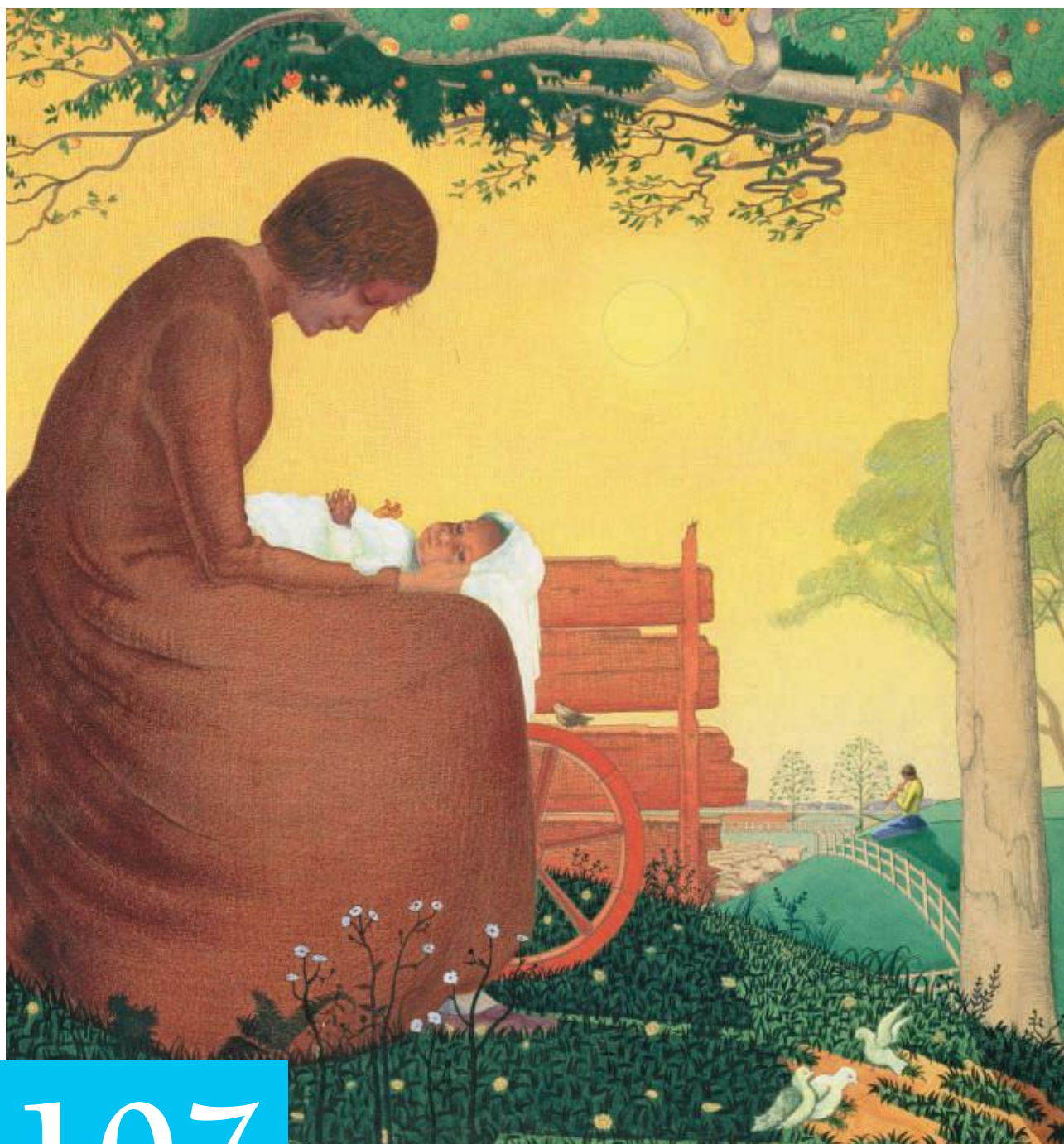


LES
CAHIERS

SYNGOOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



107

Décembre
2016

- La nouvelle convention
- Déclaration des EIG aux ARS
- Décisions judiciaires



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



3 Éditoriaux

F. X. BOYER de LATOUR
B. de ROCHAMBEAU

INFORMATIONS SYNDICALES

- 4** CA du 9 décembre 2016
B. de ROCHAMBEAU
- 10** La nouvelle convention
B. de ROCHAMBEAU
- 14** Présentation du décret "Déclaration des EIG aux ARS"
J. MARTY
- 16** Le CNOM répond au SYNGOF
E. PAGANELLI
- 18** Information de l'Assurance Maladie
Suivi des personnes à haut risque de cancer du sein
- 20** Maudit partenaire
O. THIEBAUGEORGES, B. de ROCHAMBEAU, J. MARTY
- 21** Rencontre AIDES
E. PAGANELLI
- 23** Examens obligatoires
E. PAGANELLI
- 24** Attractivité de l'exercice hospitalier
Protocole d'accord de méthode relatif à la deuxième phase de déclinaison des mesures destinées à renforcer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital
P. LE PORS

DROIT ET GYNÉCOLOGIE

- 29** Décisions judiciaires
G. LACOEUILHE

ETHIQUE

- 31** Concilier soins et religions
- Contraception médicalisées
 - Procréation médicalement assistée
 - Interruption médicale de grossesse, Soins palliatifs prénataux et Deuil périnatal
 - Stérilisation masculine ou féminine
- J. THÉVENOT*

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

- 37** Les ovariectomies
B. SEGUY

VOS RUBRIQUES

- 42** Propos de lecture
- 44** Conseil d'administration
- 45** Petites annonces
- 46** Les annonces de recrutement

107

décembre



The Bridgeman Art Library

Mother and Child, 1920 (pencil Et w/c on paper)

Pellew, Cloughton (1890-1966)

Private Collection/Michael Parkin Gallery

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 : 4^{ème} trimestre 2016

Imprimé en France

SOULIE Imprimeur - 34110 FRONTIGNAN

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



FRANÇOIS - XAVIER BOYER DE LATOUR
DIRECTEUR DE PUBLICATION

Relations médecin sage-femme, conflit ou chance ?

Depuis une trentaine d'années, les relations entre sage-femme et médecin notamment les obstétriciens s'étaient apaisées. Malheureusement elles sont en train de s'envenimer. Pourquoi ?

Une politique imbécile pendant une vingtaine d'années a prévalu : le trou de la sécurité sociale était dû au nombre trop élevé de médecins en France ! Pendant 20 ans, les cerveaux qui nous dirigent (fonctionnaires, énarques, hommes politiques) ont, ainsi fermé les facultés de médecine, empêchant nos enfants de devenir médecins... Cette idiotie a de nombreuses conséquences dont l'apparition des déserts médicaux, et un manque cruel de médecins dans de nombreuses spécialités dont la nôtre. Pour pallier le manque ces mêmes cerveaux dirigeants ont eu une nouvelle idée géniale. Pour remplacer les médecins (trop longs à former) faisons faire leur travail par les sages-femmes (dont la formation est plus rapide). Le nombre d'étudiantes sages-femmes a, ainsi, été augmenté dans toutes les facultés, puis parallèlement le champ de compétence des sages-femmes a été élargi, en leur confiant de nouvelles tâches pour lesquelles toutes n'étaient pas formées. Cet élargissement des compétences est souvent source de conflits ; les médecins acceptant mal, à juste titre, que leur formation et leurs capacités soient assimilées à celles des sages-femmes. Ils craignent que la santé des femmes soit moins bien prise en charge par des praticiens formés en 6 ans, qu'elle ne l'était auparavant par des médecins formés en 10 ou 15 ans.

Cependant le fait est là : de plus en plus de sages-femmes vont arriver sur le "*marché du travail*" et vont devoir vivre et travailler.

Plutôt que de les rejeter et d'entrer en conflit avec elles ne devrions-nous pas chercher à travailler avec elles ? En les connaissant et d'une certaine manière en les encadrant (comme nous le faisons depuis toujours en salle de naissance) nous devrions profiter de cette opportunité pour qu'elles nous viennent en aide pour augmenter nos capacités de consultation, soit dans nos établissements, soit dans nos cabinets. Les formes de collaboration sont variées : collaboration avec des sages-femmes installées en libéral, salariat comme collaborateur (nous en avons maintenant le droit). Si nous ne faisons rien, le danger est que les établissements dans lesquels nous travaillons les embauchent directement pour pallier le nombre insuffisant de gynécologues obstétriciens, et dans ce cas nous n'aurons plus aucun contrôle sur ces sages-femmes tout en devant assurer leurs complications...

En prenant l'initiative, nous pourrions faire d'un mal un bien en restant les maîtres du jeu.



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION

Une convention pour préserver la liberté tarifaire

L'année 2016 se termine. Elle avait débuté avec 2 éléments législatifs néfastes pour la médecine libérale : l'application au 1^{er} janvier du décret sur les assurances santé complémentaires appelés "*contrats responsables*", et le vote de la loi de modernisation de la santé que nous n'avons cessé de combattre dans ses articles les plus toxiques.

Cette année a été celle de la négociation conventionnelle et le SYNGOF, au sein du BLOC y a pris sa part. Opposés à l'étatisation de la santé contenue dans l'article 1 de la loi de modernisation de la santé, nous aurions pu boycotter cette négociation conventionnelle et maintenir ainsi notre refus, maintes fois exprimé du système qui asphyxie progressivement la médecine libérale.

Mais le déremboursement des honoraires libres des secteurs 2, contenu dans les contrats responsables constituait une menace beaucoup plus immédiate pour les acteurs libéraux des blocs opératoires et des maternités. La solution passait par un accord avec la CNAM dans une option de modération tarifaire qui ne soit pas l'enfermement du Contrat d'Accès aux Soins que nous avons toujours refusé. La solution est apparue quand Nicolas REVEL a reconnu que nos métiers, à forte sujétion sur des actes non répétitifs, nécessitaient une pratique tarifaire différente. Nous avons alors créé l'OPTAM et l'OPTAM CO, spécifique pour les chirurgiens et gynécologues obstétriciens (*lire en page 10*). La plus grande souplesse de ces options proposées aux secteurs 2 et aux secteurs 1 titrés, devrait permettre de s'y engager sans craindre l'enfermement dans un secteur 1 bis. Rentrer dans l'option solvabilise les honoraires libres. Rester hors de l'option sélectionnera une patientèle aisée munie d'une "sur complémentaire".

Notre objectif suivant est de faire réformer ce décret "*contrat responsable*". Notre implication dans les programmes des candidats à l'élection présidentielle répond à ce but. Chacun peut y contribuer, dans sa circonscription, ou dans son engagement politique. L'année 2017 s'annonce comme le troisième volet de notre engagement : le premier a été notre succès aux élections professionnelles de 2015, le deuxième qui a été possible grâce au premier, notre succès dans la négociation conventionnelle, le troisième sera le poids que nous mettrons dans le programme santé de notre futur président de la République qui sera élu en 2017.

Le SYNGOF adresse à chacun de vous ses meilleurs vœux et souhaite une bonne année 2017 à vous et à votre famille.

Conseil d'Administration

9 décembre 2016

B. de ROCHAMBEAU*

Si vous vous engagez à maintenir une tarification égale à celle des 3 années précédentes vous pourrez bénéficier des revalorisations prévues par l'OPTAM CO (Option Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique).

é

étaient présents les Docteurs :

BASTIAN, BOYER DE LATOUR, CAMAGNA, DE BIEVRE, DE ROCHAMBEAU, DENJEAN, DREYFUS, FAIDHERBE, GRAVIER, GRISEY, GUERIN, GUIGUES, HOMASSON, HOROVITZ, LAPLACE, LAZARD, MARTY, PAGANELLI, RIVOALLAN, ROBION, THIEBAUGEORGES, VERHAEGHE

Étaient excusés les Docteurs :

BLUM, BOHL, BONNEAU, CACAULT, DARMON, DEFFARGES, GÉRAUDIE, JELEN, LE MEAUX, LE PORS, LEGRAND, LONLAS, MIRONNEAU, PEIGNÉ, TEFFAUD

Le Président, le Dr de ROCHAMBEAU ouvre le conseil d'administration et remercie les administrateurs d'être venus à Montpellier. Le Conseil ayant lieu pendant les Journées du Collège. Cela a permis aux représentants du SYNGOF de discuter avec tous les représentants de la gynécologie médicale et obstétrique.

Le CNGOF nous a proposé d'intégrer notre réunion de décembre à ses

journées et nous donne la possibilité également d'avoir un stand SYNGOF, ce que nous avons accepté. Le prochain congrès ayant lieu à Lille.

Approbation du procès-verbal du CA précédent

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

Le point sur la Convention B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU rappelle que LE BLOC a signé la nouvelle convention. Cela va modifier les pratiques des praticiens et la mise en place au niveau de la Caisse est en cours. La convention sera effective au 1^{er} janvier 2017. Il y aura un échancier progressif et les revalorisations tarifaires vont se succéder jusqu'à la fin 2018. La revalorisation tarifaire importante pour les acteurs des pla-

teaux techniques sera le 15 juin 2017 avec le modificateur K qui passe de 11,5% à 20% à condition d'avoir souscrit à l'OPTAM CO (Option Tarifaire Maîtrisée Chirurgie et Obstétrique) (voir le fichier explicatif page 10) pour les chirurgiens et les obstétriciens. Cette option pourra être signée dès le 1^{er} janvier.

Ce qui est important c'est que la Caisse va vous demander de vous positionner pour cette option. Allez-vous la signer ou non si vous êtes en secteur 2 ? Pour savoir si c'est intéressant pour vous il faut que vous ayez les calculs sur votre pratique et ceux-ci vont vous être fournis par l'Assurance maladie vers la mi-avril 2017. Si vous vous engagez à maintenir une tarification égale à celle des 3 années précédentes vous pourrez bénéficier des revalorisations prévues par l'OPTAM CO (Option Tarifaire Maîtrisée pour ceux qui font beaucoup d'actes techniques). Plus les médecins signeront tôt cette option et plus ils pourront bénéficier des revalorisations qui vont s'échelonner. Dans les faits les médecins devront signer entre mi-avril et

Il y aura un échancier progressif et les revalorisations tarifaires vont se succéder jusqu'à la fin 2018.

*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.

début juin ce qui est très court pour que tous les confrères soient au courant et prennent une décision. Ce problème est identifié par la Caisse mais nous ne savons encore comment elle va le résoudre.

Il est probable que si on se réfère au CAS (*Contrat d'Accès aux Soins*), les praticiens qui l'avaient signé seront sollicités en premier pour signer l'OPTAM. Mais ils auront du temps pour se décider et s'ils engagent après le 15 juin l'Assurance Maladie est prête à faire une rétroactivité des engagements.

L'OPTAM CO convient aux praticiens qui font plus d'actes techniques et de chirurgie que de consultations.

Les praticiens du collège 2 pourront choisir entre l'OPTAM et l'OPTAM CO. Ceux qui sont dans le Collège 3 ne pourront souscrire que l'OPTAM.

Ce sont toujours les mêmes actes qui qualifient le Collège 2 et le Collège 3. Comme il va y avoir un problème de temps dans la signature, nous serons très vigilants et nous avons demandé comme pour le CAS qu'il y ait une rétroactivité pour ceux qui s'engageront après le 15 juin 2017.

Le principe de l'OPTAM CO c'est que l'avantage en charges sociales que vous avez sur vos tarifs opposables soit réintroduit dans vos tarifs sous la forme d'une augmentation du K de 11,5% à 20%. Alors que ceux qui sont à l'OPTAM ou qui ne signeront pas gardent un K à 11,5%.

Le K dans l'OPTAM va changer de nom et s'appellera Modificateur O.

Les praticiens hospitaliers pour être admis dans l'OPTAM comme dans l'OPTAM CO doivent avoir une pratique tarifaire (calculée sur un an) qui ne doit pas dépasser 100% de dépassements. Si le rapport entre

dépassements et tarifs opposables est inférieur à 100% ils pourront bénéficier de l'option OPTAM (s'ils conservent la même activité en tarifs opposables qu'en 2013-2014 et 2015 ainsi que le même taux de dépassements).

Nous avons obtenu que l'activité publique faite aux tarifs opposables rentre dans le calcul de l'activité des PH. Cette activité peut être tracée par l'hôpital.

Par rapport au Contrat d'Accès aux Soins l'activité faite en secteur hospitalier va être prise en compte. C'est un plus pour ceux qui ont une activité public-privé, que l'activité privée se fasse à l'intérieur ou à l'extérieur de l'hôpital.

Le médecin pourra rompre son engagement à l'OPTAM à tout moment par lettre recommandée à effet à un mois.

Le Dr de ROCHAMBEAU explique que les six prochains mois vont être décisifs.

Relations avec le CNGOF

F. X. BOYER de LATOUR

B. de ROCHAMBEAU

Le Dr BOYER de LATOUR rappelle que le Collège a essentiellement une vocation scientifique et que le SYNGOF est là pour défendre la profession des gynécologues libéraux mais aussi ceux des hôpitaux.

Le Collège voit l'avenir dans une collaboration avec le SYNGOF bien que lors d'une commission il ait fait remarquer le manque de libéraux.

Pour les prochaines journées du Collège le SYNGOF aura donc un

stand et une session d'une heure trente qui sera dévolue au syndicat. Le thème en sera essentiellement l'aide à l'installation des jeunes confrères. Le Dr BOYER propose que le SYNGOF se rapproche de l'AGOF et de l'AIMG pour que la session soit interactive et efficace.

Le Dr de ROCHAMBEAU précise que l'idée est aussi la promotion du SYNGOF auprès des jeunes confrères. S'installer en libéral et un geste significatif et ils n'y sont pas préparés. La FHP et les grands groupes font des actions pour attirer les jeunes et de ce fait ils ont une optique hospitalière privée. Ils ont aussi l'avis de l'université où le privé est un peu diabolisé. Le SYNGOF a sa place et doit absolument leur donner l'avis des confrères déjà installés, leur expliquer ce qu'est un contrat d'installation dans le privé. Ce à quoi ils doivent faire attention et quels sont les véritables enjeux.

Concernant la responsabilité civile ils sont démarchés par BRANCHET et SHAM et n'ont que leur version. Il sera bon de leur donner la nôtre car nous utilisons ces assureurs.

Le Dr BOYER dit que les jeunes sont confrontés à des idées fausses véhiculées par le secteur Public. Ces idées ne leur donnent pas envie de venir dans les cliniques privées.

Le Dr de ROCHAMBEAU répond qu'il est difficile de quitter l'hôpital qui rassure. Ils ne connaissent pas nos pratiques, ni GYNERISQ qui nous accredité sur des cycles d'évaluation pendant 4 ans. C'est un outil performant qui nous aide. Les hospitaliers publics n'ont pas d'équivalent.

Ce sont les messages que nous souhaiterions transmettre lors de cette table ronde pendant les Journées du Collège.

Sur le stand ils auront accès à la revue, aux sites internet... notre maquette de présentation doit être terminée le 15 février 2017.

Il est posé la question d'une cotisation mixte Collège-SYNGOF et le Dr de ROCHAMBEAU explique clairement qu'il n'en est pas question. Le SYNGOF souhaite rester libre de ses choix. En tant que syndicat il doit rester indépendant. Les missions du SYNGOF ne sont pas les mêmes que celles du Collège.

Relations avec la FNCGM

B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU rappelle que la Fédération des Collèges des Gynécologues médicaux est un partenaire du SYNGOF au sein du CNP. Nous avons assuré entre 2015 et 2016 (juin à juin) la présidence du CNP. Nous nous sommes opposés à la Fédération des spécialités médicales (FSM) qui est une émanation du ministère et qui souhaite gérer les spécialités médicales. Le ministère nomme des responsables qui doivent diriger les différentes spécialités au sein des CNP. Les représentants des CNP eux sont élus et légitimes. Lors de sa création il était écrit que tous les membres devaient participer à l'AG et aucune décision ne pouvait se prendre en dehors. Comme il y a 33 composantes il est difficile de prendre des décisions rapides. Une saisine a été faite par le ministère pour une nomination d'experts quand il y a eu des crises sanitaires (Zika, Essure...). Ces experts représentent la profession. Comme il s'agissait de problèmes urgents nous ne pouvions pas fonctionner en AG c'est le premier problème. Le deuxième est que la FSM a demandé que le CNP. Nous nous sommes opposés à la Fédération des spécialités médicales (FSM) qui est une émanation du ministère et qui souhaite gérer les spécialités médicales. Le ministère nomme des responsables qui doivent diriger les différentes spécialités au sein des CNP. Les représentants des CNP eux sont élus et légitimes. Lors de sa création il était écrit que tous les membres devaient participer à l'AG et aucune décision ne pouvait se prendre en dehors. Comme il y a 33 composantes il est difficile de prendre des décisions rapides. Une saisine a été faite par le ministère pour une nomination d'experts quand il y a eu des crises sanitaires (Zika, Essure...). Ces experts représentent la profession. Comme il s'agissait de problèmes urgents nous ne pouvions pas fonctionner en AG c'est le premier problème. Le deuxième est que la FSM a demandé que le CNP.

part de la FSM qui dit que le CNP ne fonctionne pas. La FNCGM l'a mal vécu car lors de sa présidence elle avait accepté de payer la FSM sur ses fonds propres. La troisième année arrive et la présidence est assurée par des représentants de l'hospitalisation publique (Vincent Zerr). Le Collège a repris la main et nous avons convenu avec eux et la FNCGM qu'il y aura dorénavant 3 pôles dans le CNP: un pôle syndical, un pôle gynécologie obstétrique et un pôle gynécologie médicale. Chacun de ces pôles sera coordonné par les principaux représentants: SYNGOF, CNGOF et FNCGM.

Les statuts vont être refondus sur ces bases. Une AG extraordinaire aura lieu le 17 mars à cet effet.

Par ailleurs nous soutenons toujours la FNCGM concernant le développement anarchique de l'activité des sages-femmes en ville.

Point dossier sages-femmes

B. de ROCHAMBEAU

Un de mes objectifs en prenant la présidence du CNP c'était de borner le travail des sages-femmes qui tendent à faire beaucoup de choses en ville qui ne sont pas de leur compétence. Nous avons eu une action commune avec le Collège qui a établi des Recommandations de la pratique clinique pour la grossesse normale et l'accouchement normal. Des sages-femmes ont fait partie du groupe de travail et à l'heure actuelle ce groupe travaille sur le rôle de chacun et les compétences de chacun. Chaque fois qu'il y a des prises de parole qui débordent leur domaine de compétence nous nous opposons, de ce fait nous sommes en procès avec l'Ordre des sages-femmes. Nous avons aussi écrit des tribunes dans la presse expliquant qu'une sage-femme n'est pas un gynécologue ni obstétrical ni médical.

Nous nous sommes positionnés sur l'extension de leurs droits comme l'IVG et les maisons de naissance. Vous avez

pu lire dans la presse que nous ne cautionnons ni l'un ni l'autre mais ce sont des décisions ministérielles et cela pose un problème. Il y a à l'heure actuelle une évaluation des maisons de naissance. Participons à l'évaluation et voyons les obstacles. Le premier sera sans doute financier et ensuite la sécurité des patientes. Nous allons suivre ce dossier au nom du CNP.

Le Dr de ROCHAMBEAU précise qu'il souhaite juste limiter leur activité à leurs capacités mais il souhaite bien sûr les inclure dans le paysage médical.

Discussion avec la salle

Le Dr PAGANELLI reprend pour expliquer que le Collège a proposé de faire un registre car la frontière du champ de compétence des sages-femmes entre la pathologie et la physiologie paraît difficile à définir. Le Pr NISAND, président du Collège souhaite que les médecins puissent remplir des fiches anonymes (sans le nom de la sage-femme mise en cause) à chaque fois qu'ils sont témoins d'un débordement d'une sage-femme concernant sa compétence pour évaluer la réalité sur le terrain. Ces fiches serviraient à discuter avec le ministère de la santé et le Conseil de l'Ordre des sages-femmes qui demandent des exemples. Le Dr PAGANELLI remet un modèle de fiche aux administrateurs et leur demande ce qu'ils en pensent. Des membres du bureau de la FNCGM sont sceptiques sur cette fiche qui va encore stigmatiser les sages-femmes. Certains administrateurs du SYNGOF pensent aussi que ce n'est pas une bonne idée car c'est un travail anti sage-femme. Ils pensent qu'il faut discuter avec les sages-femmes. Les médecins ont intérêt à travailler en coordination avec celles-ci. Ils pensent qu'il faut bien présenter la démarche et faire une fiche de relation entre gynécologue et sage-femme. Il serait possible également de rajouter les médecins généralistes puisqu'ils sont dans le parcours de soins.

Rencontre AIDES E. PAGANELLI

Nous avons répondu au questionnement de AIDES suite à leur courrier sur les refus de soins rencontrés par les patientes séropositives auprès des gynécologues. Nous avons vu les représentants d'AIDES avec deux gynécologues médicales de la FNCGM et nous en avons discuté avec eux.

Lors du testing les femmes téléphonaient aux gynécologues pour prendre rendez-vous pour un frottis et annonçaient leur séropositivité.

A priori le secrétariat peut avoir refusé. Mais les représentants d'AIDES ont affirmé que certains patients qui n'avaient pas annoncé leur séropositivité se sont vus refuser les soins par le médecin.

Nous en avons discuté pour étudier de quelle manière l'on pouvait changer cela. Le plus simple étant d'informer la profession.

Le deuxième problème est la longueur de la consultation pour les femmes séropositives.

Le Dr FAIDHERBE pense qu'il faut communiquer et il propose une fiche pratique à destination des gynécologues. Il va la proposer aux membres du CA.

(Lire le compte rendu complet en page 21).

Prise en charge des DPC en terme d'obligation annuelle A. GRAVIER

Le Dr GRAVIER présente les nouveautés des DPC 2016-2017. Il remercie Béatrice le Nir qui l'a aidé à faire le fichier PowerPoint qu'il présente à la salle. Vous trouverez ci-dessous les principales informations.

Sous le régime de la loi HPST 2009
Le Développement Professionnel Continu (DPC) est effectif depuis janvier 2013 avec trois axes :

	2015 (clôture au 22/09/2015)	2016 (clôture au 16/08/2016)
Forfait global pour l'année	3700,00 €	3700,00 €
Présentiel - 1 journée		
Indemnisation PS	345,00 €	345,00 €
Forfait ODPC	722,00 €	-
- De 1 à 48 participants	-	600,00 €
- 49 participants et plus	-	240,00 €
Non présentiel - 4 étapes		
Indemnisation PS	517,50 €	517,50 €
Forfait ODPC	1145,00 €	1200,00 €

- Obligation annuelle de suivi d'un programme de DPC pour tous les praticiens de santé (libéraux et salariés)
- Suivi de programmes "intégrés" comportant au moins deux types d'actions :
 - Action cognitive : approfondissement des connaissances/apprentissage.
 - Action d'Analyse des Pratiques Professionnelles.
 - Action de gestion des risques.

Programmes portés par des organismes inscrits auprès de l'OGDPC, compatibles avec les orientations prioritaires nationales.

Arrêté du 8 décembre 2015 fixant les orientations nationales de DPC de la spécialité pour les gynécologues médicaux et les gynécologues obstétriciens :

- Orientation n°1 : gestion des risques associés aux actes et aux modalités de prise en charge en gynécologie et obstétrique.
- Orientation n°2 : prise en charge de l'infertilité.
- Orientation n°3 : stratégie de prise en charge des troubles endocriniens.
- Orientation n°4 : stratégie de prise en charge de la cancérologie gynécologique.
- Orientation n°5 : stratégie de prise en charge des grossesses pathologiques.
- Orientation n°6 : la demande d'imagerie et d'examen complémentaires en gynécologie et obstétrique.

Le formalisme des programmes de DPC

- Format des étapes du programme :
- Présentiel : présence physique des participants. 1/2 journée ≥ 3h30
- Non-présentiel : pas de présence physique des participants
- Non-présentiel avec réunion : présence physique des participants. Réunion < 3h00
- Un forfait (rémunération de l'organisme + indemnisation du médecin libéral) est attribué par l'OGDPC selon le type du programme (cf tableau ci-dessus).

L'organisme reste libre de fixer la part du montant de ce forfait qui lui revient.

Obligation des organismes de DPC

- Évaluation favorable des commissions scientifiques des professions pour lesquelles ils dispensent du DPC :
- Nouvelles évolutions avec la loi de santé
- Enregistrement des organismes (ANDPC)
- Évaluation des programmes (CSI)

Les dispositions de la loi de santé 2016

L'article L 4021-1 redéfinit le cadre du DPC

- Durée : Obligation triennale
- Contenu
 - Fini l'obligation de programmes intégrés (FC+APP)
 - Articulation d'actions de DPC (3 types) déterminée par décret : formation continue, analyse et évaluation des pratiques, gestion des risques
- Il consacre l'accréditation des médecins
- L'article L 4021-3 définit le parcours pluriannuel de DPC :

- Proposé par chaque CNP
- Comporte des actions s'inscrivant dans le cadre des priorités nationales
- Document de traçabilité de ce parcours

Art. R. 4021-4 du décret du 8 juillet 2016:

Section 2 : parcours professionnel

Proposé par le CNP il décrit l'enchaînement des actions de formation continue, d'analyse et d'évaluation des pratiques, de gestion des risques nécessaires pour l'actualisation des connaissances et des compétences et l'amélioration des pratiques

Commentaires :

- Ce parcours doit être compatible avec les obligations du DPC
- Il constitue une recommandation pour chaque professionnel.

Pour satisfaire aux obligations du DPC (3 possibilités) :

- Se conformer aux recommandations du CNP
- Être engagé dans une démarche d'accréditation
- Être engagé dans une démarche de DPC qui comporte au moins deux des trois types d'actions et au moins une des actions qui s'inscrit dans le cadre des orientations prioritaires.

Ces actions peuvent être associées dans un même programme ou être suivies de manières indépendantes (elles doivent être conformes aux méthodes et modalités de la HAS)

Les actions prioritaires doivent être mises en œuvre par un organisme inscrit auprès de l'ANDPC.

Le plus petit dénominateur commun :

- Le professionnel sur un cycle de trois ans doit avoir suivi au moins un programme de DPC délivré par un organisme enregistré auprès de l'ANDPC:
 - Soit une session de formation continue
 - Soit une session d'analyse et d'évaluation des pratiques
 - Soit une session de gestion des risques

- Il doit justifier d'une autre action (différente) qu'il aura effectuée à l'occasion de sa pratique professionnelle et qui n'est pas forcément portée par un organisme de DPC.

Arrêté relatif aux critères d'enregistrement auprès de l'ANDPC et à la composition du dossier de présentation des actions

Concerne tout organisme présentant des actions dans le cadre des orientations définies à l'article L 4021-2 du CSP

Ces organismes doivent :

- Démontrer une indépendance financière à l'égard des entreprises fabriquant ou distribuant des produits de santé.
- avoir un politique de gestion des conflits d'intérêts
- Les supports pédagogiques sont exclusivement rédigés en français
- Les intervenants maîtrisent l'usage de la langue française
- Identification et publicité des liens d'intérêts
- Absence de messages promotionnels sur les supports utilisés
- En cas de partenariat avec une université ou une société savante préciser les objectifs et le contenu de ce partenariat
- CV et DI de chaque intervenant
- Préciser les modalités d'évaluation des actions proposées

Exemples de programmes possibles

DPC type FMC simple

- Étape 1: Questionnaire d'évaluation des connaissances (pendant la réunion ou sur la plateforme e-learning THEIA)
- Étape 2: Cognitif
- Étape 3: Questionnaire d'évaluation des connaissances (pendant la réunion ou sur la plateforme e-learning THEIA)
- Nécessité de traçabilité des tests + Gestion de la liste d'émargement DPC intégré (comporte au moins deux des trois types d'actions : cognitive, d'analyse et d'évaluation des pratiques, gestion des risques)
- Étape 1: Documents bibliographiques

- Étape 2: Questionnaire d'évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles
- Étape 3: Cognitif
- Étape 4: Questionnaire d'évaluation des connaissances et des pratiques professionnelles
- Nécessité de traçabilité des tests + Gestion de la liste d'émargement

Le contrôle des actions de DPC

- Les contrôles de l'Agence du DPC:
- Contrôle a priori:
 - Programme détaillé de la session (horaires, durée des interventions, problématique, objectif pédagogique, méthodologies pédagogiques, contenu des interventions, conformité avec les orientations 2016-2018, progression pédagogique du participant, bibliographie, questionnaires, etc.)
 - Intervenants : CV + Déclaration de lien d'intérêts
- Contrôle a posteriori:
 - Programme détaillé de la session (horaires, durée des interventions, problématique, objectif pédagogique, méthodologies pédagogiques, contenu des interventions, conformité avec les orientations 2016-2018, progression pédagogique du participant, bibliographie, questionnaires, etc.)
 - Intervenants : CV + Déclaration de lien d'intérêts
 - Traçabilité des étapes : émargement + questionnaires (en ligne/papier).

Des évolutions possibles en 2017 liées aux décisions des instances de l'ANDPC

- Le montant de l'enveloppe attribuée à chaque professionnel de santé : annuelle, triennale
 - La liberté de réaliser autant de programmes de DPC dans la limite de l'enveloppe : par an, tous les trois ans
 - Le montant des forfaits de chaque type de programme n'est encore pas connu à ce jour.
- Pas d'information à ce jour sur ces questions.

Béatrice LE NIR prend la parole et explique que dans l'ancienne version on ne pouvait avoir que des programmes qui intégraient à la fois formation continue et analyse de pratique. A partir de 2017, les programmes peuvent à nouveau être uniquement cognitifs avec un pré test et un post test de connaissances cognitifs.

Les 3 types de programmes sont donc : analyse de pratique, formation continue et gestion des risques. L'accréditation des médecins devient une méthode et un programme DPC. Le minimum pour valider le parcours d'un médecin sur un cycle de 3 ans sera de faire une formation continue cognitive avec pré test et post test soit une session d'analyse pratique, soit une session de gestion des risques plus une autre action qui ne sera pas forcément géré par un organisme de DPC. Par exemple : participer à une RMN...

Cependant, la réglementation confie au CNP la définition du parcours qu'il recommande aux gynécologues obstétriciens pour valider le DPC sur 3 ans. Ce package sera l'une modalité d'acquisition du tampon DPC pour les gynécologues obstétriciens et gynécologues médicaux relevant du CNP. La définition de ce parcours et des programmes qui le composeront a une grande importance car on risque à terme une limitation des choix et un refus de financement pour des actions qui ne seraient pas dans le parcours proposé par le CNP pour ceux qui souhaiteraient aller au-delà du minimum légal de DPC.

RCP
J. MARTY

AIDE à l'assurance : Grâce à la lettre d'interprétation de la ministre que

nous avons obtenue après 3 ans de harcèlement de son cabinet, la table des actes qui donnent droit à l'aide a été élargie: Elle comporte maintenant les actes de surveillance de l'AMP, ce sont surtout les échos d'ovulation, et la chirurgie obstétricale, essentiellement des grossesses extra-utérines. Un bon nombre de confrères ont gagné cette aide à l'assurance mais certains restent exclus. Ce sont eux qui cotaient les échographies d'ovulation comme des échographies gynécologiques. Cette erreur leur coûte cher.

Pour d'autres, il faut obtenir la réécriture du décret de l'accréditation pour qu'il instaure enfin un seuil d'activité d'obstétrique et de chirurgie qui accorde l'éligibilité à cette aide. Lors de notre concertation avec le service concerné, le principe était acquis. Obtiendrons-nous la réalisation avant la fin du quinquennat?

Le décret stipule que le plafond de la prime qui limite l'aide doit être revu chaque année. Cela n'est pas fait. La caisse qui enregistre le montant des primes pour calculer l'aide doit fournir la base de ce calcul annuel. Elle ne nous l'a pas communiqué. Depuis la signature de la convention, notre président du SYNGOF a plus d'occasions de rappeler cette obligation à la caisse.

Epuisement de garantie pour les sinistres graves déclarés entre 2002 et 2012.

Grâce à la confiance de tous les syndicats et notamment la CSMF traditionnellement interlocutrice des institutions en matière d'assurance, j'ai pu représenter les médecins au FAPDS (le fonds de garantie) et y faire valoir un fait essentiel: C'est à partir des sinistres déclarés entre

2002 et 2012 que la création du FAPDS a été constituée et pourtant le FAPDS ne prend en charge que les déclarations après 2012.

L'administration dit douter que le fonds puisse prendre en charge cette vingtaine de dossiers entre 2002 et 2012. En réalité les assureurs veulent maintenir dans la difficulté le cabinet BRANCHET qui a le plus de dossiers d'épuisement de garantie.

Le ministère des finances souhaite attendre que l'épuisement de garantie soit effectivement constaté pour mettre en route la solution. Nous attendons le rapport du FAPDS qui doit être publié avant la fin de l'année. Cela reste angoissant pour les confrères dans cette situation.

Problème d'Age

Nous avons de plus en plus de confrères qui continuent d'exercer à 70 ans. Dès que l'âge avance leur prime s'envolent jusqu'à 50 000 € par exemple chez AXA? Et le changement d'assureur n'est plus possible passé 70 ans. Il faut être masochiste pour continuer à payer de telles primes.

Il est très important de quitter cet assureur au plus tôt pour souscrire chez SHAM ou BRANCHET. Pour diviser la prime par 2 ! Pour l'instant le bon choix est SHAM qui a des primes bien moins élevées: de 5 000 à 8 000 € de moins que BRANCHET.

Le Conseil d'administration se termine à 15h15.

Réunion technique avec les gynécologues obstétriciens de Montpellier. Le Dr Bertrand de ROCHAMBEAU explique les différents points de la nouvelle convention applicable à compter du 1^{er} janvier 2017.

(Lire en page 10).

La nouvelle convention

B. de ROCHAMBEAU*

Résumé en images



La mise en place des revalorisations conventionnelles se fera tant sur les actes cliniques que techniques sur 1 an entre la mi juin 2017 et le premier juin 2018, voici ce qui change. Ce diaporama est accessible sur simple demande auprès de Nadine PRUGNY en appelant le 04 67 04 17 18 ou par email à syngof@syngof.fr

B. de ROCHAMBEAU

ACTES CLINIQUES, le calendrier de ce qui change :

- 01/07/2017** : la MCS (Majoration de Coordination Spécialiste, codée chaque fois qu'il y a un courrier en retour au médecin traitant) passe de 3 à 5€. (61M€)
- * **01/10/2017** : C2 (avis ponctuel de consultant) passe de 46 à 48€
- * **01/11/2017** : apparition des consultations complexes et très complexes cf. infra.(37M€)
- * **01/01/2018** : apparition d'une MCU : Majoration de Consultation Urgence, chaque fois qu'un spécialiste reçoit un patient dans les 48heures à la demande du médecin traitant, valeur 15€ (cumulable avec le C2), doublement des majorations d'urgence et création d'une majoration d'urgence de jour. Cf. infra (42,8M€)
- * **01/04/2018** : chaque fois qu'ils sont pratiqués, les tarifs opposables des consultations de S2 s'alignent pour tous les patients (et pas seulement sur les CMUc, ACS et Urgences) sur ceux des S1 et S2 OPTAM et OPTAMCO (mêmes revalorisations et mêmes majorations). (21M€)
- * **01/06/2018** : le C2 passe à 50€ (63M€ au total)



Création de 4 niveaux de consultations applicables aux S1, S2 qui prennent l'OPTAM ou OPTAM-CO:1

- **La consultation de base : CS+MPC** valorisée à 25€ a une définition précise, **tout le reste peut être codé autrement** :
 - * consultation pour pathologie chronique stable,
 - * consultation pour pathologie non grave,
 - * tous recours non liés à une affection évolutive.
- Ce qui signifie que toute pathologie aiguë ou chronique évolutive ou grave peut être codée autrement, ou admettre un tarif différent : le DA (dépassement autorisé) limité au maximum à 17,5% du tarif de base.
- Ce DA peut s'appliquer chaque fois que la consultation se fait hors parcours de soins.



Création de 4 niveaux de consultations applicables aux S1, S2 qui prennent l'OPTAM ou OPTAM-CO: 2

- * **La consultation coordonnée** : CS+MCS+MPC valorisée à 28 puis 30€, chaque fois qu'il y a un acte de coordination de soins : lettre aux médecins en charge du patient.
- * **Les consultations complexes**, catégorie nouvelle de consultations spécifiques, qui a vocation à s'étoffer sur des situations cliniques précises,
 - * complexes ou
 - * de santé publique,
 - * propre à chaque spécialité.
- * Il va falloir proposer et justifier des situations nouvelles au cours de cette convention pour faire vivre ce début de nomenclature des actes cliniques.
- * Pas de consultations reconnues complexes en anesthésie actuellement.



Convention 2016: Ce qui a été obtenu



Philippe CUQ
Bertrand de ROCHAMBEAU
Jérôme VERT

Nos mandants



- * 25.500 acteurs chirurgicaux, (116.000 libéraux)
 - * 4.000 anesthésistes,
 - * 6.000 gynéco-obstétriciens
 - * 15.500 spécialistes chirurgicaux.
- * 16.000 sont du collège 2 à activité principale de Bloc, 9.500 sont du collège 3 avec une activité clinique prédominante. (Données Etude le Bloc 2012)
- * les actes cliniques représentent en moyenne
 - * 43% des honoraires des Gynécologues,
 - * 26% de ceux des chirurgiens
 - * 17% de ceux des anesthésistes. (Données AM/DCIR)

*Président du SYNGOF - Co président du syndicat LE BLOC

Consultations complexes reconnues en chirurgie :

Première consultation spécifique de prise en charge par le chirurgien d'une scoliose grave de l'enfant : **SGE (Scoliose Grave de l'Enfant)**, majoration de 16€ : C2+SGE= 62€ puis 64€ puis 66€

- * Consultation spécifique de prise en charge d'un enfant atteint d'une pathologie oculaire grave (glaucome congénital, cataracte congénitale, dystrophie rétinienne, nystagmus avec malvoyance, strabisme complexe, rétinopathie des prématurés) ou d'une pathologie générale avec déficience grave (déficience neurosensorielle sévère, autisme, retard mental, **grand-prématuré**), par un ophtalmologue qui serait valorisée par l'application d'une majoration de 16 €, **POG (Pathologie Oculaire Grave)** : C2+POG= 62€ puis 64€ puis 66€



Consultations complexes en GO :

Première contraception entre 15 et 18 ans, **CCP (Consultation de Contraception et Prévention)** tarif unique qui ne peut se cumuler avec d'autre, valorisé à 46€, prise en charge à 100%,

- * c'est une consultation de santé publique, présente dans la loi de modernisation de la santé.
- * **Pathologie endocrinienne de la grossesse** (thyroïde, diabète) : modificateur **PEG** à 16€, limité à 4 par grossesse : CS+MCS+MPC+PEG= 46€, C2+PEG= 62€ puis 64€ puis 66€
- * **Première consultation pour stérilité** : modificateur **MPS** à 16€, CS+MCS+MPC+MPS : 46€, ou C2+MPS = 62€ puis 64€ puis 66€
- * **Thrombophilie grave au cours de la grossesse** : modificateur **PTG** à 16€, CS+MCS+MPC+PTG=46€, C2+PTG = 62€ puis 64€ puis 66€



Les consultations très complexes

* catégorie nouvelle dont le nombre restera limité précise l'AM (Ce qui n'est pas précisé pour la catégorie précédente).

- * **La consultation d'annonce en cancérologie**, modificateur **MIS (Majoration pour information Initiale et mise en place de la Stratégie thérapeutique)** à 30€ : CS+MCS+MPC+MIS=60€, C2+MIS=76€ puis 78 et 80€
- * **La consultation d'annonce HIV**, modificateur **PIV (Prise en charge Infection VIH)** à 30€ : CS+MCS+MPC+PIV=60€, C2+PIV=76€ puis 78 et 80€
- * **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=76€ puis 78 et 80€
- * 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= 76€ puis 78 et 80€.



Disparition du CAS

Mesure phare de l'avenant 8 de la précédente convention que Le Bloc n'a eu de cesse de dénoncer comme inapplicable aux spécialités des blocs,

- * **le CAS a été supprimé de cette convention, à la demande du Bloc.**
- * Nous nous sommes attachés à négocier une option de modération tarifaire qui nous semble acceptable à ceux qui y sont éligibles.
- * Maintenir une telle option dans la convention est la seule réponse, dans le cadre de la convention, que nous avons pu apporter aux « contrats responsables » des complémentaires qui différencient les remboursements des honoraires au-delà des tarifs de responsabilité de l'AM selon qu'une telle option est souscrite ou non.



Apparition de OPTAM et OPTAM-CO (60M€)

L'option est ouverte aux mêmes conditions que l'était le CAS, aux secteurs 2 (80% des S2 y sont éligibles (données AM), ceux dont la moyenne annuelle de dépassements est < ou = à 100%).



Les confrères titrés et installés avant 2013 en S1 sont aussi éligibles.

- * **La contrepartie** offerte aux signataires d'appliquer les tarifs des secteurs 1 avec des tarifs réévalués est maintenue,
 - * Une meilleure rémunération des actes à tarifs opposables
 - * Un meilleur remboursement par l'AM des patients pour les actes avec dépassements.
 - * Les signataires restent donc en S2 et bénéficient des tarifs réévalués S1.
- * **L'option n'est plus un engagement de 3 ans**, elle est annuelle et reconductible annuellement, elle peut être dénoncée à tout moment avec un effet à un mois.

L'engagement de modération tarifaire



- * comporte 2 éléments qui se cumulent :
 - * le taux moyen annuel recalculé de dépassement
 - * le pourcentage annuel d'actes réalisés aux tarifs opposables.
- * Ils caractérisent ce que l'AM nomme « la pratique tarifaire ». Les signataires seront informés trimestriellement de leur pratique et pourront la consulter sur leur compte Ameli Pro.
- * Ce n'est en aucun cas un obstacle à la facturation de dépassements qui dépassent 100% du tarif opposable.
- * **Le taux moyen annuel recalculé de dépassement** est le rapport du montant des honoraires qui dépassent les tarifs opposables des secteurs 1 (ceux qui sont réévalués à chaque avenant tarifaire) sur le montant des honoraires totaux. Le signataire s'engage à ne pas dépasser la moyenne des taux que l'AM a observée chez lui en 2013, 2014 et 2015. L'AM lui communiquera fin 2016 ce taux. Cela revient à maintenir sur une année sa pratique tarifaire moyenne des 3 dernières années.

Ce gel de la pratique tarifaire a été jugé trop strict pour être accepté

Nous avons obtenu plusieurs assouplissements qui ont abouti à la déclinaison de 2 options selon la réalité de la pratique médicale et l'importance des actes chirurgicaux ou obstétricaux de chacun.

- * Ces options ont été négociées pour éliminer les critiques qui nous ont fait refuser le CAS :
- * **L'allègement des charges sociales sur les actes réalisés au tarif opposable** concédé par l'AM en contrepartie de cette modération tarifaire était trop tardif, souvent 2 ans après les actes réalisés, et pouvait disparaître du seul fait de défauts techniques dans la transmission des données ou du non-respect tardif des engagements. Le taux d'abandon du CAS en cours de route en témoigne.
- * Pour les acteurs des blocs, nous avons obtenu que **cet allègement soit transformé en une augmentation tarifaire de nos actes, payés immédiatement, et nous payons nos charges normalement.**
- * Sont ainsi nés **OPTAM et OPTAM-CO.**
- * Pour les praticiens du Collège 2 qui pratiquent plus de 50 actes qualifiant par an, le choix entre les 2 options est possible,
- * Pour ceux du collège 3, seule l'OPTAM est accessible



Le taux d'actes réalisés au tarif opposable

- * C'est le pourcentage d'actes réalisés sur une année au tarif opposable sur le nombre total des actes.
- * Le signataire s'engage à ne pas augmenter ce taux calculé par l'AM sur la moyenne des taux observés chez lui en 2013, 2014 et 2015.

OPTAM-CO :

Option Pratique Tarifaire Maîtrisée Chirurgie Obstétrique

Optimisée pour les spécialistes des blocs opératoires qui ont une importante activité chirurgicale ou obstétricale,

elle introduit **une évolution possible de la pratique tarifaire** dans l'engagement qui est pris.

Elle **s'adosse à une perspective de réévaluation tarifaire** dont une partie a été obtenue au cours de cette négociation pour 2017 et 2018 (6 réévaluations sont planifiées jusqu'au 01/06/2018).



OPTAM : Option de Pratique Tarifaire Maîtrisée

Optimisée pour les spécialistes qui ont une importante activité clinique et des actes techniques nombreux, avec peu d'actes chirurgicaux et ou obstétricaux, il a 2 caractéristiques.

- * **Une rémunération spécifique** établie en appliquant un **taux sur les actes pratiqués à tarif opposable**. Ce taux est le taux de cotisations moyen sur les trois risques, maladie maternité décès, allocations familiales et allocation supplémentaire vieillesse. Ce taux varie en fonction de chaque spécialité. Il est consultable dans les annexes de la convention. **Le paiement sera effectué avant la fin du deuxième semestre de l'année suivante**, le temps que l'AM s'assure du respect des engagements sur une année. On gagne un an et plus sur ce qui était constaté avec le CAS.
- * Mise en place **d'une rémunération dégressive** en fonction du niveau de respect des engagements. Les médecins pour lesquels un faible écart par rapport à leurs engagements contractuels est constaté bénéficient d'une rémunération minorée dans les conditions suivantes :
 - * Ecart de 1 à 2 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 90 % du montant de la rémunération spécifique,
 - * Ecart de 2 à 3 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 70 % du montant de la rémunération spécifique,
 - * Ecart de 3 à 4 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 50 % du montant de la rémunération spécifique,
 - * Ecart de 4 à 5 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 30 % du montant de la rémunération spécifique,
 - * Ecart supérieur à 5 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : aucun versement de la rémunération spécifique.





Le modificateur K

- * Il s'applique aux actes chirurgicaux qui admettent le J et aux accouchements, Son taux actuel de 11.5% de la valeur de l'acte est porté à 20%.
- * La moitié de cette augmentation est constituée par l'estimation de la réintégration des charges sociales des actes effectués au tarif opposable.
 - * Cette estimation est supportée par l'hypothèse formulée par l'AM que les signataires de l'OPTAM-CO, seront deux fois plus nombreux que les chirurgiens et obstétriciens qui ont signé le CAS.
 - * Si cette hypothèse est dépassée, le modificateur K serait alors réévalué à nouveau.
 - * Dans le cas inverse, il ne peut baisser, la valeur de 20% étant fixée par la convention.
- * Pendant la durée de l'option, les évolutions des tarifs de remboursement donnent lieu à un avenant à l'option soumis au médecin.
- * Afin que l'augmentation des tarifs de remboursement bénéficie à la fois aux patients en améliorant la prise en charge des soins et au médecin adhérent à l'option qui tout en réduisant son taux de dépassement doit pouvoir conserver une certaine latitude dans la fixation de ses tarifs, un avenant à l'option lui est soumis dans lequel figure les taux de dépassement et d'activité à tarifs opposables recalculés en fonction des nouveaux tarifs de remboursement.
- * Ces nouveaux taux d'engagement sont fixés de manière à ce que le gain lié aux revalorisations des tarifs de remboursement soit partagé à part égale entre lui et ses patients.
- * Ainsi la pratique tarifaire globale de chaque signataire pourra augmenter de la moitié de l'impact que la revalorisation des tarifs opposables aura sur cette pratique.



Mesures communes aux 2 options

- Pour les nouveaux installés, qui n'ont pas de pratique tarifaire dans les années 2013 à 2015, la CPAM proposera par défaut une pratique qui est la moyenne observée dans le territoire de la caisse en 2013, 2014 et 2015.
- * Tout praticien, nouvel installé ou non, s'il intègre un **groupe de praticiens** qui a une politique tarifaire commune et qui adhère à l'option, peut demander à avoir le même engagement que le groupe. Il peut ainsi bénéficier des tarifs du groupe qui a sa patientèle et les tarifs en conséquence.
 - * Les praticiens anciens S1, installés avant 2013, qui adhèrent aux options doivent en plus respecter un **plancher de 30% d'actes aux tarifs opposables**.
 - * Les **praticiens qui ont une activité mixte**, hospitalière publique ou PSPH et une activité libérale en dehors de l'hôpital, peuvent demander à faire intégrer les actes réalisés au cours de leur activité hospitalière en tarifs opposables pour le calcul de leur pratique tarifaire.

Augmentation tarifaire

des modificateurs d'urgence (9,6M€)

Autre grand axe de notre négociation, les actes réalisés en urgence sont une des caractéristiques de nos activités. Nous demandons un modificateur d'acte (pourcentage de l'acte), nous avons obtenu le doublement des majorations existantes (sommes fixes) et la création d'une majoration pour urgence de jour qui n'existait pas.

- * Tous nos actes en urgence sont maintenant reconnus 24h/24.
- * Ces majorations s'appliquent aux chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens.
 - * S : Nuit profonde entre 0.00 et 8.00h 40€ passe à 80€
 - * U : Première partie de nuit, entre 20.00 et 0.00 25.15€ passe à 50€
 - * F : Dimanche et jours fériés 19.06€ passe à 40€
- * Majoration de 80€ pour les actes chirurgicaux en urgence vitale et urgence d'organes réalisés dans un délai maximum de 6 heures après l'admission du patient soit dans les établissements privés disposant des autorisations de service d'urgence et participant de ce fait à la régulation soit pour les patients non transférables.



Augmentation tarifaire des modificateurs des actes CCAM : J, K/O et 7 (43,6M€)



270 actes chirurgicaux, sanglants, réalisés par les chirurgiens ou les GO, qui ne bénéficiaient pas du **modificateur J** (Majoration transitoire de chirurgie applicable aux actes thérapeutiques sanglants non répétitifs réalisés en équipe sur un plateau technique lourd) à la suite de la dénaturation de la CCAM par la convention de 2005 sous l'influence de la CSMF sont maintenant bénéficiaires de ce modificateur au taux qui reste fixe de 6.5% de la valeur de l'acte.

- * En contrepartie l'AM a retiré le J à 5 actes de lithotritie extra corporelle qui ne correspondaient pas à la définition.
- * Le **modificateur 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) est applicable par tous les S1 et les S2 qui signent l'OPTAM ou l'OPTAM-CO, mais aussi aux S2 quand ils réalisent des actes au CMUC, aux ACS et en urgence.
 - * Il devient modificateur O et reste à 11.5% pour les S2 signataires de l'OPTAM.
 - * Il reste modificateur K dont la valeur est portée à 20% pour les S1, les S2 OPTAM-CO.
- * Pour tous le K est à 20% quand ils réalisent des actes aux CMUC, ACS et Urgences.
- * Le **modificateur 7** s'applique aux actes d'anesthésie quand l'anesthésiste est en permanence en salle opératoire, il voit son taux augmenter de 50% passant de 4% à 6% de la valeur de l'acte.

Augmentation du « forfait structure »

(130M€)



- * **Accessible à tous.**
- * Un forfait annuel destiné au financement de la mise à jour des moyens informatiques dédiés à la sécurité des soins, aux logiciels métiers et à la télétransmission des FSE avec l'AM est réévalué à
 - * 1225€ en 2017,
 - * 1610€ en 2018
 - * 1960€ en 2019.

Présentation du décret "Déclaration des EIG aux ARS"

J. MARTY*

L'objectif de faire disparaître les accidents est illusoire car les performances de la médecine créent une population de patients chroniques qui survivent longtemps...

Le Ministère s'est engagé, voici 2 ans environ, sur la voie de la déclaration obligatoire par tous les professionnels de soins des événements indésirables graves (EIG) pour avoir une démarche généralisée de gestion des risques en santé. Cela dépasse le cadre étroit qui nous concerne des spécialités médicales à risque déjà impliquées dans le sujet par l'accréditation.

Le décret est prêt alors que les problèmes de fond ne sont pas réglés. L'administration n'a pas la culture de la gestion des risques mais elle a la culture tout à fait opposée des inspections, des contrôles et des sanctions. Au nom de l'UNPS j'ai assisté avec 200 spectateurs à un colloque de présentation du décret.

J. MARTY

14 novembre 2016 - Présentation du décret "Déclaration des EIG aux ARS". Salle Larroque au Ministère de la santé. Modérateur Pr MILLAT

L'évolution des connaissances de la gestion des risques a été longuement présentée sans que l'on comprenne si le décret en avait parfaitement tenu compte. En effet le décret définitivement validé par le Conseil d'Etat, a-t-on appris, est resté l'Arlésienne de cette journée :

Le décret est prêt alors que les problèmes de fond ne sont pas réglés

René AMALBERTI a rénové les idées sur la gestion des risques.

La prévention n'est plus l'essentiel de la gestion des risques pour éviter les accidents. C'est-à-dire le classique : La déclaration des événements porteurs de risque, l'analyse des causes et leur traitement pour en prévenir les conséquences dangereuses. L'analyse des causes à partir des bases REX (retour d'expérience) semble d'efficacité inférieure au DATA SCREENING qui est l'analyse des grandes bases de données, la recherche et l'explication des événements critiques repérés.

Si la prévention reste indispensable, elle ne peut plus résumer la gestion des risques. A côté d'elle la récupération est aussi indispensable : l'alerte la plus précoce devant le déclenchement d'une situation à risque et la mise en place immédiate de techniques de récupération.

De toute façon, l'objectif de faire disparaître les accidents est illusoire car les performances de la médecine créent une population de patients chroniques qui survivent longtemps et constituent des candidats aux accidents du fait de leur vulnérabilité aux effets secondaires des prises en charge successives. Les accidents définis comme aggravations des patients du fait des soins et non de l'évolution de la maladie sont très nombreux et le resteront. Une personne sur mille qui entre à l'hôpital meurt de ce fait.

On ne peut sécuriser une méthode que si elle est stable. La médecine progresse par innovation. Accepter l'innovation, c'est en accepter les risques.

Le développement de l'ambulatoire qui multiplie les intervenants de ville sur un même patient, sans que la coordination ou la responsabilité soit systématiquement établie, expose aussi à de nouveaux risques.

• **Un neurophysiologiste a expliqué les balbutiements de la connaissance sur le fonctionnement cérébral du**

* Gynécologue obstétricien trésorier du Syngof et ancien président.

professionnel en situation de risque : L'importance de l'entraînement par les simulations et les simulateurs au niveau cortical pour que les soins glissent du cortex vers l'automatisme abritée par les noyaux gris centraux. Ainsi le cortex redevient libre pour assurer la vigilance et l'esprit critique, fort élément de sécurité, durant le déroulement des phases dangereuses.

- Les risques de la trop grande confiance en eux des professionnels pour défaut de vigilance. La performance de la situation de confiance avec les autres professionnels qui collaborent en période de risque. L'équipe a un jugement plus sûr d'un risque que ne l'a un individu seul, si ce jugement collectif est la synthèse des jugements individuels. En revanche, un leader avec un grand pouvoir d'entraînement peut infléchir dangereusement le jugement collectif d'autant plus s'il est aux prises, plus ou moins, consciemment d'intérêts connexes.

Mme GRAVIER de l'HAS reprend le principe des bases REX

Ce sont les retours d'expérience sur déclaration. Elle précise que les EIG des spécialités à risques relevaient de l'accréditation et les risques transversaux beaucoup plus systémiques relèveraient du nouveau dispositif EIG.

Mme CAVALIER, DG ARS Occitanie, explique l'interposition des structures régionales d'appui pour s'interposer entre les déclarants et les ARS : Les Pouvoirs Publics ont compris qu'il n'était pas possible de mélanger autorité de contrôle et gestion des risques. Il existe des structures d'appui dans toutes les grandes régions. NB : le cahier des

charges des réseaux de périnatalité de 2015 donne aux réseaux ce rôle dans le domaine de la périnatalité.

Christian MOREL a justifié la non-punition des fautes non intentionnelles :

Il est auteur de *"la décision absurde"*. Il a très bien présenté des exemples historiques d'accidents apparus après dissimulation d'évènements comparables et dangereux qui n'avaient pas été déclarés par crainte de rétorsion.

Depuis la prise de conscience de la nécessité de profiter de l'expérience de tout donneur d'alerte de risques, et de ne pas refréner sa révélation par la perspective de rétorsion, la non-punition des fautes non intentionnelles est un critère de validation des dispositifs internationaux de gestion des risques.

Christian SAOUT a expliqué que la non-punition des fautes non intentionnelles n'était pas possible dans notre droit.

L'ancien président du CISS, et aussi magistrat, a précisé, que dans l'état du droit pénal, juger d'infliger une punition ne pouvait être à la disposition d'une telle démarche. On ne peut s'affranchir de l'autorité d'un juge.

La Direction générale de la santé se dit prête à tenir compte de cette remarquable démonstration pour sauver son projet d'EIG :

Elle avait réglé le sujet de l'EIG sans l'avoir maîtrisé et elle envisage maintenant de lancer une réflexion sur la non-punition des fautes non intentionnelles pour sauver cette entreprise. C'est-à-dire toucher au droit pénal qui est bien sûr du niveau législatif voire constitutionnel. Cela ne restait-il pas du grand n'importe quoi de notre administration.

Docteur Jean BRUNETON

C'est avec tristesse que nous avons appris la disparition, le 9 octobre dernier, du Docteur Jean-François Bruneton survenue dans sa quatre vingt quatrième année, et qui fut de 1991 à 2001 membre du conseil d'administration du SYNGOF pour la région Auvergne.

Il laisse le souvenir d'un garçon attachant, discret et aimable auprès des personnes ayant pu travailler avec lui pendant presque trente ans à la clinique de la Châtaigneraie de Beaumont. Toujours disponible pour aider ses collègues, respecté de l'ensemble du personnel soignant, comme en témoigne les nombreuses personnes présentes à ses obsèques, son flegme, son humour et son élégance très britanniques lui avaient valu le surnom de *"John"*.

Nous tenons à présenter, au nom du SYNGOF, toutes nos condoléances à son épouse, Anne-Marie, ainsi qu'à ses quatre enfants et à ses petits enfants.

Jean Bruneton était un amoureux des longues marches sur les sentiers de Compostelle. Gageons que le *"John"* ait désormais la possibilité de flâner le long de sentiers aux paysages calmes aux courbes subtiles, à l'image du souvenir qu'il laisse dans nos mémoires.

Dr Jean-Valère DEFFARGES

Le CNOM répond au SYNGOF

E. PAGANELLI*

Question de la Secrétaire Générale concernant les stages
des sages-femmes auprès des médecins spécialistes

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

Docteur Patrick BOUET
Président

Docteur Elizabeth PAGANELLI
Secrétaire Générale
SYNGOF
syngof@syngof.fr

Paris, le 21 novembre 2016

PB/AT/XC/FCM
D16 326.001
Dossier suivi par : M. TORNAY
Secrétariat : 01 53 89 32.97

Objet : Stage

Madame la Secrétaire Générale et cher confrère,

Nous faisons suite à votre courrier relatif à la formation des élèves sages-femmes et plus particulièrement sur la possibilité d'effectuer des stages auprès des médecins spécialistes.

Nous constatons qu'il ressort de l'article 12 de l'arrêté du 11 mars 2013 relatif au régime des études en vue du diplôme d'Etat de sage-femme « *les entités susceptibles d'accueillir des stagiaires sont celles qui ont conclu une convention avec les structures dispensant la formation de sage-femme. Ces conventions précisent les modalités d'organisation et de déroulement des stages.*

La liste des terrains de stage est établie par le directeur de la structure assurant la formation de sage-femme, après avis des responsables des entités accueillant les stagiaires.

La structure de formation s'assure de la qualité de l'encadrement du stagiaire par des professionnels référents de stage.

Les étudiants justifient qu'ils remplissent les conditions exigées par la réglementation en vigueur relative à l'immunisation obligatoire de certaines personnes contre certaines maladies conformément aux dispositions de l'article L. 3111-4 du code de la santé publique.

Ils sont soumis au règlement intérieur de la structure d'accueil et sont informés de leurs obligations de présence par le responsable de celle-ci. »

Selon notre interprétation des textes, il apparaît que les élèves sages-femmes peuvent être accueillies par des médecins spécialistes après accord formalisé par une convention.

Nous vous informons qu'après sollicitation du Conseil national de l'Ordre des Sages-femmes, cette interprétation est partagée.

Veillez agréer, Madame la Secrétaire Générale et cher confrère, l'expression de mes salutations les meilleures.

Copie : Président du Conseil départemental 31

Docteur Patrick BOUET

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

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

Je soussigné(e)

Nom _____

Prénom _____

Né(e) le _____ à _____

Date de votre installation _____

Tél portable _____

e-mail _____

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

Adresse professionnelle _____

Nom et adresse de la maternité où vous exercez : _____

Inscrit à l'Ordre des Médecins de _____

N° _____

sollicite mon admission au

SYNDICAT NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS DE FRANCE

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

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

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

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

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

• Type d'exercice Privé Public Privé et Public

- Cotisations 2017 -

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

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

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

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

Date, cachet et signature

Infos de l'Assurance Maladie

Août
2016

SUIVI DES PERSONNES À HAUT RISQUE DE CANCER DU SEIN Modalités de prise en charge des examens de dépistage

i Après avis de la HAS ⁽¹⁾

Les récents travaux de la Haute Autorité de Santé (HAS) du 19 mars 2014 permettent désormais d'identifier les facteurs de risque de cancer du sein nécessitant une stratégie de surveillance particulière pour un dépistage précoce.

Les personnes à haut risque de cancer du sein identifiées dans ce cadre vont pouvoir bénéficier d'une exonération du ticket modérateur pour les examens de dépistage spécifique recommandés dans leur situation.

Les 4 cas visés et les examens de dépistage exonérés

Sont concernées les personnes qui se trouvent dans une situation clinique nécessitant un dépistage spécifique du cancer du sein ⁽²⁾ ; ces situations sont regroupées en 4 cas décrits dans le tableau suivant.

Cas visés	Actes couverts	Durée d'exonération
Cas n°1 : Diagnostic posé par un onco-généticien pour : Antécédent familial de cancer du sein ou de l'ovaire et lorsque l'assuré est porteur d'une mutation génétique constitutionnelle prédisposant au cancer du sein (mutation génétique BCRAT1 ou BCRAT2).	IRM annuelle et mammographie annuelle suivie d'une éventuelle échographie	À partir de l'âge de 30 ans, sans limitation de durée
Cas n°2 : Diagnostic posé par un onco-généticien pour : Antécédent familial de cancer du sein ou de l'ovaire et lorsqu'une évaluation par un onco-généticien démontre un risque personnel très élevé de cancer du sein.	IRM annuelle et mammographie annuelle suivie d'une éventuelle échographie	À partir de l'âge de 30 ans, sans limitation de durée
Cas n°3 : Diagnostic posé par un onco-généticien pour : Antécédent familial de cancer du sein ou de l'ovaire et lorsqu'une évaluation par un onco-généticien démontre un risque personnel élevé de cancer du sein.	Mammographie annuelle et éventuelle échographie dès lors que le diagnostic a été posé par un onco-généticien	À partir de l'âge de 40 ans, et jusqu'à 50 ans. À partir de l'âge de 50 ans ; ces examens sont recommandés tous les deux ans ; ils sont pris en charge par le programme national de dépistage organisé (DO) ⁽³⁾ .
Cas n°4 : Diagnostic posé par un gynécologue-obstétricien, un gynécologue ou un oncologue pour : Antécédent personnel d'hyperplasie canalaire atypique, d'hyperplasie lobulaire atypique ou de carcinome lobulaire in situ.	Mammographie annuelle et éventuelle échographie pendant 10 ans. Au-delà de 10 ans : mêmes examens tous les deux ans	Surveillance annuelle d'une durée de 10 ans sans condition d'âge (même si le diagnostic est posé à plus de 50 ans). Au-delà de 10 ans, surveillance tous les deux ans : - si la personne a moins de 50 ans sur la base du présent dispositif - si la personne a plus de 50 ans dans le cadre du DO

Dans certains cas, il peut s'agir de femmes de plus de 50 ans pouvant également bénéficier du dépistage organisé du cancer du sein. Mais si leur situation nécessite des examens annuels, elles doivent être dirigées vers le présent dispositif.

La santé progresse avec vous



Août 2016 - Dr - Bruno Deschamps - 2016220

Modalités de prise en charge des examens de dépistage



À NOTER : ne sont pas concernés les patient(e)s déjà suivi(e)s pour un cancer du sein au titre d'une ALD, ni les patient(e)s qui sont en « suivi post-ALD » (post-ALD cancer du sein ou post-ALD suite à une irradiation thoracique à haute dose).

Les modalités de prise en charge

Le médecin demandeur formule la demande d'attestation de prise en charge sur une ordonnance, **en précisant le NIR du patient⁽¹⁾ et de quel cas il s'agit (cas 1,2,3,4)**, puis l'adresse sous enveloppe bleue, au service du contrôle médical de la caisse dont relève la personne concernée.

À réception de l'ordonnance, le service médical établit une attestation d'exonération du ticket modérateur pour les actes listés correspondant à ceux couverts pour la situation à risque concernée et l'adresse à la personne concernée par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

▶ **L'assuré(e) présente cette attestation au professionnel de santé qui pratique les actes recommandés.** Le radiologue établit alors la facturation tenant compte de l'exonération, selon le cas et les dates figurant sur l'attestation. Celle-ci rappelle les consignes de facturation.

▶ Sur la demande d'examen, **le médecin mentionne qu'ils sont en lien avec un dépistage spécifique pour haut risque de cancer du sein**

▶ **Sur la feuille de soins : le radiologue coche la case « autre »** (ou « exo div » s'il utilise une feuille de soins électronique) ainsi que les cases « l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire » et « l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire ».



Les participations forfaitaires, franchises et dépassements d'honoraires restent à la charge de l'assuré(e). Les consultations de surveillance clinique sont remboursées dans les conditions habituelles par l'assurance maladie.

⁽¹⁾ Dépistage du cancer du sein en France : Identification des femmes à haut risque et modalités de dépistage, HAS, Recommandations de santé publique, mars 2014, www.has-sante.fr

⁽²⁾ Article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, articles L.160-14 23° et R.160-17 du code de la sécurité sociale.

⁽³⁾ Voir le mémo de septembre 2015 reprenant les différentes modalités de dépistage du cancer du sein. Disponible sur Avel.fr dans l'espace Professionnels de santé / Médecins / Exercer au quotidien / Aide à la pratique ; mémos / Les mémos de bonne pratique / Dépistages des cancers du sein et colorectal.

⁽⁴⁾ Si le patient est agent-chef, il convient d'indiquer le NIR de l'assuré.

La santé progresse avec vous



Maudit partenaire

O. THIEBAUGEORGES*, B. de ROCHAMBEAU**,
J. MARTY***

a ctuellement, un conflit oppose nos confrères obstétriciens de Perpignan à leur Groupe de Santé Medipole partenaire :

Nos confrères fonctionnaient parfaitement dans l'établissement privé le plus prestigieux de la ville la clinique saint Pierre. Ils bénéficiaient de la bonne réputation liée de la concentration d'un service d'imagerie interventionnelle, de biologie, de réanimation adossée à un service de cardiologie interventionnelle médicale et chirurgicale.

Ils avaient mis à profit cette disponibilité d'un plateau technique parfait pour développer une activité reconnue de chirurgie cancérologique en plus de la maternité. Grâce à cette dynamique, leur service de Type I recrutait de jeunes confrères ce qui assurait le renouvellement des générations. La clinique a souhaité récupérer leurs locaux pour étendre la cardiologie plus rentable et a décidé de déplacer la maternité pour la regrouper avec un autre service obstétrical de la ville à l'activité déclinante et dans un environnement plus bucolique que très technique. Le laboratoire est fermé la nuit il ne dispose pas de réanimation.

A Perpignan les confrères de l'autre maternité n'ont pas joué la solidarité car ils voient l'arrivée de ces renforts comme une planche de salut. Malheureusement et à la satisfaction de la clinique ils se sont engagés dans une plainte au conseil de l'ordre, considérant qu'ils étaient dénigrés.

Les Perpignanais de Saint-Pierre ont interrogé GYNERISQ et L'URPS en juin sur cette évolution de leur sécurité. Ce n'était pas du ressort de GYNERISQ car les normes minimales sont respectées dans le regroupement. Même si les conditions sont moins sécuritaires. C'est le SYNGOF qui a rendu visite aux équipes dans leurs locaux, pris contact avec leur

La clinique n'a même pas pris la peine de demander un niveau II pour la nouvelle structure constituée par la fusion des deux maternités.

Le sacrifice de la qualité du service de gynécologie obstétrique aux intérêts de la Chaîne Medipartenaire est évidente.

direction et informé l'ARS. Le SYNGOF a conseillé de rechercher un terrain d'entente. Le groupe propriétaire médi-partenaire n'a pas voulu donner suite.

Un avis médical indépendant a été proposé (sous l'égide du CNGOF).

Mais l'affaire est mal engagée : Le SIOS a accepté le regroupement sans rechercher ni tenir compte de l'avis de nos confrères. Leur position a été caricaturée. La direction a mené ce dossier contre l'avis des obstétriciens et de la CME de cette clinique.

Cette histoire mérite d'être méditée.

Le sacrifice de la qualité du service de gynécologie obstétrique aux intérêts de la Chaîne Medipartenaire est évidente. La clinique n'a même pas pris la peine de demander un niveau II pour la nouvelle structure constituée par la fusion des deux maternités. La maternité publique ainsi ne se sent pas menacée.

Le directeur de la Clinique est le représentant de la FHP et ainsi notre partenaire habituel est devenu notre ennemi.

Ceci a bridé la représentation médicale régionale SML de l'URPS habituée à travailler avec lui.

La leçon est forte pour les gynécologues obstétriciens, même ceux qui pensent fonctionner en totale sécurité.

L'intérêt des fonds de pensions n'est pas le nôtre.

Pas trop de certitude, pas de naïveté, la montée en puissance des fonds de pension dans les cliniques a changé les règles du jeu. Les médecins libéraux doivent avoir toujours la précaution de construire une parfaite cohésion. Nous devons nous unir pour pouvoir collectivement peser sur les décisions.

Nous devons prendre attache au monde syndical pour réagir à temps et monter rapidement une relation de force. Ce dossier n'est pas arrivé à son terme et le SYNGOF reste extrêmement engagé.

* Gynécologue obstétricien, administrateur du SYNGOF pour la région Occitanie

** Président du SYNGOF

*** Ancien président et trésorier du SYNGOF

Rencontre

AIDES

E. PAGANELLI*

é

taient présents

Le Dr B. de ROCHAMBEAU, Président du SYNGOF

Le Dr E. PAGANELLI, Secrétaire générale du SYNGOF

M. L. PALLOT, Secrétaire général adjoint de l'association AIDES

Mme C. DOUAY, en charge des observatoires à AIDES, qui a coordonné le testing sur les refus de soins en 2015

Mme C. SPIRE, Présidente de la région Ile-de-France, AIDES

Le Dr S. BRUGÈRE, Secrétaire générale de la FNCGM

Le Dr D. SPERANDEO, gynécologue médicale (FNCGM) à Marseille

Les deux représentantes de l'association Aides nous remettent le texte de leur revue concernant le testing des cabinets de gynécologie. La rencontre s'engage sur un échange de nos enquêtes respectives :

Pour AIDES des précisions sont redonnées sur les conditions du testing en particulier :

- Sur les précautions prises afin que la question du refus de soins ne soit pas liée à une autre raison que la séropositivité (pas d'interférence sur CMU/AME pas d'interférence sur consonance du nom ou mauvaise maîtrise du français).
- Ont été testés les cabinets médicaux de gynécologues libéraux mais pas les hôpitaux ni les centres de santé.

Le défenseur des droits a été saisi dans le cadre du refus de soins

Le lien avec le médecin traitant paraît une bonne piste pour à la fois diminuer le délai du rendez-vous et peut-être conforter l'urgence ou l'importance de cette consultation.

- Sur la personne jointe qui a souvent été la secrétaire personnelle du médecin ou une plateforme téléphonique mais du point de vue des patients la secrétaire est mandatée par le médecin qui reste responsable de la réponse. Il faut noter qu'il y a eu des refus de soins alors que le rendez-vous avait été donné (essentiellement chez d'autres professionnels de santé comme les dentistes) et au moment même de la consultation. Le défenseur des droits a été saisi dans le cadre du refus de soins sur des sites de prises de rendez-vous qui exposent un refus CMU et/ou AME.

D'après les données de notre enquête (284 répondants)

S'il n'est pas question pour nous de nier qu'il existe sur ce terrain des réponses et attitudes négatives, il faut cependant soulever des points qui ont pu augmenter artificiellement cette connotation péjorative :

- Sur les conditions de prises des rendez-vous puisque les médecins ne sont joints directement que dans 15% des cas, ce qui laisse des possibilités larges que les réponses faites ne soient pas vraiment de leur fait (problème des plateformes téléphoniques souvent ingérables).
- Sur les difficultés liées aux délais d'attentes généraux des cabinets avec 52,9% des rendez-vous à deux mois et/ou plus, 71,8% à un mois et plus, 4,3% ne prennent pas de nouvelles patientes.
- Le lien avec le médecin traitant paraît une bonne piste pour à la fois diminuer le délai du rendez-vous et peut-être conforter l'urgence ou l'importance de cette consultation.
- Si le rythme de surveillance annuel pour ces patientes séropositives est assez bien connu des médecins (76,3%) la majorité d'entre eux ne voit pas un temps plus important à consacrer ou une urgence plus marquée paraissant considérer les patientes "comme tout le monde".
- La formation semble pouvoir être améliorée. Cette formation à propos du VIH (61% aucune) n'est pas moindre que la formation à propos des immunosuppresseurs (74,7% aucune) qui avait été choisie pour la comparaison.

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

- Dans la discussion il apparaît aussi que la question de l'interférence avec les traitements et les éventuelles pathologies associées peut renforcer les difficultés pressenties à la consultation.

Un accord d'ensemble est trouvé pour l'amélioration de l'accueil et des pratiques qui porteraient sur une campagne de remise à niveau des informations sur les particularités techniques de la consultation afin de diminuer les fausses peurs (hygiène, risque de transmission, notion de charge virale, pathologies particulières associées, mise à jour des interférences médicamenteuses).

Le lien avec le médecin traitant et peut-être la mise en place d'une "consultation complexe" dans la convention médicale pourrait aussi être des pistes d'amélioration de l'accueil. Le groupe travaillera à lister les points mis en exergue et les réponses à y apporter, ces informations étant ensuite relayées par les différentes publications professionnelles.

<http://www.aides.org/>

<http://www.fncgm.com/>

<http://syngof.fr/>

Consultation d'annonce VIH et nouvelle convention

La consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH, semble faire partie des actes qui justifient la qualification d'actes très complexes étant donné la prise en charge médicale et psychologique particulière. Cette consultation serait valorisée à partir du 1^{er} novembre 2017 par l'application d'une majoration de 30 €, dénommée PIV (Prise en charge Infection VIH), dont la cotation serait réservée aux médecins de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée tels que définis aux articles 40 et suivants.

L'avis ponctuel demandé par un médecin traitant à un spécialiste passera de 46 à 48 € au 1^{er} octobre 2017, puis à 50 € au 1^{er} juin 2018, cette consultation initiale d'annonce passera de 76 € à 78 € puis 80 €. Lorsqu'un médecin traitant adressera un patient à un spécialiste, la consultation de base du spécialiste sera revalorisée de 2 € à compter du 1^{er} juillet 2017.

La CS d'annonce si elle ne peut être cotée C2 (patiente vue récemment par exemple) sera de 30 € + PIV soit 60 €. En plus, dès le 1^{er} avril 2017, une incitation financière sera proposée au médecin correspondant qui réalise une consultation "dans les 48h suivant l'adressage sans délais par le médecin traitant". Cette majoration qui sera de 15 € (à condition que le médecin pratique des tarifs opposables) pourra aussi être rajoutée.

Au niveau du parcours de soins d'un couple présentant une sérologie positive pour le HIV1 pour l'un ou l'autre membre du couple, il était important pour le SYNGOF de distinguer deux situations:

Tout d'abord celle où la charge virale est négative et où il est envisagé une procréation naturelle. C'est la situation la plus courante. Cette procréation naturelle est possible. Elle impose un prérequis minimum avant d'envisager une procréation naturelle sans risque de contamination virale.

Si la situation est plus à risque, en particulier dans les cas où la charge virale n'est pas nulle, cette prise en charge est plus spécialisée et suivra les recommandations médicales nationales. L'avis de l'infectiologue est alors important et le couple sera confié à un laboratoire de PMA agréé pour le risque viral si une PMA est envisagée.

Dans le cadre du SYNGOF, il nous a semblé important de proposer **une fiche de soins simple remise aux spécialistes** en gynécologie amenés à recevoir des couples en désir d'enfant et pour lesquels un ou les deux présentent une séroconversion pour le virus HIV 1.

En effet, en 2016, les patients consultent le plus souvent avec une charge virale très faible voire nulle.

Ces patients, homme ou femme ont une charge virale nulle et leur désir d'enfant va conduire à leur délivrer une fiche d'information optionnelle où seront mentionnés les éléments requis avant procréation naturelle :

- **Prise en charge préconceptionnelle du couple :**

- a. Débuter un traitement antirétroviral et chez la femme et l'adapter en vue de la grossesse en choisissant les drogues compatibles avec la gestation ;
- b. Vaccinations à jour, notamment rubéole chez la femme, coqueluche chez le couple ;
- c. Supplémentation en acide folique chez la femme ;
- d. Traitement anti-VHC avant la grossesse (contre-indiqué pendant).

- **Procréation naturelle :** Lorsque le couple opte pour la procréation naturelle, la principale recommandation est d'obtenir une charge virale plasmatique indétectable au long cours (plus de six mois) chez le/la partenaire vivant avec le VIH, par un traitement antirétroviral.

J. FAIDHERBE

Gynécologue-obstétricien

Vice-Président du SYNGOF - Pôle PH

Examens obligatoires

E. PAGANELLI*

e

examens médicaux obligatoires

Article R2122-1

Les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes prévus à l'article L. 2122-1 sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme.

Le premier examen médical prénatal doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. Les autres examens doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du premier jour du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement.

Article R2122-2

Chaque examen doit comporter un examen clinique, une recherche de l'albuminurie et de la glycosurie.

De plus sont effectués :

1- Lors du premier examen prénatal :

- En cas de première grossesse, une détermination des groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (deux déterminations) ;
- Dans tous les cas, les dépistages de la syphilis, de la rubéole et de la toxoplasmose en l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise, ainsi que la recherche d'anticorps irréguliers, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B ; si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires ;

2- Au cours du quatrième examen prénatal (sixième mois de grossesse), un dépistage de l'antigène HBs, une numération globulaire, et chez les femmes à rhésus négatif ou précédemment transfusées, la recherche d'anticorps irréguliers, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B ; si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires ;

3- Au cours du sixième ou du septième examen prénatal (huitième ou neuvième mois de grossesse), une deuxième détermination du groupe sanguin A, B, O, rhésus standard si nécessaire ;

4- Au cours des sixième et septième examens prénatals (huitième et neuvième mois de grossesse), chez les femmes à rhésus négatif ou précédemment transfusées,

Quels sont les examens obligatoires qui permettent une autorisation d'absence rémunérée pour la femme et qui permettent trois autorisations d'absence pour le conjoint d'une femme enceinte ?

la recherche d'anticorps irréguliers, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B ; si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.

En outre, la sérologie toxoplasmique est répétée chaque mois à partir du deuxième examen prénatal si l'immunité n'est pas acquise.

Article R2122-3

Un examen médical postnatal doit être obligatoirement effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.

La personne avec qui vous vivez en couple bénéficie aussi d'une autorisation d'absence pour se rendre à 3 de ces examens médicaux **Article L1225-16**

Vérfié le 01 février 2016 - Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre)

Modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 87

La salariée bénéficie d'une autorisation d'absence pour se rendre aux examens médicaux obligatoires prévus par l'article **L. 2122-1** du code de la santé publique dans le cadre de la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement.

Le conjoint salarié de la femme enceinte ou bénéficiant d'une assistance médicale à la procréation ou la personne salariée liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle bénéficie également d'une autorisation d'absence pour se rendre à trois de ces examens médicaux obligatoires ou de ces actes médicaux nécessaires pour chaque protocole du parcours d'assistance médicale au maximum.

Ces absences n'entraînent aucune diminution de la rémunération et sont assimilées à une période de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés ainsi que pour les droits légaux ou conventionnels acquis par la salariée au titre de son ancienneté dans l'entreprise.

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

Protocole

d'accord de méthode relatif à la deuxième phase de déclinaison des mesures destinées à renforcer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital

P. LE PORS-LEMOINE*

Le présent protocole d'accord de méthode a pour but de déterminer les thématiques à explorer, centrées sur l'organisation et la gestion du temps de travail,...



Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Protocole d'accord de méthode
relatif à la deuxième phase de déclinaison
des mesures destinées à renforcer
l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital

Le plan d'action pour l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital, structuré en trois axes et comportant douze mesures, a été présenté le 2 novembre 2015 par la ministre des affaires sociales et de la santé.

Ce plan est global : il s'adresse à l'ensemble du corps médical, hospitalier et hospitalo-universitaire, pour attirer et fidéliser les médecins à l'hôpital. Ambitieux et équilibré, il a vocation à répondre aux principales problématiques actuelles, exprimées par l'ensemble des acteurs associés à sa préparation.

Le programme de travail du premier semestre 2016, identifiant les mesures du plan jugées prioritaires, a été arrêté dans le cadre du Comité de suivi du plan d'action en décembre 2015 puis décliné en textes qui ont tous été finalisés à la fin de l'été, après avoir été concertés avec l'ensemble des acteurs concernés.

Le 4 octobre 2016, la ministre des affaires sociales et de la santé a présenté le contenu de chaque mesure, dont les principales caractéristiques figurent en annexe du présent protocole, et a annoncé les thèmes pour une nouvelle

séquence de travail destinée à déployer de nouvelles mesures également très attendues par les praticiens.

C'est dans ce cadre que les signataires du présent accord-cadre conviennent des conditions d'engagement de la nouvelle séquence de travail qui renforcera, par de nouvelles mesures, l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital.

Le présent protocole d'accord de méthode a pour but de déterminer les thématiques à explorer, centrées sur l'organisation et la gestion du temps de travail, d'identifier les parties prenantes à la concertation, de préciser les livrables attendus ainsi que le calendrier cible associés à chacune des mesures.

Les thématiques de travail

- **Diversifier les missions confiées aux praticiens par l'incitation à la reconnaissance des valences non cliniques**

Objectif : les politiques de gestion de ressources humaines médicales doivent créer les conditions pour que, dans le cadre de l'élaboration du projet médical, de la définition des organisations médicales et du dimensionnement des effectifs, des activités non cliniques d'enseignement, de recherche, de démarches institutionnelles ou de conduite de projets, soient identifiées et réparties au sein de chaque équipe, sous forme de valences notamment.

Sans reposer sur une approche normative, cette démarche doit néanmoins constituer un important levier managérial, permettant d'entretenir et de renouveler la motivation pro-

La création des GHT offre l'opportunité de repenser collectivement la nature des missions et leur répartition entre les praticiens.

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

fessionnelle des praticiens tout au long de leur carrière. Ces valences doivent s'inscrire à la fois dans les maquettes d'organisation et dans les profils de poste.

La création des GHT offre l'opportunité de repenser collectivement la nature des missions et leur répartition entre les praticiens.

Parties prenantes à la concertation :

- Les intersyndicales représentatives des praticiens hospitaliers signataires du présent protocole
- Les organisations représentatives des internes et chefs de cliniques/assistants (ISNI, ISNAR-IMG, ISNCCA, FNSIP, SNIO, ISNCCA).
- Les représentants des établissements : FRF et conférences de directeurs et de présidents de CME.

Livrable : La nature du livrable sera adaptée au contenu de la mesure telle qu'elle résultera de la concertation.

Calendrier : Validation du livrable pour fin février 2017

• **Reconnaître l'impact des sujétions liées à la permanence des soins**

Objectif : certaines spécialités médicales doivent apporter une contribution significative au fonctionnement de la permanence des soins dans les établissements. Si la participation des praticiens à la permanence des soins est prévue dans le statut, elle n'en constitue pas moins une sujétion, dont le poids peut être difficilement ressenti, en lien notamment avec la fréquence de cette sujétion et avec l'âge des praticiens.

Il convient donc à la fois :

- De s'assurer que les modalités de mise en œuvre du décompte du temps de travail médical sous forme de temps continu, possible par dérogation au décompte en demi-journées pour certaines spécialités limitativement énumérées, soient parfaitement connues et appliquées dans les établissements, ce qui ne paraît pas être systématiquement le cas aujourd'hui, dans le respect du processus de décision qui sera précisé ;
- D'arrêter un/des seuil(s) de participation aux gardes qui justifieraient d'un décompte particulier du temps de travail (nuit de garde pouvant être comptabilisée à hauteur de 3 plages) compte tenu du poids représenté par cette sujétion dans l'exercice des professionnels concernés et de son retentissement sur la santé.

Parties prenantes à la concertation :

- Les intersyndicales représentatives des praticiens hospitaliers signataires du présent protocole
- Les organisations représentatives des internes et chefs de cliniques/assistants (ISNI, ISNAR-IMG, ISNCCA, FNSIP, SNIO, ISNCCA)
- Les représentants des établissements : FRF et conférences de directeurs et de présidents de CME.

Livrables :

- Instruction ministérielle
- Arrêté modifiant l'arrêté du 30 avril 2003

Calendrier : Validation des livrables pour fin février 2017

• **Consolidation des modalités de gestion du temps de travail médical au sein des établissements publics de santé**

Objectif : L'annulation, par le Conseil d'Etat, de certaines dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 ainsi que les modifications apportées ces dernières années aux cadres réglementaires et modalités de gestion relatives au temps de travail des praticiens seniors comme des internes, obligent à :

- Redéfinir au sein des établissements le rôle respectif de chaque catégorie d'acteur ou structure (chef de service, chef de pôle, COPS, CME, direction d'établissement...) en matière d'organisation, de gestion et de suivi du temps de travail et formaliser ces règles dans le règlement intérieur de l'établissement ;
- Rédiger un document, exhaustif et actualisé, de présentation des dispositions régissant, dans le droit communautaire (Directive) et national (décrets et arrêtés), l'organisation, la gestion, la reconnaissance et la comptabilisation du temps de travail médical (modalités de décompte en deçà et au-delà de 48h, dans le cadre du décompte en demi-journée ou du décompte horaire, conditions de réalisation et de suivi du temps de travail additionnel...).

Afin d'assurer aux praticiens le respect de leurs droits et de garantir une application conforme à la réglementation en vigueur et homogène au sein des établissements.

Parties prenantes à la concertation :

- Les intersyndicales représentatives des praticiens hospitaliers signataires du présent protocole
- Les organisations représentatives des internes et chefs de cliniques/assistants (ISNI, ISNAR-IMG, ISNCCA, FNSIP, SNIO, ISNCCA)
- Les représentants des établissements : FRF et conférences de directeurs et de présidents de CME.

Livrables :

- Décret en Conseil d'Etat suite à l'annulation partielle par le Conseil d'Etat de l'arrêté du 8 novembre 2013
- Instruction ministérielle

Calendrier : Validation des livrables pour fin février 2017

Fait à Paris, le 24 novembre 2016

Le ministre des affaires sociales et de la santé

Madame Marisol TOURAINE

Le Président de la Coordination Médicale Hospitalière

Docteur Norbert SKURNIK

Le Président d'Avenir Hospitalier

Docteur Max-André DOPPIA

La Présidente de l'Inter syndicat National des Praticiens Hospitaliers

Docteur Rachel BOCHER

Le Président du Syndicat National des médecins, chirurgiens, spécialistes et biologistes des Hôpitaux Publics

Professeur Sadek BELOUCIF

Le Président de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux

Docteur Jacques TREVIDIC

Annexe Présentation des 5 mesures prioritaires consolidées

Harmonisation des droits sociaux et des droits d'exercice en début de carrière (*Engagement 2: Homogénéiser les droits - sociaux et d'exercice - en début de carrière*)

La mesure vise à harmoniser les droits des praticiens contractuels, des assistants des hôpitaux, des chefs de cliniques des universités-assistants des hôpitaux et des assistants hospitaliers universitaires (CCA-AHU) sur ceux accordés aux praticiens hospitaliers titulaires et à rendre possible l'activité réduite pour les praticiens hospitaliers en année probatoire.

Concernant les droits sociaux, la mesure consiste en un alignement ou une harmonisation des droits sur ceux des praticiens hospitaliers :

- Des congés de maladie, maternité/paternité/adoption, longue maladie (CLM), longue durée (CLD), pour accident ou maladie imputables aux fonctions, parental
- De la durée des périodes de couverture sociale
- Du niveau de la rémunération versée

Concernant les droits d'exercice, la mesure ouvre l'activité réduite pour les praticiens en période probatoire sans allongement de la durée de la période probatoire, avec obligation de réaliser un minimum de 5 demi-journées sur le site principal d'exercice en cas d'activité partagée.

Date d'effet :

Dès publication du texte: décret en Conseil d'Etat

Publics concernés :

- Assistants des hôpitaux
- Praticiens contractuels
- Praticiens hospitaliers à temps plein en période probatoire

Création d'une prime d'engagement de carrière hospitalière (*Engagement 3: Inciter à l'engagement dans la carrière hospitalière dans les zones sous-denses ou les spécialités en tension*)

Cette mesure vise à inciter les jeunes praticiens, praticiens contractuels et assistants des hôpitaux, à embrasser une carrière hospitalière publique, dans des spécialités en tension définies nationalement ou localement.

Une convention est signée entre le praticien et un directeur d'établissement.

Le praticien s'engage :

- A exercer sur un poste d'une spécialité définie localement ou nationalement en tension jusqu'à sa nomination en tant que praticien hospitalier ;
- A se présenter à chaque session du concours de praticien hospitalier ;
- A effectuer 3 ans de services effectifs en qualité de praticien hospitalier.

En contrepartie, l'établissement s'engage :

- A proposer un emploi à temps plein jusqu'à sa nomination en qualité de praticien hospitalier ;

- A garantir des émoluments mensuels au moins équivalents à ceux du premier contrat ;
- A verser une prime de carrière hospitalière.

Les spécialités en tension au niveau national réunissent les conditions suivantes :

- Un taux de vacance statutaire des praticiens hospitaliers à temps plein supérieur de 20% aux taux de vacance statutaire moyen toutes spécialités confondues ;
- Un nombre de postes statutairement vacants de praticien hospitalier à temps plein supérieur à 250.

Pour le premier arrêté triennal (2016), il s'agit de : *anesthésie-réanimation et radiologie*.

Les spécialités en tension au niveau local sont arrêtées par établissement et par spécialité par le DG ARS sur proposition des directeurs d'établissements et après avis de la CRP.

Montants des primes :

- 10 000 € pour les spécialités en tension au niveau national
- 20 000 € pour les spécialités en tension au niveau local
- 30 000 € pour les spécialités en tension au niveau national et local

Modalités de versement de la prime :

- 50% du montant versé lors de la date d'effet de la convention, 50% du montant versé lors de la nomination en tant que PH probatoire

Les praticiens bénéficient d'un avancement de carrière accéléré de 2 ans à condition de

- Relever d'une convention signée au titre d'une spécialité en tension au niveau local
- S'engager par voie d'avenant au terme de la convention d'engagement de carrière hospitalière à exercer 3 années supplémentaires sur le même poste ;

L'avancement de carrière se fait à l'issue des 3 nouvelles années sur le même poste.

Date d'effet :

Dès publication des textes :

- Décret en Conseil d'Etat
- Décret simple
- Arrêtés relatifs à la convention de carrière hospitalière, à la liste des spécialités en tension au niveau national et à la convention-type

Publics concernés :

- Assistants des hôpitaux
- Praticiens contractuels
- Praticiens hospitaliers à temps plein
- Praticiens des hôpitaux à temps partiel

Création d'une prime d'exercice territorial en lien en particulier avec la création des GHT (*Engagement 4: Soutenir les dynamiques d'équipes médicales de territoire*)

La mesure vise à moderniser le régime indemnitaire des praticiens afin de le rendre plus adapté aux nouveaux besoins et exigences de l'exercice médical, en particulier pour accompagner la création des groupements hospitaliers de

territoire (GHT) et la mise en œuvre des projets médicaux partagés.

Cette prime sera attribuée aux praticiens qui exercent dans un ou plusieurs sites différents de leur site principal d'affectation dans les conditions suivantes :

- Les sites d'exercice sont distants d'au moins 20 km
- La quotité de temps pour l'exercice partagée d'au moins de 1 DJ par semaine en moyenne

Montants des primes :

4 niveaux de prime mensuelle en fonction de 4 paliers de quotité de temps d'exercice territorial :

- 1 demi-journée hebdomadaire : 250 €
- De plus de 1 demi-journée à 3 demi-journées hebdomadaire inclus : 450 €
- De plus de 3 demi-journées à 4 demi-journées hebdomadaires inclus : 700 €
- Plus de 4 demi-journées ou 4 demi-journées sur 2 sites différents du site d'exercice principal : 1 000 €

Date d'effet :

Dès publication des textes, en lien notamment avec les projets médicaux partagés dans le cadre des GHT :

- Décret en Conseil d'Etat
- Décret simple
- Arrêté

Publics concernés :

Personnels enseignants et hospitaliers et praticiens relevant du chapitre 2 du titre V du Livre 1^{er} de la sixième partie du CSP dès lors qu'ils réalisent un exercice partagé en plusieurs sites, à l'exception des praticiens recrutés en application du 3^e de l'article L.6152-1

Homogénéisation des modalités de rémunération de la permanence des soins dans le cadre de la création des GHT (*Engagement 5 : Améliorer la valorisation du temps de travail médical*)

Cette mesure consiste à simplifier, harmoniser et revaloriser la rémunération du temps de travail effectué lors de la permanence des soins, en ne retenant qu'un seul niveau d'indemnisation pour le paiement du temps de travail additionnel et le paiement des astreintes.

Cette mesure est applicable à l'ensemble des statuts éligibles au TTA.

Elle consiste à retenir comme montant unique de TTA le montant actuel du TTA dit "de jour". Ainsi, l'indemnité de sujétion ne sera pas reprise.

La mesure prévoit une indemnisation selon le montant unique de l'astreinte opérationnelle.

Date d'effet : Dès publication du texte et du schéma territorial de la permanence des soins dans le cadre du GHT : arrêté

Publics concernés :

Personnels enseignants et hospitaliers (Astreintes) et praticiens relevant du chapitre 2 du titre V du Livre 1^{er} de la sixième partie du CSP (TTA + astreintes), à l'exception des praticiens recrutés en application du 3^e de l'article L.6152-1.

Valorisation des activités médicales réalisées en première partie de soirée dans le cadre d'activités de soins programmées (*Engagement 5 : Améliorer la valorisation du temps de travail médical*)

Cette mesure consiste à reconnaître le temps de travail médical réalisé en première partie de soirée, notamment dans le cadre d'activités de soins programmées.

Cette mesure crée l'opportunité d'optimiser l'utilisation des plateaux techniques et de développer, dans le cadre de modalités concertées localement, l'offre de soins, sur des créneaux horaires pouvant convenir à une certaine catégorie de patientèle (active).

Le temps de travail réalisé dans le cadre de ces activités, qui ne peut être rattaché à la demi-journée d'après-midi, compte tenu de son amplitude, est comptabilisé de la manière suivante :

- Valorisation à hauteur d'une demi-journée de temps de travail toutes les 5 heures cumulées, intégrée dans les obligations de service ;
- 4 heures consécutives sont comptées à hauteur d'une demi-journée.

La mesure articule un cadrage national avec une déclinaison au niveau local.

Le cadrage national indique les activités prioritairement éligibles qui sont des activités médicales programmées de jour dont l'amplitude de fonctionnement chevaucherait la période arrêtée dans l'établissement pour l'organisation de la permanence de soins (18h ou 18h30 dans la plupart des cas). Peuvent notamment être concernées les activités médicales réalisées, en lien direct avec l'activité clinique :

- Sur les plateaux techniques et médico-techniques : blocs opératoires et activités postopératoires, imagerie, radiothérapie, explorations fonctionnelles,
- Sur les plateaux de consultations.

Au niveau local, le dispositif doit s'inscrire dans une logique collective et institutionnelle, au terme d'un processus décisionnel impliquant notamment la commission médicale d'établissement et la commission de l'organisation de la permanence des soins, après concertation avec les équipes concernées et vérification des prérequis.

Les modalités précises de mise en œuvre locale, en particulier la liste des activités éligibles ainsi que le bornage horaire, sont arrêtées au niveau de chaque établissement.

Date d'effet : Dès publication du texte, en lien notamment avec les projets médicaux partagés dans le cadre des GHT : arrêté

Publics concernés :

Personnels enseignants et hospitaliers et praticiens relevant du chapitre 2 du titre V du Livre 1^{er} de la sixième partie du CSP.

Création d'un second montant d'IESPE

Elle consiste à créer un second montant de l'IESPE qui récompense la fidélité et l'attachement et des praticiens à l'hôpital public.

Conditions d'éligibilité :

- Avoir bénéficié pendant 15 ans, quel que soit le statut, de l'IESPE ;
- S'engager à poursuivre un exercice public exclusif

Montant :

- 700 € mensuels bruts

Date d'effet :

- 1^{er} janvier 2017

Publics concernés :

Praticiens éligibles à l'IESPE et remplissant les conditions requises.

Inscrivez-vous dès maintenant

Séminaire GYNELOG 2017

15 septembre (à partir de 17h00)

16 septembre (journée complète)

17 septembre (jusqu'à 12h00)

TOULOUSE

Hôtel La Cour des Consuls



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

Décisions judiciaires

dans ce numéro nous proposons une analyse de décisions judiciaires qui concernent tous les obstétriciens. Elle apporte un éclairage didactique sur la complexité judiciaire des décisions qui nous concernent. Les comprendre nous permet de mieux collaborer avec nos défenseurs au cours de nos mises en cause.

Nous remercions pour ces décisions commentées Maître Georges LACOEUILHE*, Avocat au Barreau de Paris.

B. de ROCHAMBEAU

De l'importance du suivi et de la traçabilité ...

Un gynécologue obstétricien faisait réaliser un prélèvement vaginal à l'occasion de la visite du 8^{ème} mois de la parturiente. Les résultats révélaient la présence d'un streptocoque B. Les résultats étaient reçus par la parturiente.

Ces derniers n'ayant pas été retranscrits dans le dossier de consultation, ils n'étaient connus ni de la sage-femme ni du gynécologue obstétricien de garde qui ne prescrivait pas l'antibiothérapie prophylactique en cours du travail.

Elle accouchait un mois plus tard d'un enfant souffrant d'une pneumopathie et méningite à streptocoque de groupe B.

Le Tribunal de Grande Instance de Besançon dans son jugement du 16 février 2016 retenait :

"Il en résulte que le médecin prescripteur, destinataire des résultats de l'examen biologique, doit transcrire le résultat de l'examen dans le dossier de consultation accessible aux sages-femmes en salle d'accouchement avec la consigne d'antibiothérapie. En l'espèce, le Docteur L, qui a la charge de la preuve, ne démontre pas avoir effectué cette diligence. D'autre part, en application de l'article R.4127-35 du code de la santé publique, le médecin est tenu d'un devoir d'information à l'égard de la personne qu'il soigne et le Docteur L aurait donc dû tenir Mme B. informée de la nécessité d'une antibiothérapie en raison de la présence de Streptocoque B, ce qu'il ne conteste pas n'avoir pas fait.

On rappellera en effet que l'article L1111-2 du Code de la santé publique circonscrit l'information aux risques fréquents ou graves normalement prévisibles.

Il appartenait également à la sage-femme ayant accueilli Mme B. de s'inquiéter des résultats du prélèvement du 8^{ème} mois dès lors qu'ils ne figuraient pas au dossier. Cette omission aurait, en l'espèce, pu facilement être réparée puisque la patiente était venue avec son dossier médical dans lequel ceux-ci figuraient. Il en résulte que la responsabilité de la clinique est engagée par la faute de sa salariée sur le fondement de l'article 1384 alinéa 5 du code civil"

Le Tribunal retenait donc la responsabilité partagée du gynécologue obstétricien ayant prescrit le prélèvement vaginal et celle de la Clinique en sa qualité de commettant responsable du fait de ses préposés.

Le Tribunal estimait au visa des articles L.1142-1 et R.4127-5 du code de la santé publique qu'en omettant d'informer directement sa patiente et d'inscrire le résultat des prélèvements dont il aurait dû s'enquérir dans le dossier de consultation, accessible aux sages-femmes, le praticien a commis des fautes de nature à engager sa responsabilité.

Il retenait la responsabilité de la sage-femme pour ne pas s'être inquiétée des résultats après avoir constaté qu'ils étaient absents du dossier.

Le Tribunal rejetait enfin toute de perte de chance, malgré la littérature produite, l'expert judiciaire saisis ayant exclu cette notion.

Le Tribunal estimait ainsi que le gynécologue obstétricien est tenu d'une obligation de vérification des résultats prescrits, dont il doit informer sa patiente, et d'une obligation de traçabilité de ces derniers dans le dossier de consultation. Ce jugement est frappé d'appel, la responsabilité du gynécologue obstétricien étant contestable dans la mesure où les résultats étaient reçus par la parturiente. A tout le moins, la responsabilité ne saurait être engagée qu'au titre d'une perte de chance, en l'absence d'efficacité à 100% du

* Maître Georges LACOEUILHE, Avocat au Barreau de Paris.

AARPI LACOEUILHE-ROUGE-LEBRUN

15 rue Marignan - 75008 PARIS T. 01 47 42 01 01 Fax 01 47 42 42 00

traitement prophylactique qui aurait dû être administré au cours du travail.

Tribunal de Grande Instance de Besançon, 1^{ère} Chambre civile, jugement du 16 février 2016, n°RG 14/00812

Un peu de réalisme dans l'obligation d'information...

La Cour administrative d'appel de Bordeaux, dans un arrêt du 12 janvier 2016, soulignait : *"Un accouchement par voie basse ne constitue pas un acte médical dont les risques devraient être préalablement portés à la connaissance de la future accouchée, en l'absence de risques particuliers liés à l'état de la parturiente ou de son enfant rendant prévisible l'exécution d'actes médicaux et justifiant un accouchement par césarienne"*.

La Cour se trouvait confrontée à la situation classique d'une parturiente qui, présentant une cicatrice laissée par une précédente césarienne, avait préféré que son second accouchement se déroule par voie basse.

Les conditions morphologiques du bassin et la taille du fœtus étant normales, son gynécologue obstétricien ne l'avait pas informée des risques d'une rupture utérine en cas d'accouchement par voie basse, et ne lui avait pas exposé l'alternative possible d'un accouchement par césarienne.

La parturiente faisait valoir un défaut d'information sur ces deux points.

C'était sans compter sur le pragmatisme de la Cour qui rejetait sa demande en rappelant que la rupture utérine, de par sa fréquence exceptionnelle de survenue en cas d'accouchement par voie basse, et son absence de gravité en règle générale, ne rentrait pas dans le champ des risques faisant l'objet d'une obligation d'information préalable.

On rappellera en effet que l'article L 1111-2 du Code de la santé publique circonscrit l'information aux risques fréquents ou graves normalement prévisibles.

Et à la Cour de rappeler également que l'alternative d'accouchement par césarienne ne constituait pas une alternative moins risquée dont elle aurait dû être avertie, ce malgré l'utérus cicatriciel induit par la précédente césarienne.

Le discernement de la Cour est louable, mais ne dispense pas les professionnels de délivrer, en pratique, une information la plus complète possible.

Cour Administrative d'Appel de Bordeaux, 2^{ème} Chambre, arrêt du 12 janvier 2016, n°14BX01085

Quand le gynécologue obstétricien n'a pas le don d'ubiquité...

Un gynécologue obstétricien, praticien hospitalier, était appelé par une sage-femme qui, procédant à un accouchement, se trouvait face à une dystocie des épaules de l'enfant à naître.

Le gynécologue obstétricien n'était cependant pas disponible pour rejoindre la sage-femme, puisqu'il était retenu par une autre urgence dans le cadre de sa permanence.

La sage-femme procédait donc seule aux manœuvres obstétricales (en l'espèce, manœuvres de Jacquemier), mais une paralysie du plexus brachial droit survenait.

Avec un certain bon sens, la Cour administrative d'appel Marseille ne retenait ni une faute de la sage-femme, qui s'était conformée à son obligation d'alerter le gynécologue obstétricien face à un accouchement pathologique, ni une faute du gynécologue obstétricien qui était dans l'impossibilité de gérer deux urgences en même temps.

En revanche, la Cour rejetait les arguments de l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille qui tentait de justifier l'absence du médecin par la survenue d'une urgence concomitante, en estimant que cette absence *"relève d'une décision prise dans l'organisation et le fonctionnement du service empêchant ce médecin d'être disponible"*, et constitue dès lors *"une faute dans l'organisation et le fonctionnement du service hospitalier"* engageant la responsabilité de l'établissement.

A charge donc pour les établissements de santé de s'assurer du nombre suffisant de gynécologues obstétriciens de permanence...

Cour Administrative d'Appel de Marseille, arrêt du 29 janvier 2015, n°13MA01187



Retrouvez les petites annonces
sur

www.syngof.fr

Concilier soins et religions

J. THÉVENOT*

Pourquoi ces fiches ?

à

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Contraceptions médicalisées

Il y a de multiples méthodes contraceptives "naturelles" ou médicalisées ; que le mécanisme d'action soit local ou général, l'effet des contraceptions médicalisées peut être pré ou post-conceptionnel. Quoiqu'avec des nuances, les religions qui considèrent que la fonction humaine est de donner la vie désapprouvent à des degrés divers la contraception

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

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

CHARTRE de la laïcité

DANS LES SERVICES PUBLICS

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

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

des agents du service public

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

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

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

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

des usagers du service public

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

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

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

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

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

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

pré-conceptionnelle, voire s'y opposent. Quant aux contraceptions post-conceptionnelles, les religions les assimilent souvent à un avortement ultra précoce et les considèrent donc de la même manière qu'une interruption volontaire de la grossesse.

Il convient donc pour le soignant, au titre de son devoir d'information, **d'évoquer avec le patient le mode d'action de la contraception prescrite**, certains couples refusant les contraceptions présumées "abortives", mais acceptant les méthodes préconceptionnelles.

Les différents types de contraception

• Mode d'action local vaginal

Préservatifs, cape cervicale ou diaphragme, utilisés seuls ou en association avec des crèmes spermicides, ovules ou tampons contraceptifs, agissent en préconceptionnel.

• Mode d'action local utérin

Les dispositifs intra-utérins (DIU) ou stérilets sont de 2 types : cuivre ou progestérone.

Le DIU au cuivre empêche la nidation de l'œuf fécondé et a donc un mode d'action abortif précoce post-conceptionnel.

Le DIU progestatif agit par modification de la glaire cervicale en empêchant la migration des spermatozoïdes et dans la plupart des cas en bloquant l'ovulation, soit plutôt en préconceptionnel.

• Mode d'action général

- Les contraceptions œstroprogestatives agissent en préconceptionnel en bloquant l'ovulation, si elles sont prises régulièrement.

- Les contraceptions progestatives pures (Micropilules, Implant progestatif...) agissent comme le stérilet progestatif, par modification de la glaire cervicale en empêchant la migration des spermatozoïdes et dans la plupart des cas en bloquant l'ovulation, soit plutôt en préconceptionnel.

- La "pilule du lendemain" a un effet abortif précoce.

Avis des religions sur la contraception

Les protestants sont de fervents défenseurs de la contraception préconceptionnelle, pour une bonne gestion de la fécondité et pour limiter les pratiques abortives.

Dans le Judaïsme, les méthodes de contraception naturelles (températures, glaire...) sont tolérées si le couple a des enfants, les contraceptions médicalisées nécessitant pour le patient une autorisation rabbinique au cas par cas.

L'Église Catholique appelle à "une procréation responsable", recommande les méthodes naturelles de régulation des naissances, tout en laissant les époux se déterminer pour une autre méthode si les solutions naturelles sont inapplicables (Evêques de France).

Le Coran autorise la contraception dans le cadre du mariage si la santé et/ou les moyens financiers du couple le nécessitent, tandis que les autorités islamiques indiquent à tout musulman que la famille nombreuse est un devoir moral.

Procréation médicalement assistée

Les religions ont des avis assez différents concernant les techniques de PMA, nécessitant pour les praticiens de bien en expliquer les processus et les implications, dans le respect des choix philosophiques et religieux des patients.

Selon les techniques

Stimulations médicamenteuses d'ovulation et IAC (insémination avec sperme du donneur) : les religions juive, musulmane et protestante y sont favorables, de même que les catholiques quand l'IAC est accompagnée d'un acte sexuel. **FIV** (fécondation in vitro) avec les gamètes du couple = les religions juive, musulmane, protestante, y sont favorables ; les catholiques et les orthodoxes n'acceptent pas une technique qui sépare l'acte sexuel de la procréation.

Congélation des embryons : elle est acceptée pour judaïsme, protestantisme, islam. Elle ne l'est pas pour les catholiques et orthodoxes, qui considèrent que l'embryon est un être vivant méritant le "respect".

Dons de gamètes (IAD (insémination avec donneur), DO (don d'ovocyte) ou FIV avec donneur)) : il n'est validé que pour les protestants ; les religions juive, catholique, orthodoxe, musulmane n'acceptent pas le DO ; ainsi pour les catholiques, l'enfant ne peut être issu que de relations sexuelles, et seulement au sein du couple uni par le mariage.

Réalisation du spermogramme (par masturbation) : refusé dans le judaïsme (recueil dans préservatif?), autorisé pour les musulmans et protestants. L'Église catholique rappelle que la masturbation pour elle-même prive l'acte sexuel de sa fonction d'union d'abord et de sa fonction de procréation ensuite. Pour ces raisons, elle n'autorise pas la réalisation d'un spermogramme dans le cadre d'une procréation médicalement assistée.

DPI (diagnostic pré-implantatoire) : accepté par musulmans et protestants ; le respect de la vie dès la fécondation fait rejeter par l'Église catholique et le judaïsme cette technique, si son seul but est la sélection des embryons.

GPA (gestation pour autrui) : non autorisée en France. **Réduction embryonnaire** : refusée par les catholiques et les juifs pour les raisons précitées ; acceptée jusqu'au 40^e jour après la fécondation par l'Islam; acceptée par les protestants.

Adoption : acceptée et/ou encouragée par toutes les religions. Toutefois, pour les musulmans, il convient de conserver toujours la filiation initiale, ce qui équivaut à un refus de l'adoption plénière.

Commentaires spécifiques selon la religion

Protestantisme : La PMA constitue une prouesse technique pour toutes les personnes confrontées à la souffrance de la stérilité, elle comporte aussi un risque : celui de l'enfant choisi ou de l'enfant-projet, les techniques et la médecine étant mises au service des désirs humains. La sexualité et le choix de procréer relèvent de la libre détermination des personnes. Les Églises ont pour rôle d'aider les croyants à assumer leurs responsabilités dans la vie quotidienne. Un enfant

est un don. Il faut donc que les choix en matière d'assistance à la procréation prennent en compte le droit de l'enfant : un cadre éducatif et affectif épanouissant.

Concernant la réduction numérique embryonnaire, c'est le couple, et en particulier la femme confrontée à une grossesse à risque qui doit se prononcer en toute liberté et responsabilité. Un accompagnement spirituel et psychologique s'imposant en complément d'un accompagnement médical. La vie de la mère doit être préservée. La réduction embryonnaire est recommandée si elle permet la préservation de la vie de la mère et autant que possible celle des autres embryons appelés à se développer.

L'Islam : L'Islam n'accepte pas le don de gamètes (sperme, ovocytes,) ; l'Islam considère que de la fécondation au 40^e jour de vie, l'embryon n'est pas doté de cognition, et que toute intervention peut alors être réalisée sur lui.

Catholicisme : L'Eglise reconnaît comme seul moyen licite de procréation, les rapports sexuels entre les époux sans autre manipulation, étant donné le lien intrinsèque entre l'union conjugale et la procréation. C'est en sauvegardant les deux aspects essentiels, union et procréation, que l'acte conjugal conserve intégralement le sens d'amour mutuel et véritable et son ordination à la très haute vocation de l'homme à la paternité (Instruction romaine sur "le respect de la vie humaine naissante" 1987).

PMA : L'Eglise catholique s'oppose à toute technique artificielle d'assistance médicale à la procréation, car il ne peut y avoir de procréation sans relations sexuelles, comme il ne peut exister de relations sexuelles sans ouverture à la conception. Elle considère que, dès sa conception, l'embryon doit être respecté. L'IAC peut être admise à l'intérieur du mariage, si elle est seulement support et aide thérapeutique et associée à l'acte conjugal, mais sans se substituer à lui. L'IAD est contraire à l'unité du mariage, à la dignité des époux, à la vocation propre des parents et au droit de l'enfant à être conçu et mis au monde dans et par le mariage. Illicite la fécondation d'un donneur autre que le mari et la fécondation par le sperme du mari d'un ovule qui ne provient pas de son épouse. La FIV même entre conjoints n'est pas acceptée, puisque l'objectif est de ne pas séparer l'acte sexuel de la procréation. L'Eglise rejette la conception *in vitro* même avec la collaboration des époux à cause de l'intervention des manipulations techniques et à cause de la destruction d'embryons par le fait de nombreux essais. Le DO n'est pas admis pour les raisons évoquées du lien mariage et enfants. Le DPI ne peut être pratiqué puisqu'il peut aboutir à une destruction de l'embryon si celui-ci est atteint de la maladie recherchée. Les interventions thérapeutiques visant à sauver l'embryon sont acceptées. **La réduction embryonnaire** : *Il est essentiel de considérer tout embryon comme appartenant à l'humanité. Tout embryon est un être humain déjà. Il n'est donc pas objet disponible pour l'homme et nul n'a le pouvoir de fixer les seuils d'humanité d'une existence singulière. Cela touche*

l'utilisation pour la recherche et la mise au point d'éventuelles thérapies, d'embryons humains constitués dans le cadre de l'assistance médicale à la procréation. Il ne s'agit pas de suspecter a priori toute recherche, il s'agit de s'interroger avec une conscience éveillée sur le danger d'instrumentalisation de ce qui est déjà humain. Certaines recherches honorent l'humanité, d'autres pratiques la blessent (Conseil permanent des évêques de France *L'embryon humain n'est pas une chose* 2001).

En toutes circonstances, l'église catholique comprend le désir des époux, mais elle fait valoir le but du mariage et le droit de l'enfant dès sa conception. En cas de stérilité, l'église encourage l'adoption.

PMA : procréation médicalement assistée

IAC : insémination avec sperme du conjoint

IAD : insémination avec sperme de donneur

FIV : fécondation *in vitro*

DO : don d'ovocytes

GPA : gestation pour autrui

DPI : diagnostic pré-implantatoire

Interruption Médicale de Grossesse Soins palliatifs prénataux et Deuil périnatal

La loi française autorise l'interruption médicale de grossesse (IMG) à tout âge de la grossesse (c'est-à-dire depuis la fécondation jusqu'avant la naissance) pour deux raisons :

- soit quand la grossesse met en péril grave la santé de la mère,
- soit quand le fœtus est atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable.

Les conditions de réalisation en sont précisées par l'article 2213-1 du Code de Santé publique*.

Le "choix entre mère et enfant" : Quand la grossesse menace la vie de la mère, l'IMG est tolérée par la plupart des Eglises protestantes, par le Judaïsme et par l'Islam. Pour les catholiques, *"en aucun cas, l'Eglise Catholique n'enseigne que la vie de l'enfant doit être préférée à celle de la mère. D'un côté comme de l'autre, il ne peut y avoir qu'une seule exigence : faire tous les efforts pour sauver la vie de la mère et de l'enfant. La plus noble aspiration de la médecine est de chercher toujours de nouveaux moyens pour conserver la vie de l'un et de l'autre"*. (Encyclique *"casti connubii"* 1930 Pie XI)

L'anomalie grave de l'enfant : Pour l'Islam, l'embryon étant considéré comme un être humain à partir du 40^e jour après la conception, l'IMG est pour certains acceptée jusqu'à cette date, d'autres la récusent depuis la fécondation. Pour le Judaïsme, l'IMG serait éventuellement tolérée en cas de pathologie fœtale grave pouvant entraîner un décès néonatal. Les parents sauront solliciter systématiquement l'avis d'une autorité rabbinique compétente.

Au sein du Protestantisme, la décision repose sur les parents au nom de l'éthique individuelle de responsabilité ; il n'y a pas d'unanimité des Eglises protestantes sur l'IMG, un avis et un accompagnement par le pasteur étant souhaitables dans ces circonstances.

Pour l'Eglise Catholique, il n'y a aucune exception au refus de l'interruption de la vie d'un embryon ou d'un fœtus. Pour autant, un choix des parents non conforme aux règles de l'Eglise n'exclut pas un accompagnement religieux et humain.

Soins palliatifs prénataux : Face au diagnostic d'une maladie potentiellement létale ou devant une situation qui va entraîner le décès *in utero* d'un enfant ou d'un nouveau-né dans ses premières heures ou premiers jours de vie, les professionnels doivent proposer en alternative à l'IMG, un accompagnement spécifique de l'enfant et des parents pendant la grossesse et en période postnatale (soins palliatifs prénataux)**.

Deuil périnatal : Outre la mise en œuvre de démarches administratives protocolisées par la circulaire de 2009 (déclaration de naissance, livret de famille, droits sociaux...), le respect des rites autour de l'enfant décédé (baptême, obsèques, présentation du corps...) en période périnatale fait partie des "bonnes pratiques médicales" à organiser par les équipes de soins pour favoriser la bonne qualité du deuil périnatal***.

Circulaire interministérielle DGCL/DACS/DHOS/DGS/DGS /2009/182 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

Enfant décédé à la naissance : quelles sont les règles d'état civil :

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F19224.xhtml>

***Article L2213-1 du CSP** (Modifié par LOI n°2011-814 du 7 juillet 2011- art. 25)

L'interruption volontaire d'une grossesse peut, à toute époque, être pratiquée si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après que cette équipe a rendu son avis consultatif, soit que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, soit qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic. Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme comprend au moins quatre personnes qui sont un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique, membre d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal, un praticien spécialiste de l'affection dont la

femme est atteinte, un médecin choisi par la femme et une personne qualifiée tenue au secret professionnel qui peut être un assistant social ou un psychologue. Le médecin qualifié en gynécologie-obstétrique et le médecin qualifié dans le traitement de l'affection dont la femme est atteinte doivent exercer leur activité dans un établissement de santé.

Lorsque l'interruption de grossesse est envisagée au motif qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic, l'équipe pluridisciplinaire chargée d'examiner la demande de la femme est celle d'un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal. Lorsque l'équipe du centre précité se réunit, un médecin choisi par la femme peut, à la demande de celle-ci, être associé à la concertation. Hors urgence médicale, la femme se voit proposer un délai de réflexion d'au moins une semaine avant de décider d'interrompre ou de poursuivre sa grossesse.

Dans les deux cas, préalablement à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire compétente, la femme concernée ou le couple peut, à sa demande, être entendu par tout ou partie des membres de ladite équipe.

Adresses utiles :

****Soins palliatifs prénataux :** Association SPAMA (<http://www.spama.asso.fr/fr>)

*****Deuil périnatal :** Association Petite Emilie (<http://www.petiteemilie.org>)

Stérilisation masculine ou féminine

La réglementation française (Basée sur la loi du 4 juillet 2011)

Seules les personnes majeures peuvent demander une stérilisation à visée contraceptive.

Il ne peut être procédé à une stérilisation à visée contraceptive qu'à l'issue d'un **délai de réflexion de 4 mois** après la consultation médicale préalable.

Cette consultation rappellera le **caractère définitif et irréversible** de la stérilisation (stérilisation tubaire ou vasectomie), ainsi que les alternatives.

Si la réflexion menée au cours de ce délai conduit la personne concernée à maintenir sa demande initiale de stérilisation, l'intéressé(e) confirme par écrit sa volonté d'accéder à cette intervention.

Son seul consentement est recueilli pour la réalisation de l'acte (pas de nécessité du consentement du conjoint).

Il s'agit d'un acte chirurgical qui ne peut être pratiqué que dans un établissement de santé (hôpital, clinique).

La ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure. Elle ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales constitue

un handicap et a justifié son placement sous tutelle ou sous curatelle que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement, et à l'issue d'une procédure spécifique. *(L'intervention est alors subordonnée à une décision du juge des tutelles saisi par la personne concernée, les père et mère ou le représentant légal de la personne concernée. Le juge se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de compréhension. ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement. Le juge entend les père et mère de la personne concernée ou son représentant légal ainsi que toute personne dont l'audition lui paraît utile. Il recueille l'avis d'un comité d'experts composé de personnes qualifiées sur le plan médical et de représentants d'associations de personnes handicapées. Ce comité apprécie la justification médicale de l'intervention, ses risques ainsi que ses conséquences normalement prévisibles sur les plans physique et psychologique.)*

Position des principales religions en France

Stérilisation à but contraceptif exclusif

- La religion catholique, considérant comme un préalable la vocation de l'homme à donner la vie, n'est pas favorable à la stérilisation humaine.
- La religion musulmane considère qu'il ne faut pas porter atteinte à l'intégrité du corps humain, et n'est donc pas favorable à la stérilisation humaine.
- Pour le Judaïsme, il convient également de préserver son corps, de ne pas y porter atteinte, excluant de fait la stérilisation humaine.

Stérilisation d'indication médicale

Dans l'hypothèse où **une grossesse mettrait la vie de la femme en danger**, et aucune solution contraceptive n'existerait, chaque situation doit être étudiée au cas par cas dans le Judaïsme ; pour catholiques et musulmans, chaque situation nécessite d'éclairer les patients sur les préceptes religieux pour tenter d'éviter la stérilisation.

Dans le Protestantisme, pour les deux indications précédentes, les positions sont diverses: le patient, souverain dans son choix, est donc libre de consulter un pasteur de son Eglise.

Lien utile : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/livret_sterilisation_a_visee_contraceptive.pdf



Je soussigné(e) :

Nom _____ Prénom _____

Date d'installation _____

Tél. mobile _____ Email _____

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

Adresse professionnelle _____

MedyCS

ADHÉSION À L'ASSOCIATION GYNÉLOG et OBTENTION DES LOGICIELS

- | | |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> 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 € |
| <input type="checkbox"/> Obtention du logiciel MédyCS (seul) (pour UN médecin et son secrétariat). | 290 € |
| <input type="checkbox"/> Option : Module FSE Pyxvital (pour UN médecin et son secrétariat) (TVA incluse) | + 324 € |
| <input type="checkbox"/> 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

Les ovariectomies

Interventions pionnières de la chirurgie intra-abdominale

B. SEGUY*

Comment pouvait-on réussir de telles interventions intra-péritonéales, en l'absence de toutes précautions, antiseptiques et aseptiques, et d'antibiotiques ?

dans mon article sur l'Histoire de la Gynécologie (Syngof N°105), je faisais référence aux toutes premières interventions intra-abdominales qui furent des ovariectomies (selon la terminologie employée à l'époque). Et comme tous les historiens, je faisais confiance au consensus en la matière : ces premières interventions intra-abdominales d'ovariectomies avaient été réalisées avec succès, au tout début du XIXème siècle, aux États-Unis, par deux chirurgiens Américains qui étaient allés se perfectionner en Angleterre à la fin de leurs études : Mac Dowell au Kentucky, en 1809, le pionnier, puis Nathan Smith, en Nouvelle Angleterre en 1821. Or, il se trouve que, par hasard, depuis la publication de cet article, j'ai mis la main sur un ouvrage anglais dédié à

l'Histoire de la Gynécologie Obstétrique et publié en 1935 par le Pr Herbert Thomas de la Yale University. Ce qui m'a particulièrement intéressé c'est que l'Auteur, dans son livre, rapportait les publications princeps concernant ces ovariectomies pionnières, et donc le contexte dans lequel elles furent réalisées et les techniques employées qui permirent de tels succès, véritablement miraculeux pour l'époque. Je vous propose donc d'assister à ces interventions.

Ephraim Mac Dowell naquit en 1771, en Virginie (USA), mais très vite sa famille s'établit définitivement au Kentucky, à Danville. Après un apprentissage des rudiments de la médecine de l'époque, pendant trois ans, chez un praticien local, il partit en 1793 se perfectionner en Écosse à



Mac Dowell

Edinburgh, pendant deux ans (les études médicales étaient courtes à l'époque...) où il eut pour Maître le Pr John Bell.

De retour aux USA, il s'installa en 1795 comme chirurgien libéral et rural (pas d'hôpital dans un rayon de mille kilomètres) à Danville où, en quelques années, sa réputation s'étendit sur toute la contrée (bien qu'il

Et pourtant, bien que raisonnable, Mac Dowell allait braver l'interdit et tenter l'impensable...

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

n'eût, en fait, pas obtenu de diplôme officiel de chirurgie...). Comme ses confrères de l'époque, mais avec plus de dextérité et de meilleurs résultats, il effectuait toutes les interventions chirurgicales alors praticables (en réalité, fort peu nombreuses) parmi lesquelles dominait la lithotomie ou exérèse de "la pierre vésicale", réalisée, elle, par voie périnéale ou vésicale. Rappelons en effet que, jusqu'au début du XIX^{ème} siècle, avant la découverte de l'anesthésie, de l'antisepsie et de l'asepsie, aucun chirurgien raisonnable ne s'autorisait à intervenir dans l'abdomen, c'est-à-dire à ouvrir le sac péritonéal, geste qui, quasiment toujours, condamnait à mort l'opéré(e) par péritonite.

Et pourtant, bien que raisonnable, Mac Dowell allait braver l'interdit et tenter l'impensable... Il n'est cependant pas inutile de rappeler que, pour les historiens américains, la date et le lieu témoignent d'un certain état d'esprit, le "Frontier location spirit". L'esprit des pionniers des vastes territoires peu peuplés des USA naissant, où chacun devait se débrouiller là où il était, avec les moyens dont il disposait. Il est certain qu'une telle intervention aurait été non autorisée en Angleterre à la même époque, et fut interdite en France pendant plusieurs décennies. Mac Dowell vivait à la limite de la civilisation, et donc se trouvait plus libre d'oser entreprendre, n'ayant pas à se soumettre au "médicalement correct". Les entrepreneurs, comme les entrepreneurs, sont souvent bridés par les normes.

Voici comment il raconte lui-même, dans un article publié *a posteriori*, le déroulement des événements. C'est en Décembre 1809 qu'il est appelé, à une centaine de kilomètres de chez lui, par deux confrères au chevet d'une femme enceinte au ventre très gros et souffrant de très vives douleurs, pour les aider à terminer ce difficile accouchement. Après avoir examiné la parturiente, Mac Dowell conclut que l'utérus était vide, qu'el-

le n'était donc pas enceinte, mais que le volume de l'abdomen était dû à la présence d'une volumineuse tumeur, vraisemblablement ovarienne, latéralisée sur le côté droit de l'abdomen. Il comprit rapidement que le seul moyen de mettre un terme à la croissance de cette masse abdominale et aux douleurs subies par cette pauvre femme, était d'envisager une exérèse chirurgicale de la tumeur. Mais il savait très bien qu'une telle intervention n'avait jamais été tentée, ni même envisagée auparavant.

Il expliqua donc la situation à la patiente et lui fit comprendre qu'il était prêt à tenter cette intervention sans pouvoir évidemment en garantir le résultat. Mais qu'il fallait pour cela qu'elle se déplace jusqu'à son cabinet à Danville, seul endroit où il pouvait envisager une telle tentative chirurgicale. La patiente, comprenant qu'elle n'avait pas d'autre choix à sa terrible situation, accepta et parcouru les cent kilomètres à cheval en quelques jours, ce qui était déjà un exploit extraordinaire, compte tenu de son état.

Il l'opéra le jour de Noël 1809. Il installa la patiente sur une table longue mais pas trop large, genre table de cuisine, et lui retira ses vêtements, expliquant qu'ils pouvaient le gêner pendant l'intervention. Puis, aidé de son neveu, chirurgien comme lui, il démarra l'intervention, la pauvre patiente étant maintenue sur la table par ses assistants, pour ne pas trop bouger sous le couteau (pas d'anesthésie, évidemment...).

Dans un article publié huit ans plus tard (Octobre 1817) dans une revue locale, il écrit : "Je fis alors une incision à 3 pouces (7 cm environ) du bord du muscle grand droit, du côté gauche, incision que j'étendis sur une vingtaine de centimètres verticalement le long de ce muscle. Puis j'ouvris la paroi de la cavité abdominale elle-même, paroi qui était fort contuse, ce qui m'a semblé lié au frottement de la tumeur sur la selle pendant le voyage. La tumeur appa-

rut alors, mais beaucoup trop grosse pour pouvoir être extraite facilement. Je plaçais une solide ligature sur la trompe de Fallope, près de son insertion utérine. J'ouvris alors la tumeur qui était bien d'origine ovarienne. Il en sortit environ sept kilos (15 pounds) d'une substance gélatineuse et trouble. Une fois vidée, j'ai extrait le sac lui-même, après section de la trompe, sac qui pesait environ trois kilos.

Dès l'ouverture de la cavité abdominale, les anses intestinales sortirent par l'incision et ne purent être remises en place qu'après enlèvement de la tumeur qui occupait tout l'espace abdominal. Ensuite, nous avons tourné la patiente sur son côté gauche pour vider le liquide sanglant répandu dans la cavité abdominale. Enfin, j'ai fermé l'incision par des ligatures séparées, en laissant extériorisée, à la partie basse de la plaie, la ligature placée initialement sur la trompe de Fallope, et en plaçant entre chaque suture pariétale une bande de plâtre adhésif pour assurer une bonne cicatrisation. Je mis en place un pansement habituel puis elle fut remise au lit et tenue d'observer le régime antiphlogistique strict.

Je revins l'examiner cinq jours plus tard, et, à ma grande surprise, je la trouvais en train de refaire son lit. Vingt-cinq jours après l'intervention, elle repartait à cheval à son domicile où elle est toujours en bonne santé". Elle vécut 32 ans après cette intervention.

Dans ce même article, Mac Dowell rapporte ses deux succès suivants dans le même type de pathologie. Le second cas fut celui d'une domestique noire porteuse d'une grosse et très douloureuse tumeur abdominale fort invalidante. Il pratiqua le même type d'ouverture abdominale et trouva un gros kyste ovarien très adhérent à la vessie et au fond utérin. Il incisa la tumeur d'où sorti un liquide gélatineux comparable à son premier cas, accompagné de beaucoup de

sang. Il fit les mêmes gestes que pour sa première opérée et le même type de fermeture pariétale. Les suites opératoires furent favorables et l'opérée put reprendre son activité.

Le troisième cas, pour lequel il donne une date (Mai 1816) fut pratiqué également chez une servante noire, porteuse d'une grosse tumeur ovarienne restée assez mobile. Il mena cette intervention aidé par un de ses confrères, et incisa, cette fois-ci, sur la ligne blanche abdominale qu'il ouvrit de l'ombilic jusqu'au voisinage de la symphyse pubienne (médiante sous-ombilicale). Après ligature de la trompe de Fallope, il réussit à enlever une tumeur très dure d'environ trois kilos. La patiente se plaignit alors d'avoir très froid. Il la mit au lit avant de finir le pansement et lui donna un plein verre de Cherry brandy comme remontant, additionné de trente gouttes de Laudanum. L'opérée rapidement requinquée par ce traitement, le pansement fut terminé. La patiente fut remise sur pied en deux semaines et put reprendre son travail de cuisinière d'une nombreuse famille, quelques semaines plus tard. Ce qui est tout à fait étonnant, c'est la réussite de ces trois interventions rapportées, alors que, justement, rien, absolument rien n'explique cette réussite. Il ne faut quand même pas oublier qu'à l'époque toute ouverture de la cavité péritonéale se terminait quasi obligatoirement par une septicémie mortelle. Raison pour laquelle, les chirurgiens depuis des siècles se limitaient avec prudence à une chirurgie extra-péritonéale et, essentiellement, des membres ou de la pierre vésicale par voie périnéale. Il ne faut pas oublier que la césarienne tuait quasiment à tous les coups : à Paris entre 1741 et 1800, 24 césariennes pratiquées, 24 décès. Et malgré la propagande, quasi névrotique, de Baudelocque pour cette intervention, aucun chirurgien raisonnable ne la pratiquait, jusqu'aux découvertes et aux publications de Lister et de Pasteur (voir Syngof N°96).



Nathan Smith

Certains se sont quand même posés les mêmes questions et ont essayé d'y répondre. Tel l'article publié par H.B. Othersen dans "Anals of Surgery" (Mai 2004, 239-5, 648-650). L'auteur met en avant le fait que l'intervention se soit déroulée au cabinet privé de Mac Dowell et non dans un hôpital, écartant ainsi le risque infectieux bien connu des grands hôpitaux européens. Il insiste également sur le fait qu'il exerçait en libéral, sans étudiants effectuant des autopsies, et on voit se profiler l'ombre de Semmelweis. Cela est bien vrai et on retrouve cette caractéristique, ce profil type, du praticien isolé, opérant à minima, chez lui ou chez la patiente, dans la cuisine ou la chambre, dans quasiment tous les cas rapportés initialement en Europe, après les USA. Un article consacré à ce même sujet par la "Royal Society of Medicine", en septembre 1934, ne nous apprend rien de plus et n'envisage même pas les questions qui, pourtant, se posent. On apprend cependant que Mac Dowell pratiqua un total de 13 ovariectomies avec 5 décès. La question reste donc entière : Comment pouvait-on réussir de telles interventions intra-péritonéales, en l'absence de toutes précautions, antiseptiques et aseptiques, et d'antibiotiques ?

Nathan Smith est le second ovariectomiseur, présenté d'emblée comme "omnipresent genius in New England

medecine", vous êtes prévenus. Comme Mac Dowell, il fit ses études aux USA mais partit en Europe, ensuite, pour se perfectionner, Il effectua sa première ovariectomie (terminologie moderne plus conforme à la réalité) en 1821, à l'âge de 59 ans alors qu'il était Professeur de Chirurgie à Yale. Voici la description qu'il donne de son intervention.

"Mme S. du Vermont était âgée de 33 ans et mère de cinq enfants. Elle s'était aperçue, quelques années avant sa consultation et ses dernières grossesses qu'elle avait dans la région iliaque droite, une masse arrondie de la taille d'un œuf d'oie, très mobile qu'elle pouvait pousser vers la région iliaque gauche et même au-dessus de l'ombilic. Lors de mon examen, la tumeur était effectivement grosse mais très mobile. L'intervention fut décidée à la demande de la patiente qui en était gênée dans sa vie quotidienne.

"J'étais aidé par quatre confrères. La patiente fut placée sur la table, tête et épaules légèrement surélevées. Un assistant poussait et maintenait la tumeur au milieu de l'abdomen. J'incisais au niveau de la ligne blanche abdominale depuis 1 cm au-dessous de l'ombilic sur 7 cm plus bas. J'ouvris le péritoine et attendis que le saignement se tarisse. La tumeur était alors bien visible. J'y introduis une canule et ponctionnais environ quatre litres d'un liquide sombre et visqueux. Je sortis de l'abdomen la tumeur vidée qui était adhérente à une large portion de mésentère dont je la séparais au bistouri, deux artères ayant été préalablement ligaturées au fil de cuir, puis je remettais en place le mésentère. En continuant à extraire le sac, je fis sortir le ligament ovarien qui fut ligaturé, après hémostase au fil de cuir de deux petites artérioles. La ligature du ligament ovarien fut réintroduite dans l'abdomen. Ne restait plus qu'une petite adhérence pariétale d'environ 4 cm² qui fut séparée au doigt et au bistouri légè-

rement manié. Le sac put être extrait complètement et il pesait environ 90 g. L'incision pariétale fut alors totalement refermée par du plâtre adhésif et un large bandage abdominal mis en place. Les suites opératoires furent favorables et trois semaines plus tard l'opérée était capable de marcher. Elle se porte très bien depuis.

J'ai tenté cette intervention car j'avais eu l'occasion au préalable d'examiner, après décès, trois cas de kystes de l'ovaire mobiles à contenu liquidien. J'avais noté que ces trois gros kystes, qui avaient été ponctionnés de très nombreuses fois, étaient très mobiles et n'avaient aucune adhérence organique ou pariétale, en dehors du ligament ovarien. J'en avais donc déduit qu'en cas de kyste liquidien conservant sa mobilité, on pouvait envisager de l'extraire avec succès."

Si la technique chirurgicale se comprend aisément et paraît tout à fait logique, on ne peut qu'être surpris, là encore, par l'absence complète de toute précaution "antimicrobienne" mentionnée. Pas de lavage des mains, pas de lavage ou flamage des instruments, pas de champs opératoires, en tous les cas, il n'en ait fait nullement mention. Rien de nouveau donc, depuis le Moyen-Âge. Et, surtout, rien de nouveau par rapport à ce qui se pratiquait alors en Europe, et au Royaume Uni spécialement, où ces deux chirurgiens allèrent se "perfectionner". Alors, pourquoi les patientes mourraient de septicémie d'un côté de l'Atlantique mais pas sur l'autre!!!! Et pourtant, cet opérateur-ci, comme l'autre, a bien trifouillé à mains nues dans l'abdomen... Et ici, il y avait des témoins, quatre assistants tous médecins, et cela se passait à Yale. Difficile d'évoquer une tricherie. D'autant plus que ce récit a été publié dans une revue sérieuse "The American Medical Recorder" en 1822. Je n'ai pas de réponse à mes questions, je suis simplement étonné que personne ne semble se les être posés... Je remarque,



Spencer Wells

toutefois, qu'on ne nous parle que des succès mais pas du tout des échecs c'est-à-dire des décès post ou peropératoires... Je noterais simplement que le "grand pas en avant pour la chirurgie" dans cette intervention, semble, de l'avis unanime des historiens qui insistent sans cesse, c'est le fait d'avoir laissé le moignon du ligament ovarien, au fil de ligature coupé court, dans la cavité abdominale. S'opposant ainsi au pionnier Mac Dowell qui, lui, laissait ce moignon à l'extérieur de la cicatrice, voulant assurer, ainsi, probablement un certain drainage. Le fait de repositionner le moignon à l'intérieur permettait une fermeture totale et hermétique de la cicatrice chirurgicale, ce qui constitua, de l'avis général des chirurgiens de l'époque, un grand progrès.

Et pourtant, la salle d'opération n'était qu'une simple pièce à tout faire, éclairée par des lampes à pétrole et, dans les édifices modernes, par une large fenêtre, au sol il y avait de la sciure recueillie chez le menuisier du coin, mais souvent il n'y avait pas de lavabo dont on ne voyait pas l'utilité ; la table d'opération n'était qu'une banale table de cuisine plus ou moins, dans le meilleur des cas, bricolée ; le bistouri n'était qu'un banal couteau de cuisine à lame plus ou moins longue ; les fils de ligature, en cuir, n'étaient que de banals lacets à chaussure que les assistants por-

taient souvent dans la boutonnière de leur redingote. Ils opéraient en vêtements de ville et à mains nues, les bras de chemise retroussés jusqu'aux coudes (pour ne pas les salir). Rien ne permet de dire que les succès rapportés se sont déroulés dans des circonstances différentes, car il n'en est fait nulle part mention.

Thomas Spencer Wells, le troisième pionnier, était anglais, né en 1818 dans la province du Hertfordshire. Il fit ses premiers pas en médecine chez un médecin local et dans un dispensaire régional, comme cela se pratiquait couramment à l'époque. Puis en 1836, il poursuivit ses études à Dublin, et, enfin, devint étudiant en médecine à Londres au St Thomas' Hospital. Agréé deux ans plus tard par le Royal College of Surgeons, il s'engagea dans la Royal Navy et servit pendant six ans à l'Hôpital Royal de Malte. Il ne renouvela pas son engagement et vint se perfectionner en 1848 à Paris auprès de Magendie. Enfin, il s'installa à Londres en 1853 en clientèle privée avec un poste à l'Hôpital Samaritan, réservé aux femmes. Sa biographie est bien connue car il fut le chirurgien de la reine Victoria. A sa mort, en 1897, une nécrologie fut rédigée par C.J. Cullingworth, Président de la Société obstétricale de Londres, puis publiée en français par Masson à Paris.

Son premier contact avec l'ovariectomie fut, en avril 1854, en tant qu'un des assistants du chirurgien Baker Brown pour sa huitième intervention, qui se termina par le décès de l'opérée par septicémie, comme ses sept premières... Encouragé (?) par cette expérience, Wells tenta sa première ovariectomie en 1857, qui se termina par... un décès. Il persista avec ténacité en perfectionnant sa méthode, ce qui nous rappelle un peu la lente marche vers la réussite de Marion Sims pour la cure de la fistule vaginale.

En fait, c'est pendant la guerre de Crimée (1853-56, les Franco-Anglais soutiennent l'Empire Ottoman contre

les Russes), où Wells se fit engager comme chef du service de chirurgie de l'Hôpital anglais de Smyrne, qu'il recueillit son expérience sur les grands blessés abdominaux et qu'il nota la grande résistance du sac péritonéal à l'infection : *"Il remarqua que les parois abdominales pouvaient être déchirées par les éclats des projectiles, que les intestins pouvaient faire hernie au dehors pendant des heures, être souillés par la poussière et autres impuretés, etc., et que cependant, si on avait bien nettoyé la cavité séreuse et si on avait fait une réunion exacte, il n'était pas rare de voir ces blessures graves guérir parfaitement. Il acquit ainsi des connaissances qui devaient lui servir bien plus tard, et il se plaisait à rappeler dans la suite que c'était cette observation faite pendant la guerre de Crimée qui le fit en grande partie persévérer dans ses tentatives"*. Voilà enfin une notation intéressante et qui permet sans doute d'expliquer les guérisons, difficilement explicables avant la découverte des microbes et la germ theory. Certaines personnes bénéficieraient-elles d'une résistance exceptionnelle du sac péritonéal à l'infection ?

En 1868, Wells publia son expérience et ses remarques après avoir opéré 36 patientes, avec seulement cinq décès et 31 guérisons. Enfin, des chiffres ! Parmi les décès, deux survinrent sur des patientes qui, déjà au moment de l'intervention, étaient au-dessus des possibilités de l'Art, l'une notamment avait l'abdomen rempli de liquide fétide et de gaz, par rupture du kyste infecté par de multiples ponctions. Dans son expo-

sé, il insiste essentiellement sur la conduite à tenir pour la section du pédicule ovarien. Dans les 30 cas où le pédicule était assez long pour utiliser un "clamp", les opérées ont guéri. Lorsqu'il fut obligé d'utiliser la cautérisation, il y eut une guérison et un décès. Dans quatre cas, il fit une ligature et remis le pédicule ligaturé dans l'abdomen, quatre décès... C'était pourtant la méthode pratiquée par Nathan Smith. Il est dommage qu'il ne précise pas ce qu'il entend par "clamp" (qui se traduit habituellement en français, par "pince") et qu'il n'explique pas, surtout, à quoi sert cette pince (écrasement ?), ce qu'il en fait, et ce qu'il fait, enfin, du moignon du pédicule!! On retrouve dans sa nécrologie, la référence au "clamp" qui n'est malheureusement pas expliqué, non plus. Son utilisation systématique par Wells à partir de sa 3^{ème} intervention est citée par son assistant, Thornton, comme une erreur qui retarda les progrès chirurgicaux, et que ses résultats furent nettement améliorés quand le chirurgien abandonna le "clamp" pour revenir à la ligature, utilisée dès 1858, par Nathan Smith.

J'ai cherché à obtenir des précisions sur ce "clamp" cité par Wells. Suivant un article publié par le "Royal College of Surgeons", le "clamp" se définit comme une sorte de pince avec un pivot médian (pivoting forceps) qui assure que, lorsque les branches ou manches (handles) sont fermées, les mâchoires (jaws) et tiges (blades) le sont aussi. Oui, évidemment, on connaît.

En chirurgie abdominale, la pivoting forceps (il faut bien y mettre un sexe en français...) est utilisée pour l'hémostase sans ligature. C'est Koeberle de Strasbourg qui, en 1862, créa les premières pinces hémostatiques, utilisées dès 1867 pour les ovariectomies. Péan créera sa propre pince en 1868. Verneuil, en 1875, forge le terme "forcipressure" et assure le succès de cette technique hémostatique en chirurgie abdominale. Hélas, je n'ai rien trouvé sur ce fameux "clamp" de Wells. On ne saura pas s'il s'agissait d'une pince hémostatique ou d'un clamp compressif appliqué globalement sur le pédicule ovarien et, surtout, ce qu'il en faisait à la fin de l'intervention... Wells publia très régulièrement et très honnêtement toutes ses statistiques d'ovariectomies : 114 cas en 1865, 500 cas en 1872, 1051 cas en 1882. Il publia en 1882 et en 1884 deux travaux importants sur ses recherches, ses techniques, ses résultats. En 1883, il fut élu Président du Royal College of Surgeons, consécration suprême qui couronna l'œuvre de celui qui démontra, malgré une hostilité générale au début, que la chirurgie gynécologique intrapelvienne et abdominale était possible et parfois indispensable, et d'autant plus qu'elle bénéficia, au fil des décennies, des progrès de la médecine (Lister 1867). Il fut enfin élevé à la dignité de Baronnet par la reine Victoria pour "services rendus à la Science médicale". Il mourut d'une apoplexie brutale le 31 janvier 1897 près de Cannes, au Cap d'Antibes, où il passait l'hiver avec ses filles.

Propos de lecture



Editions Elsevier Masson
168 pages

Surveillance foetale pendant le travail

Christophe VAYSSIERE, Olivier PARANT

35 €

Cet ouvrage de petit format mais de grand intérêt rassemble en 16 chapitres une importante quantité d'informations utiles : un peu de physiologie, des rappels d'examen clinique, la description des techniques d'exploration, les résultats normaux et pathologiques et la valeur que l'on peut leur accorder. On soulignera la qualité rédactionnelle et le choix avisé de la quarantaine de collaborateurs, très souvent référents sur leur thème et répartis sur l'ensemble du pays. Évidemment, on souhaitera une diffusion large de ce livre dans les salles d'accouchement et dans les bibliothèques des obstétriciens, du plus jeune au plus expérimenté.

www.elsevier-masson.fr

Arnaud GRISEY

Gynécologue-Obstétricien
Hôpital privé de Parly2, Le Chesnay (78)



Editions Le Croît Vif
320 pages

L'été 1940 à Saint-Martin-de-Ré

Henri STOFFT

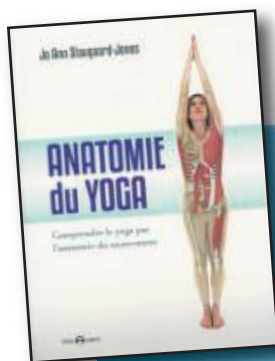
22 €

Henri STOFFT est un obstétricien chevronné, doublé d'un historien de la gynécologie-obstétrique, dont nous avons tous dévoré les nombreux articles parus dans les Cahiers du SYNGOF. Il est encore bien plus : c'est un authentique écrivain dont je viens de lire la dernière production : "L'été 1940 à Saint-Martin-de-Ré". Quel choc ! C'est une œuvre difficile à classer du fait de sa grande originalité, allant de la géopolitique au roman familial en empruntant divers sentiers littéraires et autres ! On lit ce livre d'une traite et on ne le lâche qu'après le mot *Fin*, profondément bouleversé par ce récit. A partir de la saga de l'incroyable famille STOFFT, il aborde avec justesse, science, culture, humour et... suspense, l'ambiguïté des relations franco-allemandes de cette époque vues par un Alsacien. On découvre des personnages inoubliables : Minna l'espionne, Zette la hourra-patriote, Siggie le benêt au grand cœur, et Francine, la "mongolienne", petite sœur de Henri STOFFT, personnage important de ce roman, adulée par toute la famille,.... Quelle histoire !!

<http://www.croitvif.com>

Claude RACINET

Gynécologue-Accoucheur
Professeur émérite (Hon.) Univ. Grenoble-Alpes
Premier Vice-Président du Registre du Handicap de l'enfant
Expert honoraire près la Cour d'Appel de Grenoble
clauderacinet@orange.fr



Les Editions de l'Eveil
192 pages

Anatomie du Yoga

Comprendre le yoga par l'anatomie du mouvement

Jo Ann STAUGAARD-JONES

25 €

Ouvrage original richement illustré et très clair, par une spécialiste reconnue mondialement. C'est un guide indispensable aux adeptes du Yoga. Il intéressera les gynécologues obstétriciens et les sages-femmes qui s'intéressent à la préparation à la naissance et aux pathologies musculo-squelettiques chez la femme.

<http://www.eveil.fr/>

Bertrand de ROCHAMBEAU



Editions Eyrolles
276 pages

Questions Sexe

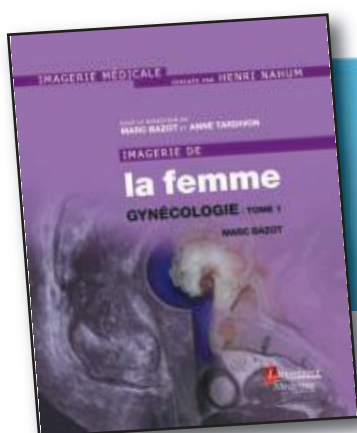
Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)
Association Inter-Universitaire de Sexologie (AIUS)
sous la direction de Jacques LANSAC et Patrice LOPES

19,90 €

Ouvrage collaboratif de sexologues et gynécologues à destination du grand public. Il aborde de manière systématique et analytique tous les aspects actuels de la sexualité dans nos sociétés. A coup sûr, un livre utile au professionnel pour aider à la réflexion et aux échanges avec les patientes en consultation.

www.editions-eyrolles.com

Bertrand de ROCHAMBEAU



Editions Lavoisier
559 pages

Imagerie de la femme

Gynécologie - tome 1

Marc BAZOT

195 €

Premier ouvrage d'une série de 3 qui constitue la collection *Imagerie de la femme* chez Lavoisier, successeur de Flammarion. Aux dimensions imposantes, c'est un atlas de bibliothèque plus qu'un manuel pour la poche du praticien. Il exploite bien ses dimensions pour en faire un outil didactique, très riche en iconographie et en descriptions. Ce premier tome comporte 7 chapitres sur les aspects techniques et les pathologies ovariennes. L'échographie et l'IRM pelviennes sont largement illustrées. Une référence française en radiologie assurément.

<http://editions.lavoisier.fr/>

Bertrand de ROCHAMBEAU

Conseil d'Administration

du Syngof

Président

Docteur de ROCHAMBEAU
Hôpital privé Marne Chantereine
BROU SUR CHANTEREINE

Présidents d'honneur

Docteur COUSIN
Professeur GIRAUD
Docteur ROZAN

Vice-Présidents

Pôle Gynécologie Obstétricale Libérale

Docteur BOYER DE LATOUR
1 bd Schweitzer
SAINT QUENTIN

Docteur LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Pôle Praticiens Hospitaliers

Docteur FAIDHERBE
CHU Arnaud de Villeneuve
MONTPELLIER

Docteur LE PORS-LEMOINE
Centre Hospitalier - ST MALO

Pôle Gynécologie Médicale

Docteur GUERIN
13 bd des rochers - VITRÉ

Docteur HOMASSON
5 rue Chanez - PARIS

Secrétaire Générale

Docteur PAGANELLI

Secrétaire Général Adjoint

Docteur RIVOALLAN

Secrétaire Général honoraire

Docteur MISLER

Trésorier

Docteur MARTY

Trésorier adjoint

Docteur GRAVIER

Membres de droit

Docteur BELAICHE
Professeur COLETTE
Professeur GIRAUD

Membres du Bureau

Docteur BOYER DE LATOUR
Tél. 03 23 64 53 59

Docteur DE ROCHAMBEAU
Tél. 01 64 72 74 31

Docteur FAIDHERBE
Tél. 06 85 73 38 00

Docteur GRAVIER
Tél. 06 62 45 28 10

Docteur GUERIN
Tél. 06 35 22 19 33

Docteur HOMASSON
Tél. 01 40 71 93 64

Docteur LAPLACE
Tél. 05 56 43 72 24

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

Docteur MARTY
Tél. 05 63 77 79 00

Docteur PAGANELLI
Tél. 02 47 37 54 49

Docteur RIVOALLAN
Tél. 02 98 95 84 84

Membres

Docteur BASTIAN
Place du Grand Jardin - VENCE

Docteur BLUM
10 rue du Rhône - MULHOUSE

Docteur BOHL
1-3 av Carnot - SAINT-MAX

Docteur BONNEAU
2 bd du Roy - LES PAVILLONS/BOIS

Docteur BONNET
Hôpital de Fontainebleau
FONTAINEBLEAU

Docteur CACAULT
71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

Docteur CAMAGNA
1 rue Velpeau- ANTONY

Docteur CRISTINELLI
Clinique Arc-en-ciel - EPINAL

Docteur DARMON
18 rue des remises - ST MAUR DES FOSSES

Docteur DE BIEVRE
6 rue St Fiacre - MEAUX

Docteur DEFFARGES
59 rue de la Chataigneraie
BEAUMONT

Docteur DENJEAN

7 av. Pierre Verdier - BEZIERS

Docteur DREYFUS
25 rue Garibaldi - LYON

Docteur GERAUDIE
26 bd Dubouchage - NICE

Docteur GRISEY
Hôpital privé de Parly 2
LE CHESNAY

Docteur GUIGUES
2 bis av. du CANADA - CAEN

Professeur HOROVITZ
Hôpital Pellegrin Maternité
BORDEAUX

Docteur JELEN
Polyclinique de la Résidence
BASTIA

Docteur LAZARD
6 rue Rocca- MARSEILLE

Docteur LEGRAND
12 rue de France - NICE

Docteur LE MEAUX
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Docteur LONLAS
6 rue de la manufacture
ORLEANS

Docteur MAALIKI
3 B rue A. Rodin
BESANCON

Docteur MIRONNEAU
16 crs du Général de Gaulle
DIJON

Docteur PEIGNÉ
Polyclinique du Beaujolais
ARNAS

Docteur ROBION
11 Quai Alsace Lorraine- MELUN

Docteur SEGUY
Av Leopold Heder - KOUROU

Docteur TEFFAUD
Polyclinique de l'Atlantique
ST HERBLAIN

Docteur THIEBAUGEORGES
Clinique Sarrus Teinturiers
TOULOUSE

Docteur VERHAEGHE
43 rue des Meuniers
LESQUIN

Petites annonces

Toutes les annonces doivent être adressées à :

Syngof
BP 60034

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

Ventes

■ BRY SUR MARNE

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

T. 06 60 48 45 84

■ SIX FOURS LES PLAGES

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

T. 06 21 56 57 56

■ MANOSQUE

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

T. 06 82 04 60 91

■ SAINT BENOIT LA REUNION

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

T. 06 92 24 87 45

■ EPINAL

Recherche pour succession, un gynécologue obstétricien dans les Vosges. Actuellement, équipe de 6 gynécologues travaillant en SELARL. Maternité de niveau I, environs 1300 acc/an. Partage d'honoraires d'hospitalisation, astreintes. Plateau technique très bien doté. La clinique a l'agrément pour la pma - FIV.

Avoir fait le DESC de PMA est un plus mais non obligatoire. Le poste est libre au 1^{er} juillet 2017. Possibilité de remplacer afin de connaître la structure.

T. 06 37 70 84 75

■ LEVALLOIS-PERRET

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

T. 06 12 53 55 72

■ NICE

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

T. 06 03 92 38 41

■ CAGNES SUR MER

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

T. 06 89 56 01 37

■ TAHITI

Cause départ à la retraite gynécologue obstétricien vend conventionnement et clientèle dans l'enceinte d'une clinique à PAPEETE (Polynésie Française), avantages fiscaux et cadre de vie attractif, bon chiffre d'affaires, possibilité de prêts bancaires facilement accordés.

T. 689 87 77 04 84

■ FONTAINEBLEAU

Gynécologue médical cherche successeur. Patientèle gratuite...bien sûr ! Donne éventuellement tout le matériel dont: échographe Hitachi haut de gamme, colposcope Zeiss avec vidéo complète et imprimante vidéo, autoclave, table d'examen électrique etc.

T. 06 61 84 12 36

■ REIMS

Recherche jeune gynécologue médicale diplômée pour remplacements en avril, mai en vue cessation d'activité en juin 2017. Présentation gracieuse à la clientèle, petit prix sur matériel, 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 accouchements. Activité chirurgicale et/ou obstétricale soutenue par Senior.

T. 06 72 72 01 02

Remplacements

■ Spécialiste du remplacement

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

T. 04 77 57 14 90

06 81 30 65 72

■ PARIS

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

T. 06 66 90 25 94

■ PARIS

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

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

■ 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, retraité cherche remplacements sans accouchements ni chirurgie toutes régions.

T. 06 12 28 58 58

■ 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



Centre médical pluridisciplinaire SARAH SANTE - AUTEUIL situé à Paris (16)

Pour compléter l'offre médical en gynécologie, nous recrutons :

Un gynécologue-obstétricien à temps plein ou partiel h/f

Contrat :
Associé - investissement financier faible.
Rémunération à l'acte.

Avantages de rejoindre notre structure :

- › Structure médicale nouvelle génération « clé en main ».
- › Travail en équipe pluridisciplinaire dans un environnement innovant et numérisé.
- › Plateau technique ultramoderne à disposition pour une prise en charge efficace et de qualité.
- › Gestion administrative centralisée.

La qualification requise :

- › Gynécologue-obstétricien Diplômé et Qualifié - h/f.
- › Inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins de Paris.

Merci de transmettre votre candidature
(CV + lettre de motivation) par mail :
helene.javani@sarhsante-auteuil.fr



CENTRE HOSPITALIER
HENRI MONDOR
D'AURILLAC



web

LE CENTRE HOSPITALIER D'AURILLAC (CANTAL 15)

Etablissement moderne de 928 lits et places, doté d'un plateau technique complet et performant, situé au cœur de la ville, à proximité des commerces et écoles, à 30 minutes de la station de ski et à 3 heures de Montpellier.

RECRUTE 1 GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

PÔLE FEMME - ENFANT regroupé sur un seul plateau

MATERNITE DE NIVEAU 2B
SERVICE DE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Unité de Gynécologie = 9 lits
Unité d'Obstétrique = 22 lits

SERVICE PEDIATRIE

Unité de Pédiatrie = 20 lits
unité de Néonatalogie = 9 lits

Pour toute information prendre contact avec :

Mme Blandine SEGUY
Mail : b.seguy@ch-aurillac.fr - Tél. : 04 71 46 46 08



Des professionnels, un plateau technique au service de votre santé

Candidature à adresser :

Monsieur le Directeur - Centre Hospitalier Henri Mondor d'Aurillac
50, avenue de la République - 15002 Aurillac Cedex
Tél. : 04 71 46 46 08 - Mail : afmed@ch-aurillac.fr



LA CLINIQUE TRÉNEL

(Ste Colombe 69 à proximité de Vienne et à 25 Kms du Centre de Lyon)

RECHERCHE UN CHIRURGIEN GYNECOLOGUE

Statut libéral
secteur 1 ou 2.

Pour renforcer son
activité gynécologique
en croissance constante.

axelyo

Believe in talent

La Clinique Trénel, à proximité des axes autoroutiers, est un des rares établissements du bassin économique local à être une référence de modernité et de technicité en matière de chirurgie. Elle dispose des autorisations en chirurgie du cancer (sein et gynécologie, urologie et digestif) et en chimiothérapie. La Clinique Trénel prend en charge plus de 13 000 patients par an dont 600 en chirurgie gynécologique.

Vous intégrez une équipe de 2 chirurgiens gynécologues, **sans garde ni service de portes la nuit.**

Un service d'accueil de petites urgences est ouvert la journée depuis Août 2016.

Le dynamisme de la région et l'abondance des consultations vous permettront de vous créer une clientèle dès votre arrivée.

Vous bénéficierez de toute la modernité des installations et de la technicité du matériel (plateau technique neuf) pour vous installer, ainsi que des locaux et du personnel requis.

Le service de radiologie dispose de 2 IRM, de 2 scanners et d'un mammothome. Vous êtes praticien diplômé en chirurgie gynécologique, avec une bonne maîtrise des gestes techniques, et si possible une compétence en coelioscopie.

Vous avez la capacité à créer une relation de confiance avec les patients.
Inscrit au Conseil de l'Ordre en qualité de Chirurgien Gynécologue, vos qualités relationnelles vous permettent de créer un lien de confiance avec les patientes.

Merci d'envoyer votre candidature sous la Réf. T266
au Cabinet Conseil AXELYO ghislaine.vidard@axelyo.com
joignable au 06 80 50 18 75



CENTRE HOSPITALIER DE BIGORRE (65000 Tarbes – Hautes Pyrénées)
SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE, 21 lits maternité + 5 lits chirurgie

Recrute un praticien gynécologue temps plein assistant ou contractuel, titulaire du DU d'échographie pour compléter une équipe de 4,6 etp praticiens

Cadre de vie agréable, au pied des montagnes, à mi-chemin entre Toulouse et la côte atlantique.

Contacts :

- › Dr Haïdar SROUR - Chef du Pôle Mère-Enfant - 05 62 54 61 79 - hsrou@ch-tarbes-vic.fr
- › Dr Pascal CAPDEPON - Président de la CME - 05 62 54 56 49 - pcapdepon@ch-tarbes-vic.fr
- › Mme Aurélie BARATIER - Directrice Adjointe Chargée des Affaires Médicales
05 62 54 56 37 - abarati@ch-tarbes-vic.fr



Centre Hospitalier
de Perpignan

Le Service de Gynécologie/Obstétrique du Centre Hospitalier de Perpignan recherche un médecin temps plein, spécialisé en obstétrique

la maternité du CH de Perpignan est une maternité de niveau 3 faisant actuellement 2000 accouchements par an mais avec des perspectives d'augmentation d'activité. Elle se compose d'une unité de suite de couches de 28 lits et d'une unité de grossesses pathologiques de 15 lits. Le bloc obstétrical est actuellement composé de 4 salles d'accouchements et de 2 prétravaux mais des travaux vont démarrer pour augmenter les locaux à 5 voire 6 salles d'accouchements et 3 prétravail.

L'équipe est composée de 7 PH temps plein et d'un Assistant qui tournent sur l'obstétrique et la gynécologie.

Les activités du service sont diversifiées : prise en charge des grossesses physiologiques et pathologiques, HDJ obstétricale, HAD obstétricale, échographie T1, T2, T3, amniocentèses, ...

Les activités de gynécologie comportent la chirurgie d'urgence, la PEC des cancers de la femme, la statique pelvienne, la coloscopie, ...

Il y a une activité de radiologie interventionnelle pour les hémorragies de la délivrance.

L'hôpital de Perpignan comporte de 1083 lits de MCO avec toutes les spécialités médico-chirurgicales, le Centre Hospitalier de Perpignan est le premier établissement public du département des Pyrénées Orientales. C'est un hôpital moderne, dynamique, doté d'un plateau technique complet.

Il se situe dans une région très prisée, avec stations balnéaires réputées, nombreuses pistes de randonnée, pistes de ski à 1 heure, frontière Espagne à 30 minutes et Barcelone à 2 heures.

Contacts

- Docteur Nathalie CLAINQUART - Chef de Service - nathalie.clainquart@ch-perpignan.fr
- Docteur Bénédicte VEIT-SAUCA - Chef de Pôle - benedicte.veit-sauca@ch-perpignan.fr
- Madame Allana CONTELL - Directrice des Affaires Médicales - secretariat.dpm@ch-perpignan.fr



Recherche un gynécologue obstétricien, temps plein pour rejoindre une équipe de 4 praticiens.

Compétences souhaitées :

- Réalisation d'échographies obstétricales, d'amniocentèses.
- Prise en charge de grossesses pathologiques.
- Chirurgie gynécologique classique adaptée à l'urgence et chirurgie obstétricale.

Le service - Maternité de niveau 3

Il dispose de 20 lits en hospitalisation complète. Présence d'une unité de néonatalogie de 10 lits et de 2 lits de soins intensifs, 1 205 accouchements en 2015, 4 salles de travail équipées, 2 salles de pré-travail, 4 échographes, bloc opératoire dédié à l'obstétrique contiguë avec les salles de travail, 26 sages-femmes, travail en collaboration avec l'unité de pédiopsychiatrie implantée dans l'établissement, le centre d'orthogénie et de planning familial.

L'hôpital : 717 lits au total, construction récente (2006), dispose d'un SAMU avec hélicoptère, d'un service de réanimation, d'un service de cancérologie et de radiothérapie de référence, d'un plateau technique complet, d'un équipement de télé-médecine, 22 lits en ambulatoire, 9 salles de bloc opératoire en fonctionnement (hors salle de naissance).

L'environnement : magnifique région, paysages variés (Aubrac, Causses, Gorges du Tarn), idéal pour vie saine, sports de plein air...

Préfecture de l'Aveyron, dotée d'infrastructures sportives et éducatives de qualité. Situé à 1h de Paris et Londres en avion (aéroport) et à 1h45 de Toulouse, 2h de Montpellier, 4h des Pyrénées en voiture.

Contacts :

- Dr LUCAS - Gynécologue obstétricien - Tél. : 05 65 55 20 13 - p.lucas@ch-rodez.fr
- Mme Sophie BOURGUINE - Directrice Adjointe chargée des Affaires Médicales et de la Qualité - Tél. : 05 65 55 27 20 - dumq@ch-rodez.fr



Centre Hospitalier Comminges Pyrénées
SITE DE SAINT PLANCARD / SITE D'ENCORE

LE CENTRE HOSPITALIER COMMINGES PYRENEES RECHERCHE un médecin gynécologue obstétricien

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

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

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

Pour tout contact :

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

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





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

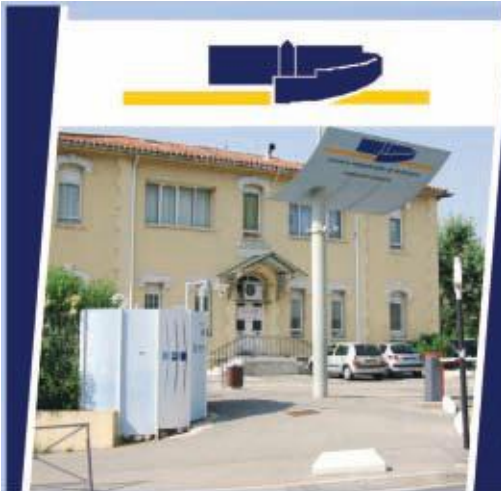


GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

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 foetale et l'infertilité.

Personne à contacter :

Virginie CARVALHO ROSA - Secrétariat des Affaires Médicales - 05 56 61 53 77 - virginie.carvalho-rosa@ch-sudgironde.fr
Dr Tissot Hélène - Chef de Pôle - 05 56 76 57 10 - helene.tissot@ch-sudgironde.fr



Le Service de Gynécologie Obstétrique du CH Edmond Garcin Aubagne

recherche **un assistant spécialiste** en GO à pourvoir immédiatement

Maternité de 850 accouchements de niveau B, située à 15 km de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille, avec lequel la collaboration est étroite pour le diagnostic anténatal et la cancérologie. Poste au sein d'une équipe dynamique de 6 PH.

Renseignements :

Dr SAVELLI - Chef de Service Maternité du Centre Hospitalier
Mail : isavelli@ch-aubagne.fr - Tél. : 04 42 84 70 84

Merci d'envoyer vos candidatures à la DAM :

M. Flourez - Tél. : 04 42 84 70 05
Mail : dflourez@ch-aubagne.fr - direction@ch-aubagne.fr



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, pouvant contacter le gynécologue de permanence des soins.

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.

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 diabète et de l'addictio 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 pluridisciplinaires 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



Établissement MCO dans une région reconnue pour son cadre de vie agréable, le CH de la Basse-Terre a une capacité de 210 lits environ et est organisé en 2 pôles (Médical et Chirurgical). Il dispose d'un plateau moderne et performant.



**Le Centre Hospitalier de la Basse-Terre
(Guadeloupe)**

Recrute

Des Praticiens Gynécologues-Obstétriciens

Pour sa maternité de niveau 3 (800 accouchements environ, activité chirurgicale et de consultation...),
Les postes sont disponibles immédiatement.
Billet d'avion aller-retour, hébergement et location de voiture.
Possibilité d'un contrat de clinicien hospitalier.

Les candidatures accompagnées d'un CV et d'une lettre de motivation doivent être adressées à la Direction des Affaires Médicales - M. BOUCHAUT/Mme MOLINIE
Tél. : 05 90 80 54 74 - 05 90 80 54 32
xavier.bouchaut@ch-labasseterre.fr - fabienne.molinie@ch-labasseterre.fr
Avenue Gaston Feuillard - 97100 BASSE-TERRE



Rejoignez la communauté des Gynécologues Obstétriciens

Réseau
PRO+
Santé

Sur
Reseauprosante.fr



www.resauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



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



**ACTIONS
SANTÉ
FEMMES**

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

The logo consists of a blue silhouette of a woman's profile facing left, with a green globe of the Earth integrated into the back of her head. Below the logo, the text 'ACTIONS SANTÉ FEMMES' is written in blue. At the bottom, a green bar contains the contact information in white text.