

LES  
CAHIERS

SYNGOOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



110

Septembre  
2017

- Préparation à la naissance et à la parentalité
- Lettre à la Ministre de la santé
- Etablissements de santé et restes à charge



**Chirurgie Solidaire**  
71 rue de la petite Bapaume  
Bat. 1 Appt 1109  
95120 ERMONT  
[Chirurgie-solidaire.com](http://Chirurgie-solidaire.com)



3 Éditorial

B. de ROCHAMBEAU

INFORMATIONS SYNDICALES

4 CA du 8 septembre 2017

B. de ROCHAMBEAU

10 Convention médicale, ce qui change pour le gynécologue

E. PAGANELLI

11 Réponse au livre "J'arrête la pilule"

E. PAGANELLI

12 Faut-il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive ?

G. ROBIN\*, Brigitte LETOMBE\*, C. ROUSSET -JABLONSKI\*, S. CHRISTIN-MAITRE\*, I. NISAND

18 Préparation à la naissance et à la parentalité

E. PAGANELLI

20 Avenir hospitalier : Lettre à la ministre

P. LE PORS-LEMOINE

23 Etablissements de santé et restes à charge

R. PELLET

DROIT ET GYNÉCOLOGIE

32 Décisions judiciaires

G. LACOEUILHE, H. CHEREAU

34 Commentaires de jurisprudences

O. LECA

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

37 La pathologie d'Esopo : pycnodysostose ou dysplasie métatropique

P. TOURAME, A. STAHL

VOS RUBRIQUES

41 Conseil d'administration

42 Délégués régionaux

43 Petites annonces

44 Les annonces de recrutement

110

septembre



Happy Days (w/c on paper)

Caffieri, Hector (1847 - 1932)

Private Collection

Directeurs de la Publication :

Dr François-Xavier Boyer de Latour  
Tél. 03 23 64 53 59 [fxdelatour@gmail.com](mailto:fxdelatour@gmail.com)  
Dr Bertrand de Rochambeau Tél. 01 64 72 74 26  
[bdr@club-internet.fr](mailto:bdr@club-internet.fr)

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

Régie publicitaire :

M. Kamel TABTAB - [reseauuprosante.fr](mailto:reseauuprosante.fr)  
[contact@reseauuprosante.fr](mailto:contact@reseauuprosante.fr) - 01 53 09 90 05

Siège social : Syngof, 25 rue du Tendat

81000 ALBI - Tél. 04 67 04 17 18

[syngof@syngof.fr](mailto:syngof@syngof.fr)

[www.syngof.fr](http://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<sup>er</sup> de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du code pénal.

Créateur des Cahiers Syngof :

Raymond Belaïche

Conception et Réalisation :

Nadine Prugny

Maquette P.A.O. : Nadine Prugny

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 3<sup>ème</sup> trimestre 2017

Imprimé en France

SOULIE Imprimeur - 34110 FRONTIGNAN

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



41<sup>ES</sup> JOURNÉES  
NATIONALES  
5 AU 8 DÉCEMBRE 2017  
LILLE  
COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES  
ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS



**NOUVEAUTÉ 2017**  
RENCONTRER LES PROFESSEURS  
ET LES EXPERTS

<b>3 JOURS</b> DE CONGRÈS	<b>3 DPC</b> POUR VOUS INFORMER	<b>7 THÈMES</b> D'ATELIERS PRATIQUES	<b>31 SESSIONS</b> SCIENTIFIQUES <a href="http://CNGOF-CONGRES.FR">CNGOF-CONGRES.FR</a>
------------------------------	---------------------------------------	--	---

**Le SYNGOF**  
sera présent aux prochaines  
Journées du Collège à Lille

*Programme en page 9*



BERTRAND DE ROCHAMBEAU  
DIRECTEUR DE PUBLICATION

## Violences ? Vous avez dit violences !

L'attaque médiatique dont la profession a été la cible cet été est l'aboutissement d'un long processus qui transforme notre société en profondeur. L'intime devient public au travers des réseaux sociaux qui alimentent la presse grand public quand l'actualité fait défaut. Par ailleurs la mèche a été allumée par une blogueuse devenue secrétaire d'État qui s'exprime comme une blogueuse et non comme une ministre. Nous remettons sans discontinuer les "pendules à l'heure", dénonçant la généralisation médiatique de pratiques violentes à propos de quelques cas. Prenons garde à ne pas ignorer une évolution des attentes des femmes envers les soins que nous prodiguons au quotidien.

Le diagnostic est pertinent : nous avons abandonné l'information sur la réalité de l'accouchement et trop souvent les femmes ne voient plus les obstétriciens qu'au moment où la situation n'est plus celle décrite au cours de l'accompagnement de la grossesse. Leur intervention est alors vécue comme une intrusion violente, d'autant qu'aucun consentement préalable n'est recueilli, et ce n'est plus dans l'urgence qu'il est pertinent de le rechercher. Il nous faut à nouveau nous investir dans ce domaine ou le discrédit grandira.

C'est le moment de dialoguer comme jamais avec les associations de patientes qui sont sous l'influence de féministes extrémistes qui souhaitent tout à la fois un "retour à la nature", des soins "choisis à la carte" et une sécurité des pratiques à la hauteur de notre 21<sup>ème</sup> siècle. Il nous faut leur rappeler sans cesse que les progrès obtenus en obstétrique l'ont été contre l'obscurantisme et le naturalisme. La rigueur des pratiques est le rempart essentiel contre l'insécurité. Partager la décision ne met pas en cause la sécurité, remettre en cause dans l'action la décision médicale justifiée, est de grand danger. Le mythe du patient sachant autant que le médecin s'applique en France quand le médecin qui sait peu de choses en sait autant que le patient et cela aboutit à de la mauvaise médecine. Expliquer ses décisions et les rendre compréhensibles aux patientes est un devoir, mais ne réalise pas pour autant une égalité entre médecin et patientes, prétendre le contraire constitue un mensonge que seul les faibles peuvent croire.

De la qualité de ce dialogue dépendra notre capacité à relever le défi de l'amélioration de nos pratiques. L'évolution réclamée passe par une personnalisation des soins seule capable de cultiver la confiance entre soignants et soignés. C'est remettre en cause le choix managérial des hôpitaux qui fragmentent le parcours de soins pour permettre la maîtrise des processus au détriment de la coordination et de la relation humaine. Cela à un coût que l'hôpital peut assumer si les soins portés aux femmes deviennent une priorité. Seule l'alliance des patientes et des soignants permettra de pousser les politiques à ce profond changement au bénéfice des femmes, des mères et de leurs enfants.

# Conseil d'Administration

## 8 septembre 2017

B. de ROCHAMBEAU\*

*Des séances de formations conventionnelles concernant l'OPTAM et l'OPTAM CO ont été mises en place dans les régions.*

é

**étaient présents les Docteurs :**

CACAULT, DARMON, DE ROCHAMBEAU, DEFFARGES, DREYFUS, GRAVIER, GRISEY, GUERIN, HOMASSON, LAPLACE, LE PORS, LONLAS, MARTY, PAGANELLI, PEIGNÉ, RIVOALLAN, ROBION, THIEBAUGEORGES.

**Étaient excusés les Docteurs :**

BASTIAN, BLUM, BONNEAU, BOYER DE LATOUR, CAMAGNA, GERAUDIE, GUIGUES, HOROVITZ, LAZARD, LEGRAND, MIRONNEAU, TEFFAUD, VERHAEGHE.

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

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

### Les règles de la formation conventionnelle indemnisée

**B. de ROCHAMBEAU**

#### Formations OPTAM

Le Dr de ROCHAMBEAU apporte un élément technique aux administrateurs à savoir les décisions prises par le Bloc depuis que la convention est signée. Il rappelle que des fonds

conventionnels existent pour former les cadres et informer l'ensemble des médecins à la nouvelle convention. Comme il y a eu des changements dans la nomenclature des séances de formations conventionnelles concernant l'OPTAM et l'OPTAM CO ont été mises en place dans les régions (voir sur [syngof.fr](http://syngof.fr)).

Ceux qui assistent à ces formations peuvent être indemnisés s'ils sont membres d'un des syndicats composant Le Bloc. Un registre est complété lors de la réunion validant leur participation. Le montant de l'indemnisation sera de 200€, il y a aussi une indemnisation des frais de déplacement prévue. Ceux qui ne sont pas syndiqués pourront le faire lors de ces réunions. Fin septembre il y aura une formation plus importante d'une journée (Paris) pour les responsables des structures dans lesquelles nous siégeons : CPL, CPR, URPS etc. Tous ceux qui sont élus ou ont été présentés sur les listes et qui s'intéressent à l'action syndicale pourront y participer. Cette journée sera animée par les représentants nationaux des URPS et des commissions paritaires. A la fin de la journée chacun doit bien comprendre le mandat qu'il a accepté.

Les présidents de CPL et de CPR qui sont des coordonnateurs dans ces

commissions paritaires font un travail en aval et en amont de ces réunions. Le Bloc a donc décidé d'une indemnisation pour ce travail dans la mesure où ils feront remonter l'information des séances qu'ils ont présidées.

Il remercie les membres du CA qui ont accepté ces charges locales pour aider les confrères dans les régions. Les caisses locales font en sorte que tout se passe bien pour que cette nouvelle convention soit adoptée par le plus grand nombre de médecins.

Nous avons une capacité, s'il y a des blocages locaux, d'aider les confrères grâce aux CPL à comprendre les avantages de cette convention.

Le Dr de ROCHAMBEAU rappelle qu'il y a eu des revalorisations tarifaires grâce à l'OPTAM avec une prise en charge des charges sociales sur les tarifs opposables et le directeur de la caisse avait promis un effet rétroactif à partir de la mise en place de l'OPTAM le 1<sup>er</sup> janvier si les médecins signaient avant le 30 septembre. Nous demanderons une prolongation si certains confrères sont en retard et souhaitent quand même signer le contrat avec la caisse.

*Discussion avec la salle*

\*Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

## Mission humanitaire

Urgent – Actions Santé Femmes recherche un ou une gynécologue intéressé(e) par l'humanitaire pour une mission de 3 semaines au Népal, en novembre 2017.

Contact : Dr WEYL Bernard - [bernard.weyl@orange.fr](mailto:bernard.weyl@orange.fr)

## E-learning des cotations

Chargés de mission  
B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU s'est rendu compte lors des formations OPTAM que les médecins connaissaient mal les cotations et qu'il y avait, de ce fait, une perte de revenus importante. On peut utiliser les fonds conventionnels pour organiser un apprentissage de ces cotations par e-learning.

Il organise 4 groupes pour ces formations qui auront lieu par internet.

- Un **groupe GO** avec les Drs PEIGNÉ et THIEBAUGEORGES
- Un **groupe GM** avec le Dr RIVOALAN
- Un **groupe PMA** avec le Dr DREYFUS,
- Un **groupe Chirurgie** avec les Drs GRAVIER et de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU demande aux intervenants comment ils voient cet e-learning.

Les administrateurs proposeront un problème à résoudre à leurs confrères et la réponse sera donnée pour chaque circonstance des situations les plus courantes. 3 codes sont proposés : rouge si le confrère à tout faux, vert si la cotation est juste et orange pour les risques encourus pour une cotation particulièrement difficile.

Le Dr de ROCHAMBEAU propose de mettre en place les questions puis de les confier à un informaticien qui mettra celles-ci à disposition de ceux qui s'inscriront à cette formation.

Nous allons essayer de faire en sorte que ce soit une formation continue indemnisée mais pour l'instant ce n'est pas le cas.

Le Dr MARTY propose de se servir de la base du SNIIRAM pour étudier les cotations.

## Journées du CNGOF à Lille

B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU rappelle aux membres du CA que le prochain conseil aura lieu le 8 décembre après-midi à Lille pendant les Journées du CNGOF. Une session dédiée au syndicat sera organisée le matin du CA de 9h à 12h (Salle Hainaut) sur le thème : Gynécologie et obstétrique libérale : *les particularités de l'exercice conventionnel*.

Cette session (cf. page 9) va expliquer à ceux qui ne sont pas libéraux ou qui démarrent l'obstétrique libérale notre challenge en libéral. Arnaud GRISEY fera la *Présentation et l'introduction à cette session*.

Puis E. PAGANELLI donnera *Les intérêts et les inconvénients de l'exercice en secteur 1*.

J'expliquerai ensuite *Pourquoi je choisis le secteur 2 et l'OPTAM*.

J. MARTY présentera *la Responsabilité civile professionnelle* puis E. PEIGNÉ expliquera *L'exercice en établissement privé : L'importance du contrat d'exercice*.

FX BOYER de LATOUR terminera par *La gestion des risques et le travail en équipe*.

Le Dr de ROCHAMBEAU dit qu'il a répondu à une demande du Collège et il pense qu'il est intéressant d'avoir l'occasion d'expliquer tous ces aspects à ses confrères.

Il remercie les administrateurs d'avoir accepté de travailler sur ces thèmes. Il pense que c'est une journée importante qui va en annoncer d'autres.

Il est à l'étude une modification des Journées du Collège en 2020. L'idée serait de faire un énorme congrès de la spécialité qui regrouperait toutes les sociétés savantes. Chacun ferait son propre congrès mais cela permettrait de se rencontrer et d'échanger. Les sages-femmes participeraient également ainsi que les patientes.

Le Dr de ROCHAMBEAU encourage les membres du CA à faire la promotion de cette journée de Lille qui sera relayée dans ce numéro des *Cahiers Syngof* et sur Facebook.

Il dit que l'on parle de plus en plus du Syngof dans les médias ; pas toujours en bien mais il faut continuer à défendre la profession et ne pas se bloquer sur les critiques reçues. Elisabeth PAGANELLI qui est souvent en première ligne confirme que ce n'est pas toujours simple.

Le Dr P. LE PORS rappelle qu'il n'y a rien pour les PH dans le programme du Syngof et qu'il est difficile de montrer à ceux-ci l'intérêt d'être syndiqué. Le Dr de ROCHAMBEAU répond qu'il y aura un stand Syngof lors de ces Journées et qu'il serait bien qu'elle y participe. Il va étudier le programme lors du congrès et essayez d'intervenir pour parler avec les PH et leur expliquer l'intérêt pour eux d'être au syndicat.

## Compte rendu du CA du CNGOF et violences obstétricales

E. PAGANELLI

Comme le dit si bien le professeur Nisand, président du CNGOF, *"depuis quelques années un courant hostile à la discipline prend de l'ampleur dans les médias sous couvert de*

*féminisme, de naturalisme et d'écologie mais aussi de contestation de la manière dont s'exercent aujourd'hui l'obstétrique et la gynécologie en France".*

Le collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) a réagi dans une lettre ouverte à la déclaration de la secrétaire d'Etat, le 22 juillet : "Lorsque vous parlez de violences obstétricales, vous maltraitez notre profession dans son ensemble". Si ces médecins condamnent les propos de Marlène Schiappa, le conseil national de l'ordre des sages-femmes (CNOSF), lui, prend le contre-pied dans un communiqué publié le 27 juillet. En plus de considérer que les violences obstétricales sont un "sujet essentiel" qui "doit impérativement être étudié", le CNSOF va plus loin : "La problématique des violences obstétricales est directement liée à la place accordée aux patientes, au temps qui leur est prodigué et à la qualité du dialogue entre celles-ci et les soignants". Il juge le rapport sur les violences obstétricales comme étant "une nécessité".

Le président du SYNGOF, Pascale LE PORS et E. PAGANELLI ont rejoint cet été un groupe de gynécologues autour du président du CNGOF, pour réfléchir en commun, société savante et syndicat sur ce sujet des violences obstétricales.

Il en ressort que la majorité des femmes ne sont pas dans ce positionnement mais que l'amalgame entre des actes pratiqués pour limiter les complications de la mère et de l'enfant et la maltraitance est difficile à entendre.

**Nous avons listé des propositions :**

- Répondre aux affirmations fausses (épisiotomie, Essure) ;
- Proposer des enquêtes de satisfaction des maternités pour connaître le vécu des accouchées et améliorer les problématiques ;
- Revoir l'information faite aux femmes avant l'accouchement ;

Les femmes espèrent un accouchement normal mais ne sont pas assez averties des complications

- Rappeler aux usagers que les maternités sont confrontées à des objectifs de rentabilité ;
- Communiquer avec les usagers, écouter leurs plaintes, mais ne jamais diminuer la sécurité pour les mères et leurs enfants ;
- S'associer aux associations de femmes qui réclament une prise en charge personnalisée et de qualité.

Il faut que les patientes demandent aux politiques et à Bercy des moyens pour obtenir un nombre suffisant de professionnels de l'obstétrique pour les gardes et les urgences gynécologiques. Le groupe est convaincu que si le courant hostile à l'obstétrique s'amplifie, les internes se détourneront de l'obstétrique.

Des jeunes et moins jeunes gynécologues écrivent déjà stop au *gynécobashing*.

*Discussion avec la salle.*

Le Dr PAGANELLI demande à la salle si faire des fiches d'information serait une bonne idée.

Le Dr de ROCHAMBEAU pense qu'il faut apporter l'information et recueillir le consentement éclairé. Le CNGOF va prendre en charge ces fiches d'information comme ils ont fait les fiches pour la chirurgie. Il faudrait qu'un responsable obstétrical (sage-femme accoucheuse, un obstétricien...) au cours du dernier trimestre recueille le consentement de la patiente en expliquant les risques encourus.

Le Dr MARTY prend la parole et dit qu'il se fonde sur le travail de GYNERISQ préparatoire à l'e-learning sur l'information de la patiente.

Les magistrats, comme l'HAS, mettent en exergue un point que le monde médical comme les assureurs ne parviennent pas à s'approprier : Le pivot de l'information est l'entretien et non la signature d'un consentement. La signature par la patiente a très peu de valeur ; une valeur très formelle.

L'HAS l'écrit "Vous n'avez pas à faire signer à la patiente quoi que ce soit" Comme preuve de l'entretien il faut

l'équivalent d'un procès-verbal portant sur l'essentiel. Le meilleur support c'est le courrier au médecin à dicter devant la patiente. A défaut une note.

Le droit Français n'est pas dans le système du contrat à l'américaine en matière de santé. **Le magistrat dit très clairement que l'information accessible et honnête est due à la patiente sur le fondement du respect de la dignité de la personne pour qu'elle se détermine librement et en parfaite connaissance de sa situation.**

Même la personne sous tutelle civile garde son droit de détermination pour sa santé. En cas de nécessité seul le magistrat que vous pouvez saisir peut lui enlever ponctuellement son autonomie sanitaire.

Sur le courrier vous avez noté en termes compréhensibles la situation médicale. Les possibilités de traitement et les risques, sa réaction réelle dans sa logique schématisée : la patiente se dit consciente des risques mais ressent qu'elle doit faire ce choix. Ce document que vous avez dicté devant elle pour noter son consentement sur les termes vous le lui remettez et vous en gardez un double dans le dossier.

## **RV au ministère et représentativité** **P. LE PORS**

Le Dr LE PORS informe du rendez-vous prévu le 15 septembre auprès de la ministre de la santé dans le cadre des premiers contacts avec les intersyndicales de PH, et donc pour le SYNGOF Avenir Hospitalier.

Outre les sujets généraux (insuffisance du plan attractivité, temps de travail, représentation syndicale au sein des GHT, adaptation des fins de carrière), l'injustice de la polémique sur les "violences obstétricales" a été soulignée et une lettre remise à la ministre (cf page 20).

Le Dr LE PORS rappelle que les élections PH auront lieu en 2018, qu'il est



indispensable de mobiliser les gynécologues obstétriciens hospitaliers. Elle fait appel aux PH pour un engagement syndical actif : chaque maternité devrait avoir au moins un adhérent SYNGOF.

Le Dr de ROCHAMBEAU répond qu'il a demandé au Président du collège de nommer un responsable dans chaque établissement d'obstétrique qui pourrait se syndiquer afin que l'information circule entre les 2 structures. Il représentera tous les obstétriciens de sa structure. Ce n'est pas compliqué mais il faut que le Collège l'accepte.

Il va demander un temps de parole dans une interséance pour discuter avec les PH lors des Journées du Collège. Il leur expliquera que la situation dans laquelle ils sont aujourd'hui n'aurait pas eu lieu s'ils étaient visibles dans leur maternité. Et deuxièmement il faut qu'il soit syndiqué pour défendre la profession.

### Aides de la CAF pour les femmes enceintes et les jeunes mamans C. GUERIN

Le Dr GUÉRIN informe le conseil du fonctionnement des aides de la CAF pour les femmes enceintes et les jeunes mamans.

Tous les allocataires peuvent en bénéficier dès que la grossesse est déclarée et il n'y a pas besoin d'autre certificat que le certificat de grossesse pour en bénéficier. Il faut s'adresser à l'ADMR ou aux organismes d'aide à domicile qui feront toutes les démarches administratives.

Elles peuvent avoir différentes aides à domicile à savoir : Celle de l'AVS (auxiliaire de vie sociale) ou celle du TISF (technicien d'intervention sociale et familiale). L'accès est possible aux deux parents s'ils sont séparés et qu'un jugement a été rendu concernant la garde des enfants.

**Conditions d'attribution :** Etre confronté à un événement familial

récent et formuler la demande au moins un mois avant la survenance de l'événement.

Il faut toujours un événement fragilisant telles que : une grossesse, une naissance, une adoption, une famille nombreuse, une maladie, une incarcération etc. (liste sur [caf.fr](http://caf.fr))

**Modalités de prise en charge :**

- AVS (auxiliaire de vie sociale) "le faire pour" ;
- TIFS (technicien d'intervention sociale et familiale) "le faire avec" qui a un rôle éducatif.

La durée d'intervention est de 100 h dans les 6 mois. 100h/6 mois par enfant en cas de naissance multiple. Et prolongation de 100 h si la famille compte 3 enfants de moins de 12 ans. S'il y a maladie ou handicap : Prolongation et dérogation accordées par la CAF.

**Coût :** Les patients doivent participer au financement selon un barème national fixé par la CNAF (0,26 € à 11,88 € de l'heure) en fonction du quotient familial. Voir sur [caf.fr](http://caf.fr)

Depuis le 8 janvier 2016 une convention a été signée entre la CNAM et la CNAF pour faire intervenir des TISF dans le domaine de la périnatalité. C'est un accompagnement des femmes en sortie de maternité notamment dans le cadre du PRADO. Les patientes peuvent bénéficier dans le cadre du PRADO de 2 visites d'une sage-femme à domicile et d'un recours à un TISF.

La négociation porte sur le financement ou le remboursement total de 20 h de TISF par la branche famille de la sécurité sociale. Celle-ci n'a pas accepté ce financement mais localement certaines CAF font bénéficier les patientes de 20 à 50 h totalement gratuites. Il faut donc se renseigner dans votre département.

Ces dispositions sont des informations précieuses à apporter à nos patientes. En effet, on recense en France 80 000 femmes par an qui développent une dépression postnatale et on considère que 50 à 75% de ces femmes ne reçoivent pas les soins nécessaires à

cette dépression. Ces aides peuvent sans aucun doute permettre d'accompagner ces périodes difficiles.

Les TIFS reçoivent une formation diplômante de 35 plus 42 h dans les troubles relationnels mère-enfant. Ils permettent d'instaurer une relation de confiance et un soutien de qualité. Le problème des TIFS c'est qu'ils peuvent faire des signalements aux services sociaux et que certaines familles vont les éviter.

### Cotation Echo obstétricale + consultation C. GUERIN

Le Dr GUÉRIN reprend l'historique de la bataille des cotations des actes cliniques associés à une échographie obstétricale pour les membres du conseil.

C'est un sujet ancien car il y a 17 ans les actes étaient cotés en NGAP et les échographies obstétricales étaient cotées en multiple de KE qui permettait une évolution des tarifs.

Les règles de cotation inscrites dans la NGAP (*Livre III dispositions diverses art III-3*) ne permettaient pas de cumuler une consultation avec un acte technique à taux plein dans le même temps sauf exceptions.

Ces exceptions, si elles existaient dans plusieurs spécialités, (radiographie pulmonaire pour le pneumologue ; ostéodensitométrie sur deux sites par méthode biphotonique pour les rhumatologues et les médecins de médecine physique et de réadaptation ; électrocardiogramme) n'existaient pas pour les gynécologues.

Cependant, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2017, nous avons acquis la possibilité de coter le frottis à taux plein avec la consultation.

En NGAP comme en CCAM nous nous sommes battus pour faire reconnaître la consultation et l'échographie de grossesse dans une même séance. En NGAP nous avons gagné quelques batailles et obtenu une jurisprudence sur ce sujet en cassation.

A l'heure actuelle en CCAM, nous avons aussi gagné en cassation l'association des 2 actes à taux plein.

Le juge considère en effet que même si les examens sont effectués à la suite l'un de l'autre, qu'il s'agit de deux examens indépendants, l'un concernant la mère, l'autre le fœtus, dont la fréquence est différente et réalisés successivement avec un matériel distinct et qu'ils pouvaient donc donner lieu à deux cotations distinctes (donc se cumuler financièrement).

De ce fait, afin de contourner la nouvelle situation autorisée par les tribunaux, le précédent directeur de la CNAMTS a organisé le changement de nomenclature et autorisé 3 cumuls possibles au cours de la grossesse.

Il a donc limité à 3 actes ce que nous avons mis 20 ans à obtenir grâce à de nombreuses procédures !

Le Dr GUÉRIN précise qu'elle est en conflit avec la caisse militaire pour un montant modique (78,40 €) et souhaiterait savoir si le SYNGOF la soutiendrait dans cette bataille au TASS en prenant en charge les frais d'avocat.

En effet, compte tenu du faible montant financier réclamé, la RCP du Dr

GUÉRIN décide de ne pas intervenir. Le trésorier donne un avis favorable à la demande d'analyse par le même avocat qui avait gagné les procès et de soutenir la prise en charge par le SYNGOF des frais si l'avocat pense que la procédure est pertinente. La faiblesse des sommes en jeu en font une affaire de principe et non un problème d'intérêt individuel d'un membre du SYNGOF.

### Questions diverses

• **Le Dr CACAULT informe le CA qu'il a reçu un questionnaire émanant de l'HAS** au Conseil de l'Ordre départemental (92) de la part du Conseil National. Ce questionnaire de 65 pages s'intitule : Réalisation d'interruption volontaire de grossesse (IVG) chirurgicale par une sage-femme en lieu et place du médecin gynécologue obstétricien ou du médecin d'orthogénie.

Il est demandé une réponse sur 10 pages pour donner son opinion. Il demande si d'autres membres du Conseil ont reçu ce questionnaire et quelle réponse y apporter.

**Le Dr de ROCHAMBEAU répond qu'en tant que président**, l'an dernier, du CNPGO il connaît ce questionnaire qui lui était parvenu et il a été répondu, au nom de la profession, que les gynécologues obstétriciens étaient opposés aux gestes chirurgicaux effectués par les sages-femmes.

• **Le Dr LAPLACE dit qu'il a été en réunion à la FHP au sein du CLAHP.** Il souligne 2 points forts à retenir :

- Le blocage des travaux sur le guide des CME. Désaccord entre le BLOC et la FHP sur le contenu du contrat d'exercice notamment pour les aides opératoires.
- Le passage devant l'assemblée nationale, fin juillet d'une ordonnance permettant l'existence d'un secteur privé à l'hôpital alors que les dépassements seront interdits dans les établissements privés participant à la prise en charge des urgences.

Après retour du Sénat ; la FHP va faire une saisine du conseil constitutionnel ; elle demande le soutien des syndicats médicaux.

La séance est levée à 17h00

**Prochain CA le 8 décembre à Lille**

## IMPORTANT

*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.*

# Venez participer à la session du SYNGOF lors des prochaines Journées du Collège à Lille



5 AU 8 DÉCEMBRE 2017  
LILLE



COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES  
ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS

**VENDREDI 8 DÉCEMBRE 2017**

## SYNGOF

**Salle Hainaut**  
09h00–12h10

### Gynécologie et obstétrique libérale : les particularités de l'exercice conventionnel

- 09h00      Présentation et introduction  
*A. Grisey (Le Chesnay)*
- 09h10      Intérêts et inconvénients de l'exercice en secteur 1  
*E. Paganelli (Tours)*
- 09h40      Pourquoi je choisis le secteur 2 et l'OPTAM  
*B. de Rochambeau (Brou sur Chantereine)*
- 10h10      La responsabilité civile professionnelle  
*J. Marty (Albi)*
- 10h40      Pause
- 11h10      L'exercice en établissement privé : l'importance du contrat d'exercice  
*E. Peigné (Arnas)*
- 11h40      Gestion des risques : le travail en équipe  
*F. Boyer de la Tour (Saint Quentin)*

# 2017- Convention médicale ce qui change pour le gynécologue

Au 1<sup>er</sup> mai, seule change la C des généralistes qui passe à 25 € (C+MMG)

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

Au 1<sup>er</sup> juillet, la MCS passe de 3 à 5 € : CS+MCS+MPC= 30 €

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

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

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

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

Au 1<sup>er</sup> octobre, le C2 passe à 48 €, et le C2,5 à 60 €

## Au 1<sup>er</sup> novembre, les Consultations Complexes

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

C2+ PEG = 64 €

▣ Première consultation de stérilité modificateur MPS : 16 €

CS +MCS+MPC+MPS = 46 €

C2+ MPS = 64 €

▣ 1<sup>ère</sup> contraception entre 15 et 18 ans appelée CCP valorisée : 46 € et prise en charge 100%

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

CS +MCS+MPC+PTG= 46 €

C2+ PTG = 64 €

## Les CS très complexes

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

CS+MCS+MPC+MIS = 60 € ; C2+MIS = 78 €

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

CS+MCS+MPC+PIV = 60 € ; C2+PIV = 78 €

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

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

## ATTENTION

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

L'augmentation sera effective à partir de 1<sup>er</sup> avril 2018 pour le secteur 2, non adhérent, pour les actes effectués au tarif opposable.



# Réponse

## de la Secrétaire générale du Syngof

E. PAGANELLI\*

LIVRE "J'arrête la pilule"

**L**e livre "J'arrête la pilule" contient des vérités mais aussi beaucoup de contre-vérités écrites sous le coup de la passion par son auteur, Sabrina Debusquat, qui visiblement n'a pas su lire les méta analyses en épidémiologie.

En synthèse, Sabrina Debusquat appelle au retour au naturel : retour à la maison le jour des règles douloureuses, retour aux serviettes en coton lavables, dépendance vis-à-vis du petit ami ou conjoint qui met ou ne met pas de préservatif...

Pour les femmes qui ont combattu durant des décennies pour obtenir leur liberté et leur émancipation, il s'agit d'un vrai recul.

Nous avons appris à vivre sans règles abondantes ni douloureuses, à avoir des relations sexuelles sans compter et sans risque de grossesse, à avoir des relations sexuelles avant le mariage sans crainte de bébé, à faire des études difficiles et longues sans manquer ses examens pour règles abondantes ou douloureuses, à poursuivre ses études sans bébé et à faire des métiers jusqu'alors réservés aux hommes (chirurgiens, anesthésistes, pilotes d'avion, cosmonautes...)

### Et maintenant ?

Allons-nous apprendre grâce aux émissions télé et aux journaux à faire tous les jours un toucher vaginal, pour examiner notre col et notre glaire, noter cela sur notre portable et devoir annoncer à notre conjoint le soir venu "désolée, ce soir c'est préservatif et dans 15 jours j'ai mes règles".

### Rétablissons les vérités :

- La pilule est efficace dans la prise en charge des règles anormalement abondantes, douloureuses, du syndrome prémenstruel,
- On peut adapter ses règles à la prise de pilule,

*Elle assure une prévention efficace du cancer de l'ovaire dont elle diminue le risque de 60% même plusieurs années après l'arrêt.*

- La pilule est le traitement de référence dans les manifestations retrouvées en cas d'ovaires micropolykystiques (acné, pilosité, irrégularités de cycles...), elle protège les ovaires polykystiques,
- Elle assure une prévention efficace du cancer de l'endomètre,
- Elle assure une prévention efficace du cancer de l'ovaire dont elle diminue le risque de 60% même plusieurs années après l'arrêt,
- Elle assure une prévention du cancer du colon,
- Elle constitue l'un des traitements de l'endométriose et n'en est pas la cause, l'endométriose étant au contraire aggravée par les cycles naturels.

Vous pourrez lire en page suivante le texte édité par la commission gynécologie médicale du CNGOF intitulé :

### Faut-il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive ?

des Dr Geoffroy ROBIN, Dr Brigitte LETOMBE, Dr Christine ROUSSET-JABLONSKI, Pr Sophie CHRISTIN-MAITRE, Pr Israël NISAND.

A retrouver également sur [syngof.fr](http://syngof.fr)



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

# Faut-il vraiment avoir peur de la pilule contraceptive ?

G. ROBIN\*, Brigitte LETOMBE\*, C. ROUSSET -  
JABLONSKI\*, S. CHRISTIN-MAITRE\*, I. NISAND\*\*

## I Qu'est-ce que la pilule contraceptive ?

L'objectif de la pilule contraceptive est de permettre aux femmes de réguler leur fertilité et de limiter ainsi le risque de grossesse non prévue avec tout ce que cela peut induire... Les pilules contraceptives utilisent de faibles doses d'hormones de synthèse afin d'empêcher l'ovulation, de limiter les chances d'implantation d'un embryon dans l'utérus et de limiter le pouvoir fécondant des spermatozoïdes. Il existe ainsi en France en 2017 deux types de pilules contraceptives dont les mécanismes d'action et la tolérance sont relativement différents :

- Les pilules oestroprogestatives minidosées qui associent un œstrogène et un progestatif (dérivé de la progestérone) et qui sont administrées pendant au minimum 21 jours/28.
- Les pilules microprogestatives à prendre en continu (tous les jours sans interruption entre les plaquettes) qui ne contiennent qu'une faible dose de progestatif.

Comme nous allons le démontrer, la pilule contraceptive, qui a été indéniablement un des facteurs majeurs de l'émancipation des femmes au XX<sup>ème</sup> siècle, est aussi une thérapeutique et donc un médicament d'utilisation très courante en gynécologie.

## 2 - Pilule contraceptive et cancers : faut-il vraiment s'inquiéter ?

Les risques de cancers liés à la prise d'une contraception ont été évalués dans le cadre d'études observationnelles (cas - témoin ou de cohorte).

*Nous avons la chance en France de disposer d'un éventail de méthodes contraceptives très variées dont la majorité est prise en charge par l'Assurance Maladie.*

*La pilule contraceptive a été indéniablement un des facteurs majeurs de l'émancipation des femmes au XX<sup>ème</sup> siècle.*

### a - Cancer du sein :

Concernant la pilule oestroprogestative, la grande majorité des études ne retrouve pas d'augmentation significative du risque de cancer du sein comme cela a été démontré par un groupe d'expert [1]. Une minorité d'études mettent en évidence un discret sur-risque de cancer du sein en cours de prise de contraception oestroprogestative (surtout en cas de prise prolongée), avec un risque relatif situé entre 1,2 et 1,6 selon les études [2-4]. Dans ces mêmes études, ce léger sur-risque diminue après l'arrêt pour rejoindre finalement celui des non utilisatrices de pilule [2, 3].

Les données sont moins nombreuses pour la pilule microprogestative, mais les résultats des études disponibles donnent des conclusions superposables et donc tout aussi rassurantes que celles concernant la pilule oestroprogestative [2, 5].

### b - Cancer de l'endomètre (cancer de l'utérus) :

Les résultats de toutes les études sont unanimes sur ce sujet : la prise d'une contraception hormonale entraîne une réduction significative du risque de cancer de l'endomètre de l'ordre de 30 à 50%, avec un effet positif lié à la durée d'utilisation [1, 6].

### c - Cancer de l'ovaire :

Là encore toutes les études sont concordantes et retrouvent une réduction significative du risque de cancer de l'ovaire de l'ordre de 30 à 50%, selon la durée de prise, avec un effet durée [1, 7]. Cette réduction de risque persisterait jusqu'à 30 ans après l'arrêt.

### d - Autres types de cancers :

- Une réduction du risque de cancer du côlon et du rectum de 20% a été retrouvée chez les femmes ayant utilisé une contraception orale. Cet effet protecteur de la pilule contraceptive semble s'estomper dans les 10 ans après l'arrêt [1, 8].
- Une augmentation du risque de cancer du col de l'utérus a été décrite chez les utilisatrices de contraception orale, notamment pour les durées de prise prolongées (supé-

\* Membres de la commission Gynécologie Médicale du CNGOF

\*\* Président du CNGOF

rieure à 10 ans) [9]. Un effet des œstrogènes sur le potentiel pouvoir cancérogène du virus HPV a été évoqué. Cependant, de nombreux biais rendent difficile l'analyse de l'effet de la contraception orale sur le risque de cancer du col, l'exposition à l'HPV et l'utilisation de contraception orale n'étant pas des facteurs indépendants (les femmes ayant une contraception orale pourraient être plus exposées à ce virus HPV sexuellement transmissible car elles utilisent moins fréquemment le préservatif). Ainsi, il semble biologiquement plausible qu'en l'absence d'HPV, l'effet des hormones contraceptives sur le risque de cancer du col soit négligeable [1].

- Dans l'ensemble, il n'est pas retrouvé de modification significative des risques de mélanome, d'hépatocarcinome, de cancer du poumon [1].

Si l'on s'intéresse à l'effet global de la contraception orale, les grandes études de cohortes prospectives n'ont pas retrouvé d'augmentation de l'incidence des cancers (tous confondus) ou de la mortalité par cancer chez les utilisatrices, confirmant ainsi un rapport bénéfices-risques très favorable concernant le risque carcinologique [9, 10]. Les utilisatrices présenteraient même une réduction significative d'environ 10% du risque global de cancer [9].

En pratique, en population générale, les données sur les risques carcinologiques font partie de l'information donnée à la patiente, mais ne vont pas modifier la prescription d'une contraception, les bénéfices en termes contraceptifs restant largement supérieurs aux risques hypothétiques encourus. Le suivi des patientes sous contraception orale reste identique avec recommandation d'un examen clinique mammaire et gynécologique annuel en respectant les âges et fréquences habituels des dépistages.

### 3 - Le risque vasculaire des pilules contraceptives : de quoi parle-t-on ?

Les pilules œstroprogestatives peuvent en effet augmenter modérément le risque d'accident cardio-vasculaire. Cette notion n'est pas nouvelle puisqu'en 1964 ont été rapportés les premiers cas d'accidents thromboemboliques chez 6 femmes ayant pris une des premières pilules composée de mestranol et de noréthynodrel [11]. Ce sont les œstrogènes contenus dans ces pilules qui peuvent favoriser ce type de complication, même si ce risque - nous le verrons - reste très faible en valeur absolue. Afin de minimiser ce risque thromboembolique, la dose d'œstrogènes a été progressivement diminuée au cours des cinquante dernières années.

**On distingue deux types d'accident cardio-vasculaire dont les mécanismes sont différents :**

- 1- Pour les accidents vasculaires artériels, (infarctus du myocarde et infarctus cérébral également appelé accident vasculaire cérébral ischémique) ils sont essentiellement dus

aux facteurs de risque de la patiente, à savoir : le tabagisme, l'hypertension artérielle, certains types de migraines (migraines avec aura), les hypercholestérolémies, le diabète, l'obésité, l'âge (augmentation du risque surtout après 40 ans) et certains facteurs héréditaires (histoire familiale avec antécédents d'accidents vasculaires < 50 ans). Si les œstroprogestatifs peuvent doubler le risque d'accident vasculaire artériel leur fréquence est extrêmement faible dans la population de femmes jeunes en âge de procréer (exemple pour le risque d'infarctus cérébral chez les femmes de moins de 30 ans : 6 cas/1 000 000 femmes/an chez les non utilisatrices de pilules versus 15 cas/1 000 000 utilisatrices de pilule œstroprogestative/an) [12]. A noter que les pilules actuellement commercialisées en France sont toutes minidosées et que l'augmentation du risque d'accident artériel est identique quelle que soit la génération de la pilule [13, 14].

- 2- Les accidents thromboemboliques veineux (thromboses veineuses profondes ou phlébites, embolie pulmonaire...) : Les pilules œstroprogestatives augmentent modérément le risque d'accident thromboembolique veineux, dans une fréquence qui reste encore extrêmement faible chez les patientes jeunes en âge de procréer. Dans une population de femmes de moins de 40 ans qui n'utilise pas de contraception, la fréquence des accidents thromboemboliques veineux varie de 5 à 10 accidents/100 000 femmes par an. Chez les utilisatrices de pilules œstroprogestatives, ce chiffre augmente de 20 à 40 accidents/100 000 utilisatrices par an (soit une fréquence de 0,02% à 0,04% des utilisatrices) selon le type de pilule utilisé [15, 16]. Ce risque thromboembolique veineux est propre à chaque association œstroprogestative et dépendrait à la fois de la dose d'œstrogène et de la génération du progestatif associé. Ainsi, certaines associations OP de 3<sup>ème</sup> génération minidosées présenteraient le même risque d'accident thromboembolique veineux que les OP de 2<sup>ème</sup> génération minidosées [17, 18]. Le risque de survenue d'un accident thromboembolique veineux chez des utilisatrices de contraceptifs OP est maximal la 1<sup>ère</sup> année de prise et diminuerait ensuite progressivement pour se stabiliser ensuite à partir de la 3<sup>ème</sup> - 4<sup>ème</sup> année d'utilisation [19]. Ces accidents thromboemboliques veineux sont très rarement graves. Ainsi, le risque de décès suite à une thrombose veineuse sous pilule œstroprogestative chez les femmes de moins de 45 ans a été estimé à 7,5 décès pour 1 million d'utilisatrices par an (soit 0,0000075% des utilisatrices par an) [20]. Le risque thromboembolique veineux est là encore essentiellement conditionné par les facteurs de risque préexistants (obésité, facteurs héréditaires, tabagisme, âge supérieur à 40 ans...) qui sont là encore pris en compte par les prescripteurs de contraceptifs. Rappelons enfin que la grossesse et le post-partum ont un impact très nettement supérieur sur le risque thromboembolique

veineux (5 fois plus que les oestroprogestatifs) et qu'elles restent les périodes les plus à risque de thrombose chez les femmes de moins de 40 ans : près de la moitié de ces accidents dans cette tranche d'âge surviennent au cours de la grossesse et du post-partum [21].

Toutes ces données légitiment indéniablement la nécessité d'une consultation médicale avant toute prescription d'oestroprogestatifs à la recherche de tous les facteurs de risque personnels et familiaux de pathologie thrombotique artérielle ou veineuse [15].

Un mot enfin pour parler des pilules microprogestatives sans œstrogènes (contenant du désogestrel ou du lévonorgestrel) : ces contraceptions n'augmentent ni le risque d'accident thromboembolique veineux [19,22,23] ni le risque d'accident thrombotique artériel [14, 24, 25].

## 4 - Les bénéfices additionnels de la pilule contraceptive

### a - Effets sur l'hyper androgénie (acné, pilosité androgénique)

Une contraception oestroprogestative, par son action sur l'hypophyse (blocage des sécrétions ovariennes) diminue non seulement la synthèse d'androgènes ovariens mais les œstrogènes par voie orale augmentent aussi la synthèse d'une protéine porteuse piégeant les androgènes et inhibant donc davantage leur action virilisante. Certaines pilules oestroprogestatives ont par ailleurs des effets différents selon les progestatifs qu'elles contiennent certains étant plus antiandrogéniques que d'autres [26]. Cet effet est bien sûr seulement suspensif et ne dure que durant la prise, certaines femmes pouvant voir bien sûr réapparaître leur acné à l'arrêt. Dans le syndrome des ovaires polykystiques (cause la plus fréquente de troubles de l'ovulation et d'hyperandrogénie), la pilule oestroprogestative a donc toute sa place, d'autant qu'elle permet de régulariser les cycles menstruels chez ces femmes [27].

### b - Effets sur les ménorragies (règles abondantes)

Environ 30% des femmes souffrent de ménorragies qui s'aggravent souvent avec l'âge et qui - en plus d'un risque d'anémie - altèrent la qualité de vie (en limitant nombre d'activités scolaires, professionnelles, sportives, sociales, sexuelles...). Une réduction de près de 50% du flux menstruel a été constatée sous COP sans compter la possibilité de gestion du calendrier des "règles" sous contraceptif hormonal voir l'obtention d'une aménorrhée thérapeutique (prise en continu) [28].

### c - Effets sur les dysménorrhées (douleurs pendant les règles) et l'endométriose

Les dysménorrhées sont liées à la production excessive de prostaglandines qui augmentent la contractilité myométriale. Les pilules oestroprogestatives réduisent la production de prostaglandines et on observe une diminution significative de la prévalence des dysménorrhées sous pilule [29].

En cas d'endométriose les pilules oestroprogestatives représentent un traitement de première intention dans les douleurs, éventuellement en association avec les anti-inflammatoires non stéroïdiens [30]. En cas de persistance de dysménorrhées, on peut proposer un schéma d'administration en continu pour induire une aménorrhée thérapeutique, comme cela est d'ailleurs fortement recommandé dans la conférence de consensus internationale de Montpellier sur la prise en charge de l'endométriose et dans les guidelines de l'ESHRE [30-32]. De nombreuses études ont par ailleurs montré que le risque de développer une endométriose était réduit chez les femmes en cours d'utilisation d'une pilule oestroprogestative [33, 34]. Après avoir été opéré d'une endométriose, il a été démontré la prescription d'une pilule oestroprogestative en continu dans le but d'obtenir une aménorrhée thérapeutique est efficace pour réduire les récurrences d'endométriose et de dysménorrhée [35].

### d - Effets sur le syndrome prémenstruel

Le syndrome prémenstruel est un dérèglement hormonal survenant comme son nom l'indique dans la semaine qui précède la survenue des règles. Il s'agit d'un trouble relativement fréquent chez les non-utilisatrices de contraception hormonale au cours duquel les œstrogènes naturels vont être « hyperactifs » : ce syndrome occasionne des tensions douloureuses au niveau des seins (mastodynie), un gonflement du bas-ventre (congestion pelvienne), et des troubles de l'humeur pouvant parfois être très invalidants. Ce syndrome est également pourvoyeur de dysfonctions sexuelles féminines et notamment de troubles de la libido [36]. Certaines pilules oestroprogestatives, en "lissant" les fluctuations hormonales au cours du cycle spontané vont diminuer l'intensité et la fréquence de ces troubles chez un grand nombre d'utilisatrices [28].

### e - Autres effets bénéfiques des pilules contraceptives :

L'utilisation de la pilule oestroprogestative pendant au moins 7 années est associée à une diminution significative d'environ 20% du risque de développer une maladie auto-immune grave et potentiellement très invalidante appelée polyarthrite rhumatoïde. Cette diminution est d'autant plus importante que l'utilisation de la pilule est prolongée [37]. La majorité des études montrent une diminution de risque de développer des pathologies bénignes (c'est-à-dire non cancéreuses) du sein comme notamment les fibroadénomes et les mastopathies fibrokystiques lors de la prise d'une pilule contraceptive et cela serait d'autant plus vrai que la prise est longue [38].

Chez les patientes présentant des migraines cataméniales, c'est-à-dire uniquement pendant la période des règles, l'utilisation de la contraception oestroprogestative induit une diminution très importante de la fréquence de ces crises, surtout d'ailleurs lorsque la pilule est administrée en continu dans le but d'obtenir une aménorrhée thérapeutique [39]. Enfin, l'utilisation de la contraception oestroprogestative pourrait avoir un effet préventif sur le risque de développer



des fibromes utérins (tumeurs bénignes de l'utérus pouvant être responsables de douleurs pelviennes, de ménorragies, d'infertilité...) [40].

## 5 - Autres fausses inquiétudes et idées reçues sur la pilule contraceptive

### a - Risque d'infertilité ?

Depuis toujours, cette question fait l'objet d'angoisses et de fantasmes totalement irrationnels... Les pilules contraceptives étant très faiblement dosées en hormones, leur effet contraceptif est rapidement réversible à l'arrêt et le retour à la fertilité est donc très rapide [41]. A ce jour, les données de la science sont toutes unanimes sur ce sujet et il n'existe aucune étude méthodologiquement valable qui soit venue contredire cet état de fait.

Au-delà de l'éviction des grossesses non désirées avec réduction de la mortalité maternelle et de l'effet bénéfique sur l'intervalle entre deux grossesses permettant ainsi une baisse de la morbidité et de la mortalité maternelle et fœtale [42], un certain nombre d'arguments suggèrent un effet même bénéfique des oestroprogestatifs sur la préservation de la fertilité individuelle (limite le risque de grossesses extra utérines et des kystes ovariens fonctionnels et donc les risques de salpingectomie et de torsion de l'ovaire respectivement).

### b - Risque de troubles de la libido ?

Depuis ces dernières années, il est beaucoup mis en avant que sous pilule oestroprogestative, il pourrait y avoir une baisse de libido qui serait la conséquence d'une baisse de la synthèse de testostérone par les ovaires. Or, une revue de la littérature sur 30 ans ne retrouve pas de profil précis permettant d'affirmer qu'un facteur hormonal ou biologique est déterminant dans ces troubles de la libido décrit chez certaines utilisatrices de pilule contraceptive [43]. En pratique, seul un très faible pourcentage de femmes vont présenter une modification de la libido sous pilule (qui peut diminuer ou voire même augmenter chez certaines patientes) [44,45]. Pour la majorité des utilisatrices de la pilule contraceptive, l'effet sur la libido est donc neutre.

Sans contester - bien au contraire - la part hormonale et biologique de la libido, il est indéniable que le désir sexuel ne peut pas être réduit à ces seuls facteurs et qu'il est fortement influencé par de très nombreux facteurs psychologiques, sociaux, environnementaux, médicaux...

### c - Risque de dépression ?

La dépression est une maladie infiniment complexe et dont l'origine est encore mal comprise. Elle fait appel à de très nombreux facteurs qui interagissent entre eux : génétiques, environnementaux, psychologiques, sociaux... etc. La revue de littérature la plus récente s'intéressant au lien entre dépression et utilisation de la pilule contraceptive est très rassurante [46]. Elle conclut que :

- D'une part les résultats sont contradictoires mais que la majorité des études va dans le sens d'un effet plutôt neutre de la pilule sur le risque de dépression;
- Et que d'autre part la plupart des études qui retrouvent une augmentation de risque de syndrome dépressif chez les utilisatrices de pilules ne prennent pas en compte les facteurs confondants, ce qui signifie en d'autres termes qu'elles ne sont donc pas méthodologiquement fiables

### d - Risque de prise de poids sous pilule : une fatalité ?

Là encore, à lire ou écouter les médias, la prise des pilules contraceptives minidosées et microdosées semble associée à une prise inéluctable de poids... Si l'on analyse les études scientifiques qui s'intéressent à cette problématique, les choses sont loin d'être aussi simples... La plus récente méta-analyse sur ce sujet se veut rassurante et conclut à l'absence de preuve fiable pour valider le fait que la prise d'une pilule contraceptive puisse provoquer une augmentation de poids [47]. Plus récemment, une équipe de chercheurs américains a suivi un groupe de plus de 4 000 femmes utilisant diverses méthodes de contraception et a analysé l'évolution du poids en fonction de la méthode de contraception utilisée après une année d'utilisation. Après une année d'utilisation, 26% des utilisatrices de pilule contraceptive avaient pris du poids, 24% d'entre elles en avait perdu et 49% d'entre elles étaient stables. Ce profil d'évolution pondérale était strictement comparable avec celui du groupe des femmes bénéficiant d'une contraception non hormonale par dispositif intra-utérin au cuivre. Ainsi, les variations pondérales observées lors de l'utilisation des pilules contraceptives ne semblent pas du tout liées à la prise d'hormones [48].

Il est néanmoins vrai que la pilule peut induire une petite augmentation transitoire de l'appétit chez un faible pourcentage de femmes lors des 1<sup>ers</sup> mois d'utilisation. Cette dernière ne pouvant pas expliquer à elle seule une prise de poids importante, il est donc nécessaire de faire un bilan médical complet pour rechercher une autre cause.

## 6 - Peut-on considérer que la pilule contraceptive pourrait même contribuer à sauver des vies ?

Il existe deux études importantes pour les gynécologues mais aussi pour les femmes, publiées en 2012 dans la prestigieuse revue *The Lancet* [49, 50]. La première étude, réalisée dans 172 pays du monde a inclus des pays développés et des pays en voie de développement [49]. Elle montre que l'utilisation de la contraception est susceptible de diminuer la mortalité maternelle. Les données ont été obtenues à partir de la Maternal Mortality Estimation Inter Agency Group (MMEIG) de l'OMS et des données des Nations Unies. Parmi ces 172 pays, l'utilisation de la contraception varie de 3,3% au Tchad à 85,7% en Chine. L'étude du *Lancet* a rap-

porté que le nombre total de décès maternels était de 342 203 femmes, en 2008. Selon un modèle mathématique, l'utilisation de la contraception, tous types de contraception confondus, a permis d'éviter 272 040 décès maternels, dans ces pays. Cette diminution est essentiellement due à la diminution de grossesses non désirées et de leurs conséquences. De plus, si toutes les femmes de ces différents pays avaient eu accès à la contraception, il aurait été possible d'éviter 104 000 décès par an, soit une réduction supplémentaire de 29%. Cette étude a de plus montré une corrélation positive entre la prévalence de l'utilisation de la contraception et la réduction de la mortalité maternelle. La deuxième étude a montré que l'utilisation de la contraception a de plus un impact important sur la santé périnatale et la survie des enfants [50]. Les deux études montrent que les avantages de la contraception sont nettement supérieurs à ses risques [49, 50]. En incluant toutes les différentes associations de contraception hormonales et tous les différents modèles de dispositifs intra-utérins, les françaises ont à l'heure actuelle la chance d'avoir accès à une cinquantaine de contraceptions différentes [42]. Ne diminuons pas la prescription et/ou l'utilisation de la contraception, sous peine d'augmenter le nombre de grossesses non désirées et la mortalité maternelle en France ! Combien de femmes ont la notion qu'une grossesse présente finalement un risque plus important pour leur santé que la prise d'une pilule oestroprogestative ? Interrogez vos proches...

## 7 - Oui ! la pilule est un "perturbateur endocrinien" ! Et alors ?

Un perturbateur endocrinien est défini comme une substance étrangère à l'organisme qui produit des effets adverses (c'est-à-dire non physiologiques) sur l'organisme ou sur sa descendance [51]. Ainsi, les hormones de synthèse utilisées dans la pilule peuvent être considérées en tant que telles comme des perturbateurs endocriniens puisqu'elles bloquent la fonction ovarienne des femmes, ce qui est bien l'effet recherché lorsque l'on prend une pilule contraceptive... Mais en réalité, tous les traitements hormonaux répondent à cette définition, y compris par exemple les hormones thyroïdiennes... [52] Pour connaître la toxicité environnementale de tout perturbateur endocrinien il est important de définir la "dose toxique" de la molécule et de prendre en compte pour chaque organisme la sensibilité à répondre aux effets délétères potentiels de ce perturbateur endocrinien. Cette sensibilité propre à chaque individu/organisme est probablement génétiquement déterminée, comme l'ont déjà démontré certains modèles en pathologie humaine (exemple de la dysgénésie testiculaire responsable d'anomalies de migration des testicules, d'infertilité et d'augmentation du risque de cancer du testicule [53]).

Concernant les possibles effets environnementaux des hormones contraceptives contenues dans les urines des utilisatrices, il n'y a à ce jour aucune donnée précise. Même si des progestatifs ont été identifiés dans les circuits d'eau courante, ils y sont présents à des taux extrêmement faibles (de l'ordre du ng/litre soit environ 0,00000001g/litre). Enfin, il n'existe à ce jour aucun modèle en pathologie animale ou humaine incriminant les dérivés hormonaux excrétés dans les urines des utilisatrices de pilules contraceptives [52].

## 8 - Conclusion : la pilule contraceptive est donc aussi une thérapeutique et un médicament !

Alors oui ! et ce n'est pas un scoop quoique l'on dise ! La pilule contraceptive est un médicament et comme TOUT médicament elle présente des avantages (très nombreux) et des risques (très rares) mais la balance bénéfices-risques reste très favorable chez l'immense majorité des patientes. Les risques sont très faibles chez les patientes n'ayant aucun facteur de risque de complication et c'est aux prescripteurs de la pilule contraceptive que revient le rôle de minimiser ces risques. Or ces bénéfices sont importants à connaître par les femmes mais aussi par les professionnels de santé, car ce sont souvent ces ajouts qui influenceront la persistance du suivi au-delà de l'effet contraceptif : il faut donc non seulement les maîtriser mais aussi les adapter, les expliciter et en faire prendre conscience pour qu'ils stimulent l'appropriation de ce mode de contraception.

Comme TOUT médicament, il existe une variation de tolérance interindividuelle, c'est-à-dire qu'avec une pilule contraceptive donnée, certaines femmes ne vont présenter aucun effet secondaire, alors que d'autres vont très mal tolérer cette même pilule... Cet état de fait est une réalité qui concerne TOUS les médicaments sans exception ! et la pilule contraceptive n'échappe pas à la règle... Ainsi, la pilule contraceptive sera pour certaines femmes une contraception idéale, alors que d'autres femmes ne la toléreront pas et souhaiteront bénéficier d'une autre méthode... Nous avons la chance en France de disposer d'un éventail de méthodes contraceptives très variées dont la majorité est prise en charge par l'Assurance Maladie permettant ainsi de trouver pour chaque femme la méthode de contraception qui lui convient. Profitons-en ! Et pour répondre à la question du titre : NON ! Il ne faut pas avoir peur de la pilule contraceptive !

## Références bibliographiques

1. Cibula, O., et al., Hormonal contraception and risk of cancer. Hum Reprod Update, 2010. 16(6): p. 631-50.
2. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast, C, Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100

- 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet*, 1996.347(9017): p. 1713-27.
3. Hunter, D.J., et al., Oral contraceptive use and breast cancer: a prospective study of young women. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2010. 19(10): p. 2496-502.
4. Kumle, M., et al., Use of oral contraceptives and breast cancer risk: The Norwegian-Swedish Women's Lifestyle and Health Cohort Study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2002. 11(11): p.1375-81.
5. Dumeaux, V., E. Aisaker, and E. Lund, Breast cancer and specific types of oral contraceptives: a large Norwegian cohort study. *Int J Cancer*, 2003. 105(6): p. 844-50.
6. Collaborative Group on Epidemiological Studies on Endometrial, C, Endometrial cancer and oral contraceptives: an individual participant meta-analysis of 27 276 women with endometrial cancer from 36 epidemiological studies. *Lancet Oncol*, 2015. 16(9): p. 1061-1070.
7. Collaborative Group on Epidemiological Studies of Ovarian, C, et al., Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. *Lancet*, 2008. 371(9609): p. 303-14.
8. Bosetti, C, et al., Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*, 2009. 15(5): p. 489-98.
9. Hannaford, P.C, et al., Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. *BMJ*, 2007. 335(7621): p. 651.
10. Iversen, L., et al., Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Am J Obstet Gynecol*, 2017. 216(6): p. 580 e1-580 e9.
11. Schatz, I.J., et al., Thromboembolic Disease Associated with Norethynodrel. Report of Six Cases. *JAMA*, 1964. 188: p. 493-5.
12. Ruan, X. and A.O. Mueck, Oral contraception for women of middle age. *Maturitas*, 2015. 82(3): p. 266-70.
13. Lidegaard, O., et al., Thrombotic stroke and myocardial infarction with hormonal contraception. *N Engl J Med*, 2012. 366(24): p. 2257-66.
14. Plu-Bureau, G., et al., Hormonal contraceptives and arterial disease: an epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 2013. 27(1): p. 35-45.
15. Gronier, H. and G. Robin, [Cardiovascular risks of combined oral contraceptives - beyond the French controversy]. *Gynecol Obstet Fertil*, 2014.42(3): p. 174-81.
16. ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament). Lettre d'information de 2011 et 2012 - Contraceptifs oraux estroprogestatifs et risque de thrombose veineuse.
17. de Bastos, M., et al., Combined oral contraceptives: venous thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(3): p. CD010813.
18. Stegeman, B.H., et al., Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: system a tic review and network meta-analysis. *BMJ*, 2013. 347: p. f5298.
19. Lidegaard, O., et al., Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses: Danish cohort study, 2001-9. *BMJ*, 2011. 343: p. d6423.
20. Delluc, A., E. Le Moigne, and D. Mottier, Risque de maladie veineuse thromboembolique chez la femme en âge de procréer. *mt (médecine - thérapeutique)* 2011. 17(3): p. 213-33.
21. Jackson, E., Controversies in postpartum contraception: when is it safe to start oral contraceptives after childbirth? *Thromb Res*, 2011. 127 Suppl 3: p. S35-9.
22. Lidegaard, O., et al., Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ*, 2009. 339: p. b2890.
23. Plu-Bureau, G., et al., Hormonal contraceptives and venous thromboembolism: an epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 2013. 27(1): p. 25-34.
24. Chakhtoura, Z., et al., Progestogen-only contraceptives and the risk of acute myocardial infarction: a meta-analysis. *J Clin Endocrinol Metab*, 2011. 96(4): p. 1169-74.
25. Chakhtoura, Z., et al., Progestogen-only contraceptives and the risk of stroke: a meta analysis. *Stroke*, 2009.40(4): p. 1059-62.
26. Arowojolu, A.O., et al., Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012(7): p. CD004425.
27. Amsterdam, E.A.-S.r.P.C.W.G., Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS). *Hum Reprod*, 2012. 27(1): p. 14-24.
28. Bahamondes, L., M. Valeria Bahamondes, and L.P. Shulman, Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. *Hum Reprod Update*, 2015. 21(5): p. 640-51.
29. Proctor, M.L., H. Roberts, and CM. Farquhar, Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001(4): p. CD002120.
30. Streuli, I., et al., An update on the pharmacological management of endometriosis. *Expert Opin Pharmacother*, 2013. 14(3): p. 291-305.
31. Dunselman, GA, et al., ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Hum Reprod*, 2014. 29(3): p. 400-12.
32. Johnson, N.P., L. Hummelshoj, and C World Endometriosis Society Montpellier, Consensus on current management of endometriosis. *Hum Reprod*, 2013. 28(6): p. 1552-68.
33. Vercellini, P., et al., Oral contraceptives and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*, 2011. 17(2): p. 159-70.
34. Somigliana, E., et al., Endometriosis and estroprogestins: the chicken or the egg ca usa lit y dilemma. *Fertil Steril*, 2011. 95(1): p. 431-3.
35. Zorbas, K.A., K.P. Economopoulos, and N.F. Vlahos, Continuous versus cyclic oral contraceptives for the treatment of endometriosis: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet*, 2015.292(1): p. 37-43.
36. Ilhan, G., et al., Premenstrual Syndrome Is Associated With a Higher Frequency of Female Sexual Difficulty and Sexual Distress. *J Sex Marital Ther*, 2017: p. 1-11.
37. Orellana, C, et al., Oral contraceptives, breastfeeding and the risk of developing rheumatoid arthritis: results from the Swedish EIRA study. *Ann Rheum Dis*, 2017.
38. Rohan, T.E. and A.B. Miller, A cohort study of oral contraceptive use and risk of benign breast disease. *Int J Cancer*, 1999.82(2): p. 191-6.
39. Cappy, H., et al., [Migraine and contraception]. *Gynecol Obstet Fertil*, 2015. 43(3): p. 234-41.
40. Qin, J., et al., Oral contraceptive use and uterine leiomyoma risk: a meta-analysis based on cohort and case-control studies. *Arch Gynecol Obstet*, 2013. 288(1): p. 139-48.
41. Mansour, O., et al., Fertility after discontinuation of contraception: a comprehensive review of the literature. *Contraception*, 2011. 84(5): p. 465-77.
42. Christin-Maitre, S., [Did you know that contraception might avoid some maternal deaths?]. *Gynecol Obstet Fertil*, 2013. 41(4): p. 213-4.
43. Davis, A.R. and P.M. Casta no, Oral contraceptives and libido in women. *Annu Rev Sex Res*, 2004.15: p. 297-320.
44. Burrows, L.J., M. Basha, and A.T. Goldstein, The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: a review. *J Sex Med*, 2012. 9(9): p. 2213-23.
45. Pastor, Z., K. Holla, and R. Chmel, The influence of combined oral contraceptives on female sexual desire: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2013. 18(1): p. 27- 43.
46. Schaffir, J., B.L. Worly, and T.L. Gur, Combined hormonal contraception and its effects on mood: a critical review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2016. 21(5): p. 347-55.
47. Gallo, M.F., et al., Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev*, 2014(1): p. CD003987.
48. Nault, A.M., et al., Validity of perceived weight gain in women using long-acting reversible contraception and depot medroxyprogesterone acetate. *Am J Obstet Gynecol*, 2013. 208(1): p. 48 e1-8.
49. Ahmed, S., et al., Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. *Lancet*, 2012.380(9837): p. 111-25.
50. Cleland, J., et al., Contraception and health. *Lancet*, 2012. 380(9837): p. 149-56.
51. Cravedi, J.P., et al., [The concept of endocrine disruption and human health]. *Med Sci (Paris)*, 2007. 23(2): p. 198-204.
52. Kabir, E.R., M.S. Rahman, and 1. Rahman, A review on endocrine disruptors and their possible impacts on human health. *Environ Toxicol Pharmacol*, 2015.40(1): p. 241-58.
53. Sharpe, R.M. and N.E. Skakkebaek, Testicular dysgenesis syndrome: mechanistic insights and potential new downstream effects. *Fertil Steril*, 2008. 89(2 Suppl): p. e33-8.

# Préparation à la naissance et à la parentalité

E. PAGANELLI\*

*Les recommandations ont été élaborées à la demande de la Direction générale de la santé et des sages-femmes pour accompagner les mesures du plan périnatalité 2005-2007.*

**L**es 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité qui ont remplacé les cours d'accouchement ne semblent pas préparer les femmes aux accouchements compliqués.

*Il faut améliorer l'information aux femmes en amont des actes pratiqués en urgence lors d'un accouchement (épisiotomie, césarienne, forceps, hémorragie de la délivrance...).*

## 1 - Introduction

Historiquement, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. Elle s'oriente actuellement vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance.

Les recommandations ont été élaborées à la demande de la Direction générale de la santé et des sages-femmes pour accompagner les mesures du plan périnatalité 2005-2007.

## 2 - Objectifs généraux de la PNP

- Créer des liens sécurisants avec un réseau de professionnels prêts et coordonnés autour de la femme enceinte ;

*L'efficacité de la préparation à la naissance reste inconnue tant pour ses effets sur le déroulement de la naissance que sur la fonction parentale.*

- Accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions concernant sa santé, la grossesse, les modalités d'accouchement, la durée du séjour en maternité ;
- Donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né et encourager l'allaitement maternel ;
- Encourager, à chaque étape de la grossesse, l'adoption par la mère et le père de styles de vie sains, pour leur santé et celle de l'enfant ;
- Renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple face à la grossesse, la naissance et les soins au nouveau-né ;
- S'assurer d'un soutien affectif pour la femme pendant la grossesse, à la naissance et au retour à domicile ;
- Soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et à l'association de la vie de couple à la fonction de parent ;
- Participer à la promotion de la santé du nouveau-né et du nourrisson en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur ;
- Participer à la prévention des troubles de la relation mère-enfant et à la prévention de la dépression du post-partum ;
- Encourager les échanges et le partage d'expérience à partir des préoccupations des parents avant et après la naissance.

## 3 - Intérêts de la PNP

L'efficacité de la préparation à la naissance reste inconnue tant pour ses effets sur le déroulement de la naissance que sur la fonction parentale (études randomisées de faible niveau de preuve).

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



Le nombre de femmes qui développent une dépression postnatale n'est pas significativement réduit par diverses interventions psychosociales ou psychologiques en période prénatale (niveau de preuve 1).

En revanche, des interventions intensives (suivi postnatal précoce à domicile, continuité des soins et partage interprofessionnel des informations, etc.), proposées exclusivement en postnatal et prodiguées par des infirmières et des sages-femmes, ont un effet préventif démontré sur la dépression postnatale (niveau de preuve 1). Ces interventions sont encore plus efficaces chez les femmes vulnérables (niveau de preuve 1). Des interventions individuelles sont plus efficaces que les interventions de groupe (niveau de preuve 1).

#### 4 - Nombre de séances

En France, 8 séances prénatales de 45 minutes minimum sont prises en charge par l'assurance maladie, l'entretien individuel ou en couple en fait partie et fait l'objet d'une cotation spécifique (arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels). Ces séances prénatales sont individuelles ou en groupe, à l'exception de l'entretien du 1<sup>er</sup> trimestre qui est obligatoirement individuel ou en couple.

#### 5 - L'entretien individuel ou en couple

L'entretien individuel ou en couple, prévu par la réglementation, doit être proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse, même si ce dernier n'assure pas, par la suite, le suivi médical de la femme enceinte.

La femme choisit le moment où elle souhaite avoir cet entretien qui doit se dérouler durant le 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse. Le futur père doit être encouragé à participer à l'entretien.

Cet entretien individuel permet de présenter et mettre en place la PNP. En cas de déclaration tardive, de refus initial par la femme ou le couple, l'entretien peut avoir lieu plus tard. Si besoin est, cet entretien doit pouvoir être renouvelé, en particulier dans les situations difficiles (addictions, précarité, violence conjugale, etc.).

#### 6 - L'existence d'un dossier partagé

détenu par la femme, devrait faciliter l'accès aux informations médicales, qui de ce fait seront disponibles au moment de l'entretien.

### 7 - Objectifs spécifiques et contenu des séances de PNP, présentés par compétence

Les objectifs spécifiques et le contenu sont hiérarchisés et adaptés à chaque étape du processus de naissance (début de la grossesse, préparation au travail et à la naissance, soins essentiels au nouveau-né, soutien à la fonction parentale). Il est prévu dans les objectifs d'aborder la question de la présence de l'entourage pendant le travail, des pratiques habituelles durant le travail, des autres modes d'interventions au cours de la naissance (extraction instrumentale, césarienne) et la visite de la salle de naissance souhaitable.

#### Conclusion

*"La littérature n'apporte pas de réponse quant à l'efficacité de la PNP sur le bon déroulement de la naissance, le soutien à la parentalité, le vécu maternel et la santé de l'enfant".*

Le groupe de travail recommande que des travaux de recherche soient menés pour évaluer l'efficacité du programme de PNP proposé dans ces recommandations par rapport à d'autres pays européens sur le vécu de la grossesse, le déroulement de l'accouchement, la confiance de la mère (du couple) à prendre en charge l'enfant à la naissance et dans la première année de vie.

#### Bibliographie

- *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) - HAS*  
<https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite>
- *Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandation de bonne pratique - Mis en ligne le 27/09/12.*
- *Préparation à la parentalité - L'Assurance Maladie*  
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse/preparation-parentalite>
- *INPES - Grossesse et accueil de l'enfant : Outil d'intervention en éducation pour la santé des femmes enceintes*  
28-09-2010 : *Conçu par des professionnels de santé en collaboration avec des représentants d'usagers, cet outil permet aux médecins, sages-femmes, pharmaciens et autres professionnels de santé qui côtoient des femmes enceintes, de débiter et mettre en place des actions d'éducation pour la santé avec ces femmes et leur conjoint.*

# Avenir hospitalier

P. LE PORS-LEMOINE\*

*Lettre à la Ministre de la santé*

**L**e SYNGOF au sein d'Avenir Hospitalier, et avec la CPH a été reçu par la Ministre de la santé. L'accent a été mis sur plusieurs points importants. La polémique sur "les violences obstétricales" a été tout particulièrement dénoncée et cette lettre remise à la ministre qui nous a assurés de son soutien médical plein et entier.



Madame la Ministre,

L'Intersyndicale Avenir Hospitalier comprend en son sein notamment les Anesthésistes Réanimateurs (SNPHAR-E) et les Gynécologues Obstétriciens (SYNGOF). Nous nous sentons particulièrement concernés par la campagne médiatique sur "les violences obstétricales" et son relais au sein du gouvernement actuel.

Il n'est pas anodin que l'obstétrique soit en tête des spécialités attaquées. La salle d'accouchement est pour tous ses acteurs un équilibre permanent entre physiologie et pathologie, entre joies et drames. Il est donc facile, sur fond de naturalisme mal compris (cf. campagne anti-vaccinale), de

*Notre propos n'est pas de défendre des pratiques connotées dans le temps, car nous sommes persuadés que nos pratiques doivent en permanence évoluer pour répondre aux évolutions de la science et de la société.*

reprocher à ses acteurs d'exercer un pouvoir sur les femmes et les enfants. Notre cœur de métier est de détecter le pathologique, de le prévenir, de le traiter. Il est facile de nous traiter de trouble-fêtes, car chaque complication lors d'un accouchement rompt l'harmonie nécessaire à la naissance. Pourtant, comment imaginer revenir au temps de la morbi-mortalité d'il y a encore quelques décennies en France ou celle qui règne aujourd'hui encore dans certains pays ?

Notre propos n'est pas de défendre à tous crins des pratiques connotées dans le temps, car nous sommes persuadés que nos pratiques doivent en permanence évoluer pour répondre aux évolutions de la science et de la société. Ni de défendre des pratiques contraires à l'éthique ou au respect des patients(es). Les comportements déviants de certains professionnels de la naissance ne sont pas acceptables, mais les éradiquer, c'est travailler ensemble, grâce au développement professionnel continu. C'est aussi réfléchir aux conditions d'exercice actuellement dégradées avec un rythme de gardes effréné, des troubles du sommeil, conduisant souvent à un isolement destructeur pour la santé des soignants.

L'écoute des femmes comme celle de tous les patients est indispensable, c'est ainsi que nos pratiques évoluent dans le bon sens, nous le faisons au quotidien et nous continuerons à le faire.

Au quotidien, nous rencontrons les femmes, les couples ; nous sommes à leurs côtés, nous leur faisons profiter des progrès médicaux en termes de sécurité et de confort avec l'analgésie. Nous ne les obligeons pas à demander une péridurale, ni à allaiter et la pratique d'une aide instrumentale, d'une césarienne ou même d'une épisiotomie, est une décision de l'équipe obstétricale confrontée à ce qu'elle estime être un risque. Comme tout geste médical, elles ne doivent être réalisées qu'en cas de nécessité et après information. Les médecines dites "douces" ont leur place pour les femmes qui le désirent, mais ne doivent pas retarder l'intervention des spécialistes de l'accouchement en cas de difficultés ou de complications.

\*Gynécologue obstétricienne à St-Malo, Vice-Présidente du Syngof et Vice-Présidente d'Avenir Hospitalier

Renvoyer une image de "violence contre les femmes" est paradoxal, alors que plus de 80% des internes de gynécologie-obstétrique ainsi que la grande majorité des sages-femmes sont des femmes !

Nous savons faire la part des choses quand certain(e)s polémistes se sont fait une spécialité lucrative du dénigrement, de l'opposition aux preuves scientifiques et de la manipulation, et ne pas répondre aux provocations. Les critiques doivent être entendues, mais les reprises de citations, de témoignages, non mis en balance avec des enquêtes globales de satisfaction émanant de l'ensemble des femmes, de l'ensemble des parturientes, conduisent à des attaques diffamatoires et sont alors très mal ressenties par les professionnels de la naissance (Gynécologues, Obstétriciens, Anesthésistes, Pédiatres, Sages-femmes).

Nous ressentons un vif sentiment d'injustice, alors que nous sommes engagés 24/24 h et 365 jours par an, dans des conditions souvent difficiles, dans la sécurité des soins apportée aux femmes et aux enfants, alors que nous remettons sans arrêt en cause nos pratiques et, qu'au quotidien nous recevons de nos patientes de nombreux signes et témoignages de satisfaction. Et puisque ces polémiques destructrices sont reprises au sein du gouvernement par la Secrétaire d'Etat chargée de l'Egalité entre les femmes et les hommes, nous en appelons donc au soutien de notre Ministre de tutelle.

Faire cesser la polémique n'est pas de votre ressort, toutefois, pour que la réalité soit mieux approchée, pourquoi, par exemple, ne pas lancer une enquête nationale de satisfaction ?

Alors que la spécialité de gynécologie-obstétrique ne cesse de reculer dans les choix à l'ECN, ces attaques incessantes, relayées au sein du gouvernement, risquent d'aggraver le mouvement actuel qui conduit à choisir des spécialités "tranquilles" et moins à risque de conflit ou de procès. Plus de 70% des naissances ont lieu dans les hôpitaux, et le risque est réel, à très court terme, d'une désertification en gynécologues obstétriciens des salles d'accouchement.

Au-delà de cette spécialité particulièrement exposée du fait de son intense côté émotionnel, tous les médecins ne peuvent que se sentir concernés par cette stigmatisation permanente de leur exercice, par des groupes de pression dont les motivations sont souvent bien éloignées des intérêts des patient(es). Ces campagnes incessantes sont une menace dangereuse sur la confiance nécessaire entre usagers et soignants, et ce pour l'ensemble de la médecine.

En espérant votre soutien, nous vous prions de recevoir, Madame la Ministre, l'expression de nos salutations très respectueuses et dévouées.

Max-André DOPPIA

Président AVENIR HOSPITALIER

Pascale Le PORS-LEMOINE

Vice-Présidente AVENIR HOSPITALIER



Je soussigné(e) :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date d'installation \_\_\_\_\_

Tél. mobile \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

N° de CPS (sur votre feuille de soins) \_\_\_\_\_

Adresse professionnelle \_\_\_\_\_

## MedyCS

### ADHÉSION À L'ASSOCIATION GYNÉLOG et OBTENTION DES LOGICIELS

- Adhésion établissement annuelle à l'association (permet l'obtention par téléchargement du logiciel MédyCS) - Les établissements partenaires de Nestlé peuvent être dispensés de cette cotisation. **5 000 €**
- Obtention du logiciel MedyCS (seul) (pour UN médecin et son secrétariat). **290 €**
- Option : Module FSE Pyxvital (pour UN médecin et par numéro de facturation) (TVA incluse) **+ 324 €**
- Adhésion simple annuelle à l'association (permet uniquement de recevoir les informations sur la vie de l'association mais ne donne pas droit au logiciel). **45 €**

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

A faire parvenir au trésorier de l'Association

SYNGOF-GYNELOG BP 40094 - 81027 ALBI Cedex 9

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

Date, cachet et signature

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

Je soussigné(e)

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Date de votre installation \_\_\_\_\_

Tél portable \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

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

Adresse professionnelle \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la maternité où vous exercez : \_\_\_\_\_

Inscrit à l'Ordre des Médecins de \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

sollicite mon admission au

### SYNDICAT NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS DE FRANCE

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

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

• Nom de votre compagnie d'assurances : \_\_\_\_\_ Tarif 2017 \_\_\_\_\_

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

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

• Type d'exercice  Privé     Public     Privé et Public

### - Cotisations 2018 -

⇒ Membre actif	230,00 €
⇒ Assistant chef de clinique	150,00 €
⇒ 1 <sup>ère</sup> 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



# Etablissements de santé et restes à charge

R. PELLET\*

*Dans les statistiques publiques, le “reste à charge” est défini comme étant le “montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaire”.*

**S**elon les chiffres officiels, *“les soins hospitaliers, qui représentent près de la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), occupent une faible part dans le reste à charge des ménages”*<sup>2</sup>, puisqu'ils ne s'élevaient en 2015 qu'à 2,3% des sommes facturées aux ménages pour leurs séjours dans les hôpitaux publics et cliniques privées, alors que le reste à charge pour les soins de ville se montait à 11,7%. Ces données *“moyennes”* ne doivent pas faire oublier l'existence de mécanismes financiers inéquitables et/ou inégalitaires dans la prise en charge du coût des hospitalisations. Pour les mettre en évidence, il convient d'abord de clarifier certains *“concepts”*.

Dans les statistiques publiques, le *“reste à charge”* est défini comme étant le *“montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaire”*. Or, en France, l'assurance maladie de base est en situation de monopole, ses prestations sont en principe uniformes – les individus ne peuvent choisir l'étendue de leur couverture – et ses ressources, cotisations et contribution sociales principalement, sont constituées de prélèvements obligatoires redistributifs, parce qu'ils sont globalement proportionnels aux revenus des personnes assurées, alors qu'ils servent à financer des soins qui dépendent des pathologies des patients et non de leur fortune<sup>3</sup>; les organismes complémentaires – mutuelles, assurances, institutions de prévoyance – sont, eux, des opérateurs privés, en situation de concurrence, et leurs ressources, cotisations ou primes, sont en grande partie forfaitaires et elles varient en fonction du *“panier de soins”* – étendue de la couverture – choisi par les assurés et selon l'âge des souscripteurs.

*les établissements publics de santé bénéficient d'une sur-tarifification qui pénalise l'assurance maladie et les patients, par une surcotation des actes hospitaliers publics et par l'application de tickets modérateurs abusifs.*

Les soins hospitaliers sont très coûteux – ils représentent 46,7% du total de la CSBM – parce qu'ils sont dispensés pour des pathologies importantes – qui ont parfois un caractère *“catastrophique”* – et ils sont concentrés, c'est-à-dire qu'ils concernent un nombre réduit de personnes – 17% de la population française en médecine-chirurgie-obstétrique, MCO – et plus particulièrement certaines catégories *“fragiles”* – les enfants de moins d'un an, les femmes en âge de procréer et, surtout, les personnes de plus de 65 ans.

Le financement de ces soins devrait être donc le plus largement mutualisé et redistributif, ce qui signifie qu'ils devaient être pris en charge quasi-exclusivement par l'assurance maladie publique. Mais, les pouvoirs publics ne parviennent pas à réduire le déficit de la branche santé de la Sécurité sociale, et, plutôt que de chercher à réduire les coûts de fonctionnement des établissements de santé, ils s'efforcent de transférer aux assureurs complémentaires une partie de la charge des dépenses hospitalières, alors même que cela peut avoir pour effet non seulement de réduire le caractère redistributif du financement des soins mais également d'accroître les inégalités entre les patients, puisque certains ne peuvent pas souscrire une couverture privée étendue et donc coûteuse.

Dernier exemple en date de cette tendance, le décret n°2017-372 du 21 mars 2017, relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 *“renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques”*, offre pour les jeunes retraités, anciennement couverts par un contrat collectif d'entreprise, la possibilité de conserver leur complémentaire santé tout en bénéficiant d'une hausse de tarif modérée et progressive au

1- *“Il s'agit du montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaire”.*

2- DREES, *Les dépenses de santé en 2015 - Résultats des comptes de la santé*, sept. 2016, chap. 28, p. 98

3- *Autrement dit, chacun payant en fonction de ses revenus et recevant en fonction de son état de santé, les riches contribuent ainsi au financement des soins dispensés aux pauvres.*

\* Professeur à l'Université Sorbonne Paris Cité, Faculté de Droit Paris Descartes et Sciences Po Paris.  
Institut Droit et Santé, Inserm UMRS 1145

cours des trois premières années mais le texte ne prévoit aucun encadrement pour les années suivantes, les opérateurs privés étant alors libres d'augmenter les cotisations. Ils sont même fondés à le faire puisque les dépenses de santé, hospitalières surtout, augmentent avec l'âge des assurés. Pour apprécier le caractère équitable ou non des "restes à charge", il convient également de prendre en compte les effets sur la CSBM de la complexité du système français hospitaliers, lequel est constitué d'"un ensemble de structures qui se différencient par leur statut juridique, leurs missions et activités, ainsi que par leurs modes de financement"<sup>4</sup>. La loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 était censée rendre plus "équitable" cette organisation, notamment par une "refondation" du "service public hospitalier"<sup>5</sup>, mais, en réalité, cette réforme n'a pas corrigé les deux principales sources d'inégalités dont sont victimes les patients et que leurs associations dénoncent de longue date :

- d'une part, les "inégalités entre les hôpitaux publics", du fait notamment de "tarifs journaliers de prestation" très variables d'un établissement public à un autre ;
- d'autre part, les "inégalités entre les hôpitaux publics et les cliniques", en raison d'une "tarification opaque et fluctuante de la participation au coût des soins dans le cadre de l'hôpital public [qui] aboutit à des tarifs qui y sont souvent plus élevés en la matière, alors qu'en cliniques privées ce sont davantage les coûts liés à la chambre particulière et aux honoraires des praticiens qui salent la facture pour l'usager et/ou sa complémentaire."<sup>6</sup>

L'examen attentif de l'évolution du mode de financement des établissements de santé et de la couverture des assurés sociaux<sup>7</sup>, nous conduit à émettre l'hypothèse selon laquelle les réformes conduites ces dernières années ont pour effet, sinon pour objectif réel, de protéger les hôpitaux publics contre la concurrence de cliniques privées plus efficaces, aux dépens des intérêts bien compris des assurés sociaux<sup>8</sup>. Ainsi, les établissements publics de santé bénéficient d'une sur-tarification qui pénalise l'assurance maladie et les

patients, par une surcotation des actes hospitaliers publics et par l'application de tickets modérateurs abusifs (1-). D'autre part, comme la branche maladie de la sécurité sociale finance des dépenses hospitalières publiques exagérément élevées, elle ne peut revaloriser comme elle le devrait les tarifs opposables aux praticiens libéraux, lesquels sont alors contraints de demander à leurs patients des dépassements d'honoraires que les pouvoirs publics cherchent à limiter ou même à interdire alors que dans le même temps ils protègent ceux des praticiens des hôpitaux publics (2-).

## 1 - Une sur-tarification des hôpitaux aux dépens de l'assurance maladie et des patients

Dans les établissements de santé le "reste à charge" supporté par le patient - et éventuellement couvert par son assureur complémentaire - dépend d'un mode particulier de tarification des soins qui a été progressivement dévoyé dans le but de protéger les hôpitaux publics de la concurrence des cliniques privées, de sorte que l'assurance maladie est contrainte de financer des dépenses excessives pour les actes chirurgicaux réalisés dans le système public (A.). De surcroît, le législateur a prorogé ces dernières années un système de "tarifs journaliers de prestation" discrétionnaires qui laisse aux patients des hôpitaux publics la charge d'un ticket modérateur excessif (B.)

### A. La surcotation des actes chirurgicaux des établissements publics

Pour la clarté du propos, il convient sans doute de rappeler qu'un système de comptabilité analytique, lancé en 1982 et devenu opérationnel en 1994, appelé "programme de médicalisation des systèmes d'informations" (PMSI), permet de classer les séjours des patients dans les établissements de santé en "groupes homogènes de malades" (GHM) selon des caractéristiques médicales (pathologies, soins, etc.) et économiques (coût et durée des séjours). Depuis 2004, avec une généralisation en 2008, le PMSI sert de base au système de "tarification à l'activité" (T2A) pour les activités de "médecine-chirurgie-obstétrique" (MCO) des hôpitaux publics et des cliniques. Il permet que les recettes de ces établissements varient en fonction de leur activité de soins. En pratique, pour chacun de ses patients l'établissement de santé concerné, public ou privé, adresse à l'assurance maladie, via l'agence régionale de santé (ARS), une facture fondée sur le classement du séjour dans un GHM auquel est associé un tarif opposable à l'assurance maladie obligatoire, appelé "groupe homogène de séjours" (GHS)<sup>9</sup>. Les tarifs sont nationaux et fixés par arrêtés ministériels à partir d'une "étude nationale des coûts" (ENC) réalisée à partir d'un échantillon d'établissements publics et privés. Mais ces tarifs sont en principe flottants, c'est-à-dire qu'ils doivent

4- DREES, Les établissements de santé, Édition 2016, en ligne

5- Cf. la présentation du projet de loi par la ministre, Mme Marisol Touraine, en ligne : <http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante>

6- Observatoire citoyen des restes à charge en santé : "Hospitalisation : des restes à charge imprévisibles", 22 mai 2014, en ligne

7- Pour une synthèse, cf. les développements sur le sujet in Rémi Pellet et Arnaud Skrzyerbak, Droit de la protection sociale, PUF, coll. Thémis, 2017. Le présent article reprend des éléments mentionnés dans cet ouvrage.

8- Le propos paraîtra sans doute exagéré à certains. Nous ne verrions que des avantages à ce que la contradiction nous soit apportée mais nous attendons une critique précisément argumentée. Chaque fois qu'une politique ou une institution est très sévèrement mise en cause, il se trouve de fins esprits pour refuser le débat au motif que "Tout ce qui est excessif est insignifiant" : ces malins feraient bien pourtant de se souvenir que l'auteur de la maxime, Talleyrand, était notamment corrompu et que son modérantisme de principe servait à justifier ses compromissions.

9- Autrement dit, le GHS est la donnée facturable du GHM, sachant que "la très grande majorité des GHM n'ont qu'un seul GHS, c'est-à-dire un seul tarif, mais que dans certains cas, un GHM peut avoir deux ou plusieurs tarifs (dépendant, pour une même prise en charge - pour un même GHM -, de niveaux d'équipement différents, par exemple)" : <http://www.atih.sante.fr/glossaire>

diminuer quand le volume des GHS facturés augmente afin que le coût global des dépenses hospitalières ne dépasse pas le sous-objectif hospitalier fixé dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de l'année et conçu pour être une "enveloppée fermée".

La T2A des hôpitaux publics (47 Md€ du régime général en 2016) est calculée afin de couvrir tous leurs frais, y compris donc les rémunérations qu'ils versent aux praticiens de santé (médecins, chirurgiens, obstétriciens, anesthésistes, etc.) qu'ils emploient. Mais les hôpitaux publics reçoivent de surcroît l'essentiel des enveloppes financières dites "missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation" (MIGAC) prévues par le législateur (art. L 162-22-13 CSS ; art. D 162-6 et s. CSS) pour financer des charges particulières (recherche et enseignement, SAMU, prise en charge de la toxicomanie...) ou les mesures d'accompagnement des contrats pluriannuels d'objectif et de moyens (CPOM) qu'ils signent avec les ARS. Et aux MIGAC s'ajoutent encore les crédits du Fonds d'intervention régional (FIR) qui finance les actions et les expérimentations validées par les ARS, au profit toujours quasi-exclusif des hôpitaux.

Quant aux cliniques, elles se voient également appliquer la T2A (11 Md€) mais leurs tarifs sont minorés par rapport à ceux des hôpitaux parce qu'elles ne rémunèrent pas les médecins libéraux qui travaillent en leur sein (cf. *supra*). Ces derniers facturent les actes qu'ils réalisent, définis par une "classification commune des actes médicaux" (CCAM), sur la base des tarifs fixés avec l'assurance maladie par le jeu des "conventions médicales" soumises à agrément ministériel.

La T2A des hôpitaux publics étant structurellement supérieure à celle T2A des cliniques, puisque la première inclut la rémunération des praticiens de santé alors que ce n'est pas le cas de la seconde, il est souvent dit dans le débat public que les deux échelles tarifaires ne peuvent être rapprochées pour évaluer le coût des hospitalisations publiques et privées pour l'assurance maladie et les patients. Pourtant, en pratique, pour opérer une comparaison avec "la T2A hôpitaux publics", il suffit d'ajouter aux données de "la T2A cliniques" celles de la CCAM correspondant aux actes réalisés par les médecins libéraux travaillant au sein de ces établissements privés.

Et, parce que les pouvoirs publics savaient bien que les hospitalisations publiques étaient plus onéreuses pour l'assurance maladie que celles du système privé, la LFSS pour 2004 avait prévu le rapprochement des deux échelles tarifaires, hors écarts de charges justifiés, vers la moins coûteuse, c'est-à-dire, en pratique, celle des cliniques. Mais, face à la résistance des hôpitaux publics et à la suite de l'élection présidentielle de 2012, la LFSS pour 2013 a interrompu le processus de convergence tarifaire.

Ce changement de politique avait été justifié par certaines études qui arguaient du fait que les MIGAC ne compensaient pas suffisamment les surcoûts liés aux contraintes

spécifiques supportées par les hôpitaux publics, du fait notamment des caractéristiques de leurs patientèles. Encore aujourd'hui le travail de Mesdames Brigitte Dormont et Carine Milcent<sup>10</sup> est souvent utilisé pour clore le débat. Or, en réalité, si elle est de grande qualité, cette étude se fonde sur des données anciennes, relatives aux six années précédant l'introduction de la T2A, soit donc la période 1998-2003, et elle comprend un biais méthodologique important : pour comparer la productivité des établissements, elle rapporte le nombre de "points ISA"<sup>11</sup> des établissements au nombre de leurs lits alors que ce dernier critère n'est pas vraiment représentatif parce que les pouvoirs publics cherchent de longue date à réduire fortement la durée des séjours, spécialement en chirurgie et en obstétrique<sup>12</sup>.

Des recherches très récentes sont parvenues à des conclusions contraires à celles de Mmes Dormont et Milcent. Ainsi, élaborée grâce aux bases informatiques officielles des données de santé anonymisées - celle du PMSI tenue par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, ATIH ; celle du Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie, SNIIRAM ; celles de la Caisse autonome de retraite des médecins de France, CARMF, et du Conseil national de l'ordre des médecins, CNOM - l'étude publiée en 2013 par les syndicats Le Bloc et l'Union Collégiale (UC)<sup>13</sup>, relative aux principaux actes chirurgicaux et obstétricaux réalisés ces dernières années dans les établissements publics et privés, avait mis en évidence que les coûts des interventions du système privé étaient inférieurs de 8% environ à ceux du système public, dépassements d'honoraires compris<sup>14</sup> (cf. *infra II*). Aujourd'hui, les travaux de M. Jean-Marc Aubert sur "la construction réglementaire du reste à charge", entrepris également à la demande du Bloc et de l'UC, viennent confirmer ces résultats : ils démontrent que le coût pour l'assurance maladie des actes en chirurgie et obstétrique en clinique est inférieur de 20% à celui des mêmes actes quand ils sont réalisés dans les hôpitaux, en tenant compte des enveloppes MIGAC et FIR.

10- Brigitte Dormont et Carine Milcent, "Comment évaluer la productivité et l'efficacité des hôpitaux publics et privés ? Les enjeux de la convergence tarifaire", *Économie et statistique*, no 455-456, paru le 16 mai 2013, en ligne sur le site de l'Insee

11- "L'Indice synthétique d'activité (ISA) était, avant la tarification de l'activité, une unité d'œuvre composite permettant de mesurer l'activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements hospitaliers du secteur public et du secteur privé non lucratif. Une échelle nationale de coûts relatifs attribuait à chaque groupe homogène de malades (GHM), un nombre de points égal au rapport entre son coût moyen et le coût d'un GHM de référence" : <http://www.atih.sante.fr/glossaire>

12- L'assurance maladie cherche à réduire la durée des séjours en maternité en prenant exemple sur les autres pays européens, comme la presse en a largement rendu compte : cf. par ex. Diane Jean, "Séjours en maternité écourtés, une tendance européenne", *Le Monde*, 11 juillet 2014, en ligne.

13- Ces syndicats représentent les chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes exerçant dans les cliniques et hôpitaux.

14- Cf. Jean Marty et Rémi Pellet, "Les dépassements d'honoraires, l'assurance maladie et le projet de loi relatif à la santé", *Droit social*, n°10, oct. 2014, pp. 839-846

Ces résultats ne sont pas étonnants car le montant de ces enveloppes a presque doublé en dix ans pour atteindre respectivement 6,56 Md€<sup>15</sup> et 3,25 Md€ en 2017 alors que le rapport de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale de 2009, qui faisait un *"bilan à mi-parcours"* de *"la mise en œuvre de la T2A"*, préconisait au contraire de réduire le poids de ces enveloppes dans les ressources des établissements. En 2010, la Cour des comptes avait réitéré ses critiques et préconisations en soulignant que les évolutions de *"la structure tarifaire"* ne permettaient pas aux établissements publics *"de toujours percevoir précisément le lien entre leurs résultats et leurs coûts, qu'au demeurant tous n'apprécient pas correctement non plus"*<sup>16</sup>.

Les pouvoirs publics ont choisi ces dernières années de remettre en cause la logique de la T2A pour revenir à une globalisation des crédits hospitaliers afin d'empêcher la comparaison de l'activité des établissements publics avec celle des cliniques privées. D'ailleurs, alors que toutes les LFSS distinguaient depuis 2006 au sein de l'ONDAM le sous-objectif correspondant aux *"dépenses des établissements de santé tarifés à l'activité"* (T2A) et le sous-objectif représentant les dépenses des établissements qui restaient financés par *"dotation globale"*, la LFSS pour 2017 a supprimé cette distinction pour ne présenter plus qu'un sous-objectif intitulé *"dépenses relatives aux établissements de santé"*. Cette politique compromet le processus de développement de la T2A qui devait permettre d'allouer les crédits de l'assurance maladie aux services hospitaliers les plus efficaces, dans l'intérêt de la branche maladie de la Sécurité sociale. Or, comme l'assurance maladie est financée par des prélèvements obligatoires, lorsqu'elle est contrainte de payer des services hospitaliers publics surcotés, ce sont les assurés sociaux qui en portent finalement la charge. Et, au sein des établissements publics de santé, les patients doivent également supporter des tickets modérateurs abusifs sur les actes médicaux...

## B. Les tickets modérateurs discrétionnaires des établissements publics

Pour mémoire, il convient de rappeler que l'expression *"ticket modérateur"* tire son origine d'une disposition prévue initialement par la loi sur les assurances sociales de 1928 qui, *"en instituant le tiers payant, prévoyait un système d'achat de ticket de visite par l'assuré, au titre de sa participation aux frais. Après l'abandon du tiers payant par la*

*loi rectificative de 1930, le terme a perduré, avec une signification quelque peu différente"*<sup>17</sup>: il désigne aujourd'hui *"la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations"* de l'assurance maladie (article L 160-13 CSS).

Dans les établissements de santé privés, hors honoraires des praticiens, la participation financière demandée aux patients dépend bien sûr de la nature des soins qui leur sont dispensés mais elle ne varie pas d'une clinique à l'autre. En effet, le ticket modérateur est calculé sur l'assiette des GHS, c'est-à-dire sur la seule base des tarifs de l'assurance maladie pour la pathologie dont relèvent les patients hospitalisés. En revanche, depuis la mise en œuvre de la T2A, les hôpitaux publics calculent eux-mêmes le ticket modérateur qu'ils imposent aux patients.

Ainsi, en application de l'article 33 de la LFSS pour 2004, l'assiette de calcul du ticket modérateur à la charge des assurés repose sur le *"tarif journalier de prestation"* (TJP), tandis que la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire s'applique sur la base du tarif du groupe homogène de séjour (GHS). Ce mécanisme devait être transitoire, pour s'achever au 1<sup>er</sup> janvier 2012 mais la LFSS pour 2009 l'a prorogé jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016 avant que la LFSS pour 2016 ne le maintienne à nouveau jusqu'au 31 décembre 2019. Or, les TJP varient selon le service d'hospitalisation, la durée de séjour et le mode de prise en charge, et ils sont censés représenter le coût moyen d'une journée d'hospitalisation en couvrant toutes les charges d'hospitalisation. De ce fait, comme le relevait la Cour des comptes dans son rapport précité de 2009, *"à travers le TJP, qui demeure la base de calcul du ticket modérateur (et non le tarif du GHS comme dans le secteur privé), l'assuré hospitalisé [dans un établissement public ou privé à but non lucratif] paie en réalité sa participation à la prestation qu'il a reçue, mais aussi sa participation financière aux MIGAC et aux différents forfaits annuels"*. La Cour des comptes souligne que *"les TJP, fixés par les établissements, sont devenus pour eux une variable d'ajustement des recettes, mal connue par le ministère"* et *"la croissance relative plus élevée de la dotation MIGAC a augmenté l'écart initial entre les tarifs des GHS et les tarifs journaliers de prestation"*. Autrement dit, l'augmentation continue des enveloppes financières MIGAC et FIR (cf. *supra*) a aggravé la différence entre le ticket modérateur des cliniques et le TJP des hôpitaux, au profit de ces derniers.

La sur-tarifcation des patients dans les hôpitaux publics est d'autant plus critiquable qu'elle crée de surcroît une grande inégalité entre les assurés hospitalisés car les TJP varient considérablement d'un hôpital à un autre, comme l'avait bien souligné une enquête conduite par des associations de patients, dont la presse avait largement rendu compte<sup>18</sup>, et qui montrait, par exemple, qu'en chirurgie le tarif s'élevait à 857 € à Brive, 1 220 € à Langres, 1 855 € à Périgueux et 2 766 € à Autun. Ces inégalités sont d'autant plus mar-

15- Arrêté du 26 février 2016 portant détermination pour 2016 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale

16- Cour des comptes, Rapport sur la Sécurité sociale, sept. 2010, p. 277

17- Bernard Gibaud, *"Mutualité / Sécurité sociale (1945-1950) : la convergence conflictuelle"*, Vie sociale, 2008, n° 4, p. 39-52.

18- Laetitia Clavreul, *"A l'hôpital, des frais opaques et inégaux facturés aux patients"*, Le Monde, 22 mai 2014, en ligne ; Victoire N'Sondé, *"Des écarts de tarifs inacceptables à l'hôpital public"*, 60 millions de consommateurs, n°494, juin 2014, pp. 28-31



quantas que les pouvoirs publics avaient édicté, avec le décret n°2009-213 du 23 février 2009, des règles qui étaient censées être contraignantes pour le calcul du TJP.

Mais les assurés sociaux qui souscrivent une couverture complémentaire santé n'ont pas conscience de tels tickets modérateurs alors surtout que la loi n° 2013-504 du 11 janvier 2013 a rendu obligatoire la prise en charge des TJP par les contrats collectifs que les employeurs sont tenus de souscrire au profit de leurs employés.

L'article 77 de la LFSS pour 2016 a prévu que "l'augmentation de la base de calcul" de la participation des assurés au financement des hôpitaux "ne peut excéder une limite maximale fixée par décret". Puis, dans une circulaire du 12 mai 2016, la ministre de la Santé de l'époque, Mme Marisol Touraine, a reconnu sans ambages que "le niveau des tarifs journaliers de prestation (TJP) entre établissements est très hétérogène et entraîne une inégalité dans le reste à charge des patients qu'il est nécessaire de modérer"<sup>19</sup> mais aucun décret d'encadrement ne fut pris en 2016, non plus qu'en 2017.

Ainsi, la circulaire DGOS/R1/2017/164 du 9 mai 2017 "relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé"<sup>20</sup> ne fait référence qu'à des textes anciens puisque la ministre se contente de demander à ses services "de veiller à ce que les règles de calcul énoncées dans le décret n°2009-213 du 23 février 2009 [cf. supra] soient strictement respectées par les établissements de santé", et d'exiger la poursuite de "la baisse progressive des TJP supérieurs de plus de 15% au niveau auquel ils devraient être, en application des règles susmentionnées", sachant que "pour les établissements concernés, la diminution du TJP devra atteindre un minimum de 3% en 2017 par rapport au TJP actuellement fixé". D'autre part, dans cette même circulaire, la ministre indique que "suite à [sic] la fusion des anciens 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> sous-objectifs" de l'ONDAM (cf. supra), "c'est désormais le taux d'évolution du nouveau sous-objectif "Dépenses relatives aux établissements de santé" qui devient la référence pour le plafonnement de l'évolution des TJP", sachant que pour l'année 2017 "l'augmentation des TJP ne pourra donc pas excéder + 2%".

À l'évidence donc, si le taux de croissance des TJP est plafonné, les hôpitaux publics vont pouvoir laisser à leurs patients des restes à charge très élevés et inégalitaires jusqu'au 31 décembre 2019 au moins, comme ils le font depuis 2005. Et comme ces "tickets modérateurs" sont obligatoirement couverts par les assureurs privés pour les salariés dans le cadre des "contrats responsables" (cf. supra), les établissements publics vont continuer de bénéficier d'un avantage considérable et injustifié par rapport aux cliniques privées.

Le TJP représentait en 2016 pour de grandes mutuelles "54% des dépenses hospitalières prises en charge" en MCO, sachant que cette charge avait "augmenté de 31% en trois ans", ce qui était certes moins que les chambres particulières

(+ 44% en trois ans), mais ces dernières ne représentaient que "13% des factures"<sup>21</sup>. Les complémentaires couvrent ainsi une part de marché de plus en plus large des frais de santé des patients hospitalisés.

Mais, si le législateur utilise donc ces organismes privés pour soutenir l'activité des hôpitaux publics, en revanche, il oblige ces mêmes assureurs à limiter leur prise en charge des dépassements d'honoraires que les praticiens libéraux sont contraints de demander à leurs patients dans les cliniques, alors même qu'il protège le droit des praticiens des hôpitaux publics à pratiquer de tels dépassements...

## 2 - Des dépassements d'honoraires limités ou interdits dans les cliniques, protégés dans les hôpitaux

Au sein des cliniques privées à but lucratif, les praticiens libéraux sont contraints de demander des dépassements d'honoraires que l'assurance maladie tente d'encadrer, à défaut de revaloriser ses propres tarifs (A.), tandis que le législateur cherche à pérenniser le droit des praticiens des hôpitaux publics à pratiquer de tels dépassements au sein même de ces établissements publics (B.)

### A. La limitation des dépassements d'honoraires des praticiens libéraux des cliniques privées à but lucratif

Depuis 1980, les conventions conclues entre l'assurance maladie et les médecins offrent à ces derniers de choisir entre deux "secteurs" d'exercice :

- le secteur 1 inclut les médecins qui n'ont pas exprimé d'intention particulière et qui, de ce fait, s'engagent à respecter les tarifs annexés à la convention. En contrepartie, ils bénéficient de la prise en charge par l'assurance maladie de la majeure partie de leurs cotisations sociales par dérogation au droit commun applicable aux professions indépendantes (art. L 722-1 CSS). Cette prise en charge représente aujourd'hui près de 18% des revenus d'un médecin généraliste, plus de 16% pour un spécialiste ;
- le secteur 2 comprend les médecins qui demeurent dans le système conventionnel sans être liés par ses obligations tarifaires. Alors que leurs patients ne sont remboursés que sur la base des tarifs conventionnels, ces praticiens peuvent leur demander d'acquiescer des honoraires bien supérieurs, dès lors qu'ils le font avec "tact et mesure", seule limite au dépassement. En revanche, ces médecins per-

19- Circulaire n°DGOS/R1/2016/172 du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé

20- Cette circulaire souligne à nouveau le caractère très hétérogène des TJP et le fait qu'ils entraînent une inégalité dans le RAC.

21- Sabine Germain, "Hospitalisation : comment enrayer la dérive des dépenses", L'Argus de l'assurance, 21 janvier 2016, en ligne.

dent le bénéfice des avantages sociaux et peuvent demander à être affiliés au régime d'assurance maladie des indépendants (art. L 722-1-1 CSS).

Les spécialistes des blocs opératoires - chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes - ont subi à partir des années 1990 une augmentation très importante et régulière de leurs charges, notamment celles de l'assurance de leur responsabilité civile professionnelle<sup>22</sup>. Comme les tarifs de l'assurance maladie n'ont pas été relevés en proportion, les jeunes praticiens furent de plus en plus nombreux à choisir d'exercer en secteur 2.

Les associations de patients critiquent les dépassements d'honoraires au motif qu'ils constituent un "obstacle financier d'accès aux soins". L'accès des assurés sociaux aux soins primaires est pourtant assuré puisque plus de 90% des généralistes sont en secteur 1. Quant aux généralistes en secteur 2, qui sont installés dans les villes où le revenu des personnes est plus élevé, ainsi que les charges (immobilières et sociales) des cabinets médicaux, ils ne peuvent demander des dépassements d'honoraires aux patients les plus modestes, bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'"aide au paiement d'une complémentaire santé" (ACS). Cette interdiction s'applique également aux spécialistes, lesquels sont pour plus de la moitié en secteur 2. Si les dépassements d'honoraires peuvent rendre difficile l'accès aux soins médicaux spécialisés (ophtalmologie, dermatologie, soins dentaires, etc.) dispensés en ville, en revanche, pour les soins chirurgicaux, les patients peuvent avoir recours aux hôpitaux publics où ils n'ont pas à subir de dépassements d'honoraires, sauf s'ils choisissent d'être soignés en secteur privé hospitalier où se pratiquent en effet les dépassements les plus élevés (cf. *infra*).

Pour répondre aux demandes des associations de patients, les pouvoirs publics se sont efforcés de limiter la liberté accordée aux praticiens exerçant en secteur 2. Ainsi, en application de la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 précitée, les employeurs sont tenus de financer une couverture collective complémentaire santé à hauteur d'au moins 50% de la cotisation (art L 911-7 CSS) mais ces entreprises bénéficient d'avantages sociaux-fiscaux si les contrats qu'elles souscrivent offrent un niveau de garantie qui est ni inférieur ni supérieur à un certain niveau. En particulier, ces contrats doivent respecter les règles applicables aux "contrats responsables" (art. L 871-1 CSS), fixées par la LFSS pour 2014, qui limitent la prise en charge des dépassements d'honoraires à 100% depuis 2017.

L'objectif de la loi était de faire baisser les tarifs des médecins de "secteur 2". Mais ce ne fut pas le cas. Et cela s'explique aisément. En effet, dans son rapport de juin 2014 sur "les relations conventionnelles entre l'assurance mal-

adie et les professions médicales", la Cour des comptes avait souligné le fait que "le secteur 2 a été utilisé comme un élément modérateur de la revalorisation des tarifs opposables", ce qui signifie, en clair, que la Sécurité sociale a préféré laisser se développer les dépassements plutôt que de revaloriser justement les tarifs. Or, aujourd'hui encore, les tarifs conventionnels applicables aux activités chirurgicales sont notoirement insuffisants. Les praticiens libéraux des cliniques ne peuvent donc pas réduire leurs dépassements, contrairement à leurs confrères des hôpitaux publics qui, eux, ont un revenu public garanti (cf. *infra B*).

Malgré tout, pour tenter de réduire les restes à charge supportés par les patients, l'avenant n°8 à la convention médicale de 2011-2016 avait créé en 2012 le contrat d'accès aux soins (CAS) par lequel les médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires pouvaient signer un contrat avec l'assurance maladie dans lequel, en contrepartie d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales, ils s'engageaient, d'une part, à n'augmenter ni le niveau moyen de leurs dépassements (par rapport à leur pratique observée auparavant), ni la part de leur activité faisant l'objet de dépassements, et, d'autre part, à recevoir plus de patients aux tarifs dits opposables (c'est-à-dire sans dépassement possible). De surcroît, le législateur a institué en 2016 une contribution de 3,25% assise spécifiquement sur les dépassements d'honoraires, dont le produit est affecté au régime d'assurance maladie-maternité des indépendants (art. L 612-3 CSS).

La nouvelle convention médicale, signée le 25 août 2016 et applicable de 2017 à 2021, a prévu le remplacement du CAS par deux nouvelles options, l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) pour les médecins et l'Optam-CO pour les chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens. Les deux options autorisent un dépassement moyen limité à 100% des tarifs conventionnels de base, compatible donc avec les "contrats responsables" (avec remboursement des complémentaires, cf. *supra*), comme le CAS le permettait déjà, mais, à la différence de ce dernier, l'Optam-CO prévoit que les hausses de tarifs conventionnels en cours d'application de la convention ne se traduiront pas par une réduction équivalente des dépassements car les praticiens concernés pourront augmenter leurs tarifs de la moitié de ces augmentations.

Ainsi, faute de pouvoir revaloriser suffisamment ses tarifs de base, l'assurance maladie a implicitement renoncé à l'objectif de supprimer les dépassements pour les actes chirurgicaux dans le secteur privé, tout en cherchant toujours à les encadrer.

En revanche, concernant les hôpitaux publics, le législateur cherche à garantir le droit des praticiens hospitaliers à pratiquer des dépassements d'honoraires au sein de leur "secteur privé", alors qu'il l'a supprimé pour les praticiens libéraux exerçant dans les cliniques participant au service public hospitalier...

22- Cf. Rémi Pellet (dir.), *Responsabilité, assurance et expertise médicales*, Dalloz, 2008

## B. La protection des dépassements d'honoraires dans les hôpitaux publics, leur interdiction dans les cliniques participant au service public hospitalier

Les articles L 6154-1 et s. du code de la santé publique (CSP) accordent le droit aux "praticiens temps plein" des hôpitaux publics d'avoir une "activité libérale" au sein même de ces établissements publics<sup>23</sup>, et, si ces praticiens sont inscrits en secteur 2 des conventions médicales, ils peuvent alors percevoir des dépassements d'honoraires, puisque l'article L 6154-3 CSP y fait directement référence.

L'article 6154-2 CSP exige que "le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique", ce qui signifie que les praticiens des hôpitaux publics peuvent réaliser jusqu'à près de la moitié de leurs actes et consultations en libéral, à la seule condition que la durée de cette "activité libérale n'excède pas 20% de la durée de service hospitalier hebdomadaire" à laquelle des praticiens sont astreints<sup>24</sup>.

Autrement dit, dans le cadre de leur activité libérale au sein des établissements publics qui les emploient, les praticiens publics temps plein ont le droit de faire autant d'actes en une journée qu'ils n'en font pendant les quatre autres jours de la semaine... De plus, les enquêtes des associations de patients ont montré que les praticiens hospitaliers (PH) des grands hôpitaux publics (CHU), notamment ceux qui sont également professeurs des universités (les "PU-PH") perçoivent des dépassements d'honoraires supérieurs à ceux de leurs confrères des cliniques privées.

Les hôpitaux trouvent un double intérêt au maintien et au développement du "secteur privé" de leurs agents : d'une part, cette "activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance" (art L 6154-3 CSP), qui varie selon la nature des actes, de sorte qu'en pratique les hôpitaux perçoivent 20% environ des honoraires ; d'autre part, "l'activité libérale peut comprendre (...) des soins en hospitalisation" (art. L 6154-2 CSP). Or, en cas d'hospitalisation des patients soignés en secteur privé, les hôpitaux sont rémunérés sur la base de la grille T2A dont n'est pas déduite la part qui correspond à la rémunération des praticiens ; ainsi, le praticien hospitalier est rémunéré comme s'il s'agissait d'un praticien libéral, l'assurance maladie remboursant le patient sur la base du tarif de la CCAM, tandis que l'hôpital est rémunéré par l'assurance maladie comme s'il s'agissait de soins dispensés dans le cadre du service public, à un tarif qui comprend déjà la rémunération du praticien, l'assurance maladie payant donc deux fois le même service.

Si l'on peut comprendre que des patients optent pour le "secteur libéral" à l'hôpital afin de choisir le chirurgien ou l'obstétricien qui les opérera, il est peu vraisemblable qu'ils veuillent également choisir leur radiologue. Or, les études précitées ont permis de constater qu'en fait beaucoup d'actes de radiologie sont réalisés en "secteur libéral", mais sans

dépassement d'honoraires et en tiers payant. Dans ce cas, il n'est pas certain du tout que les patients soient clairement informés du secteur dans lequel ces actes ont été effectués, alors surtout qu'ils n'ont pas à souffrir de "reste à charge" sur ces actes. En revanche, les hôpitaux peuvent avoir un grand intérêt à l'application de ce mécanisme car la redevance qu'ils perçoivent sur les actes de radiologie effectués en secteur libéral est de 60%. Les radiologues conservent les 40% restants, ce qui est une façon de les motiver à rester travailler dans les hôpitaux publics, sachant que l'enveloppe financière en jeu peut être estimée à 40 M€.

D'une façon générale, les dépenses effectuées en secteur libéral au sein des hôpitaux publics s'imputent au sous-objectif "Dépenses de soins de ville" de l'ONDAM, minorant d'autant les sommes enregistrées dans le sous-objectif "Dépenses relatives aux établissements de santé" (cf. *supra*).

L'application de la législation sur le secteur libéral à l'hôpital a donné lieu à des contentieux et le Conseil d'Etat (CE 1<sup>er</sup> juin 2015, Syndicat FHP-MCO, n° 373834, inédit) a admis que la grille tarifaire accordée aux hôpitaux publics ne tienne pas compte de la rémunération que leurs praticiens reçoivent dans leur secteur privé, non plus que de la redevance que ces derniers versent à ces établissements publics, sachant que les praticiens hospitaliers qui s'engagent eux, pour une période de trois ans renouvelable, à ne pas exercer une activité libérale perçoivent une "indemnité d'engagement de service public exclusif" (art. D. 6152-23-1- 6° CSP).

Cependant, en application de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 "de modernisation de notre système de santé", l'article L 6112-2 CSP dispose désormais que les établissements de santé assurant le "service public hospitalier" et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services "l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative [T2A] et des tarifs des honoraires" (CCAM). En conséquence, si des cliniques privées souhaitent être habilitées "à assurer le service public hospitalier" (SPH), comme l'article L 6112-3 CSP leur en ouvre la possibilité<sup>25</sup>, les praticiens libéraux qui y exercent doivent renoncer à leur droit de percevoir des dépassements d'honoraires, quand ils sont inscrits en secteur 2 de la convention médicale. Puisque la loi dispose que "le service public hospitalier est assuré par [...] les établissements publics de santé", il paraîtrait logique que les praticiens de ces hôpitaux publics fussent astreints à la même limite. D'ailleurs, dans sa décision n° 2015-727 DC du 21 janvier 2016, le Conseil consti-

23- Dispositif anciennement appelé "secteur privé".

24- C'est l'ordonnance n°2017-31 du 12 janvier 2017 "de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé" qui a retenu le taux de 20%. Auparavant, la limite était de "deux demi journées" par semaine. Mais 20% de 35 heures correspond à 7 heures, soit toujours, au total, une journée de travail.

25- La loi exige un avis favorable préalable conforme de la conférence médicale d'établissement

tutionnel a jugé que les dispositions précitées de l'article L. 6112-2 CSP s'appliquaient *"identiquement à tous les établissements de santé publics ou privés assurant le service public hospitalier et aux professionnels de santé exerçant en leur sein"*.

Mais, en 2016, la ministre de la Santé, Mme Marisol Touraine, soutenait que l'interdiction législative des dépassements d'honoraires ne s'étend pas à l'activité libérale des praticiens effectuée au sein des hôpitaux publics. Et cette position a été reprise par la nouvelle ministre des Solidarités et de la Santé, Mme Agnès Buzyn, qui appartient au gouvernement formé à la suite des élections présidentielles et législatives du printemps 2017.

Devant le Parlement, Mme Buzyn a défendu la ratification de l'ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 *"de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé"*. Cette ordonnance a modifié l'article L. 6154-1 CSP précité afin, selon la ministre, de lever *"toute ambiguïté quant à la possibilité, pour ces praticiens [temps plein des hôpitaux publics], de continuer à réaliser des dépassements d'honoraires mais dans des conditions bien précises et sous réserve que les patients puissent bénéficier d'une alternative de soins sans dépassement [...] au sein de l'établissement"*.

En réalité, la modification apportée par l'ordonnance n'est que *"terminologique"*. En effet, dans sa rédaction antérieure, le texte prévoyait déjà que l'activité libérale des praticiens publics était autorisée *"dès lors que l'exercice des missions de service public"* n'y faisait pas obstacle. Désormais, l'autorisation ne peut être accordée que *"sous réserve que l'exercice de cette activité n'entrave pas l'accomplissement des missions"* des établissements de santé, telles qu'elles sont définies à différents articles du code de la santé publique<sup>26</sup>. Or, l'activité libérale des praticiens publics peut très bien ne pas entraver l'accomplissement des missions des hôpitaux publics, sans pour autant que ces praticiens aient le droit, dans le cadre de cette activité libérale exercée au sein de ces établissements, de percevoir des dépassements d'honoraires puisque l'article L. 6112-2 CSP précité dispose que *"les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services [...] l'absence de facturation"* de tels dépassements.

Si l'ordonnance du 12 janvier 2017 était ratifiée par le parlement<sup>27</sup>, la loi pourrait être déférée au Conseil constitutionnel. Compte tenu de sa décision n°2015-727 précitée sur la loi Santé de 2016, la Haute juridiction devrait logiquement juger que les hôpitaux, tant qu'ils se voient confier par le législateur la gestion du *"service public hospitalier"* (SPH), ne devraient pas autoriser leurs praticiens à pratiquer des

dépassements d'honoraires, de la même façon que les praticiens des cliniques privées habilitées à participer au SPH sont tenus de respecter les tarifs de base de l'assurance maladie. Mais, le Conseil constitutionnel pourrait peut-être être tenté d'écarter une lecture littérale de la loi en considérant, au regard des travaux préparatoires de la loi et comme les ministres de la Santé successifs l'ont fait valoir, que le législateur n'a pas eu l'intention de supprimer le droit au dépassement des praticiens des hôpitaux publics.

Dans cette hypothèse, l'application de la loi Santé de 2016 aurait alors pour résultat paradoxal de laisser libres les praticiens publics de facturer des dépassements d'honoraires dans le cadre de l'activité libérale qu'ils exercent au sein des hôpitaux publics, alors que ces derniers ont pour mission d'assurer le service public hospitalier en garantissent aux patients *"l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires"*, tandis que les praticiens libéraux exerçant au sein des cliniques habilitées à participer au SPH devraient respecter, eux et seulement eux, l'interdiction de pratiquer de tels dépassements. Cela serait une grave violation du principe constitutionnel d'égalité devant le service public car la différence de traitement entre les hôpitaux et les cliniques participant également au service public hospitalier ne paraît pas justifiée.

Concrètement, comment admettre qu'un obstétricien - par exemple, mais aussi bien un chirurgien, un anesthésiste, etc. - ait l'interdiction de percevoir des dépassements d'honoraires pour les actes et consultations qu'il réalise au sein d'une clinique privée habilitée à participer au service public hospitalier, alors que son confrère exerçant dans un hôpital public serait autorisé à percevoir de tels dépassements dans le cadre de son activité libérale réalisée au sein de l'établissement public qui l'emploie, en utilisant les lits hospitaliers pendant 20% de son temps de travail, pour y effectuer autant d'actes et de consultations que dans les 80% de son temps consacrés à son *"activité publique"*?...

## Conclusion

### Des hôpitaux abusivement favorisés, des assurés sociaux doublement perdants

En mettant en œuvre la T2A, les pouvoirs publics français entendaient réduire les dépenses publiques hospitalières en organisant une concurrence vertueuse entre les établissements publics et privés, ce qui aurait permis de diminuer les charges indues de l'assurance maladie. Mais, parce que le statut de leurs agents n'a pas été réformé, les hôpitaux n'ont pu améliorer leur productivité, à la différence des cliniques. De surcroît, les évolutions nécessaires ont souvent été freinées au niveau régional par les élus au nom de *"la défense de l'emploi dans les territoires"*.

A titre de comparaison, on peut observer que les pouvoirs publics ont su transformer l'administration des *"Postes, té-*

26- Art. L. 6111-1 à L. 6111-4 ainsi que l'article L. 6112-1 CSP

27- Le vote n'était pas acquis au moment où nous rédigeons cet article.



légaphes et Téléphone”(PTT) en une société dont l'Etat est actionnaire, “Orange”, qui sait s'adapter aux exigences de la concurrence avec les autres opérateurs. Pour réformer le statut des hôpitaux, le législateur pourrait s'inspirer *a minima* du statut des caisses de sécurité sociale qui sont des organismes de droit privé en charge de la gestion d'un service public administratif. Les hôpitaux ne gagneraient-ils pas eux aussi à appliquer le droit du travail, complété par des conventions collectives, en remplacement du très rigide statut de la fonction publique ?... Comme nous l'avons souligné plus haut, la loi du 26 janvier 2016 n'autorise-t-elle pas les cliniques privées à demander à participer au service public hospitalier ?...

**Les gouvernements successifs ont alors cherché, au moyen des ARS, à augmenter l'activité des hôpitaux en réduisant celle des cliniques privées, pourtant plus efficaces, et, pour ne pas trop creuser le déficit de l'assurance maladie, ils ont fait prendre en charge par les assureurs privés une part croissante des dépenses publiques hospitalières. Les pouvoirs publics ont également joué avec les “restes à charge” dans les établissements de santé, selon les intérêts qu'ils voulaient protéger ou, au contraire, pénaliser : d'un côté, ils ont**

**rendu invisibles les surcoûts des hôpitaux publics, en empêchant la comparaison de leur tarification avec celle des cliniques privées et en imposant la couverture complète des “tickets modérateurs” publics par les assureurs privés ; d'un autre côté, ils ont empêché la prise en charge complète des dépassements d'honoraires des praticiens libéraux exerçant dans les établissements privés de santé et ils ont interdit ces dépassements dans les cliniques participant au service public hospitalier, tout en garantissant la perpétuation de ces dépassements dans le secteur libéral des praticiens des hôpitaux publics.**

De cette politique, les assurés sociaux sortent doublement perdants : d'une part, au travers de l'assurance maladie, ils paient trop cher le service public hospitalier ; d'autre part, ils sont contraints de souscrire des assurances complémentaires privées qui sont de plus en plus coûteuses alors qu'elles ne permettent pas de couvrir le montant total des honoraires des praticiens exerçant en libéral dans les cliniques et les hôpitaux publics<sup>28</sup>.

*28- Au vrai, les classes moyennes sont les principales victimes d'une telle évolution car les plus personnes aux revenus les plus modestes bénéficient des couvertures publiques complémentaires gratuites, comme la CMU-C.*

**Le site [syngof.fr](http://syngof.fr) vous informe au quotidien**

# Décisions judiciaires

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

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

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

Dr BOYER de LATOUR  
Dr Bertrand de ROCHAMBEAU

## Absence de dépistage de la trisomie 21 : quand le bon sens écarte la faute

Dans un arrêt rendu le 8 juillet 2016, la Cour d'Appel de Paris a écarté la responsabilité d'un gynécologue obstétricien qui était accusé par les parents d'un enfant atteint de trisomie 21 de n'avoir pas dépisté cette anomalie chromosomique durant la grossesse.

Les parents sollicitaient en effet que le praticien soit condamné à indemniser leur préjudice moral résultant du fait qu'ils avaient été privés, faute de dépistage, du choix d'interrompre cette grossesse.

A l'appui de leur demande, les parents faisaient état de négligences du praticien dans ce suivi de grossesse : manque de compétence pour effectuer des échographies de dépistage, absence de prescription d'une mesure de la clarté nucale à 12 semaines d'aménorrhées, absence de compte rendu des 6 échographies réalisées, absence d'échographie réalisée sur les reins, le rachis, la face et le cœur...

Il est à noter que l'existence de ces diverses négligences était en soi difficilement contestable. Elles avaient d'ailleurs

été relevées par un collège d'experts précédemment désignés dans le cadre d'une procédure initiée par le couple parental devant la Commission de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux.

Cependant, la Cour d'Appel rejetait l'appel formé par les parents en suivant une analyse médico-légale rigoureuse : sans nier les négligences commises par le praticien mis en cause, la Cour d'Appel relevait, à l'instar du juge de première instance précédemment saisi, que ces fautes n'étaient pas à l'origine du dommage puisque seule une amniocentèse aurait permis de diagnostiquer avec certitude la trisomie 21 de l'enfant à naître.

Surtout, le dossier obstétrical faisait apparaître que la parturiente avait bien bénéficié d'un dosage des marqueurs sériques la plaçant dans un groupe à risque accru de trisomie 21, et que son gynécologue lui avait proposé à plusieurs reprises de faire pratiquer une amniocentèse.

Pour des raisons que l'on ignore, la mère avait refusé, à 4 reprises, de bénéficier de cet examen.

De même, à l'occasion d'une mesure inquiétante de la vessie suggérant l'existence d'une possible CAV, malformation cardiaque associée dans 2 cas sur 3 à une trisomie 21, le praticien lui avait demandé de consulter un échographe spécialisé dans les échographies fœtales.

Cette proposition avait là encore été refusée par la mère. Ce faisant, la Cour d'Appel soulignait que le gynécologue obstétricien, en dépit de certaines négligences périphé-

*La mention des prescriptions réalisées comme des refus réitérés de la parturiente ont permis d'écarter la responsabilité du gynécologue obstétricien,*

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

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

riques, avait adopté un comportement diligent en invitant sa parturiente à réaliser les seuls examens propres à dépister cette trisomie 21.

De même, aucun manquement à l'obligation d'information ne pouvait être retenu puisque la mère avait eu connaissance du dosage des marqueurs sériques, et surtout, avait admis en avoir compris la signification.

Cette décision, heureuse pour le praticien mis en cause, révèle l'importance d'un dossier de suivi de grossesse bien tenu : la mention des prescriptions réalisées comme des refus réitérés de la parturiente ont permis d'écarter la responsabilité du gynécologue obstétricien, et d'identifier, en filigrane, les incohérences d'une mère qui, s'étant soustraite en toute connaissance de cause aux examens prescrits par son médecin, cherchera toutefois la condamnation de celui-ci quelques années plus tard.

On soulignera d'ailleurs que le lien de confiance unissant un praticien à sa parturiente ne doit pas aboutir à un déclin de vigilance dans la prévention du risque judiciaire... dans l'affaire ici rapportée, le gynécologue avait suivi cette patiente sur ces 4 précédentes grossesses... et en dépit de cette 5<sup>ème</sup> grossesse litigieuse, avait été sollicité pour suivre la 6<sup>ème</sup> grossesse du couple !

*Cour d'Appel de Paris 8 juin 2016, n°15/05231*

### **Perte de chance d'éviter le dommage de l'enfant à naître**

C'est dans un récent arrêt en date du 22 juin 2017 que la Cour de Cassation a rappelé le principe de l'indemnisation fondée sur la perte de chance d'éviter le dommage.

Les faits étaient les suivants : le 17 juin 1994, un enfant naissait par césarienne dans un état d'hypoxie avancée, en raison d'une procidence sur le cordon ombilical, et en gardait de lourdes séquelles.

Ses parents avaient en conséquence assigné l'établissement de soins en invoquant l'existence de fautes dans le suivi et la surveillance de l'accouchement par la sage-femme, qui avait prévenu tardivement le gynécologue obstétricien.

La problématique juridique de cette affaire n'était pas celle de l'existence d'une faute de la sage-femme salariée, entraînant la responsabilité de l'établissement. Cette faute avait en effet été admise dès le jugement rendu en première instance.

Subsistait en revanche la question du lien entre cette faute et les séquelles de l'enfant, au sujet de laquelle les experts judiciaires successivement désignés avaient apporté d'importantes réserves.

En effet, le premier expert avait expressément exclu la possibilité qu'une césarienne réalisée plus tôt ait pu diminuer les séquelles de l'enfant.

Le collège d'experts ultérieurement désigné avait quant à lui retenu que "théoriquement", les séquelles auraient pu être atténuées avec une césarienne plus précoce, mais sans pouvoir porter une appréciation quantitative.

Dans ce contexte, la Cour d'Appel avait retenu que les parents n'avaient pas démontré qu'une intervention plus précoce aurait été de nature à réduire les séquelles, ce qui excluait selon la Cour l'existence d'un lien de causalité entre la faute et le dommage de l'enfant.

La Cour de Cassation, saisie de cette question à l'occasion du pourvoi formé par les parents à l'encontre de l'arrêt d'appel rendu, critiquera comme suit le raisonnement tenu par la Cour d'Appel :

*"Qu'en statuant ainsi, alors qu'une perte de chance présente un caractère direct et certain chaque fois qu'est constatée la disparition d'une éventualité favorable, de sorte que sa réparation ne peut être écartée que s'il peut être tenu pour certain que la faute n'a pas eu de conséquence sur l'état de santé du patient, la cour d'appel n'a pas légalement justifié sa décision (...)"*

Ainsi, l'incertitude sur l'absence de dommage en l'absence de faute médicale, qu'on peut effectivement analyser comme la disparition d'une éventualité favorable, profite à la victime, au travers de l'indemnisation d'une perte de chance.

A charge pour les défendeurs d'apporter, en pratique, la preuve certaine que la faute n'a eu aucune conséquence sur l'état de santé du patient, et, ici, de l'enfant à naître.

Voilà ainsi une charge supplémentaire de responsabilité pour les praticiens : les condamner à indemniser alors même que le préjudice subi n'est pas imputable de façon certaine à leur action !

*Cass. Civ, 22.6.2017, D 16-21.796*

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&idTexte=JURITEXT000035005529&fastReql=1471253718&fastPos=6>

# Commentaires de jurisprudences

O. LECA\*

## Evolution de la Cour de cassation sur la GPA : un rappel, un principe, un revirement

**1 - D'abord un rappel.** Dans une première série de deux cas, des couples français avaient obtenu des enfants de gestatrices étrangères. Les actes de naissance des enfants, établis dans leur pays de naissance, désignent comme parents l'homme et la femme français qui demandent en France la transcription des actes sur les registres français d'état civil. Jusqu'en 2015, la Cour de cassation refusait la transcription demandée en raison de la fraude à la loi résultant de la Gestation Pour Autrui (GPA).

Par deux décisions du 3 juillet 2015, la Cour de cassation opérait un revirement de jurisprudence pour considérer que *"la convention de gestation pour autrui conclue ne faisait pas obstacle à la transcription desdits actes"*.

**Cass., ass. plén., 3 juill. 2015, n°14-21323 et 15-50002** Elle acceptait ainsi la transcription des actes dans la mesure où ils sont conformes à la réalité aux termes de l'article 47 du code civil selon lequel : *"tout acte de l'état civil des Français et des étrangers fait en pays étranger et rédigé dans les formes usitées dans ce pays fait foi, sauf si... les faits qui y sont déclarés ne correspondent pas à la réalité"*. En ce qui concerne la paternité, dès lors que l'acte indique comme père le géniteur, le père biologique, la mention relative à la paternité peut être transcrite. En ce qui concerne la maternité, la transcription de la mention désignant la mère porteuse comme mère est autorisée, puisque c'est elle qui a accouché de l'enfant.

*Pourquoi le refus de transcription de l'une des branches porte atteinte à l'intérêt de l'enfant et non l'autre ?*

*Cette solution aboutit donc à une transcription partielle des actes d'états civils étrangers, à laquelle la Cour de cassation apporte elle-même la solution : l'adoption pour le conjoint du père.*

Restait donc à préciser le sort de la mention attribuant la maternité à la mère d'intention qui, par définition, n'a pas mis l'enfant au monde. Ce qui nous renvoie à la réelle définition d'une maternité *"conformité à la réalité"*?

**2 - Ce sont les arrêts du 5 juillet 2017 qui ont tranché la question en faveur de la réalité charnelle de l'accouchement :** *"concernant la désignation de la mère dans les actes de naissance, la réalité, au sens de ce texte, est la réalité de l'accouchement"*.

**Cass., 1ère civ., 5 juill. 2017, n°15-28597 ; n°16-16901 ; n°16-16495 ; n°15-20052 ; n°16-16455**

En dehors de toute considération éthique, l'argumentaire de la Cour de cassation interpelle.

D'une part, la réalité de l'accouchement n'est plus une référence de la maternité depuis très longtemps (adoption, accouchement sous X...), et d'autre part il apparaît léger de justifier la transcription de la paternité tirée d'une convention toujours jugée illégale aujourd'hui, au seul constat d'une *"conformité à la réalité"*.

Pourtant, pour justifier que seule la mention de la paternité peut être transcrite la Cour de cassation se contente d'affirmer que les actes qui désignent la mère d'intention comme mère ne sont donc pas conformes à la réalité. Elle défend cette position au regard de l'intérêt de l'enfant : *"le refus de transcription de la filiation maternelle d'intention [...] résulte de la loi et poursuit un but légitime en ce qu'il tend à la protection de l'enfant et de la mère porteuse et vise à décourager cette pratique, prohibée par les articles 16-7 et 16-9 du code civil"*.

Cette solution aboutit donc à une transcription partielle des actes d'états civils étrangers, à laquelle la Cour de cassation apporte elle-même la solution : l'adoption pour le conjoint du père.

En effet, la Cour poursuit dans sa démonstration par l'absurde en expliquant que cette solution ne crée aucune dis-

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

T. 06 32 49 81 35 [www.leca-avocat.fr](http://www.leca-avocat.fr) [cabinet@leca-avocat.fr](mailto:cabinet@leca-avocat.fr)



crimination puisque : *"l'adoption permet, si les conditions légales en sont réunies et si elle est conforme à l'intérêt de l'enfant, de créer un lien de filiation entre les enfants et l'épouse de leur père."*

L'ensemble de cette motivation laisse quelque peu interrogatif.

Il apparaît difficile de soutenir que l'absence de transcription globale poursuit le même but légitime de protection de l'enfant et de la mère porteuse et vise à décourager cette pratique de la Gestation Pour Autrui.

Pourquoi le refus de transcription de l'une des branches porte atteinte à l'intérêt de l'enfant et non l'autre? La réponse reste inconnue, et les arguments renvoyant le justiciable à la *"conformité à la réalité"* et à l'adoption simple ne sont pas aboutis.

**3 - Cependant, en l'état du droit, le plus important dans ces décisions du 5 juillet c'est finalement cet accord que donne la Cour de cassation** à l'adoption de l'enfant par le conjoint du père.

Il s'agit d'un revirement important car la Cour de cassation accepte que l'adoption vienne achever le processus de conception d'un enfant privé d'une branche de sa filiation pour être rendu adoptable. Par le passé la Cour estimait que l'adoption demandée dans ces conditions réalisait *"un détournement de l'institution de l'adoption"*, n'étant *"que l'ultime phase d'un processus d'ensemble destiné à permettre à un couple l'accueil à son foyer d'un enfant, conçu en exécution d'un contrat tendant à l'abandon à sa naissance par sa mère"*.

**Cass. ass. plén., 31 mai 1991, n°90-20.105**

**Cass. 1re civ., 29 juin 1994, n°92-13.563**

Selon cette nouvelle jurisprudence, *"le recours à la gestation pour autrui à l'étranger ne fait pas, en lui-même, obstacle au prononcé de l'adoption, par l'époux du père, de l'enfant né de cette procréation, si les conditions légales de l'adoption sont réunies et si elle est conforme à l'intérêt de l'enfant"*.

Cette décision s'inscrit dans la continuité des avis favorables donnés en 2014 à l'adoption par la conjointe de la mère de l'enfant né d'une insémination à l'étranger.

**Cass. avis, 22 sept. 2014, n°150010 et 15011**

Ces décisions sont finalement très hésitantes car elles se trouvent au carrefour d'une évolution contraignant les Juges à osciller entre le constat forcé de l'existence de ces pratiques libérales et la prise en compte du dernier avis du Comité consultatif national d'éthique. Ce dernier estime toujours avec fermeté qu'il ne peut y avoir de GPA éthique en rappelant les *"principes qui justifient la prohibition de la GPA : respect de la personne humaine, refus de l'exploitation de la femme, refus de la réification de l'enfant, indisponibilité du corps humain et de la personne humaine"*.

**Avis CCNE n°126, 15 juin 2017**

## Applications de la notion de perte de chance

**1 - Si l'absence ou le retard fautif de diagnostic ou de traitement d'une affection** ne peuvent être indemnisés qu'au titre de la perte de chance...

Les fautes commises par un médecin et le personnel d'un établissement ne peuvent être indemnisées qu'au titre de la perte de chance dans la mesure où il n'est pas certain que l'enfant n'aurait présenté aucune lésion même en étant pris en charge correctement.

Il s'agit ici d'un simple rappel malheureux illustré par le cas d'un nourrisson né prématurément, présentant une infirmité motrice cérébrale imputée à la survenue d'une infection amniotique à streptocoque B.

Au fond, l'accoucheur et l'établissement sont condamnés à réparer les conséquences :

- **pour le chirurgien** : du fait de l'absence de contrôle de l'exécution de prélèvements bactériologiques permettant de déceler l'infection, mais également de son arrivée tardive lors de l'accouchement et d'un défaut d'instructions quant à la prise en charge de l'enfant ;
- **pour l'établissement** : il était reproché un défaut d'organisation des soins, avec une absence de réactivité de la sage-femme qui avait constaté l'anomalie du rythme cardiaque fœtal et un appel tardif à un pédiatre, entraînant une absence de soins donnés à l'enfant avant son transfert.

Pour les juges, ces fautes ont joué un rôle causal majeur et sont en lien direct avec le dommage, la réalisation d'une IRM ayant permis d'exclure toute pathologie anténatale.

Ils relèvent également que si les prélèvements bactériologiques omis par le chirurgien avaient été effectués, ils auraient probablement permis de prendre des décisions limitant les conséquences de l'amniotite à streptocoque B pour l'enfant en traitant l'infection.

Sur pourvoi de l'établissement et du médecin, l'arrêt est cassé en ce qu'il a condamné le médecin et l'hôpital à indemniser la totalité des conséquences dommageables. En effet, pour la Cour de cassation, il résultait des constatations de la cour d'appel que même si l'infection avait été décelée et que si la mère et l'enfant avaient été correctement pris en charge, il n'était pas certain que celui-ci n'aurait présenté aucune lésion. Dès lors, les fautes commises ont seulement fait perdre une chance à la victime de ne subir aucune séquelle ou des séquelles moins graves.

**Cass. 1re civ., 24 mai 2017, n°16.13513**

**2 - la perte d'une simple éventualité favorable suffit à justifier l'existence d'une perte de chance.**

Le régime de la perte de chance est ici assoupli puisqu'il n'est plus recherché une certitude de perte de chance, mais une simple éventualité.

De nouveau des parents, agissant tant en leur nom personnel qu'au nom de leurs deux filles, recherchaient la responsabilité d'une clinique et des accoucheurs à laquelle ils imputaient les séquelles subies par leur bébé résultant d'une souffrance fœtale.

Les juges rejetaient la responsabilité en relevant que malgré l'existence d'une faute, liée à l'intervention tardive du gynécologue obstétricien ayant procédé en urgence à la césarienne, ils considéraient que son impact sur les séquelles n'était pas techniquement démontré.

Les demandeurs n'apportaient notamment pas la preuve qu'une intervention plus précoce, ici dans le meilleur des cas, dix minutes plus tôt, aurait été de nature à réduire les séquelles.

Les juges se fondaient sur l'argumentaire habituellement retrouvé, "seule constitue une perte de chance réparable la disparition actuelle et certaine d'une éventualité".

Cependant, la décision est cassée par la Cour de cassation sur la base d'un raisonnement inversé. Pour elle, la réparation d'une perte de chance ne peut être écartée que s'il peut être tenu pour certain que la faute n'a pas eu de conséquence sur l'état de santé du patient.

Il s'agit donc d'une inversion de l'approche classique, défavorable aux intérêts des praticiens.

**Cass. 1re civ., 22 juin 2017, n°16.21296**

### **Le rôle causal du Diéthylstilbène dans la survenue de la pathologie ne peut être présumé**

Il faut d'abord rappeler qu'en 2009 la Cour de cassation avait procédé à un renversement de la charge de la preuve de l'administration du diéthylstilbestrol (DES) à la mère de la plaignante – en raison des faits souvent très anciens. Cette solution avait pour but de transférer aux laboratoires pharmaceutiques la charge de démontrer que leur produit n'avait pas été administré aux mères des femmes atteintes d'infertilité ou de carcinomes de l'utérus.

**Cass. 1re civ., 24 sept. 2009, n°08-16305**

Ceci dit, si les plaignantes sont déchargées du fardeau de la preuve de la prise du médicament par leur mère, elles n'en demeurent pas moins soumises à l'exigence de démontrer le rôle causal du DES dans la survenance de leur dommage.

Dans la présente affaire, invoquant avoir été exposée *in utero* au DES lors de la grossesse de sa mère, une femme introduisait une action en indemnisation contre la société UCB Pharma.

La Cour d'appel de Versailles condamnait le laboratoire au paiement de dommages-intérêts en se contentant de relever que l'exposition au DES n'était pas contestée.

Saisie d'un pourvoi, la Cour de cassation casse justement l'arrêt sur ce motif estimant que la preuve du rôle causal du DES, administré à la mère, dans la survenue de la pathologie tumorale de la fille, n'était pas apportée.

**Cass. 1re civ., 22 juin. 2017, n°16-19047 et n°16-23033**

Nous pouvons préciser que ce lien de causalité peut être reconnu, selon les expertises, à partir de présomptions graves, précises et concordantes, dont la valeur et la portée sont appréciées souverainement par les juridictions du fond. Mais ici la Cour de cassation vient rappeler que ces dernières ne peuvent se borner, sauf à dénaturer les faits, à admettre une présomption de causalité qui deviendrait irréfragable pour le laboratoire défendeur.

Cette solution est parfaitement en ligne avec la jurisprudence récente de la Cour de justice sur l'application de la directive sur les produits défectueux.

**CJUE, 21 juin 2017, aff. C-621/15**

Cette dernière considère en effet que la règle de la charge de la preuve du lien de causalité entre le défaut d'un médicament et un préjudice se trouve méconnue si les juges du fond se contentent de preuves peu pertinentes ou insuffisantes, ou si les présomptions avancées par le demandeur présentent un caractère quasi-automatique, plaçant le défendeur dans l'obligation systématique de devoir les renverser.



Suivez l'actualité du SYNGOF  
au quotidien sur

[www.syngof.fr](http://www.syngof.fr)

# La pathologie d'Ésope

## πυκνodyσostose ou dysplasie métatropique

A. STAHL\*, P. TOURAME\*\*

*Pour les médecins du XIX<sup>ème</sup> siècle, le mal de Pott était l'option la plus plausible, suggérée par les déformations du dos.*

**S**elon la légende, Ésope était très laid. Dans la *"Vie d'Ésope"*, un récit anonyme écrit après sa mort, il est décrit comme un personnage pourvu d'une tête proéminente, bossu, ventru, courtaud, bancal. Deux œuvres d'art pourraient le représenter. Celle qui correspond le mieux à sa légende est une coupe du V<sup>ème</sup> siècle avant J.C. qui montre un personnage pourvu d'une grosse tête en conversation avec un renard (musée du Vatican). Sa morphologie fait évoquer le diagnostic de pycnodyostose. L'autre représentation hypothétique d'Ésope est un buste qui se trouve dans la Villa Albani, à Rome. Le personnage représenté montre une cyphoscoliose et un thorax en carène. Cet aspect est très évocateur d'une dysplasie métatropique.

L'existence d'Ésope (vers 620 avant J.C. – vers 560 avant J.C.) est généralement admise, malgré les quelques doutes qui ont été exprimés. Sa réalité a été attestée par Hérodote, qui nous apprend qu'il fut pendant quelque temps l'esclave d'un maître samien, Xanthos, et qu'il fut mis à mort d'une façon odieuse par les habitants de Delphes. Corinne Jouanno (2006) mentionne que quelques rares données biographiques sur la vie d'Ésope se trouvent chez Aristophane, Aristote et son disciple Héraclide du Pont.

Selon C. Jouanno, Ésope est entouré très tôt d'une aura fabuleuse. Plutarque fait d'Ésope le conseiller du roi Crésus et dans son *Banquet des Sept Sages* il le montre parmi les hôtes du tyran Périandre à Corinthe.

Il devient conseiller des rois grâce à son habileté à résoudre des énigmes. Il est légitime de se demander quel était le portrait d'un personnage aussi important.

M. Grmek et D. Gourevitch (1998) ont attiré l'attention sur une image qui orne une kylix attique du V<sup>ème</sup> siècle avant J.C. et montre un personnage difforme, à la tête démesurément grosse, en train de discuter avec un renard, ce qui semble désigner Ésope (Figure 1). Leur opinion valide une suggestion exprimée par l'archéologue Otto Jahn en 1843 (F. Lissarrague, 2000). En faveur de cette identification, on note le fait que le renard apparaît au moins soixante fois dans les fables d'Ésope (Lisa Trentin, 2009). De nombreux auteurs ont admis la validité de cette assimilation : B.S. Scheffold (1943), G.M.A. Richter (1965), D. Metzler (1971), V. Dasen (1993), R. Garland (2010).

L'aspect du sujet correspond à celui qui est décrit dans la pycnodyostose,

*On note le fait que le renard apparaît au moins soixante fois dans les fables d'Ésope.*

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



Figure 1. Ésope discutant avec un renard. Coupe attique, datée de 470 environ avant J.C. Vatican, Museo Gregoriano Etrusco. Attribué par J.D. Beazley au Peintre de Bologne 417.

Figure 2. Autocaricature du peintre H. de Toulouse-Lautrec qui était atteint de pycnodysostose.

une maladie génétique dont souffrait le peintre Toulouse-Lautrec (figure 2). Elle est due à des mutations du gène de la cathepsine K, une enzyme lysosomale localisée dans les ostéoclastes. Ce gène est situé sur le chromosome 1 en 1q21.

Une mention particulière doit être faite de l'analyse réalisée par C.S. Bartsocas (2002) qui conforte ce diagnostic. Il souligne la ressemblance du sujet disgracié avec la morphologie de Toulouse-Lautrec, surtout avec son visage. Mais pour C. Jouanno (2006), cette identification demeure hypothétique, car cette représentation iconographique ne permet pas d'affirmer que l'image d'un Ésope difforme avait déjà cours à l'époque classique.

On peut aussi reprocher à cette image, s'il s'agit bien d'Ésope, d'être bien loin de la laideur attribuée au fabuliste dans la "Vie d'Ésope", un texte anonyme dont il existe plusieurs versions. La plus ancienne est datée du I<sup>er</sup> ou II<sup>ème</sup> siècle après J.C. L'auteur de cette version de la "Vie d'Ésope" le décrit comme un monstre de laideur : Ésope était "excessivement affreux à voir, répugnant, contrefait, bedonnant, la tête en pain de sucre, le nez camus, voûté, le teint noiraud, courtaud, cagneux, les jambes arquées, les bras courts, bancal – une erreur du jour". Sa vue

suscitait l'horreur chez tous ceux qui l'approchaient. C. Jouanno (2006) relate que le marchand d'esclaves Ôphélios le qualifie de "rebut sept fois difforme", les étudiants de son maître Xanthos le traitent de "tumeur armée de dents". Il provoque de la répugnance chez tous ceux qui le rencontrent : il est "traité à plusieurs reprises de cynocéphale, comparé à toutes sortes d'animaux, grenouille, porc, singe, chien".

L'identification à Ésope du personnage de la coupe attique du musée du Vatican a été contestée par L. Herrmann (1948) sous le prétexte qu'il ne porte pas un vêtement d'esclave et n'est pas bossu. Pour lui, il s'agit plutôt du fabuliste cynique Phèdre dont les fables mettent également en scène un renard, mais son argumentation n'est guère convaincante.

F. Lissarrague (2000) et Lisa Trentin (2009) mentionnent que les Athéniens avaient érigé une statue d'Ésope au cinquième siècle avant J.C., dont aucune description ne subsiste. En plaçant un esclave sur un piédestal, ils entendaient montrer que la gloire récompense le mérite et non les conditions de la naissance. Une épigramme anonyme de l'Anthologie Palatine proclame : "Vous avez bien fait, Lysippe, sculpteur de Sicyon, de placer la statue

d'Ésope le Samien à la tête du groupe des Sept Sages". Ce texte indique qu'Ésope était devenu un personnage dont la pensée philosophique était reconnue, attestée par la pertinence de ses fables.

Un buste en marbre découvert en 1758 dans les thermes de Caracalla, qui représenterait Ésope, se trouve dans la Villa Albani - Torlonia, à Rome (figures 3 et 5). Il devint la propriété du cardinal Alessandro Albani, fut saisi par Napoléon et restitué quelques années plus tard pour rejoindre la collection privée d'Alessandro Torlonia. Ce buste a une hauteur de 56 centimètres. Les bras sont amputés à une courte distance des épaules, les membres inférieurs sont absents. La sculpture a été attribuée de façon hâtive et peu convaincante à Lysippe (vers 395 – vers 305). Elle serait donc postérieure de deux cents ans au modèle. Ce buste a été étudié et dessiné par E.O. Visconti en 1811. Il a été figuré plus tard par Eugène Delacroix (figure 4). Pour Visconti, la conformation défectueuse et raccourcie du personnage bossu entraîne la conviction qu'il représente Ésope.

L'harmonie du visage contraste avec les malformations du corps. Ses traits expriment l'intelligence, la réflexion, la contemplation. La représentation parfaite des yeux ovales, du nez droit, des lèvres minces, des cheveux bouclés, de la fine moustache et de la courte barbe témoignent du talent du sculpteur.

Le torse présente une difformité considérable, qui a été étudiée minutieusement en 1867 par J.-M. Charcot et A. Dechambre. Ils décrivent la cyphose de la colonne vertébrale qui montre dans la région dorso-lombaire une courbe d'un grand rayon à convexité postérieure. Le cou est très réduit, la tête est profondément enfoncée dans les épaules. Toutes les côtes ont subi un double mouvement, les rapprochant les unes des autres à leurs extrémités antérieures, ce qui entraîne un rac-





Figure 3. Attribué à Lysippe : Ésope (?). Villa Albani, Rome. A : vu de face. B : vu de profil.



Figure 4. Attribué à Lysippe : Buste d'Ésope (?), Villa Albani, Rome. Dessins de Delacroix qui montrent la déformation du thorax (a) et la courbure de l'épine dorsale (b). Musée du Louvre.

courcisement considérable du thorax. Les extrémités antérieures des côtes ont été portées en avant, ce qui accroît le diamètre antéro-postérieur du tronc. Le sternum se rapproche de l'horizontale, d'où l'aspect en carène du buste. Charcot et Dechambre concluent ainsi : "considérant que la flexion anguleuse du rachis n'est pas un caractère essentiel du mal de Pott à toutes ses périodes, il nous semble que c'est à cette dernière espèce de difformité que se rapporte la figure". L'aspect de l'abdomen est modifié par la poussée des côtes. Sa paroi est devenue en grande partie inférieure. La réduction considérable de son diamètre ventral, due à l'incurvation du rachis, fait que le ventre, vu de face, a presque disparu. Ce buste comporte des aspects contradictoires bien analysés par P.

Richer (1926), qui conclut que le sculpteur a bien voulu réaliser un portrait. Il note que l'extrême fidélité avec laquelle le dos a été copié ne se retrouve pas dans l'exécution de la tête. L'artiste n'a pas tenu compte des descriptions qui, dans la "Vie d'Ésope", en soulignent la laideur. Ce serait l'effet d'un calcul au profit d'un portrait élevé à la mémoire d'un personnage aussi célèbre. L'examen des dessins faits par Visconti et par Delacroix montre que le sculpteur avait représenté les organes génitaux du bossu (figure 4, a et figure 5). L. Trentin (2009, 2015) a noté que le pénis présente un début d'érection. La présentation ithyphallique du personnage conduit à suggérer qu'il aurait pu avoir une fonction apotropaïque, justifiant sa place dans des thermes. Le pénis a



Figure 5. Ésope (?) Dessin de Visconti (1811) montrant les organes génitaux du bossu avant la mise en place d'une feuille de figuier.

été amputé et remplacé par une feuille de figuier à l'occasion des restaurations effectuées au cours du XIX<sup>ème</sup> siècle.

Pour les médecins du XIX<sup>ème</sup> siècle, le mal de Pott était l'option la plus plausible, suggérée par les déformations du dos. À l'heure actuelle, un autre diagnostic peut être envisagé qui tient compte des avancées dues à la radiologie et à la génétique. La morphologie de ce buste correspond à celle de la dysplasie métatropique, décrite par P. Maroteaux et al. en 1966. Son nom vient du grec *metatropos* qui signifie variable, pour souligner les variations de la symptomatologie au cours du temps. La morphologie crânio-faciale présente un front haut. Avec l'âge, l'insuffisance staturale s'aggrave en raison de la déformation du tronc, due à l'aggravation d'une cyphoscoliose qui entraîne la saillie antérieure du sternum (P. Maroteaux et M. Le Merrer, 2002). Des contractures peuvent affecter les épaules, les coudes, les hanches et les genoux. La symptomatologie peut varier depuis des formes relativement atténuées jusqu'à des formes qui affectent le pronostic vital. L'affection est due à une mutation du gène TRPV4 situé sur le

chromosome 12. Ce gène code pour un canal calcique qui agit sur les chondrocytes et sur le développement du cartilage et de l'os.

L'identification du buste de la villa Albani à Ésope a été critiquée par M. Grmek et D. Gourevitch qui pensent qu'il s'agit plutôt d'un sujet romain de l'époque impériale, dont l'identité reste inconnue. Ils notent que l'absence des membres rend pratiquement impossible le diagnostic différentiel, laissant ouvert le débat sur la pathologie qui affectait ce sujet.

Pour F. Lissarrague (2000), le seul argument pour l'identifier à Ésope réside dans son visage expressif : il a l'air intelligent.

L. Trentin (2009) a fait un examen critique d'une hypothèse selon laquelle le buste représenterait un bouffon de la cour impériale à Rome (G. Lippold, 1912). On sait que la société romaine avait fait des êtres anormaux des objets de divertissement, les nains étant particulièrement recherchés. Selon Plutarque, l'engouement pour les esclaves difformes était si important qu'il existait un teraton agora, un marché des monstres où la difformité pouvait se négocier à des prix très élevés (J.J. Courtine, 2002). L'hypothèse d'un bouffon impérial ne repose sur aucun argument convaincant.

En concluant son analyse, L. Trentin (2009) met en doute une représentation d'Ésope, sans l'exclure formellement. Elle suggère que ce buste pourrait représenter un type d'infirmité plutôt qu'une personne déterminée, ce qui expliquerait sa présence dans des thermes.

Un fait troublant, en contradiction avec les descriptions de la "*Vie d'Ésope*" réside dans la tradition littéraire antique où sa laideur n'est jamais mentionnée, même chez Aristophane et chez Alexis, des auteurs comiques qui citent le fabuliste et auraient pu trouver dans ses malfor-

mations prétexte à moquerie (C. Jouanno 2005, 2006). Il faut attendre Plutarque et Lucien pour trouver des allusions au physique ingrat d'Ésope. Elles sont pratiquement contemporaines de la période qui a vu la rédaction de la "*Vie d'Ésope*".

Il résulte de cette analyse que la coupe attique qui se trouve dans le musée du Vatican et qui montre un personnage disgracié dialoguant avec un renard présente une probabilité raisonnable de figurer Ésope. L'incertitude, voire le doute, s'impose pour le buste de la villa Albani. Rien ne permet d'exclure formellement une représentation d'Ésope, mais aucun indice ne renforce l'identification de ce bossu au fabuliste.

## Références

- BARTSOCAS, C.S. (2002). Pycnodysostosis : Toulouse-Lautrec's and Aesop's disease ? *Hormones* 1(4) : 260-262.
- CHARCOT, J.M. et DECHAMBRE, A. : De quelques marbres antiques concernant des études anatomiques. *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, IV, 432-436 ; 1857.
- COURTINE, J.J. : Le désenchantement des monstres. In E. Martin : *Histoire des monstres*, Paris 1880, édité par Jérôme Million, Grenoble 2002.
- DASEN, V. : *Dwarfs in Ancient Egypt and Greece*, Oxford University Press 1993.
- GARLAND, R. : *The Eye of the Beholder*. Bristol Classical Press, London 2010, p. 111.
- GRMEK, M. et GOUREVITCH, D. : *Les maladies dans l'art antique*. Fayard, Paris 1998, pp. 31-33.
- HERRMANN, L. : Une caricature de Phèdre. *Revue archéologique*, sixième série, t. 29/30, 1948, pp. 455-7.
- JAHN, O : *Archäologische Beiträge*. Berlin 1843, p. 434.
- JOUANNO, C. : Ésope, ou le portrait d'un anti-héros ? *Kentron*, n° 19, 51-69, 2003.
- JOUANNO, C. : La vie d'Ésope : une biographie comique. *Revue des Études Grecques*, 118, 392-425, 2005.
- JOUANNO, C. : *Vie d'Ésope*. Les belles lettres, Paris, 2006.
- LIPPOLD, G. : *Griechische Porträtstatuen*. Bruckmann, Munich 1912, p.74, note 2.
- LISSARRAGUE, F. : Aesop, Between Man and Beast : Ancient Portraits and Illustrations. In : Beth Cohen (ed) : *Not the classical Ideal*. Athens and the Construction of the Other in Greek Art. Brill, Leyden 2000.
- MAROTEAUX, P., SPANGER, J.W., WIEDEMANN H.R. *Der metatropische Zwergwuchs*. *Archiv für Kinderheilkunde* 1966, 173: 211-226.
- MAROTEAUX, P. et LE MERRER, M. : *Maladies osseuses de l'enfant*. Flammarion Médecine-Sciences, Paris 2002, pp. 78-80.
- METZLER, D. : *Porträt und Gesellschaft : Über die Entstehung des Griechischen Porträts in der Klassik*, Münster 1971.
- RICHER, P. : *le nu dans l'art*. II. L'art grec, Plon, Paris 1926, pp 312-314.
- RICHTER, G.M.A. : *The Portraits of the Greeks*, vol. 1, Phaidon Press, London 1965.
- SCHEFOLD, K. : *Die Bildnisse der antiken Dichter, Redner und Denker*. B. Schwabe, Basel 1943.
- TRENTIN L. : What's in a hump ? Re-examining the Hunchback in the Villa-Albani-Torlonia. *The Cambridge Classical Journal*, 55, 130-156, 2009.
- TRENTIN, L. : *The hunchback in Hellenistic and Roman Art*. Bloomsbury, London 2015, pp. 40-45.
- VISCONTI, E.O. : *Iconographie ancienne*. *Iconographie grecque*, t. 1, Imprimerie T. Didot l'ainé, Paris 1811, pp. 120-124.

# Conseil d'Administration

## du Syngof

### Président

**Docteur de ROCHAMBEAU**  
Hôpital privé Marne Chantereine  
BROU SUR CHANTEREINE

### Présidents d'honneur

**Docteur COUSIN**  
**Professeur GIRAUD**  
**Docteur ROZAN**

### Vice-Présidents

**Pôle Gynécologie Obstétricale**  
**Libérale**

**Docteur BOYER DE LATOUR**  
1 bd Schweitzer  
SAINT QUENTIN

**Docteur LAPLACE**  
Maternité Bordeaux Nord  
BORDEAUX

**Pôle Praticiens Hospitaliers**

**Docteur FAIDHERBE**  
CHU Arnaud de Villeneuve  
MONTPELLIER

**Docteur LE PORS-LEMOINE**  
Centre Hospitalier - ST MALO

**Pôle Gynécologie Médicale**

**Docteur GUERIN**  
13 bd des rochers - VITRÉ

**Docteur HOMASSON**  
5 rue Chanez - PARIS

### Secrétaire Générale

**Docteur PAGANELLI**

### Secrétaire Général Adjoint

**Docteur RIVOALLAN**

### Secrétaire Général honoraire

**Docteur MISLER**

### Trésorier

**Docteur MARTY**

### Trésorier adjoint

**Docteur GRAVIER**

### Membres de droit

**Docteur BELAICHE**  
**Professeur COLETTE**  
**Professeur GIRAUD**

### Membres du Bureau

**Docteur BOYER DE LATOUR**  
Tél. 03 23 64 53 59

**Docteur DE ROCHAMBEAU**  
Tél. 01 64 72 74 31

**Docteur FAIDHERBE**  
Tél. 06 85 73 38 00

**Docteur GRAVIER**  
Tél. 06 62 45 28 10

**Docteur GUERIN**  
Tél. 06 35 22 19 33

**Docteur HOMASSON**  
Tél. 01 40 71 93 64

**Docteur LAPLACE**  
Tél. 05 56 43 72 24

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

**Docteur MARTY**  
Tél. 05 63 77 79 00

**Docteur PAGANELLI**  
Tél. 02 47 37 54 49

**Docteur RIVOALLAN**  
Tél. 02 98 95 84 84

### Membres

**Docteur BASTIAN**  
Place du Grand Jardin - VENCE

**Docteur BLUM**  
10 rue du Rhône - MULHOUSE

**Docteur BOHL**  
1-3 av Carnot - SAINT-MAX

**Docteur BONNEAU**  
2 bd du Roy - LES PAVILLONS/BOIS

**Docteur BONNET**  
Hôpital de Fontainebleau  
FONTAINEBLEAU

**Docteur CACAULT**  
71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

**Docteur CAMAGNA**  
1 rue Velpeau - ANTONY

**Docteur DARMON**  
18 rue des remises - ST MAUR DES FOSSES

**Docteur DE BIEVRE**  
6 rue St Fiacre - MEAUX

**Docteur DEFFARGES**  
59 rue de la Chataigneraie  
BEAUMONT

### Docteur DENJEAN

7 av. Pierre Verdier - BEZIERS

### Docteur DREYFUS

25 rue Garibaldi - LYON

### Docteur GERAUDIE

26 bd Dubouchage - NICE

### Docteur GRISEY

Hôpital privé de Parly 2  
LE CHESNAY

### Docteur GUIGUES

2 bis av. du CANADA - CAEN

### Professeur HOROVITZ

Hôpital Pellegrin Maternité  
BORDEAUX

### Docteur JELEN

Polyclinique de la Résidence  
BASTIA

### Docteur LAZARD

6 rue Rocca - MARSEILLE

### Docteur LEGRAND

12 rue de France - NICE

### Docteur LE MEAUX

Maternité Bordeaux Nord  
BORDEAUX

### Docteur LONLAS

6 rue de la manufacture  
ORLEANS

### Docteur MIRONNEAU

16 crs du Général de Gaulle  
DIJON

### Docteur PEIGNÉ

Polyclinique du Beaujolais  
ARNAS

### Docteur ROBION

11 Quai Alsace Lorraine - MELUN

### Docteur SEGUY

Av Leopold Heder - KOUROU

### Docteur TEFFAUD

Polyclinique de l'Atlantique  
ST HERBLAIN

### Docteur THIEBAUGEORGES

Clinique Sarrus Teinturiers  
TOULOUSE

### Docteur VERHAEGHE

43 rue des Meuniers  
LESQUIN

# Délégués régionaux

## du Syngof



### Auvergne -Rhône-Alpes

Dr Jean Valère DEFFARGES  
59 rue de la chataigneraie  
63110 BEAUMONT  
email : virval@wanadoo.fr

Dr Jean Michel DREYFUS  
25 rue Garibaldi  
69006 LYON  
email : dreyfusjm@yahoo.fr

Dr Emmanuel PEIGNÉ  
Polyclinique du Beaujolais  
69400 ARNAS  
email : emmanuel.peigne@orange.fr

### Bourgogne - Franche Comté

Dr Philippe MIRONNEAU  
16 cours du Général de Gaulle  
21000 DIJON  
email : pmironneau3333@orange.fr

### Bretagne

Dr Catherine GUÉRIN  
13 bd des rochers  
35500 VITRÉ  
email : cathguerin@gmail.com

Dr Pascale LE PORS-LEMOINE  
CH de St Malo  
35400 ST MALO  
email : p.lepors@ch-stmalo.fr

Dr Jacques RIVOALLAN  
6 rue Saint Marc  
29000 QUIMPER  
email : jacques.rivoallan@wanadoo.fr

### Centre - Val de Loire

Dr Gérard LONLAS  
6 rue du Brésil  
45000 ORLEANS  
email : gerard.lonlas@wanadoo.fr

Dr Elisabeth PAGANELLI  
46 rue de la Victoire  
37000 TOURS  
email : elizabeth.paganelli@wanadoo.fr

### Corse

Dr Harold JELEN  
Polyclinique de la Résidence  
20200 BASTIA  
email : Harjel5@gmail.com

### Grand Est

Dr Georges-Fabrice BLUM  
10 rue du Rhône  
68100 MULHOUSE  
email : gfbalum@evhr.net

Dr Marc BOHL  
1-3 av. Carnot  
54130 SAINT MAX  
email : marc.bohl@free.fr

### Hauts de France

Dr François BOYER DE LATOUR  
1 bd Schweitzer  
02100 SAINT QUENTIN  
email : fxdelatour@gmail.com

Dr Yves VERHAEGHE  
43 rue des meuniers  
59810 LESQUIN  
email : yverhaeghe@nordnet.fr

### Ile-de-France

Dr Mireille BONNEAU  
2 bd du Roy  
93320 LES PAVILLONS/BOIS  
email : mirbonneau@club-internet.fr

Dr Karen BONNET  
55 bd Maréchal Joffre  
77305 FONTAINEBLEAU Cdx  
email : kbbonnet@ch-fontainebleau.fr

Dr Jean Alain CACAULT  
71 bd Commandant Charcot  
92200 NEUILLY  
email : ja.cacault@wanadoo.fr

Dr Olivier CAMAGNA  
1 rue Velpeau  
92160 ANTONY  
email : oliviercamagna@gmail.com

Dr Franklin DARMON  
18 rue des Remises  
94100 ST MAUR DES FOSSÉS  
email : franklindarmon@free.fr

Dr Pascal DE BIÈVRE  
6 rue St Fiacre  
77100 MEAUX  
email : p-debievre@ch-meaux.fr

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU  
Hôpital Privé de Marne

Chantereine  
77177 BROU SUR CHANTEREINE  
email : bdr@club-internet.fr

Dr Arnaud GRISEY  
21 rue de Moxouris  
78150 LE CHESNAY  
email : p-debievre@ch-meaux.fr

Dr Nelly HOMASSON  
5 rue Chanez - 75016 PARIS  
email : n.homasson@orange.fr

Dr Joëlle ROBION  
11 Quai Alsace Lorraine  
77000 MELUN  
email : joelle.robion@gmail.com

### Normandie

Dr Béatrice GUIGUES  
2 bis av. du Canada  
14000 CAEN  
email : b.guigues@wanadoo.fr

### Nouvelle Aquitaine

Dr Antoine GRAVIER  
12 bd Paul Painlevé  
19100 BRIVE  
email : a.gravier@mac.com

Pr Jacques HOROVITZ  
Hôpital Pellegrin  
33076 BORDEAUX CEDEX  
email : jacques.horovitz@chu-bordeaux.fr

Dr Jean Pierre LAPLACE  
Maternité Bordeaux Nord  
33300 BORDEAUX  
email : drjplaplace@bordeauxnord.com

Dr Jean Patrick LE MEAUX  
Maternité Bordeaux Nord  
33300 BORDEAUX  
email : jplemeaux@yahoo.fr

### Occitanie

Dr Régis DENJEAN  
7 av Pierre Verdier  
34500 BEZIERS  
email : regis.denjean@free.fr

Dr Jacques FAIDHERBE  
CHU Arnaud de Villeneuve  
34090 MONTPELLIER  
email : j-faidherbe@chu-montpellier.fr

Dr Jean MARTY  
Clinique C. Bernard  
81000 ALBI  
email : j.marty@outlook.fr

Dr Olivier THIEBAUGEORGES  
49 allée Charles de Fitte  
31076 TOULOUSE  
email : othieb@gmail.com

### Pays de Loire

Dr Olivier TEFFAUD  
Polyclinique de l'Atlantique  
44819 ST HERBLAIN CEDEX  
Tél. 02 40 95 83 15  
email : drteffaud@polyclinique-atlantique.fr

### PACA

Dr Jean-Marc BASTIAN  
Place du Grand Jardin  
06140 VENCE  
email : jean-marc.bastian@wanadoo.fr

Dr Philippe GÉRAUDIE  
26 Bd Dubouchage  
06000 NICE  
email : geraphil@aol.com

Dr Alexandre LAZARD  
6 rue Rocca  
13008 MARSEILLE  
email : alexandre.lazard@yahoo.fr

Dr Daniel LEGRAND  
12 rue de France  
06000 NICE  
email : daniel.legrand13@wanadoo.fr

### Outre-Mer

Dr Bernard SEGUY  
CMCK Croix-Rouge Française  
av. Léopold Heder  
97387 KOUROU Cedex  
email : bernardseguy@wanadoo.fr





## 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

#### ■ QUIMPER

Recherche pour succession gynécologue, 1<sup>er</sup> semestre 2018, selon convenance. Patientèle cédée 1 €. Prêt matériel gratuit en début d'activité. Local en location avec possibilité de rachat. Activité de gynécologie médicale, infertilité, suivi de grossesse, échographie. Possibilité de remplacement 1 jour/semaine avant installation.

T. 06 08 66 66 01

#### ■ TOULON

Cause départ à la retraite fin 2017, cède clientèle à Toulon. Joli cabinet situé en centre ville avec une belle activité libérale exclusive. Exercice en hôpital privé pour l'activité chirurgicale et obstétricale. Participation tableau de gardes d'obstétrique. Accès possible au robot Da Vinci.

T. 06 15 09 32 82

#### ■ REIMS

Cause départ en retraite en mars 2019, recherche successeur gynécologue obstétricien ou gynécologue médical(e) à forte orientation procréation médicale assistée et prise en charge de l'infertilité. Nécessité d'avoir un DESC en médecine de la reproduction. Installation au sein d'un cabinet de 9 gynécologues et gynécologues obstétriciens et d'un centre d'AMP (1000 FIV/an). Possibilité d'effectuer de l'obstétrique et de la chirurgie gynécologique. Possibilité de remplacements réguliers avant installation.

T. 03 26 77 27 84 // 06 87 34 08 32

#### ■ PERPIGNAN

Groupe de gynécologues obstétriciens médicaux-chirurgicaux recherche gynécologue médical pour diriger le centre d'AMP de Perpignan. Le cabinet est indépendant, à 300 m de la clinique et du labo FIV, équipement complet et secrétariat dédié. Ce poste permet l'accès au plateau technique de la clinique pour les actes

d'AMP et pour d'autres gestes chirurgicaux. Il peut aussi intéresser un gynécologue obstétricien avec une activité chirurgicale : la clinique a un plateau technique polyvalent, bloc chirurgical multidisciplinaire. Autorisation pour oncologie gynécologique.

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

#### ■ LILLE

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

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

#### ■ CARPENTRAS

Important cabinet de gynécologie obstétrique (Equipe de 3 gynéco.) recherche un associé ayant accès au secteur II si possible. Compétence chirurgicale et compétence en échographie obstétricale souhaitées. Très gros potentiel d'activité, sans apport financier. Matériel à acheter. Possibilité d'accès à un plateau technique sur site : Maternité de niveau I, 1200 accts/an, 33 lits, bloc chirurgical, équipe de 5 gynécologues obstétriciens.

T. 04 90 63 65 01 // 04 32 85 89 10

#### ■ ST GERMAIN EN LAYE

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

T 06 68 03 90 82

#### ■ GOURDON EN QUERCY

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

T. 05 65 41 01 40

#### ■ LE PERREUX SUR MARNE

Gynécologue médicale secteur 2 exerçant depuis 1980 cède clientèle cause retraite à partir de janvier 2018. Matériel de qualité.

T. 06 22 49 22 49

#### ■ MONTPELLIER

Cause départ à la retraite octobre 2017, cède patientèle tenue trente ans, avec possibilité activités chirurgicales et obstétricales dans un groupe de même spécialités en clinique à Montpellier.

T. 04 67 64 41 12 - 06 18 40 49 45

### Remplacements

#### ■ Spécialiste du remplacement

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

T. 04 77 57 14 90 - 06 81 30 65 72

#### ■ CAGNES SUR MER

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

T. 06 10 77 50 64

#### ■ AVIGNON

Cherche un remplaçant pour une activité de consultation en gynécologie obstétrique avec écho T1 et T3 de préférence, pour la période du 23 octobre 2017 au 3 novembre 2017. Activité de garde possible si souhaitée mais non obligatoire au sein d'une maternité de niveau IIa. Cabinet en secteur 2.

T. 06 09 11 60 20

#### ■ PACA

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

T. 04 94 79 07 08

#### ■ PACA

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

T. 06 13 90 02 72



## La Clinique GASTON METIVET à SAINT MAUR (94100)

### RECHERCHE GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN pour installation libérale

Etablissement MCO privé de 104 lits et places créé en 1957, comportant à ce jour :

- 19 lits de maternité
- 60 lits d'hospitalisation médecine et chirurgie
- 15 places d'ambulatoire

Pour renforcer l'équipe de 8 praticiens et anticiper des départs en retraite pour sa maternité de proximité de type 1 réalisant 1.000 naissances par an.

Maternité, chirurgie, bloc et consultations sont implantées dans un nouveau bâtiment confortable et fonctionnel, offrant un cadre de travail agréable. Les plateaux techniques récents et performants comportent :

- Bloc obstétrical
- 2 salles de pré-travail
- 2 salles de travail
- 1 bloc de césarienne et salle de réveil
- Bloc chirurgical
- 6 salles d'opération
- 1 salle d'endoscopie
- Salle de réveil de 12 postes
- Plateau d'imagerie complet
- Radiologie conventionnelle et numérisée
- Echographie
- Scanner et IRM

La clinique dispose d'une autorisation de chirurgie des Cancers du Sein, et de chirurgie réparatrice et esthétique. Astreintes gynécologie-obstétrique, anesthésie, pédiatrie, laboratoire et imagerie 24/24. Coopérations très actives au sein du Réseau Périnatalité du Val de Marne, et solides soutiens territoriaux, favorables au développement de l'activité. Conditions d'installation attractives.

Pour postuler, contacter :

- Catherine BRILLANT, Directrice : [direction@cliniquemetivet.com](mailto:direction@cliniquemetivet.com) ou 01 49 76 76 40
- Monique JOUMAS, Surveillante Générale : [joumas.metivet@orange.fr](mailto:joumas.metivet@orange.fr) ou 01 49 76 77 97



## Le CHI Meulan-les-Mureaux (CHIMM)

(Yvelines – 45 minutes de Paris – bord de Seine)

### Recrute



### Un gynécologue obstétricien, praticien hospitalier temps plein ou temps partiel

Le praticien est affecté au service de Gynécologie Obstétrique dont la maternité de type I (1100 accouchements par an) adhère au réseau « Maternité en Yvelines et Pays Associés »,

#### Il participe aux activités suivantes :

- › Unité d'accueil des urgences gynécologiques, des urgences obstétricales, des explorations fonctionnelles de maternité et d'échographies destinées à l'obstétrique.
  - › Secteur de naissances (3 salles d'accouchement une salle de pré travail une salle d'urgences).
  - › Unité d'hospitalisation destinée aux femmes enceintes et aux accouchées.
  - › Unité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire (UCA).
  - › Consultations externes.
  - › Bloc opératoire.
- Le praticien participe également à la permanence de soins (gardes) et aux staffs pluridisciplinaires.

Le candidat sera titulaire du DES de gynécologie obstétrique ou son équivalent européen et il est inscrit au conseil de l'Ordre des médecins.

Consulter le site [CHIMM.FR](http://CHIMM.FR) pour apprécier le cadre agréable et la situation au nord des Yvelines et l'attractivité de la région avant même le grand PARIS de demain.

Centre Hospitalier Intercommunal de Meulan - Les Mureaux  
1, rue du Fort - 78250 MEULAN EN YVELINES

Candidature à adresser à Mme Simonneaux : [caroline.simonneaux@chimm.fr](mailto:caroline.simonneaux@chimm.fr)  
01 30 22 40 45, Directrice des Ressources Humaines et des Affaires Médicales



## Le CHHC recrute

### Un PH ou Praticien contractuel ou assistant spécialiste en gynécologie médicale

**Profil du poste :** langue française maîtrisée à l'écrit et à l'oral. Compétence chirurgicale souhaitée.

Le praticien recruté assurera les consultations de gynécologie médicale et de suivi de grossesse.

Compétence en échographie obstétricale avec N° d'agrément pour le dépistage 1<sup>er</sup> trimestre.

Participation aux gardes et astreintes d'obstétrique avec compétence pour les actes d'urgence (curetage, césarienne, coelioscopie) et maîtrise de l'extraction instrumentale appréciée mais non obligatoire, selon les compétences et l'expérience du candidat.

**Conditions d'exercice :** être inscrit à l'Ordre des médecins dans la spécialité

Pour tout renseignement : Dr BOYADJIAN Pierre - Chef de Service - Gynécologie-obstétrique  
Dr FAIVRE Mickaël - Gynécologue obstétricien

Lettre de CANDIDATURE + CV sont à adresser à : Mr VOLLE Olivier, Directeur | Centre Hospitalier Intercommunal de Haute-Comté |  
2, Faubourg St Etienne - CS 10329 | 25304 - PONTARLIER Cedex | Email : [c.querry@chi-hautecomte.fr](mailto:c.querry@chi-hautecomte.fr)



Le Centre hospitalier de la Région de Saint-Omer :

Pas-de-Calais (62) - 43 ha. arborés - Saint-Omer  
Ville d'Art et d'Histoire - 50' de Lille - 30' de la Côte d'Opale - 2h de Londres - 2h de Paris - 30' du Louvre Lens  
Infrastructure scolaire réputée

### RECHERCHE PRATICIEN TEMPS PLEIN EN GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE INSCRIT A L'ORDRE DES MEDECINS

#### Equipe médicale :

- 5 gynécologues-obstétriciens
- 1 gynécologue médicale
- 20 sages-femmes
- Psychologue
- Maternité 2A - Péridurales 24h/24  
1400 accouchements/an

#### Service :

- 33 lits
- 2 lits d'orthogénie (IVG) en chirurgie ambulatoire
- Salle de naissance :**
- 2 sages-femmes de garde 24h/24
- 4 salles de naissance
- 2 salles de pré-travail
- Espace bien-être avec baignoire de relaxation

#### Consultation :

- Obstétricales
- Gynécologiques médicales et chirurgicales
- Stérilité
- Echographies (y compris 3D)
- Sevrage tabagique chez la femme enceinte
- Lactation
- Rééducation périnéale
- Préparation à la naissance

Chirurgie gynécologique

Consultations avancées de Gynécologie Obstétrique par les sages-femmes

Les urgences gynécologiques sont prises en charge directement 24h/24 et 7 jours/7 avec une équipe pluridisciplinaire de garde sur place (gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, ...)



#### Contact :

Christian NOTTEAU

Chef de Pôle - Gynécologue Obstétricien  
Email de contact : [marie-line.laigle@ch-stomer.fr](mailto:marie-line.laigle@ch-stomer.fr)  
Tél. : 03 21 88 70 11 (Marie-line LAIGLE)  
ou 03 21 88 71 73







## HÔPITAL JOSEPH DUCUING TOULOUSE Établissement privé à but non lucratif PSPH - ESPIC - Hôpital général MCO avec scanner Centre ville

Recherche pour le service de Maternité - Maternité Niveau 1 - 2400 accouchements par an.

### 1 GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN ORIENTATION CHIRURGICALE

Pour intégrer une équipe de 8 praticiens et 2 assistants - Temps complet - Statut Salarié Gardes sur place - 3 à 4 gardes par mois.  
**A POURVOIR EN OCTOBRE 2017.**

Rémunération CCN FEHAP du 31 octobre 1951. Rémunération brute de 59 à 94 K€ annuels. Reprise ancienneté possible.  
Possibilité détachement statut P.H. Fonction publique hospitalière.

Adresser CV et candidature à :

Docteur Thierry Charasson - Chef de Service de Maternité  
HÔPITAL JOSEPH DUCUING - 15 rue de Varsovie - 31076 TOULOUSE CEDEX 3  
Tel. : 05 61 77 50 16 - Mail : tcharasson@hjd.asso.fr



2 cliniques Varoises faisant partie du groupe  
Elsan cherchent :

### un chirurgien gynécologue spécialisé en cancérologie pour compléter leur équipe.

Le projet médical en matière de gynécologie se veut dynamique et original. Il fera l'objet d'un accompagnement particulier et pourra éventuellement être réalisé dans le cadre d'une association.

Pour avoir un aperçu rendez-vous  
sur les sites des cliniques  
[www.fleurs.groupe-elsan.com](http://www.fleurs.groupe-elsan.com)  
[www.cap-or.groupe-elsan.com](http://www.cap-or.groupe-elsan.com)

**Pour tout renseignement :**  
mail : [direction-plf@groupelesfleurs.fr](mailto:direction-plf@groupelesfleurs.fr)  
tél : 04 94 06 99 30



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



RENDEZ-VOUS SUR [WWW.RESEAUPROSANTE.FR](http://WWW.RESEAUPROSANTE.FR)

INSCRIPTION GRATUITE

☎ 01 53 09 90 05 ✉ [CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR](mailto:CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR)





**ACTIONS  
SANTÉ  
FEMMES**

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

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