mes choix et décisions.

Je comprends que le fait de signer ce document ne m'empêche pas de changer d'avis et de recourir aux soins que j'ai refusés si je le désire, et qu'au contraire, j'y suis encouragé(e).

Mon choix de refus des soins proposés est motivé par les raisons suivantes (à remplir par le patient s'il le souhaite):

Signature du Patient

Signature du Médecin

Signature de témoin

(Famille - Ami présent - Personne de confiance)

Signature du témoin (Personnel soignant)

Ce certificat est rédigé en double exemplaire, une copie étant remise au patient, l'autre conservée dans le dossier médical.

En cas de refus de signature par le patient, celui-ci est attesté sur ce document par le médecin et un autre membre de l'équipe médicale.

Liste des participants au groupe de travail et des relecteurs

Cette liste n'est pas exhaustive, certains des intervenants n'ayant pas souhaité y figurer ; chaque fiche écrite a été discutée et validée au long de multiples réunions rassemblant soignants, administratifs, et représentants des principaux cultes.

- Dr Pierre Ané (CDOM31)
- Dr Laurent Arlet (CDOM31/CROM Midi Pyrénées)
- Cathy Baiche-Gaillard (Directrice des Soins/Clinique A Paré)
- Dr Jacques Bardier (CDOM31)
- Dr Dominique Baudrin (ARS Midi Pyrénées)
- Me Stella Bisseuil (Avocate Toulouse)
- Dr Evelyne Boidin (CDOM31)
- Dr Jacques Claverie (CDOM31)
- Dr Jean Claverie (CDOM31)
- Me Maïalen Contis (Avocate Toulouse)
- Dr Albert Daoudi (CDOM31)
- Dr Walid Delage (FHP)
- Dr Pierre André Delpla (CDOM31)
- Dr Djamel Dib (Médecin)
- Christine Girier-Diebolt (Directeur CH St Gaudens/FHF)
- Dr Catherine Dupré-Goudable (EREMIP)
- Dr Joëlle Durand (CDOM31)
- Dr Jean Pierre Elbaz (CDOM31)
- Dr Jacques Emmerly (CDOM81/CROM Midi Pyrénées)
- Dr Jean Marie Faroudja (Président Commission Éthique et Déontologie du CNOM)
- Dr Thomas de Gabory (Médecin, prêtre, docteur en philosophie)
- Dr Bernard Grandjean (CDOM31/Médecin et Diacre catholique)
- Dr Stéphane Grill (CDOM31)
- Dr Wassim Hamié (Médecin/Mosquée Albi)
- Caroline Héron (Juriste, Section Éthique et Déontologie CNOM)
- Dr Michel Juricic (CDOM31)
- Pr Jacques Lagarrigue (EREMIP)
- Isabelle L'Hôpital (Directeur Clinique A Paré Toulouse)
- Dr Philippe Loup (CDOM31)
- Dr Claude Maillet (CDOM31)
- Dr Noëlle Maillet (Médecin psychiatre)

- Yossef Matusof (Rabbin, aumônier)
- Michèle Maviel (Aumônier bouddhiste)
- Dr Mailys Michot Casbas (CDOM31)
- Jean Marie Miquel (Prêtre catholique, aumônier des Hôpitaux)
- Amar Moqran (Ancien président du C.R.C.M. Midi-Pyrénées)
- Dr Diane Naouri (Médecin urgentiste)
- Dr Joseph Naouri (Médecin psychiatre)
- Pr Robert Nicodème (CDOM31/CNOM)
- Pr Stéphane Oustric (CDOM31/CNOM)
- Michel Pagés (Prêtre catholique, aumônier)
- Josiane Pasato (CISS Midi Pyrénées)
- Dr Bernard Petel (CDOM31)
- Dr Cathy Raux (Médecine légale)
- Dr Frédéric Sanguignol (Président FHP MP)
- Dr Jean Thévenot (Président CDOM 31)
- Dr Fabien Thiery (Médecin pédiatre)
- Pr Christophe Vayssière (Médecin gynécologue obstétricien)
- Agnès Vez-Desplanque (Pasteur EPUdF, aumônier des hôpitaux)
- Jean-Claude Walrawens (Fédération protestante de France, aumônerie régionale des prisons)
- Harold Avraham Weill (Rabbin)
- Dr Muriel Welby Gieusse (CDOM31)

Bibliographie et liens utiles

- Guide des rites, cultures et croyances à l'usage des soignants / 2013 / Isabelle LEVY / Editions De Boeck Estem
- Le guide des acteurs d'urgence face aux pratiques culturelles et religieuses / 2013 / Isabelle LEVY et Loïc CADIOU / Setes Editions
- La religion dans les établissements de santé / 2013 / sous la direction de Vincente FORTIER et François VIALLA / Les Etudes Hospitalières
- Guide Santé et dérives sectaires / 2012 / MIVILUDES / La documentation Française
- Laïcité, laïcité(s) / 2012 / Jean Michel DUCOMTE / Le Comptoir des Idées
- Commentaires du Code de Déontologie Médicale/ 2012/ Conseil National de l'Ordre des Médecins (www.conseil-national.medecin.fr)
- Laïcité: comment concilier pratique médicale et religion ? Bulletin d'information de l'Ordre National des Médecins n°31 Sept-Oct 2013
- Etat des lieux concernant la laïcité dans les établissements de santé / Michèle Lenoir-Salfati / 2013 / Observatoire National de la Laïcité / <http://www.ladocumentation-francaise.fr/var/storage/rapports-publics/134000405.pdf>
- Le refus de transfusion en Obstétrique : quelles solutions pour les professionnels? / 2010/ Julie Marié / Mémoire pour l'obtention du diplôme de Sage-Femme / Université Paul Sabatier Toulouse
- L'hyménoplastie, le Droit et l'Ethique / Stella Bisseuil, avocat à la Cour Toulouse
- Circulaire DHOS/G n°2005-57 du 2 février 2005 relative à la laïcité dans les établissements de santé / <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2005/05-02/a0020035.htm>
- Circulaire DGOS/RH4/2011/356 du 5 septembre 2011 relative à la charte des aumôneries dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/09/cir_33766.pdf
- Fédération Protestante de France <http://www.protestants.org>
- Soins palliatifs prénataux: Association SPAMA <http://www.spama.asso.fr/fr/>
- Deuil périnatal: Association Petite Emilie (<http://www.petiteemilie.org>)
- Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS/2009/182 du 19 juin 2009 du 19 juin 2009 relative à l'enregistrement à l'état civil des enfants décédés avant la déclaration de naissance et de ceux pouvant donner lieu à un acte d'enfant sans vie, à la délivrance du livret de famille, à la prise en charge des corps des enfants décédés, des enfants sans vie et des fœtus. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/circulaire_182_190609.pdf
- "La vie, Quelle vie ?" Jean François Collange // Bioéthique et protestantisme // Editions Olivétan 2007
- Fédération de l'Hospitalisation Privée Midi Pyrénées: www.fhp-midipyrenees.com
- Réseau Périnatal Matermip : <http://www.matermip.org>
- Espace de Réflexion Ethique Midi Pyrénées: <http://www.ereqip.org>

La séméiologie

du phénotype de trisomie 21 dans la peinture de la Renaissance

P. TOURAME*, A. STAHL**

Le syndrome de Down regroupe, chez les sujets atteints, de nombreuses anomalies dont l'association est caractéristique. Ces signes ont été décrits progressivement par les médecins, surtout des pédiatres et des psychiatres, au cours du dernier quart du XIX^e siècle.

Aujourd'hui deux dates s'imposent à notre mémoire dans l'histoire de la trisomie 21 : 1866 (la description de Down) et 1959 (l'origine chromosomique démontrée par Lejeune).

Et pourtant, la description clinique de la trisomie 21 s'est construite dans le temps en plusieurs étapes et de multiples intervenants (1).

De l'idiotie furfuracée au syndrome de Down

C'est dans son *Traité sur les Maladies mentales*, publié en 1838, que Jean Etienne Esquirol (1772-1840) a décrit pour la première fois un enfant sans doute atteint de trisomie

21. Quelques années plus tard, Edouard Séguin (1812-1880), médecin et pédagogue, relate la description d'un enfant probablement trisomique, sous le nom d'"idiotie furfuracée" à cause de l'aspect de sa peau (Seguin, 1846).

Mais c'est John Langdon Down (1828-1896) qui donna en 1866 une définition clinique précise de la trisomie 21 dans sa publication *"Observations on an Ethnic Classification of Idiots"*. Il la désigne par le terme d'"idiotie mongoloïde" à cause des traits du visage qui rappellent ceux du peuple mongol. Pour J. Langdon Down, il s'agit d'une régression raciale causée par un processus de dégénérescence : *"There can be no doubt that these ethnic features are the result of*

degeneration". Cette conception régressive est inspirée de la théorie de l'évolution publiée en 1859 par Darwin et s'appuie sur une classification hiérarchique du genre humain en cinq races : Caucasiens, Malais, Amérindiens, Ethiopiens et Mongoliens, énoncée par Johann Friedrich Blumenbach en 1775 dans sa dissertation pour le doctorat en médecine de l'Université de Göttingen. John Langdon Down utilise le terme de *"type mongolien de l'idiotie"*.

Le terme de mongolisme au caractère péjoratif, créé et répandu après l'étude de Down, devint abusivement une dénomination universellement acceptée à la fin du XIX^e siècle et ne disparut des publications de l'OMS qu'à partir de 1965.

Celui de syndrome de Down désigne aujourd'hui encore la trisomie 21 dans la littérature médicale anglo-saxonne.

Le "syndrome de Down" désigne aujourd'hui encore la trisomie 21 dans la littérature médicale anglo-saxonne.

* Espace éthique méditerranéen UMR ADES 7268 EFS-CNRS-Université d'Aix-Marseille Hôpital de la Timone, Marseille, France

1959 : cytogénétique : le chromosome 21 surnuméraire

En janvier 1959, Jérôme Lejeune, Marthe Gautier et M. Raymond Turpin (2) démontrent l'origine chromosomique de la trisomie 21 sur des cultures de peau de 3 enfants de phénotype mongoloïde. Ils confirment leurs données la même année sur une série de 9 patients, coiffant sur le poteau l'équipe anglaise dirigée par Patricia Jacobs qui aboutit indépendamment au même résultat.

Description clinique :

Le syndrome de Down regroupe, chez les sujets atteints, de nombreuses anomalies dont l'association est caractéristique. Ces signes ont été décrits progressivement par les médecins, surtout des pédiatres et des psychiatres, au cours du dernier quart du XIX^e siècle. Le Pr A. Stahl (3) détaille la liste de ces anomalies en fonction des auteurs.

"La dysmorphie faciale comprend :

- Des yeux en amande (C.A. Oliver, 1891), des fentes palpébrales obliques en haut et en dehors (J. Muir, 1903). Leur angle interne présente un repli cutané appelé épicanthus (C.A. Oliver, 1891). Il peut faire croire à un hypertélorisme ;
- Une mâchoire étroite, une bouche souvent ouverte, une langue épaisse (macroglossie), sortie fréquemment (protrusion de la langue) ;
- Une ensellure nasale plate, due à l'aplasie des os propres du nez, de sorte que l'extrémité du nez paraît retroussée vers le haut. Les orifices narinaux sont visibles de face ;
- Une nuque large, des oreilles implantées basses, petites et rondes.
- Les mains sont petites, larges, les doigts sont courts (J. Frazer et A.K. Mitchell, 1876-77). On note la présence d'un seul pli palmaire transverse. Dans 50% des cas, le petit doigt est incurvé vers l'intérieur

(clinodactylie) (T.T. Smith, 1896 ; J. Muir, 1903).

- Les pieds petits, larges et courts, montrent souvent un écartement entre le premier et le deuxième orteil."

L'association de ces anomalies morphologiques est très caractéristique et permet de faire, avec une forte probabilité, le diagnostic de syndrome de Down, qui doit être confirmé par un caryotype. Lorsque ces dysmorphies sont observées sur le portrait d'un enfant, elles sont fortement suggestives d'une trisomie 21. Il faut toutefois savoir qu'elles ne sont pas toujours présentes en totalité : c'est alors l'association de plusieurs d'entre elles qui oriente le diagnostic, qui sera d'autant plus plausible que les signes pathognomoniques seront plus nombreux.

Les enfants atteints présentent une croissance et un développement retardés. Ils sont de petite taille. Des malformations sont fréquentes : cardiopathies, atrésie digestive, anomalies urinaires, ostéo-articulaires.

La recherche séméiologique et l'iconodiagnostic dans la peinture

Aborder le diagnostic de trisomie 21 par les arts visuels est une approche toute particulière, parallèle à d'autres approches, historiques et sociales.

Ce diagnostic est rétrospectif et fondé sur l'étude des images par comparaison avec, en plus, la nécessité de quantifier le degré de certitude avec lequel on peut rattacher le diagnostic à la représentation.

Ce concept d'analyse des symptômes repérés et interprétés à la lumière du savoir actuel a été développé par M. Grmeck et D. Gourevitch (4) et nommé l'iconodiagnostic. Il "s'appuie sur une vérité morphologique perçue par l'artiste sans être conditionnée, transformée ou normalisée par un savoir médical formalisé".

Concernant le diagnostic de trisomie 21, il sera suggéré par l'examen des traits du visage et des particularités des mains et des pieds.

Malgré la précision de certaines observations, un doute peut subsister. En ce qui concerne la trisomie 21, certaines représentations n'illustrent que quelques signes, insuffisants pour emporter la conviction. Pour éviter des controverses sans fin, John Starbuck, anthropologue américain spécialisé dans l'étude morphologique du visage, propose d'utiliser comme élément complémentaire ces méthodes d'analyse quantitative, en particulier les techniques géométriques morphométriques (5).

Des anges et un berger porteurs de trisomie 21 dans la peinture Flamande au XVI^{ème} siècle

En Europe, c'est à partir de la Renaissance que les peintres ont représenté ces images d'enfants remarquables par leur phénotype de trisomie 21. Dans cet exposé, nous avons choisi les tableaux proposant les représentations les plus fiables.

1515, ce n'est pas que Marignan ! C'est aussi la date de l'une des plus anciennes représentations picturales existantes reconnues de la trisomie 21.

Cette représentation se trouve dans une *Adoration de l'enfant Jésus*, due à un artiste inconnu de l'école flamande, conservée au Metropolitan Museum de New York.

La peinture (huile sur bois, figure 1), datée d'environ 1515, est intitulée *L'adoration de l'enfant Jésus* et est attribuée par les conservateurs du Musée à "un disciple inconnu de Jan Joest de Kalkar".

La première provenance connue de la peinture date de 1917 à Berlin. Elle a changé de mains plusieurs fois avant d'atteindre les États-Unis en 1967 et a été remise au Metropolitan Museum



Figure 1. Adoration de l'enfant Jésus, artiste inconnu de l'école flamande. Metropolitan Museum of Art, New York.

of Art par la Fondation Jack and Belle Linsky en 1982.

Dans cette scène, un enfant trisomique est aisément reconnaissable à la gauche de la Vierge.

Ce sont deux psychiatres américains A.S. Levitas et C.S. Reid qui ont reconnu dans cette peinture flamande les traits d'un enfant trisomique. L'information a été publiée dans une revue médicale de génétique en 2003 (6). Cette peinture est l'une des nombreuses représentations de la Nativité, mais vue de nuit, ce qui est peu fréquent. La peinture utilise un motif commun de la Nativité dans lequel la Sainte Famille chrétienne est entourée d'admirateurs, terrestres et célestes.

Au moins un des anges et l'un des admirateurs terrestres ont un aspect facial très similaire et distinctif (figures 2 et 3).

À droite de la Vierge sur l'image, un ange parmi les autres anges présente manifestement les traits du visage rappelant la trisomie 21.

Cette place au centre du tableau, près de la Vierge, laisse supposer que cet enfant était bien intégré dans la société. Il est réconfortant de trouver cet enfant parmi les anges.



Figure 2. Un ange parmi les autres anges présente manifestement les traits du visage rappelant la trisomie 21.

Utilisons la méthode d'icodiagnostics pour l'analyse de ce tableau.

L'ange.

L'ange à la droite de Marie, dont l'aile visible unique est derrière la tête, a une face médiane aplatie, des plis épicanthiques, une pointe nasale petite et renversée et la courbe descendante des coins de la bouche. Les cheveux sont frisés, mais cela peut être dû à une convention artistique concernant les anges. L'aspect du visage est très suggestif d'une trisomie 21.

L'association de ces signes est très caractéristique et permet de faire, avec une forte probabilité, le diagnostic phénotypique de trisomie 21.

Le Berger.

Dans le haut du tableau, un autre adorateur qui pourrait être un berger présente également un visage qui évoque très fortement ce diagnostic. Le visage est rond, la racine du nez est aplatie, les narines sont visibles de face. Les yeux sont écartés, ce qui

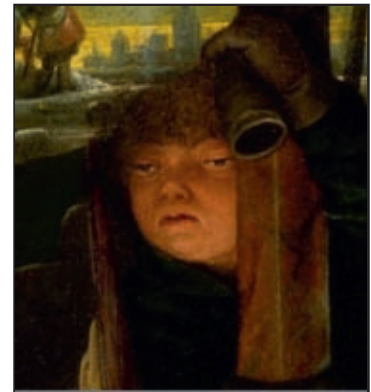


Figure 3. L'aspect de ce berger dont la main tient une corne de bélier pourrait également évoquer une trisomie 21.

pourrait être un effet dû à l'aplatissement de la racine du nez. Leur angle interne présente un repli cutané appelé épicanthus. La bouche est petite, avec des coins tombants. Cette œuvre peinte est un véritable manuel de séméiologie. Les signes retranscrits apparaissent évidents. Elle est exceptionnelle par la précision de la représentation, bien antérieure aux premières descriptions écrites de cette maladie.

Pour Berg (7) cette peinture est l'identification par l'artiste du "syndrome de down" avant Down !

Un ange porteur de trisomie 21 dans la peinture de Filippo Lippi

Dans un tableau de Filippo Lippi, *La Vierge d'humilité*, peint vers 1430, un groupe d'anges aux visages d'enfants entoure la Vierge.



Figure 4. Filippo Lippi : La Vierge d'humilité avec anges et saints (détail). Pinacoteca del Castello Sforzesco, Milan.



Figure 5. Détail de la tête de l'enfant qui pourrait être porteur de trisomie 21

Celui dont la tête est placée à droite du visage de la Vierge sur l'image pourrait être atteint de trisomie 21. Les autres enfants présentent des dysmorphies de la face, évocatrices d'un handicap mental. Contrairement à l'opinion de B. Stratford (8), ils ne présentent pas les stigmates caractéristiques de la trisomie 21.

B. Stratford estime que ces enfants n'ont pas été peints de leur vivant, mais de mémoire. Pour lui, Filippo Lippi s'est souvenu de sa jeunesse, qu'il a passée dans un orphelinat, où un grand nombre de ces enfants étaient abandonnés et où ils décédaient probablement assez rapidement. Il est placé très jeune au couvent des Carmes de Florence où il prononce ses vœux puis devient peintre au service des Médicis. Stratford ajoute que c'est un fait notable que Lippi, devenu un peintre renommé, les juge qualifiés pour représenter des anges. Même l'enfant Jésus semble un peu hypotonique. On constate une nouvelle fois que ces enfants ont une place privilégiée.

Le "petit Jésus" dans la peinture de Mantegna : trisomie ou hypothyroïdie ?

Andrea Mantegna, fils de charpentier, fut peintre de la cour du Marquis de Mantoue. Quatre de ses tableaux représentent un enfant Jésus qui pourrait évoquer une trisomie 21

associée à des signes d'hypothyroïdie. E. Peter Volpe (9) a indiqué que le même enfant apparaissait dans un certain nombre de peintures de Mantegna, caractérisé principalement par une posture faciale apathique plutôt que par des caractéristiques du syndrome de Down.

Selon une suggestion de B. Stratford (10) reprise par A. Stahl (11), l'épouse de Mantegna, aurait servi de modèle pour la Vierge. On sait qu'elle eut de nombreux enfants, dont plusieurs moururent en bas âge. Parmi les quatre qui survécurent, on note la présence d'un enfant malade. C'est lui qui, peut-être atteint de trisomie 21, figurerait sur les tableaux.

Selon une autre hypothèse, le peintre aurait fait le portrait d'un enfant de la famille de Louis III Gonzague, marquis de Mantoue. Il est possible que ce soit l'un des dix enfants que lui a donné son épouse qui auraient pu aussi être atteints de cette maladie inconnue.

Le tableau de "La Vierge et l'enfant" au Musée des beaux-arts de Boston fait polémique ! Le Musée de Boston qui abrite ce tableau a demandé de mentionner à chaque citation un démenti évoquant "un manque d'habileté du peintre et l'état de conservation de la peinture"

Il convient ici de faire une place à part à l'hypothyroïdie. En effet, elle est 30 fois plus fréquente chez le nouveau-né trisomique. Dans ce tableau, le visage de l'enfant présente une ressemblance aux signes cliniques de la trisomie 21, mais aussi à l'expression possible d'une hypothyroïdie.

L'hypothèse d'une hypothyroïdie associée, dont on connaît la fréquence dans la trisomie est plausible. Le goitre apparent chez la Madone renforce cette opinion.

En s'appuyant sur l'observation antérieure de Ruhra d'une peinture de 1454 de la vierge et l'enfant attribuée à Andrea Mantegna, E Peter Volpe (9) a évoqué la représentation apparente de signes combinés du syndrome de Down et du crétinisme

(Hypothyroïdien). E Peter Volpe a soutenu que le syndrome de Down n'était pas reconnu avant la description de Down, mais était simplement regroupé avec le crétinisme. Le syndrome de Down comme un trouble distinct, à son avis, n'est apparu que lorsque le crétinisme a reculé en fréquence à la fin du 19^{ème} et au début du 20^{ème} siècle.

Dans ces tableaux, les visages des enfants présentent une ressemblance due non seulement aux mêmes stigmates dysmorphiques, mais aussi à l'expression évidente d'un retard mental. L'hypothèse d'une hypothyroïdie, dont on connaît la fréquence dans la trisomie 21 et qui serait un facteur aggravant, est d'autant plus plausible que le goitre endémique était soigné en Italie par les médecins de l'Ecole de Salerne dès le XIII^e siècle selon F. Merke (12).

Un autre exemple se trouve dans la Madone et l'enfant, à Bergame en Italie, peint par Mantegna vers 1460. Les traits de l'enfant Jésus sont suggestifs en raison de l'aspect des fen-



Figure 6. La Vierge et l'Enfant. Andrea Mantegna. Musée des Beaux-Arts de Boston (1).

(1) Le tableau de "La Vierge et l'enfant" au Musée des beaux arts de Boston fait polémique ! Le Musée de Boston qui abrite ce tableau a demandé de mentionner à chaque citation un démenti évoquant "un manque d'habileté du peintre et l'état de conservation de la peinture".



Figure 7. Mantegna : La Madone et l'enfant. Le visage de l'enfant évoque un retard mental et la possibilité d'une trisomie 21. Académisa Carrara, Bergame.

tes palpébrales, la petitesse du nez dont la racine est aplatie, la bouche ouverte et l'expression apathique du visage. Dans ce tableau, le visage de l'enfant présente l'expression évidente d'un handicap mental. A noter en faveur de la trisomie une forme caractéristique des pieds avec les deux premiers orteils trop écartés. L'hypothèse d'une hypothyroïdie associée dont on connaît la fréquence est plausible.

La place de l'enfant dans "Ecce Homo" de la "Passion du Christ"

J. Kunze et I. Nippert (13), professeurs de génétique allemands ont attiré l'attention sur un enfant peint sur un panneau de l'autel de la cathédrale d'Aix-la-Chapelle et qui serait très évocateur d'un sujet porteur de trisomie 21.

Ce triptyque de La passion du Christ se trouve dans la Cathédrale d'Aix-la-Chapelle. Nous nous intéresse-

rons au panneau de gauche et à la présence de cet enfant dans cet ensemble.

Sur le visage de profil (Fig. 8a), on distingue les fentes palpébrales étroites et obliques, la petitesse de la racine du nez, la bouche ouverte. On devine que la nuque est courte et épaisse. Cette description est en faveur d'une forte probabilité de trisomie 21. On note que ses cheveux sont bouclés, et non raides, mais cet aspect pourrait être simplement conforme à la mode de l'époque.

La qualité des vêtements de l'enfant confirme qu'il devait être bien traité.

Figure 8a : Il s'agit de la scène de Ecce homo. Ecce homo signifie "voici l'homme". C'est l'expression utilisée par Ponce Pilate dans la traduction latine lorsqu'il présente Jésus à la foule, couronné d'épines.

Regarder cet homme que Pilate vous présente du haut du prétoire

Le voilà cet homme c'est bien un homme

Dans la construction du tableau, il est remarquable que cet enfant apparaisse comme présenté sur le même plan que Jésus quand Ponce Pilate dit "Ecce Homo-Voici l'Homme".

Discussion

Au XVI^{ème} siècle, la faible fréquence des tableaux comportant de tel sujet peut s'expliquer par le faible nombre des sujets porteurs de trisomie 21 à cette époque.

D'une part ces enfants avaient une santé fragile en raison des complications associées (cardiopathies, malformations digestives, sensibilité accrue aux infections), de sorte qu'ils mouraient en bas âge. D'autre part, le fait que l'affection augmente avec l'âge maternel avait également pour effet de raréfier les naissances d'enfants trisomiques. Il y a quelques siècles, seulement la moitié de la population féminine dépassait l'âge de 35 ans, ce qui réduisait le nombre de mères potentiellement porteuses d'un enfant atteint (11).

La représentation d'un individu avec le syndrome de Down pour Levitas (6) soulève plusieurs questions concernant son statut à la fin du Moyen Âge. L'une des nombreuses questions, est celle du choix d'un enfant trisomique pour représenter un ange. Peut-être est-ce le fait qu'ils mourraient jeunes et ne dépassaient pas l'enfance. Ils restaient innocents et



Figure 8. La passion du Christ. Cathédrale d'Aix-la-Chapelle.



Figure 8a. Détail du panneau gauche de La passion du Christ. Cathédrale d'Aix-la-Chapelle.



Figure 8b. Panneau de gauche de La passion du Christ. Cathédrale d'Aix-la-Chapelle.

à l'abri des péchés. Dans *"History of mental retardation"*, Scheerenberg représente généralement le XVI^{ème} siècle comme un moment où les enfants avec un retard mental évident étaient généralement *"abandonnés à la mort ou à la servitude"*. (14)

Conclusion

L'analyse des tableaux que nous avons présentés donne une indication, certes fragmentaire, sur la perception de ces sujets porteurs de trisomie 21 mais permet de penser que ceux qui étaient accueillis bénéficiaient d'une insertion au sein de la société. Ils apparaissent bien traités et dignes d'être représentés dans l'art.

Cependant, de nombreux enfants handicapés étaient portés pour les soins aux monastères. C'est dans ces orphelinats que Filippo Lippi les aurait rencontrés et les aurait peints de mémoire. Le peintre, dans sa Vierge d'humilité, en rassemblant tous ces enfants comme des anges, amène le spectateur à porter un autre regard, plus fraternel.

Les peintres ne donnent pas de leçon mais, en présentant à notre regard ces sujets différents, comme des anges dans la pureté ou associé à

"Ecce Homo - voici l'homme", inversent notre regard sur le handicap et nous questionnent sur la découverte de l'altérité.

Bibliographie

1. Verloes A. Une courte histoire du syndrome de Down, De l'idiotie furfuracée à la trisomie 21. Unité de Génétique Clinique, Hôpital Robert Debré, Paris 14/01/2012.
2. Lejeune, J., Gautier, M., & Turpin, R. Les chromosomes humains en culture de tissus. Comptes Rendus de l'Académie des Sciences 1959a, 248, 602-3. Lejeune, J., Gautier, M., & Turpin, R. Etudes des chromosomes somatiques de neuf enfants mongoliens. Comptes Rendus de l'Académie des Sciences 1959b, 248:1721-1722.
3. A. Stahl A., Tourame P. L'ancienneté de la trisomie 21 et sa représentation dans les arts visuels Histoire des sciences médicales. Tome XLVII n°1 -2013 pages 19-28.
4. Grmek, M. et D. Gourevitch. Les maladies dans l'art antique. Fayard, Paris 1998.
5. Starbuck et all. Morphological Integration of Soft-Tissue Facial Morphology in Down Syndrome and Siblings. American Journal of Physical Anthropology, 2011.
6. Levitas, A.S. and C.S. Reid. An angel with Down syndrome in a sixteenth century Flemish Nativity painting. Am. J. Med. Genet., 2003, 116A (4), 399-405.
7. Berg, J.M. and M. Korossy. Down syndrome before Down : a retrospect. Am. J. Med. Genet. 2001, 102 : 205-211.
8. Stratford, B. Down's syndrome. Past, Present and Future, Penguin Books, London 1989.
9. Volpe E.P. Is Down syndrome a modern disease ? Perspect. Biol. Med., 1986, 29 (3 Pt 1), 423- 436.
10. Stratford B. Down's syndrome at the court of Mantua. Matern Child Health 1982;7:250-4.
11. Stahl A., Tourame P. La trisomie 21 dans les arts visuels. Archives de Pédiatrie 2013; 20:1342-1351.
12. Merke, F. Geschichte und Ikonographie des endemischen Kropfes und Kretinismus. Verlag Hans Huber, Bern, Stuttgart, Wien 1971.
13. Kunze J. and I. Nippert. Genetics and malformations in art. Grosse Verlag, Berlin 1986.
14. Scheerenberger RC. A history of mental retardation. Baltimore.MD: Paul H. Brooks, 1983 p29-33.



Suivez l'actualité du SYNGOF
au quotidien sur

www.syngof.fr

Conseil d'Administration

du Syngof

Président

Docteur de ROCHAMBEAU
Hôpital privé Marne Chantereine
BROU SUR CHANTEREINE

Présidents d'honneur

Docteur COUSIN
Professeur GIRAUD
Docteur ROZAN

Vice-Présidents

**Pôle Gynécologie Obstétricale
Libérale**

Docteur BOYER DE LATOUR
1 bd Schweitzer
SAINT QUENTIN

Docteur LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Pôle Praticiens Hospitaliers

Docteur FAIDHERBE
CHU Arnaud de Villeneuve
MONTPELLIER

Docteur LE PORS-LEMOINE
Centre Hospitalier - ST MALO

Pôle Gynécologie Médicale

Docteur GUERIN
13 bd des rochers - VITRÉ

Docteur HOMASSON
5 rue Chanez - PARIS

Secrétaire Générale

Docteur PAGANELLI

Secrétaire Général Adjoint

Docteur RIVOALLAN

Secrétaire Général honoraire

Docteur MISLER

Trésorier

Docteur MARTY

Trésorier adjoint

Docteur GRAVIER

Membres de droit

Docteur BELAICHE
Professeur COLETTE
Professeur GIRAUD

Membres du Bureau

Docteur BOYER DE LATOUR
Tél. 03 23 64 53 59

Docteur DE ROCHAMBEAU
Tél. 01 64 72 74 31

Docteur FAIDHERBE
Tél. 06 85 73 38 00

Docteur GRAVIER
Tél. 06 62 45 28 10

Docteur GUERIN
Tél. 06 35 22 19 33

Docteur HOMASSON
Tél. 01 40 71 93 64

Docteur LAPLACE
Tél. 05 56 43 72 24

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

Docteur MARTY
Tél. 05 63 77 79 00

Docteur PAGANELLI
Tél. 02 47 37 54 49

Docteur RIVOALLAN
Tél. 02 98 95 84 84

Membres

Docteur BASTIAN
Place du Grand Jardin - VENCE

Docteur BLUM
10 rue du Rhône - MULHOUSE

Docteur BOHL
1-3 av Carnot - SAINT-MAX

Docteur BONNEAU
2 bd du Roy - LES PAVILLONS/BOIS

Docteur BONNET
Hôpital de Fontainebleau
FONTAINEBLEAU

Docteur CACAULT
71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

Docteur CAMAGNA
1 rue Velpeau - ANTONY

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 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

■ PERPIGNAN

Groupe de gynécologues obstétriciens médicaux-chirurgicaux recherche gynécologue médical pour diriger le centre d'AMP de Perpignan. Le cabinet est indépendant, à 300 m de la clinique et du labo FIV, équipement complet et secrétariat dédié. Ce poste permet l'accès au plateau technique de la clinique pour les actes d'AMP et pour d'autres gestes chirurgicaux. Il peut aussi intéresser un gynécologue obstétricien avec une activité chirurgicale : la clinique a un plateau technique polyvalent, bloc chirurgical multidisciplinaire (laser CO2, plasmajet, ultracision...) autorisations pour l'oncologie gynécologique avec importante activité de sénologie.

T. 04 68 34 20 33 - 06 82 15 56 11

■ LILLE

Recherche pour succession, d'une activité actuelle de gynécologie médicale et chirurgicale et d'obstétrique un gynécologue obstétricien (ou médical). Possibilité de travailler dans un établissement de Lille centre, très bien équipé au sein d'une polyclinique médico-chirurgicale, la maternité de Niveau 2A réalise un peu plus de 2000 naissances/an, avec 10 gynécologues obstétriciens, 6 anesthésistes, 6 pédiatres. Possibilité de fonctionner seul ou en équipe pour les astreintes et les gardes sur place. Possibilité de remplacement pour connaître la clinique et l'équipe.

T. 03 20 57 99 90 - 06 07 66 40 59

■ PARIS

Gynécologue exerçant dans un cabinet de spécialistes (pédiatre, dermatologue, ophtalmo, ORL, kine, radio...) cède clientèle à partir de juin 2017. Charges et loyer raisonnables, fort potentiel. Peut convenir à gynécologue médical ou gynécologue obstétricien. Possibilité secteur 1 ou 2.

T. 06 08 66 24 40

■ LE CHESNAY

Gynécologue-obstétricien, secteur 2 cherche à céder sa clientèle pour cause de départ à l'étranger. Activité importante au sein d'un hôpital privé avec 7 gynécologues-obstétriciens, maternité de niveau 2 (1300 accts/an), plateau technique sur place. Possibilité d'activité chirurgicale, PMA, échographie... Départ prévu entre juillet et septembre 2017.

T. 06 63 73 96 17

■ ST GERMAIN EN LAYE

Gynécologue obstétricien chirurgien secteur II, ancien CCA des Hôpitaux de Paris, cherche à partir de Juillet 2017 successeur, au sein d'un cabinet de 4 ACCA, installé au sein d'une clinique MCO neuve. Importante activité avec chirurgie gynécologique, oncologie chirurgicale et obstétrique, fidélisée depuis 30 ans. Pourrait convenir à deux collègues.

T. 06 68 03 90 82

■ GOURDON EN QUERCY

Cède patientèle gynécologie-obstétrique, tenue 40 ans, dans cité médiévale du Quercy à 1h30 de Toulouse et de Limoges. Possibilité de chirurgie ambulatoire à l'hôpital. Retraite septembre 2017.

T. 05 65 41 01 40

■ LE PERREUX SUR MARNE

Gynécologue médicale secteur 2 exerçant depuis 1980 cède clientèle cause retraite à partir de janvier 2018. Matériel de qualité. Convierait à un gynécologue obstétricien ou un gynécologue médical.

T. 06 22 49 22 49

■ REIMS

Recherche pour succession gynécologue médical(e) en vue de cessation d'activité en juin 2017. Patientèle gratuite et petit prix sur matériel (échographe, colposcope, autoclave...) local en location avec possibilité d'achat. Activités de gynécologie médicale, infertilité, suivis de grossesse, échographie, un peu de sexologie.

T. 06 83 76 32 57

■ ANNEMASSE

Recherche collaboratrice(teur) ou associé(e) gynécologue obstétricien(ne), ancien interne et/ou assistant(e). Cabinet médical récent, équipement moderne, à la porte de Genève. Chirurgie

gynécologique et/ou accts. Activité chirurgicale et/ou obstétricale soutenue par senior.

T. 06 72 72 01 02

■ TOULOUSE

Possibilité d'intégrer, en remplacement d'un départ à la retraite, un groupe de 6 gynécologues obstétriciens libéraux exerçant en association, au sein d'une maternité de type II, dans une clinique médico-chirurgicale de la 1^{ère} couronne toulousaine

T. 06 48 78 72 16

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

■ CAGNES SUR MER

Cabinet de groupe de gynécologues accoucheurs cherche remplaçant pour toutes périodes de vacances de façons répétitives. Conditions de remplacement très simples nous laissons l'intégralité des honoraires perçus.

T. 06 10 77 50 64

■ PACA

Gynécologue-obstétricien qualifié, retraite cherche remplacements sans accouchements ni chirurgie toutes régions.

T. 06 12 28 58 58

■ FERNEY VOLTAIRE

Cherche remplaçant du 31 juillet au 20 août 2017. Cabinet gynécologie obstétrique avec activité importante. Consultations + accouchements + chirurgie. Astreintes en clinique.

T. 06 64 23 67 11

■ PACA

Cabinet de gynécologie obstétrique avec forte activité, cherche remplaçant longue durée avec possibilité de reprise clientèle à moyen ou long terme. Possibilité d'hébergement.

T. 04 94 79 07 08

■ PACA

Interne en 10^{ème} semestre de gynéco. obs. cherche un remplacement 2 à 3 jours par semaine de mai à juillet. Remplacement gynéco, suivi de grossesse, infertilité, PMA, transferts, ponctions, échographie sono 3D gynéco et monitoring.....

T. 06 13 90 02 72



Les Cahiers SYNGOF
jour après jour



vous informent



Un médecin responsable du bureau protection maternelle, planification familiale, périnatalité (H/F)

Missions

Assurer la dynamique de protection maternelle et planification au sein du service de la protection maternelle et infantile ainsi que les liens avec les partenaires institutionnels.

Profil

Médecin gynécologue médical, gynécologue obstétricien ou généraliste, expérience en gynécologie et en obstétrique, en protection maternelle ou santé publique, expérience d'encadrement et une connaissance du travail en PMI souhaitée.

Adressez votre candidature sous la référence SYNGOF/ERH2/DEF/MEDECIN/PMI/17 à erh2-recrutement@seinesaintdenis.fr
ou à Monsieur le Président du Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, Pôle personnel et relations sociales Equipe RH 2. 93006 BOBIGNY CEDEX
Médecin responsable protection maternelle planification familiale périnatalité
Contact pour renseignements sur les missions Mme Masson médecin chef du service de la protection maternelle et infantile tel 01 43 93 80 70 rmasson@seinesaintdenis.fr



Maternité
des Lilas

La Maternité des Lilas est un hôpital privé à but non lucratif, Maternité de Niveau I centrée sur la prise en charge des femmes et des couples dans leur parcours de vie qu'il s'agisse de planification familiale, de conjugalité, d'éducation à la sexualité ou d'accompagnement de la grossesse et de la naissance.

Dans le cadre d'un nouveau projet organisationnel, la Maternité des Lilas souhaite renforcer ses équipes médicales autour du projet d'établissement.

La Maternité des Lilas recherche

3 GYNECOLOGUES-OBSTETRICIENS - H/F

Activité obstétrique, chirurgie gynécologique, centre d'IVG
3 salles de naissance, 1 bloc de 2 salles - 30 lits d'hospitalisation - 1600 accouchements par an, 950 IVG
Projet d'établissement tourné vers l'accouchement physiologique et le respect du droit des femmes et de l'enfant :
Temps partiel/Temps complet
Salaire selon expérience
Convention Collective 51 (FEHAP)
Transport : Mairie des Lilas (Métro 11) - Porte des Lilas (Tramway T3B)



Si vous êtes intéressé(e), merci de prendre contact par mail : m.vannier@maternite-des-lilas.com (Directrice)



L'Institut Hospitalier Franco-Britannique, 270 lits et places, spécialités :
Maternité & Néonatalogie (niveau 2A), Chirurgie, Médecine, Anesthésie-Réanimation-Urgences, Oncologie, Ambulatoire, UGA, situé à 5 mn du M° Anatole France (ligne 3) à Levallois-Perret (92) recherche :

Chef de Service Gynécologie-Obstétrique h/f

CDI à temps plein

Mission : Sous la responsabilité administrative du Directeur Général, vous êtes chargé de piloter, dynamiser et coordonner l'organisation et l'activité du service de gynécologie-obstétrique (37 lits de suites de couches, 6 lits de grossesse pathologique, 8 lits et places de chirurgie, 2 500 accouchements et 800 interventions de chirurgie gynécologique par an). Au sein d'un hôpital en pleine expansion, qui structure son projet immobilier de regroupement, vous participez notamment : • à la mise en œuvre et au déploiement du projet médical du service, dans le cadre du projet d'établissement • à l'activité clinique, obstétricale et chirurgicale • au développement de la démarche qualité et gestion des risques ainsi qu'aux bonnes pratiques professionnelles • à l'équilibre économique du service • au développement du réseau au sein du département (périnat 92) • aux protocoles et études cliniques • aux gardes et astreintes obstétricales et chirurgicales.

Profil : Vous êtes inscrit au conseil de l'ordre des médecins et avez éventuellement déjà une expérience de chefferie de service. Compétences en obstétrique et chirurgie gynécologique.

Rémunération : Selon profil, ancienneté et grille interne (Convention Collective Fehap).

Pour postuler : Les candidatures sont à adresser à la Direction des Ressources Humaines : recrutement@ihfb.org



Paris - Centre Médical international^{AVS},
extension du Centre de Vaccinations Internationales Air France,
recherche (notamment) gynécologue
pour rejoindre une nouvelle équipe attachée aux soins de premier
recours et préventifs.



La clientèle sera du quartier (juste au nord de République) mais comportera aussi des voyageurs nationaux et internationaux. Un intérêt pour le voyage comptera, la capacité à mener une consultation médicale en anglais sera un plus ; une autre langue sera bienvenue.

Pour en savoir plus, s'adresser au Dr Jean-Michel Lichtenberger - jeanmichel.lichtenberger@voyagesante.fr



CENTRE HOSPITALIER SUD-GIRONDE LANGON

Établissement public de santé,
40 min au sud de Bordeaux,
recrute pour son service de maternité type I,
800 accouchements/an



GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

PH temps plein ou temps partiel, titulaire ou contractuel ou assistant(e).
Fort potentiel chirurgical avec autorisations pour la cancérologie du sein et du pelvis.
Territoire de recours pour la médecine fœtale et l'infertilité.

Personne à contacter :

Clara BOISSAVI - Attaché d'Administration des Affaires Médicales - 05 56 61 53 78 - clara.boissavi@ch-sudgironde.fr
Dr Tissot Hélène - Chef de Pôle - 05 56 76 57 10 - helene.tissot@ch-sudgironde.fr



web



Centre Hospitalier Jean Leclaire

Le Centre Hospitalier de Sarlat place le patient au cœur du parcours de prise en charge dans une dynamique de respect des droits du patient et d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins en réseau gradué d'expertise via des partenariats.

Le Centre Hospitalier de Sarlat, en FMIH avec le CH de Périgueux (Maternité de niveau 2 et Etablissement Support du GHT de Dordogne), recherche en poste prioritaire à Temps Plein : **1 Gynécologue-Obstétricien-Echographiste**, faisant de la Chirurgie gynécologique et de l'Orthogénie pour sa Maternité de NIVEAU 1 (environ 250 accouchements par an - 400 accouchements jusqu'en 2014 départ du Titulaire du poste).
Le service comporte : 15 lits de maternité, 4 lits de gynécologie, 1 salle de pré-travail, 2 salles d'accouchement, 3 salles d'examen dotées d'échographes.
L'établissement propose une offre de soins MCO complète, avec un Service d'Accueil des Urgences et SMUR, un Bloc opératoire et obstétrical et un plateau d'imagerie (conventionnelle, scanner et IRM).

Equipe motivée, axée sur un suivi physiologique, proposant des consultations : d'orthogénie, d'homéopathie, d'acupuncture, de réflexologie plantaire, cours de préparation à l'accouchement, allaitement, ostéopathie, parentalité, gymnastique hypopressive, sexologie, etc.

Le Centre Hospitalier de Sarlat bénéficie d'une implantation privilégiée au cœur de la vallée de la Dordogne dans une région attractive et touristique alliant qualité de vie et richesses naturelles et culturelles. Sarlat est une ville dynamique située au cœur du Périgord noir, avec un accès facile aux infrastructures de la vie quotidienne (écoles, commerces, lieux festifs et culturels).

Le site Internet du CH Jean Leclaire est à votre disposition pour plus de détails sur l'offre de soins et la vie quotidienne dans notre belle région : www.ch-sarlat.fr

Type de contrat proposé : PH Contractuel ou Titulaire de la fonction publique.

Date de disponibilité souhaitée : immédiate.

Contacts :

• Renseignements fonctionnels :

Pour tout renseignement sur le service, vous pouvez contacter Mme DUPAS, Cadre sage-femme, Le Dr DARWICHE, Coordonnateur de la FMIH, ainsi que l'équipe via le Secrétariat de Gynécologie 05 53 31 76 51 - mail : maternite-secretariat@ch-sarlat.fr

• Renseignements et démarches administratives :

Madame la Directrice Déléguée - Centre Hospitalier Jean Leclaire - Le Pouget - CS 80201 - 24206 SARLAT Cedex
ou par mail à la Direction des Affaires Médicales : affaires-medicales@ch-sarlat.fr
Les candidatures seront étudiées sur Lettre de motivation, CV et Copie des diplômes.



Le Centre Hospitalier Pierre Oudot de Bourgoin-Jallieu

se situe sur un axe autoroutier et ferroviaire entre Lyon et Grenoble.
L'établissement est localisé à 30 minutes de Lyon, à 40 minutes de Chambéry et de Grenoble en voiture.
Etablissement support du Groupement Hospitalier Territorial du Nord Dauphiné (Isère Nord), situé dans un bassin de population de 300 000 habitants.

Le service de gynécologie-obstétrique est composé de 31 lits.

- Maternité de niveau 2A
- 1300 accouchements par an
- 4 Salles de naissance et 1 bloc obstétrical
- Moyen matériel neuf (5 échographes Voluson)
- La permanence de nuit, week-end et jour férié est assurée environ 5 fois par mois. Un anesthésiste et un pédiatre sont présents sur place 24h/24.
- Vous rejoindrez une équipe déjà constituée de 4 Praticiens Hospitaliers

recrute GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

Temps plein - Poste à pourvoir dès que possible.

CONTACTS :

Dr Vialet André, responsable du service de gynécologie-obstétrique
Email : avialet@ghnd.fr
Magali BOURHIS, Responsable des ressources humaines médicales
Tel : 04 69 15 70 78 - Email : mbourhis@ghnd.fr



L'HÔPITAL DU GIER

Etablissement public de santé, convivial et dynamique, situé à Saint-Chamond (42 - Loire), en zone urbaine dans la Vallée du Gier (environ 80 000 habitants). Son positionnement entre Saint-Etienne (20 mn) et Lyon (40 mn) permet une accessibilité aisée par le réseau autoroutier ou ferroviaire et est à proximité des universités et grandes écoles d'ingénierie



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
M. Bruno Michel - Directeur du CH - 04 77 31 19 01

Plateau technique, 200 lits MCO
Maternité niveau 1
800 accouchements en 2016
diversité de spécialités médicales
et chirurgicales

Le Centre Hospitalier de Châteaubriant - Nozay - Pouancé (Pays de Loire), 850 lits, 1000 agents,



recherche un gynécologue-obstétricien autonome

sur la chirurgie d'urgence et l'obstétrique,
pour compléter son équipe médicale de 4 praticiens.

Service de maternité de niveau IIA de 18 lits dont 2 kangourou, assorti d'une unité de néonatalogie de niveau IIA. Maternité labellisée IHAB, 650 accouchements par an, gros potentiel de recrutement de patientèle sur un bassin de population de 180 000 habitants, activité de chirurgie possible. Permanence des soins organisée en astreintes opérationnelles forfaitisées.

Proche de Nantes et de la côte ouest (50 mn), Rennes (45 mn) Angers (55 mn), le centre hospitalier assure des activités de médecine polyvalente et spécialisées, urgences - SMUR, cardiologie et pathologies vasculaires, hépato gastro-entérologie, pédiatrie, planification familiale et IVG, soins de suite, long séjour et maison de retraite.

Ouverture d'une unité de soins continus aux Urgences et acquisition IRM en 2017.

Au sein du pôle santé CHOISEL, l'établissement est associé à des partenaires de statut privé : la clinique Ste Marie, le laboratoire BIOMEDILAM et SCM en charge d'un scanner.



Contact :

Mme Christine MERCIER, Directeur des Affaires Médicales
direction@ch-cnp.fr - 02 40 55 88 02



Centre Hospitalier
FOUGERES

Le Centre Hospitalier de Fougères

établissement MCO de 450 lits situé à 45 km à l'est de Rennes (800 personnels non médicaux et 60 praticiens)



recrute un gynécologue-Obstétricien inscrit à l'Ordre dans la spécialité et disposant de la plénitude d'exercice.

Le CH de Fougères est un établissement de proximité proposant des activités de médecine (accueil des urgences et hospitalisation de courte durée, gastro-entérologie, cardiologie, pneumologie, imagerie, pédiatrie et gynécologie-obstétrique), de chirurgie (chirurgie orthopédique, générale et digestive, unité de soins continus) et de gériatrie (service de soins et réadaptation, court séjour gériatrique, EHPAD + Unité de soins longue durée).

Le CH de Fougères dispose d'une maternité de niveau 2A réalisant 950 accouchements par an et composée de 18 lits, 4 salles de naissance, 1 salle de césarienne située au bloc obstétrical et une auberge de jour.

Les Gynécologues-obstétriciens participent aux activités suivantes :

- Suivi des grossesses normales et pathologiques
- Suivi échographique, gynécologique et de grossesse (Echographe dernière génération 3D)
- Diagnostic anténatal : prise en charge initiale, amniocentèses, accompagnement des IMG, en collaboration avec le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CHU Rennes)
- Exploration et traitement de l'infertilité
- Orthogénie : prescription de contraception et suivi, IVG médicamenteuse ou chirurgicale (Convention avec le Centre de planification situé à proximité)
- Gynécologie médicale
- Chirurgie gynécologique (chirurgie gynécologique bénigne et fonctionnelle par coelioscopie, laparotomie ou voie basse)
- Cancérologie : prise en charge initiale et collaboration avec le service de chirurgie générale et le centre Eugène Marquis.

Un accès à la péridurale 24h/24 et à des postures d'accouchement selon les besoins exprimés par la patiente est proposé.

Le service de gynécologie-obstétrical fonctionne 24h/24 avec des sages-femmes présentes sur place la nuit. Les astreintes opérationnelles sont effectuées par les gynécologues-obstétriciens.

La continuité obstétricale et chirurgicale est assurée par l'astreinte opérationnelle des chirurgiens viscéraux, la garde sur place des anesthésistes, un accès au laboratoire à proximité immédiate du service et des pédiatres en astreinte opérationnelle.

4 lits de néo-nat sont installés en pédiatrie (lits kangourou possibles).

La Maternité adhère au réseau « Bien naître en Ille-et-Vilaine » : convention de transfert périnatal, échanges de pratiques, formation etc. Elle profite d'un partenariat interne autour de la diabéto et de l'addicto et d'un partenariat actif avec le CHU de Rennes.

Les gynécologues-obstétriciens participent à des staffs pluridisciplinaires.

L'équipe se compose de 4 praticiens hospitaliers, 1 sage-femme faisant fonction de cadre de santé, une équipe pluridisciplinaire et polyvalente : 17 sages-femmes, puéricultrices, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, agents de service hospitalier et 1 psychologue du réseau périnatal Bien Naître en Ille-et-Vilaine.

Candidature à envoyer à :

Mme Laurence JAY-PASSOT - Directrice
Centre Hospitalier de Fougères
133, rue de la Forêt - 35300 FOUGERES - ljay-passot@ch-fougères.fr

Renseignements auprès de :

Mme Bénédicte SIMON - Directrice des Ressources Humaines - bsimon@ch-fougères.fr
Docteur Philippe LEFEVRE - Chef du pôle « femme - enfant » - plefevre@ch-fougères.fr
02 99 17 70 41



Centre hospitalier
**René Plevén
Dinan**

Groupe hospitalier de territoire Rance Émeraude



Le Centre Hospitalier de Dinan, idéalement situé en Bretagne, à 53 km de Rennes, 33 km de Saint Malo et 3 h de Paris, recherche pour compléter son équipe médicale :

Au sein du pôle Femme-Enfant,

UN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN TEMPS PLEIN OU PARTIEL

Qualifié avec compétences échographique, chirurgie gynécologique, coelochirurgie et IVG.

Maternité à taille humaine de niveau 2a comprenant 16 lits.

Maternité à 40 minutes d'une maternité de niveau 3.

735 accouchements, 14 000 consultations par an.

Pour tout renseignement, contactez :

Madame DENIEL
Directrice déléguée
Tél. : 02 96 85 72 90
Mail : direction@ch-dinan.fr

Docteur KLOUCHE
Chef de pôle
Tél. : 02 96 85 72 85 poste 2616
Mail : all.klouche@ch-dinan.fr





Centre Hospitalier d'Antibes Juan les Pins
Recherche un **GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN** à Temps Plein
Pour renforcer notre équipe de 3 PH et 2 assistantes.

Maternité de niveau 2.
Environ 1100 accouchements par an.
Activité mixte gynécologie et obstétrique, PMA et échographies possibles.
Agrément cancérologie pelvienne et mammaire.
Astreintes opérationnelles.
Anesthésiste de garde sur place jour et nuit.
Poste évolutif.

Contact : DR DUFORESTEL - thierry.duforestel@ch-antibes.fr
DR MUZELLE - cecile.muzelle@ch-antibes



La Clinique du Palais à Grasse recherche un chirurgien spécialiste en gynécologie/sénologie.

La clinique du Palais est un établissement médico-chirurgical polyvalent récent disposant d'une capacité de 64 lits et places, elle rayonne sur trois départements : Alpes-Maritimes, Var et Alpes-de-Haute-Provence.
Elle fait partie du Groupe Almayviva Santé qui représente le plus important groupe hospitalier privé de la région PACA.

Les conditions d'installation sont les suivantes :

- Départ en retraite sans rachat de patientèle.
- Importante activité du praticien sortant et forte demande de prise en charge sur le bassin de population.
- Cabinet de consultation disponible sur site.
- La clinique dispose d'une autorisation en chirurgie du cancer du sein.

Vous pouvez contacter :

Marie-Françoise MALLEVIALLE - Directrice
mariefrancoise.mallevalle@almaviva-sante.com
Port : 06 33 88 95 88
Tél : 04 97 01 15 41



Intitulé du poste : GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN Pôle de référence : Pôle Femme Enfant Date souhaitée de prise de fonction : 2017



Présentation de l'établissement

Le Centre Hospitalier Andree Rosemon est le 1er établissement de santé de Guyane répondant à 44% des besoins de santé du département : 250 médecins, 2175 professionnels soignants et administratifs.

Activité : chaque année plus de 52 000 patients, 30 600 séjours, 3 900 naissances, 6200 interventions chirurgicales, 50000 passages aux urgences 661 lits – 8 salles d'opérations et d'interventions – 3 salles de radiologie avec capteurs plans.

Le Centre Hospitalier est en pleine restructuration avec la création de nouvelles activités et la modernisation du plateau technique (IRM 3 tesla récemment installé) Il est également sur la voie de l'universitarisation avec des équipes de recherche clinique actives et notamment un CIC EC.

Activités du pôle de référence

Le Pôle FEMME ENFANT regroupe plusieurs spécialités dans 3 services distincts :

- Gynécologie Obstétrique dont une unité dédiée aux urgences gynécologiques.
- Médecine, chirurgie et surveillance continue pédiatrique.
- Médecine et réanimation néonatale.

Capacité d'accueil : 269 lits d'hospitalisation.

Descriptif du poste proposé

Le Centre Hospitalier de Cayenne recherche plusieurs gynécologues obstétriciens pour renforcer son équipe, avec de nouvelles compétences.

PH temps plein ou partiel (dont 2 sur des profils chirurgie).

Maternité de niveau 3 comprenant 105 lits.

- Dans de nouveaux locaux aux normes avec plateau technique en rapport.
- 3400 accouchements en 2015.
- Activité chirurgicale à développer.
- Agrément pour la cancérologie sein et gynécologie.
- Service agréé pour la formation des internes.
- Permanence des soins : deux lignes de garde (urgences gynéco-obstétricale et salle de naissance).

Le candidat devra être qualifié en gynécologie obstétrique et pratiquer les activités suivantes : Echographie (gyneco-obstetrique) - Chirurgie gynécologique - Coelochirurgie - IVG.

Orientation universitaire souhaitée.

Si expérience et appétence pour le management, poste à responsabilité possible.

Conditions de recrutement

Poste de PH prioritaire ou PHC (échelon 4 à 13 selon expérience professionnelle) rémunération + 40%.
Soutien logistique pour l'installation.

- Pour les PH : prise en charge du transport aérien et des frais de déménagement pour la famille + congés bonifiés (1 mois tous les 3 ans).
- Pour les PHC : prise en charge du transport aérien.

Personnes à contacter

PRESIDENT DE CME - Dr Christophe LEBRETON
christophe.lebreton@ch-cayenne.fr

DIRECTION DES AFFAIRES MEDICALES - Mme Caroline CARTIER
caroline.cartier@ch-cayenne.fr

LA CLINIQUE DURIEUX RECHERCHE

(Le Tampon - Ile de la Réunion)

PRATICIEN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

En exercice libéral

Etablissement MCO pluridisciplinaire à l'Ile de la Réunion, nombreuses perspectives de développement dans ces spécialités chirurgicales et forte demande d'une patientèle existante.

- 21 lits de maternité (niveau 1), bloc obstétrical de 3 salles d'accouchement et 3 salles de pré travail.
- Bloc central avec ses 8 salles d'opération SSPI de 14 postes + service de stérilisation attenant rénovation en 2012.
- Confort et qualité de vie unique.



CLINIQUE DURIEUX

Si vous êtes intéressé par la perspective d'une telle installation et souhaitez recueillir plus d'information, n'hésitez pas à contacter : Monsieur Stéphane de Lamothe - Tél. : 02 62 59 61 61 - Fax : 02 62 91 48 21 ou par courriel : stephane.delamothe@cliquedurieux.fr



Réseau
PRO
Santé

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAPROSANTE.FR

www.reseaprosante.fr est un site Internet certifié HONcode





**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 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 profile. Below the logo, the address "Siège Social : 50, rue Raffet – 75016 PARIS" and the legal information "Association loi 1901 - Siret 810 382 887 - Siren 810 382 887 00018" are displayed in white text on a green background.