

LES
CAHIERS

SYNGOOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



113

Juin
2018

- Comment appliquer au mieux la nomenclature
- Savoir utiliser l'article 56
- Le financement de l'obstétrique



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



3 Éditorial

B. de ROCHAMBEAU

INFORMATIONS SYNDICALES

4 Conseil d'administration du 1^{er} juin 2018

B. de ROCHAMBEAU

8 Conseils aux gynécologues pour éviter une plainte pour abus sexuel ou comment régir face à une plainte pour abus sexuel

G. F. BLUM

9 Vers un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France

E. PAGANELLI, K. HAGUENOER, S. SENGCHANH

11 Comment appliquer au mieux la nomenclature en 2018

E. PAGANELLI

15 Attitude anti-confraternelle. Savoir utiliser l'article 56 du Code de déontologie médicale

E. PAGANELLI

17 Le financement de l'obstétrique : une application critiquable des "OPTAM" de la convention médicale 2016-2020

R. PELLET

PRATIQUE MÉDICALE

28 Recommandations pour la pratique clinique : Prévention de la prématurité spontanée et de ses conséquences (hors rupture des membranes)

Groupe de travail du CNGOF

DROIT ET GYNÉCOLOGIE

38 Décisions administratives et judiciaires

H. CHEREAU, O. LECA,

VOS RUBRIQUES

44 Conseil d'administration

45 Petites annonces

46 Les annonces de recrutement

113

JUIN

The Bridgeman Art Library



Mother Combing her Child's Hair, c. 1901 (pastel on gray paper)

Cassatt, Mary Stevenson (1844-1926)

Brooklyn Museum of Art, New-York USA. Bequest of Mary T. Cockcroft

Directeurs de la Publication :

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

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

Régie publicitaire :

M. Kamel TABTAB - reseauaprosante.fr
contact@reseauaprosante.fr - 01 53 09 90 05

Siège social : Syngof, 25 rue du Tendat
81000 ALBI - Tél. 04 67 04 17 18
syngof@syngof.fr
www.syngof.fr

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

Créateur des Cahiers Syngof :

Raymond Belaïche

Conception et Réalisation :

Nadine Prugny

Maquette P.A.O. : Nadine Prugny

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 2^{ème} trimestre 2018

Imprimé en France

MARAVALL - 34110 FRONTIGNAN

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



SÉMINAIRE GYNELOG 2018

Vendredi 14 septembre (17h00)
au Dimanche 16 septembre (13h00)



Hôtel Novotel Thalassa Oléron Saint-Trojan

Thème de la formation

Gestion du risque en équipe en gynécologie médicale et obstétrique

Vous pouvez d'ores et déjà vous inscrire sur syngof@gmail.com
en envoyant
vos nom prénom, n° RPPS, date de naissance et n° de téléphone portable



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION

La télémédecine prise en charge par l'assurance maladie : une nouvelle révolution conventionnelle dans l'avenant 6.

après la reconnaissance par l'assurance maladie qu'une consultation pouvait financièrement être reconnue à des niveaux différents selon son contenu, la convention médicale reconnaît qu'une consultation, même sans examen clinique mérite d'être honorée au même tarif que s'il y a un examen clinique médical. C'est un véritable changement, puisqu'il fut un temps où quand une consultation ne comprenait pas un examen, l'assurance maladie pouvait contester sa tarification. Le deuxième dogme qui tombe est que la consultation est reconnue comme une prestation de l'assurance maladie, même si le malade n'est pas physiquement présent au côté du médecin, ceci grâce à la vidéo-consultation. L'assurance maladie ne reconnaît pas cependant la consultation par téléphone, comme cela se pratique déjà avec certaines assurances privées qui proposent à leurs affiliés des consultations téléphoniques avec prescriptions médicales. Dès la fin septembre 2018, tout devrait être prêt pour qu'une patiente puisse se rendre dans un centre médical de proximité équipé en vidéo consultation sécurisée pour bénéficier d'une téléconsultation avec un médecin généraliste ou spécialiste, qu'elle connaît déjà mais qui consulte loin de chez elle. Ce médecin aura organisé son planning avec des plages de téléconsultation sur rendez-vous, permettant à sa patientèle éloignée de le consulter sans se déplacer. Si la consultation nécessite un examen clinique, le médecin consulté refusera la téléconsultation et donnera un rendez-vous pour une consultation présentielle. Il est prévu que la patiente puisse être accompagnée de son médecin traitant qui alors facturera aussi une consultation, réalisant ainsi une coordination immédiate des soins entre généraliste et spécialiste. Sur le plan tarifaire, La liberté d'honoraires est préservée, le médecin de secteur 2 pourra pratiquer des honoraires différents. Il s'agit donc d'un moyen moderne de faire face à la difficulté d'accès aux soins de deuxième recours. Les moyens vidéos et logiciels nécessaires seront financés par les médecins télé consultants et l'assurance maladie a prévu un financement dédié dans le forfait structure qu'elle verse à chaque médecin. Ce forfait est d'autant plus important que le médecin utilise les moyens dématérialisés de communication et s'engage dans les télétransmissions et autres services dématérialisés de prescriptions, il augmentera notablement en 2018 et 2019. On peut prévoir que la mise en route soit variable d'un endroit à l'autre, car actuellement peu de médecins sont équipés et les vacances arrivent. La montée en charge dépendra de la volonté des médecins de s'y impliquer et des modèles économiques qui leur seront proposés.

Conseil d'administration

1^{er} juin 2018

B. de ROCHAMBEAU*

Rappelons que depuis le 26 janvier 2016, article 1 de la Loi de modernisation de la santé, l'Etat décide et organise la Santé en France.

é

étaient présents les Docteurs :

BLUM, BONNEAU, CACAULT, CAMAGNA, COICAUD, DE BIEVRE, DE ROCHAMBEAU, GARRIOT, GUERIN, HOMASSON, HOROVITZ, LAPLACE, LEGRAND, LE PORS, LONLAS, MARTY, MIRONNEAU, PAGANELLI, PEIGNÉ, RIVOALLAN, THIEBAUGEORGES

Étaient excusés les Docteurs :

BASTIAN, BOYER DE LATOUR, DARMON, DREYFUS, GRAVIER, LAZARD, ROBION

Ouverture du CA à 14h par Le Président B. de ROCHAMBEAU

Approbation du procès-verbal de la séance précédente
B. de ROCHAMBEAU

Le procès-verbal est validé à l'unanimité.

Demande d'extension des compétences des sages-femmes en stérilité B. de ROCHAMBEAU

L'attention du bureau a été attirée sur une demande du conseil national de l'ordre des sages-femmes dans le cadre de la révision des lois de bioéthique en vue d'une extension des compétences des sages-femmes sur la stérilité.

Les centres de PMA, avant tout hospitaliers publics, emploient beaucoup de sages-femmes dans des compétences qui au départ ne sont pas les leur, mais cela s'effectue actuellement sous la direction des médecins. Cela a fait naître dans l'esprit des sages-femmes qu'elles pourraient parfaitement jouer le rôle

des médecins. De collaborateur à l'opérateur PMA, elles demandent aujourd'hui à devenir opératrice en étant libérée d'une partie du contrôle que les médecins ont sur elles.

Faut-il l'accepter dans la mesure où la formation des sages-femmes n'offre pas de compétences en pathologie, la stérilité étant une pathologie ? B. de ROCHAMBEAU souhaite interroger le CA sur cette demande car le SYNGOF va être consulté.

Rappelons que depuis le 26 janvier 2016, article 1 de la Loi de modernisation de la santé, l'Etat décide et organise la Santé en France. Il en est le responsable unique. La décision politique d'accompagner les sages-femmes relève de la priorité de santé publique qui est de mettre des praticiens partout sur le territoire pour arrêter de parler de désert médical, médecine générale et médecine spécialisée comprises. Les sages-femmes sont une ressource sous utilisée et aujourd'hui tout est fait pour qu'elles occupent le terrain en faisant croire à la population que cela revient à consulter des gynécologues.

Avec la future loi de bioéthique et les

Les sages-femmes demandent aujourd'hui un acte que seuls les gynécologues ayant effectué un DESC reproduction après l'internat peuvent pratiquer.

*Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

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.

mesures relatives à l'extension de la PMA à toute une population qui n'y avait pas accès, les demandes vont augmenter et l'argument est tout trouvé pour les sages-femmes.

Rappelons que les sages-femmes ne font pas les implantations et elles demandent aujourd'hui un acte que seuls les gynécologues ayant effectué un DESC reproduction après l'internat peuvent pratiquer.

Discussion avec la salle.

Le CA dans sa quasi unanimité émet des réserves (une abstention) et oppose deux arguments :

- En premier lieu, il n'y a pas de problème d'accès aux soins en matière de PMA, nous disposons des ressources nécessaires pour faire face à l'augmentation des demandes que va faire naître l'extension de la PMA ;
- En second lieu, le SYNGOF refuse la confusion des métiers. Les sages-femmes ont une compétence limitée, aujourd'hui exercée sous le contrôle des médecins, et n'ont pas de légitimité sur la pathologie.

Définir la position du SYNGOF vis-à-vis du CNP GO

**E. PAGANELLI
B. de ROCHAMBEAU**

Le CNP GO (conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique) est en train de se monter. Il tient le rôle d'interface entre la profession et le ministère. Le CNP GO doit

être constitué de toutes les composantes de la profession : scientifique, gynécologie obstétrique, gynécologie médicale et composante syndicale.

Siéger au CNP permet d'avoir accès aux scientifiques et de pouvoir discuter avec le Collège. En outre, le CNP reçoit des demandes du ministère et de la HAS qui doivent passer par cette instance pour recueillir l'avis d'experts.

Il y a actuellement débat au sein de la profession sur l'intérêt de définir un seul CNP GO ou, comme les textes le permettent, un CNP GM et un CNP GO. Elisabeth PAGANELLI explique que le débat est né au sein des gynécologues médicaux qui pour certains pensent ne pas avoir leur place au sein du CNP GO. Une réunion téléphonique s'est tenue le 27 mai dernier avec Michèle SCHEFFLER, présidente de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale, pour expliquer l'intérêt d'un CNP commun ou isolé.

Aujourd'hui le CNP est constitué de 33 membres, 5 membres au bureau. Les membres travaillent aussi pour les gynécologues médicaux. Ceux qui y siègent souhaitent rester dans le CNP commun. Nous avons en effet intérêt à rester groupés, notamment pour faire face aux problèmes liés à l'extension des compétences des sages-femmes.

Les textes législatifs pour formaliser la structure du CNP ne sont pas encore parus (un 3^{ème} projet de décret est en cours). Il faut refonder la structure avec une représentation équilibrée entre public et privé et entre GM et GO.

Bertrand de ROCHAMBEAU a plaidé pour qu'on ne sépare pas les 2 CNP. Nous nous adressons à la même population et nous avons des intérêts communs à défendre. Nous serons plus fort ensemble que séparés. Cet argument est également soutenu par Michèle SCHEFFLER et la Fédération. Le SYNGOF propose de faire une réunion téléphonique tous les 6 mois pour savoir ce qui est fait et quelle place peut être tenue par le syndicat.

Un autre paramètre important est qu'une structure chapeaute tous les CNP : la Fédération des spécialités médicales (FSM). C'est la FSM qui est en prise directe avec le ministère, ses membres sont proposés par les CNP et notre représentation est commune avec les pédiatres. Actuellement c'est un pédiatre. La FSM entendait se faire financer par les CNP, ce que beaucoup n'ont pas accepté. Ainsi, quand il a présidé le CNP GO, B. de ROCHAMBEAU a refusé de payer pour la FSM. Tant qu'un décret n'aura pas fixé les statuts des CNP et de la FSM, il n'y a pas de légitimité à la financer.

Avenant 6 de la convention sur la télé-médecine et la télé-expertise
B. de ROCHAMBEAU

L'avenant 6 est toujours en cours de négociation, nous attendons une signature courant juin ou en juillet. La condition attendue par Nicolas

Le SYNGOF au sein du syndicat LE BLOC participe à un travail d'analyse de la convention pour mettre en place des mesures complémentaires attendues dans l'avenant 6.

REVEL est que les 2 syndicats qui n'ont pas encore signé la convention (SML et CSMF) doivent la signer. Le SML a signé depuis, la CSMF semble prête à signer.

Concernant la télé-médecine, nous nous orientons vers un financement au même tarif opposable que les consultations présentes. Mais la liberté tarifaire est autorisée donc il peut y avoir des consultations en télé-médecine en secteur 2. C'est la première fois qu'il y a un cadre, pris en charge par l'Assurance Maladie, que l'avenant va fixer. Le malade doit avoir un médecin traitant et le parcours de soins l'inclut dans le parcours de télé-médecine. Il faut des moyens de télétransmission sécurisés pour être en liaison avec le patient qui doit être en présence d'un personnel soignant.

Pour la télé-expertise (avis d'expert sur un dossier à la demande d'un médecin, en l'absence du patient), il existe plusieurs niveaux de demandes auxquelles correspondent des niveaux tarifaires. Les tarifs initialement proposés ont été revalorisés. Ainsi, les demandes simples passent de 8 à 10 euros, les demandes plus complexes de 12 à 20 euros et un 3^{ème} niveau est en cours d'étude qui pourrait être à 40 euros pour des dossiers particulièrement complexes. Pour la télé-expertise, il n'y a pas de liberté tarifaire, le tarif est fixé par l'avenant.

Arbitrage sur les modificateurs

L'avenant 6 contient également des mesures pour la revalorisation de la nomenclature. Le SYNGOF a formulé une demande pour que des actes gynécologiques de la CCAM soient actualisés. L'objectif est d'obtenir un modificateur J pour un certain nom-

bre d'actes gynécologiques en chirurgie qui n'ont pas de modificateurs. Par ailleurs, il y a eu la création du modificateur O pour les urgences en journée. Nous demandons la création d'un modificateur O pour les césariennes en urgence.

OPTAM

Dans le cadre de l'avenant également, des modifications vont être apportées à l'OPTAM pour faire face à certaines dérives : il est en effet observé que plus de 30% des médecins qui ont signé l'OPTAM n'ont pas adopté une pratique tarifaire leur permettant d'atteindre leur objectif en 2017.

Le SYNGOF au sein du syndicat LE BLOC participe à un travail d'analyse de la convention pour mettre en place des mesures complémentaires attendues dans l'avenant 6.

Discussions avec la salle.

Mise en place d'une médiation nationale à l'hôpital

P. LE PORS

Pendant très longtemps, la qualité de vie au travail était un sujet abordé pour les personnels soignants, mais pas pour les médecins. Le résultat en a été la multiplication des situations de détresse voire suicides de praticiens. Avenir Hospitalier notre intersyndicale œuvre depuis des années pour la prévention des risques psychosociaux (voir Observatoire de la Souffrance Au Travail).

Bien souvent dans les hôpitaux les conflits naissent entre médecins (en particulier PH "de base" et médecin institutionnel, chef de service ou de pôle ensuite relayés par l'administra-

tion), et aboutissent soit à des burn-out parfois dramatiques, soit après des mois voire des années de conflit, en commission statutaire ou disciplinaire de chirurgie: des administrateurs du SYNGOF y siègent au titre d'Avenir Hospitalier, et ont pu constamment regretter le manque d'intervention précoce, de médiation dès la survenue de litiges menant rapidement au développement de conflits. Nos efforts réunis ont conduit à la nomination par Marisol Touraine d'un médiateur national, E Couty ensuite confirmé par Madame Buzyn : celui-ci a été chargé d'examiner des situations anciennes et "enkystées" (une vingtaine de dossiers dont celui d'une obstétricienne du SYNGOF), et de mettre sur pied la médiation hospitalière nationale, régionale et locale.

Le médiateur national a d'emblée insisté sur la nécessité d'une médiation professionnelle: médiateurs formés, neutres impartiaux indépendants et distanciés respectant la confidentialité, ayant pour mission non pas de rentrer en tant qu'expert dans les dossiers, mais d'être sur le terrain du relationnel, de travailler par un processus établi à rendre possible une reprise de dialogue, et l'émergence de solutions au lieu de rester dans une opposition frontale perdant perdant. Cette démarche ne portera ses fruits que si "la culture" de la médiation diffuse et que médecins et administratifs co agissent, ce qui est capital en particulier dans la perspective de restructurations de plateaux techniques au sein des GHT, source de risques psychosociaux.

La médiation doit absolument être à l'abri des enjeux de pouvoir, ne doit en aucun cas être un affrontement FHF syndicats médicaux, mais au contraire un outil de résolution des conflits au service de tous.

Il est rappelé aux PH que les élections professionnelles auront lieu fin 2018 ou au plus tard fin 2019, le SYNGOF faisant partie d'Avenir Hospitalier associé à la CPH sous la bannière Action Praticiens Hôpital.

Festival CanChange : Compte rendu de la rencontre

E. PAGANELLI
J. ROBION

Créée par des internes, l'association CanChange a pour vocation de sensibiliser aux différentes méthodes de dépistage des cancers par l'information et l'éducation, apporter des outils innovants, accompagner les participants dans leurs parcours de santé et ainsi les aider à rester en bonne santé. C'est dans cet esprit que l'association organise le festival CanChange dont l'idée est d'associer à un événement festif gratuit, une campagne d'information et d'action unique menée par les acteurs centraux de la prévention contre le cancer.

Le CNGOF et les autres instances sont parties prenantes pour donner une subvention et participer. Le budget total est de 90 000 €. La date n'est pas encore fixée, a priori septembre 2019, en attente de la validation de la Mairie de Paris.

Le SYNGOF décide à l'unanimité d'assurer l'association de son soutien et discutera des conditions tarifaires ultérieurement avec comme condition à sa contribution le fait qu'il n'y ait pas de sages-femmes.

Attitude anti-confraternelle : savoir utiliser l'article 56 du Code de la santé publique

E. PAGANELLI

En 2016, Elisabeth PAGANELLI avait été attaquée de toute part au moment de la polémique sur la proposition des sages-femmes d'un arrêt de travail pouvant aller jusqu'à 8 jours pour une IVG médicamenteuse. Un article diffamatoire à son encontre est paru à la même époque dans un journal. Or si le responsable du journal est médecin et dénigre son confrère ou si un journaliste médecin tient des propos diffamatoires qui portent atteinte à la respectabilité d'un confrère, un recours est possible. Elisabeth PAGANELLI porte à la connaissance des membres du CA qu'une plainte peut être déposée au Conseil de l'Ordre au titre de l'article 56 du code de la santé publique (lire en page 15) : *"Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité. Les médecins se doivent assistance dans l'adversité et doivent contacter leur confrère pour obtenir son point de vue avant toute prise de position"*.

Questions diverses

Retrait du cytotec

Le cytotec a été totalement retiré du marché au 1^{er} mars 2018. Une note de la DGS, reçue le 4 mars 2018, l'a officialisé en indiquant que GYMISO et MISO ONE le remplaçaient.

Une Recommandation Temporaire d'Utilisation (RTU) devra être expliquée à la patiente, et signée par elle. Un forfait *"fausse couche spontanée"* doit être élaboré comprenant une consultation à 25€, un forfait médicamenteux de 27,76€ (médicaments à acheter par le médecin), et 1,02€ par boîte en honoraire de dispensation du médicament. A ce jour, soit 3 mois plus tard, le forfait *"fausse couche spontanée"* n'a pas été communiqué aux médecins malgré leurs demandes répétées. Les médecins ont donc repris la pratique des aspirations curetages comme autrefois, faisant prendre aux patientes les risques de l'anesthésie générale, des synéchies et des perforations ; et ce par carence de l'administration et de l'assurance maladie.

Remboursement du DPNI

Le DPNI (Dépistage Pré Natal non Invasif) est en place depuis les recommandations de l'HAS d'avril 2017. Il n'est toujours pas remboursé. Il n'est pris en charge que dans la plupart des CHU. Certains CHU conditionnent le remboursement au fait que la patiente accepte de modifier son choix initial, pour venir accoucher au sein du CHU. Cette disparité exclut de ce dépistage remboursé toutes les femmes suivies en privé, et une grande partie des patientes qui vivent trop éloignées des CHU et qui ne peuvent assumer un examen coûtant 380€.

Discussion avec la salle

Séance levée à 16h45

Prochain CA le 7 septembre 2018



Suivez le SYNGOF sur Facebook

Conseils aux gynécologues

pour éviter une plainte pour abus sexuel ou comment réagir face à une plainte pour abus sexuel ?

G. F. BLUM*

Refusez d'être ami avec vos patientes sur les réseaux sociaux...



our éviter une plainte pour abus sexuel

- Accueillir poliment toute patiente ;
- Parler à vos patientes avec déférence et avec des mots choisis dans le langage médical ;
- Garder ses distances avec toute patiente ;
- Si vous avez vous-même des problèmes dans votre couple, n'en faites pas état à vos patientes ;
- Avoir une tenue correcte en blouse (fermée de préférence) ou en pyjama de travail pour consulter ;
- Avoir un cabinet de consultation avec un décor sobre ;
- Ne jamais examiner la première fois une mineure venant pour une contraception ;
- Si on voit une patiente mineure, ou une personne simple d'esprit, la voir de préférence avec un témoin (mère, secrétaire) ;
- Si vous êtes en présence d'une patiente que vous sentez fragile psychologiquement, tracer le dans votre dossier et au besoin prévenez le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins pour l'orienter vers un autre confrère en lui remettant son dossier médical ;
- Ne jamais regarder une patiente quand elle se déshabille, ni quand elle se rhabille ;
- Evitez de mettre une patiente complètement nue d'emblée sur la table d'examen ;
- Bien lui expliquer ce que l'on va lui faire comme examen et si elle refuse ne pas la forcer ;
- Si vous sentez la patiente gênée par l'examen, ne pas la regarder dans les yeux lors du TV (fermer les yeux ou regarder ailleurs) ;
- Faites votre examen sans faire mal en plaçant votre spéculum et faites un TV le plus doux et le plus bref possible ;
- Si la patiente vous dit qu'elle n'a pas pu se faire épiler avant la visite, lui dire que ce n'est pas votre problème, et que cela ne changera rien pour l'examen ni pour le diagnostic médical ;

- Si une patiente vous fait des avances, soyez très ferme et renvoyez-la en signalant ce fait au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM), en lui indiquant qu'un autre gynécologue devra dorénavant la suivre ; proposez-lui de lui remettre son dossier médical ;
- N'acceptez jamais et ne proposez jamais d'aller boire un verre avec une patiente après une consultation ;
- Si une patiente vous offre un cadeau ou une lettre qui vous paraîtrait tendancieux, refusez-les et signalez-le au CDOM, puis refusez de revoir la patiente en lui proposant de voir un confrère et en lui remettant son dossier médical ;
- Refusez d'être ami avec vos patientes sur les réseaux sociaux ;
- Si vous êtes amené à examiner une de vos ex, soyez très clair dès le départ, et si vous sentez la situation anormale, refusez de la voir et conseillez-lui un confrère en lui remettant son dossier médical. Signalez-le au CDOM.
- Si vous rencontrez une patiente en dehors du cabinet (dîner, soirée...) gardez vos distances et adoptez une conduite irréprochable en paroles et en actes.

Comment réagir face à une plainte pour abus sexuel ?

- Prévenir immédiatement votre assurance ;
- Demandez un écrit de votre convocation aux services de police ou de gendarmerie si vous êtes convoqué pour une audition :
 - Soit vous êtes convoqué en tant que témoin assisté : allez-y seul,
 - Soit vous êtes convoqué en tant que prévenu : alors demandez immédiatement un avocat à votre assurance pour qu'il vous assiste (risque de garde à vue et/ou d'emprisonnement).
- Demandez aussi un soutien psychologique à votre assurance.

* Maître de Conférences associé des Universités. Spécialiste en gynécologie-obstétrique. Expert près la Cour d'Appel de COLMAR

Vers un dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France

E. PAGANELLI*, K. HAGUENOER**, S. SENGCHANH**

Ce programme visera à augmenter la couverture par frottis cervico-utérin parmi les femmes de 25 à 65 ans conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé

L'expérimentation d'un dépistage du cancer du col de l'utérus est expérimenté en Indre et Loire depuis 2010.

Il rend service aux femmes mais aussi aux professionnels de santé qui pratiquent les frottis. La prise en charge de la consultation et du prélèvement se fera selon les modalités habituelles. Nouveauté, les femmes ayant reçu une invitation pourront bénéficier d'une prise en charge à 100% (sans avance de frais) de leur frottis.

E. PAGANELLI

Mesure phare du plan cancer 2014-2019, le programme national de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus devrait prochainement débuter en France.

Attendu de longue date par les professionnels de santé et mis en place par de nombreux pays depuis parfois des décennies, en France il était expérimenté par 4 départements depuis les années 90, rejoints par 9 autres départements en 2010 ; ce programme va donc (enfin) devenir national.

Il visera à augmenter la couverture par frottis cervico-utérin parmi les femmes de 25 à 65 ans conformément aux recommandations de la Haute Autorité de Santé, à communiquer auprès des professionnels de santé et du public sur ce cancer et sa prévention, à s'assurer que toute femme de cette tranche d'âge dont le frottis est positif bénéficie d'un suivi et à mettre en place une évaluation globale de ce dispositif.

On estime qu'un cancer du col de l'utérus sur cinq fait suite à un frottis pathologique sans suivi adapté

Le cahier des charges paru au journal officiel (Arrêté du 4 mai 2018 relatif à l'organisation du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus) précise le fonctionnement de ce programme qui sera financé par l'état et l'assurance maladie. Ainsi, les futurs centres régionaux de coordination des dépistages des cancers inviteront les femmes de 25 à 65 ans sans frottis cervico-utérin depuis 3 ans à réaliser ce test chez le professionnel de santé de leur choix (gynécologue, médecin généraliste ou sage-femme). Le frottis en phase liquide sera privilégié (mais le frottis conventionnel reste toujours possible). La prise en charge de la consultation et du prélèvement se fera selon les modalités habituelles. En revanche les femmes ayant reçu une invitation pourront bénéficier d'une prise en charge à 100% (sans avance de frais) de la lecture de leur frottis (dans ce cas, le cabinet d'anatomopathologie ou le laboratoire ne pourra pas pratiquer de dépassement d'honoraires).

L'objectif de cette invitation ciblée est d'augmenter le taux de couverture par frottis et de diminuer les inégalités sociales de santé. Les professionnels de santé exerçant dans les départements où ce dépistage organisé a été expérimenté rapportent souvent avoir vu "apparaître ou réapparaître" à leurs consultations des femmes sans aucun suivi ou ayant interrompu leur suivi depuis de nombreuses années. L'intérêt pour les professionnels de santé sera également d'être soutenus par une communication nationale, relayée localement, qui visera à diffuser auprès du public le message et les recommandations se rapportant à la prévention et au dépistage de ce cancer, notamment en ce qui concerne l'intervalle de 3 ans (généralement) recommandé entre 2 frottis.

Le deuxième axe d'actions concernera le suivi des positifs. Dans le cadre de la généralisation, le taux de cytologie anormale attendu est de 4%. La prise en charge des fem-

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

** Médecins coordonnateurs du Centre de Coordination des Dépistages des Cancers d'Indre et Loire qui expérimente le programme de dépistage organisé du cancer du col de l'utérus depuis 2010

mes ayant une cytologie anormale doit être menée selon les recommandations de l'INCa de 2016. Leur but, permettre une meilleure prise en charge des patientes mais aussi éviter les gestes thérapeutiques inutiles et la morbidité associée. En France, on estime qu'un cancer du col de l'utérus sur cinq fait suite à un frottis pathologique sans suivi adapté (femmes perdues de vue, prises en charge atypiques...). Afin de limiter ces situations dramatiques, les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers viendront épauler les professionnels de santé qui interviennent dans le suivi des frottis pathologiques : envoi de rappels aux professionnels pour toutes les femmes de 25 à 65 ans (invitées

ou non) ayant un frottis pathologique sans suivi, pour les biopsies positives sans traitement... Le troisième axe consistera à mettre en place une démarche qualité et une évaluation du dispositif selon plusieurs modalités : labellisation des centres régionaux de coordination des dépistages des cancers, envoi de données anonymisées à Santé Publique France (ex-InVS) pour l'évaluation nationale du programme et retours d'information aux professionnels sur leur pratique à des fins d'auto-évaluation.

Nous avons désormais tous les outils en main, alors à nous d'allier nos compétences pour faire reculer significativement le "fardeau" de ce cancer !



**LA PLATEFORME
MEDICALE**

LE PRO DU MEDICAL

TARIF SYNGOF ACHAT

27,80 € TTC le carton de 100 pièces

Contactez Serge NACHER
au 06 65 61 37 89 ou 09 65 35 58 47
ou par email : s.nacher@laplateformemedicale.com

Comment appliquer au mieux la nomenclature en 2018

E. PAGANELLI*

*Au cabinet médical en gynécologie
Powerpoint présenté à Nancy le 25 avril 2018*

Le Syngof souhaite vous aider à utiliser au mieux la nomenclature pour bien coter vos actes au cabinet. Nous sommes à votre disposition pour toutes demandes ou précisions. Si vous êtes adhérent vous pouvez poser vos questions par email à syngof@gmail.com. Les relecteurs actifs ont été : F. X. BOYER de LATOUR, B. de ROCHAMBEAU, M. BOHL et J. RIVOALLAN

E. PAGANELLI

CCAM et NGAP

Les actes pris en charge par l'Assurance Maladie doivent être inscrits sur la liste des actes et des prestations sociales. L'Uncam* distingue deux parties depuis le 11/03/2005 :

- ⇒ La CCAM qui regroupe les actes techniques,
- ⇒ La NGAP qui reste en vigueur pour les actes cliniques médicaux et les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux.

*UNCAM (Union nationale des caisses d'assurance maladie)

- ⇒ Secteur 1
- ⇒ Secteur 2
- ⇒ Secteur 2 option OPTAM et OPTAM - CO
- ⇒ Secteur 3

Disparition du CAS et remplacement par OPTAM/OPTAM-CO Mesure phare de l'avenant 8 de la précédente convention que Le Bloc n'a eu de cesse de dénoncer comme inapplicable aux spécialités des blocs.

L'accès direct spécifique chez le gynécologue

- ⇒ Examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage
- ⇒ La prescription et suivi d'une contraception et le suivi d'une grossesse
- ⇒ L'IVG médicamenteuse

Les actes cliniques de base

- ⇒ CS 23 €
- ⇒ APC (ex C2)
 - avis ponctuel de consultant
 - 48 € depuis le 1^{er} octobre 2017
 - 50 € au 1^{er} juin 2018

Les majorations MPC MCS

- ⇒ MPC 2 €
 - Majoration transitoire pour la consultation
- ⇒ MCS 5 €
 - Majoration de coordination
 - La MCS est réservée au secteur 1, OPTAM secteur 2 si CMU, Patients ACS, et CMU sans MT déclaré.

Majorations MPJ a disparu

- ⇒ La MPJ (MPC + MCS) pour les <16 ans a disparu
 - On peut coter MCS sans MT déclaré.
 - Il n'y a pas de réduction du remboursement en l'absence de déclaration de médecin traitant ou de non respect du parcours de soins coordonnés pour les < de 16 ans.

Majorations d'urgence sur actes cliniques

Depuis le 1^{er} janvier 2018

- ⇒ Apparition d'une CMU
- ⇒ Majoration de Consultation Urgence, chaque fois qu'un spécialiste reçoit un patient dans les 48h à la demande du médecin traitant, valeur 15 € (cumulable avec l'APC).

Tous secteurs concernés si le médecin pratique des tarifs opposables :

CS+MPC+MCS+MCU = 45 €

APC+MCU = 63 €

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

Cumul acte clinique et acte CCAM

La Consultation ne peut se cumuler avec un acte technique, sauf cas particulier cités dans la nomenclature

⇒ acte à 50%

Biopsie de la vulve, biopsie de l'aréole du mamelon, du vagin

⇒ acte à 100%

Écho de grossesse T1, T2, T3

Frottis (selon les Reco HAS)

APC + JKHD001 CS + MPC + MCS + JKHD001

Niveaux de consultations complexes

Secteur 1 et OPTAM

⇒ Pathologie endocrinienne de la grossesse (thyroïde, diabète)

Facturer MCX : 16 €

Consultation à tarif opposable

Modificateur PEG, limité à 4 par grossesse

CS+MCS+MPC+PEG = 46 €

APC+PEG = 64 € puis 66 €

Niveaux de consultations complexes

Secteur 1 et OPTAM

⇒ Première consultation pour stérilité

Facturer MCX : 16 €

Modificateur MPS

CS+MCS+MPC+MCX = 46 € ou

APC+MCX = 64 € puis 66 €

L'acte peut être facturé à tarif opposable ou non

Niveaux de consultations complexes

Secteur 1 et OPTAM

⇒ Thrombophilie grave au cours de la grossesse

Facturer MCX : 16 €

Modificateur PTG

CS+MCS+MPC+MCX = 46 € ou

APC+MCX = 64 € puis 66 €

L'acte peut être facturé à tarif opposable ou non

Consultation de contraception et de prévention

Consultation de santé publique présente dans la loi de modernisation de la santé

⇒ CCP (Consultation de Contraception et Prévention)

⇒ Première contraception entre 15 et 18 ans

Tarif unique valorisé à 46 €, prise en charge à 100% (CCP : maj. de 16 €)

Tous secteurs mais tarifs opposables

MG, gynécologues, pédiatres

Une seule CCP par patiente

Droit à l'anonymat

Consultations très complexes

Facturer MTX= 30 € (sauf secteur 2 non adhérents)

⇒ La consultation d'annonce en cancérologie, modificateur MIS (Majoration pour information Initiale et mise en place de la Stratégie thérapeutique) :

CS+MCS+MPC+MTX = 60 €, APC+MTX = 78 € et 80 €

⇒ La consultation d'annonce HIV, modificateur PIV, Prise en charge Infection VIH

⇒ 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) .

⇒ La 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, CPM (Consultation Pédiatrique Malformation).

Pas de médecin traitant déclaré

Patient hors parcours de soins

La consultation même dans le cadre de l'accès direct spécifique est considérée comme étant hors du parcours de soins coordonnés si pas de médecin traitant déclaré.

Attention

⇒ Pas de MCS : avis ponctuel de consultant

⇒ Pas d'APC

Pas de médecin traitant déclaré

Patient hors parcours de soins

Exceptions

⇒ Les actes de dépistage organisés dans le cadre de la campagne nationale contre le cancer du sein.

⇒ L'IVG médicamenteuse

⇒ Les patients en AME (ses bénéficiaires ne sont pas soumis aux dispositifs du MT et du parcours de soins coordonnés. Le MT est celui qui adresse le patient).

⇒ Pas de parcours de soins coordonnés pour les autres professionnels de santé (Chir. dentistes et SF).

Le DA peut s'appliquer chaque fois que la consultation ou les actes se font hors parcours de soins

La consultation de base : CS+MPC valorisée à 25 € a une définition précise, tout le reste peut être codé autrement :

⇒ Consultation pour pathologie chronique stable,

⇒ Consultation pour pathologie non grave,

⇒ Tous recours non liés à une affection évolutive.

Le DA (dépassement autorisé) limité au maximum à 17,5% du tarif de base.

<https://www.ameli.fr/assure/.../etre-bien.../medecin-traitant-parcours-soins-coordonnes>

Tarifs des CS hors parcours de soins

- ⇒ **Gynécologue secteur 1 CS MCS DA**
35 € (max) base du remboursement 25 € taux de remboursement 30% Montant remboursé : 6,50 €
- ⇒ **Gynécologue adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée**
Honoraires avec dépassements maîtrisés
Base du remboursement 25 € taux de remboursement 30% Montant remboursé 6,50 €
- ⇒ **Gynécologue secteur 2 honoraires libres**
Base du remboursement 23 € taux de remboursement 30% Montant remboursé 5,90 €

APC

- ⇒ Le gynécologue peut coter APC si la patiente n'a pas consulté dans les 4 mois précédents et s'il ne doit pas la revoir dans les 4 mois suivants.
Il adressera à son MT ses propositions thérapeutiques et lui laissera la charge d'en surveiller l'application.
- ⇒ Il peut rédiger une première ordonnance de mise en route du traitement ou de demande d'examen complémentaires.
Toutefois, si de façon imprévisible à l'occasion d'un événement intercurrent, le gynécologue est amené à la revoir dans les 4 mois après l'avis ponctuel de consultant, il peut la recevoir et coter une consultation.
- ⇒ Si le gynécologue a besoin d'un bilan complémentaire effectué par un autre professionnel de santé pour élaborer son avis ponctuel de consultant il peut la recevoir et coter une consultation.

Contexte d'urgence du parcours de soins

- ⇒ Est considérée comme urgence une **situation non prévue plus de 8 heures** auparavant et qui concerne une affection, ou la suspicion d'une affection, mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide du médecin.
- ⇒ Les soins ou traitements consécutifs à une urgence sont considérés comme étant dans le parcours de soins coordonnés dès lors que votre médecin traitant en est tenu informé.
- ⇒ Le gynécologue peut noter pour le remboursement "*elle consulte en contexte d'urgence du parcours de soins*" même si elle n'est pas adressée par un médecin traitant ou n'a pas de médecin traitant déclaré.
Patiente mieux remboursée
- ⇒ Le gynécologue notera pour le remboursement "*je suis le médecin correspondant si elle n'est pas adressée par un médecin traitant*".
- ⇒ Selon le contexte on peut mettre la consultation en APC. *Patiente mieux remboursée*

Entretien prénatal

Actes liés à la gestation et à l'accouchement 2,5 C dans la NGAP

- ⇒ La première séance est individuelle réalisable dès la déclaration de grossesse
- ⇒ En pratique :
 - FSE 2,5 C impossible, il faut écrire C 2,5 et en cas de contestation de la Sécurité sociale faire une lettre de réponse avec le texte proposé dans la diapo suivante.
 - Feuille de soin papier : écrire C 2,5 et en dessous : entretien prénatal précoce.

Entretien prénatal

Modèle de lettre de contestation

J'accuse réception de votre lettre du X, copie ci-jointe. Je conteste votre décision de non remboursement de ma consultation du X notée : C 2,5.

Cet acte n'avait rien à voir avec un "*parcours de soin coordonné*". En effet il s'agit d'une consultation "*entretien prénatal individuel*"

CHAPITRE II - Actes liés à la gestation et à l'accouchement (modifié par décision UNCAM du 05/02/08, du 28/09/11, du 02/10/12, du 14/02/13 et du 18/04/14)

Section 1 – Actes réalisés par les médecins

"..... *La première séance est individuelle. Elle peut être réalisée dès le premier trimestre de la grossesse. L'entretien individuel permet au professionnel de resituer son intervention dans le dispositif général de suivi préventif de la grossesse et d'anticiper les difficultés somatiques, psychologiques ou sociales qui pourraient advenir.*
- Première séance : 2,5 C"

A noter que le cahier des charges des logiciels imposent : un acte (en lettre) puis un modificateur (en chiffre).

Il est donc impossible de faire un modificateur (en chiffre) puis un acte (en lettre).

Nous ne pouvons qu'écrire dans un logiciel FSE : C 2,5.

Dans l'attente d'une régularisation rapide.

Je vous prie de croire, Mx, en l'assurance de mes salutations distinguées.

Forfait IVG de ville

- ⇒ ICS 25 € : Consultation de recueil de consentement
- ⇒ FPB : Investigations biologiques préalables à l'intervention. Non compris 69,12 €
- ⇒ IPE : Vérification échographique pré IVG non compris 35,65 €
- ⇒ FHV : Forfait consultations de ville 50 €
- ⇒ FMV : Forfait médicaments de ville 87,92 €
- ⇒ FUB : Contrôles biologiques ultérieurs 17,28 €
- ⇒ ICS ou IVE C de contrôle sans écho 25 € ou écho 34,24€

Forfait fausse couche

- ⇒ Gymiso® 200 µg, comprimé
- ⇒ MisoOne® 400 µg, comprimé
400 µg per os, éventuellement renouvelé toutes les 3 heures, si nécessaire, sans dépasser une dose totale de 2400 µg par 48h.
- ⇒ Le médecin achète les médicaments et les remet à la femme lors de la consultation.
- ⇒ Ces médicaments sont pris en charge par l'Assurance maladie dans le cadre du forfait "fausse couche" qui a été élaboré -à titre dérogatoire et transitoire- à cette fin. Le médecin facture à l'assurance maladie, outre le montant de la consultation fixée à 25 €, le montant du forfait "fausse couche".
- ⇒ **Les modalités pratiques de facturation ne sont toujours pas précisées sur le site ameli.fr.** Ce forfait devrait couvrir l'intégralité du traitement d'une patiente, quel que soit le nombre de boîtes délivrées par le médecin dans la limite de six boîtes.



Je soussigné(e) :

Nom _____ Prénom _____

Date d'installation _____

Tél. mobile _____ Email _____

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

Adresse professionnelle _____

MedyCS

ADHÉSION À L'ASSOCIATION GYNÉLOG et OBTENTION DES LOGICIELS

- Adhésion établissement annuelle à l'association** (permet l'obtention par téléchargement du logiciel MedyCS) - *Les établissements partenaires de Nestlé peuvent être dispensés de cette cotisation.* **5 000 €**
- Obtention du logiciel MedyCS (seul)** (pour UN médecin et son secrétariat). **290 €**
- Option : Module FSE Pyxvital** (pour UN médecin et son secrétariat) (TVA incluse) **+ 324 €**
- Convention d'assistance de 2 heures** **180 €**
- 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

Attitude anti-confraternelle

Savoir utiliser l'article 56 du Code de déontologie médicale

E. PAGANELLI*

On peut refuser la conciliation et maintenir la plainte

Cet article vous aidera à vous défendre quand vous jugerez qu'un confrère, publiquement, a une attitude anti confraternelle vis-à-vis de vous.

Le 31 janvier 2002, le nouvel observateur, publie un article d'un médecin et écrivain de la Sarthe.

Vous y lisez que *"beaucoup de gynécologues du public ou du privé sont ignorants, méprisants et trop paresseux pour donner aux femmes des réponses appropriées"*.

Le 15 juin 2016, une journaliste et médecin pousse un coup de gueule qui, va créer le buzz. Elle juge les propos de sa consœur "graves" et évoque une *"méconnaissance médicale de l'IVG médicamenteuse"*.

Été 2016 un article satirique, dont la rédactrice en chef est médecin, cite une consœur, et la juge atteinte de troubles psychiatriques constituant une menace grave pour l'ordre public pour avoir communiqué au SYNGOF sur les arrêts de travail post IVG de ville.

Médecins, en lisant ces lignes, vous jugez cette attitude anti confraternelle. **DEFENDEZ-VOUS et PORTEZ PLAINTE.**

Exemple de courrier

Conseil de l'Ordre des Médecins du département X
Objet : Plainte

Cher confrère,

Je porte plainte contre le Dr X, pour attitude anti confraternelle :

"Article 56 (article R.4127-56 du code de la santé publique):

Les médecins doivent entretenir entre eux des rapports de bonne confraternité.

Un médecin qui a un différend avec un confrère doit rechercher une conciliation, au besoin par l'intermédiaire du Conseil départemental de l'Ordre des médecins.

Les médecins se doivent assistance dans l'adversité".

Le Dr X est responsable du journal ou de l'émission X dans lequel est paru.....

Les propos tenus sont diffamatoires et portent atteinte à ma respectabilité.

Merci de donner la suite qui convient à cette plainte.

Signature

Dr xx

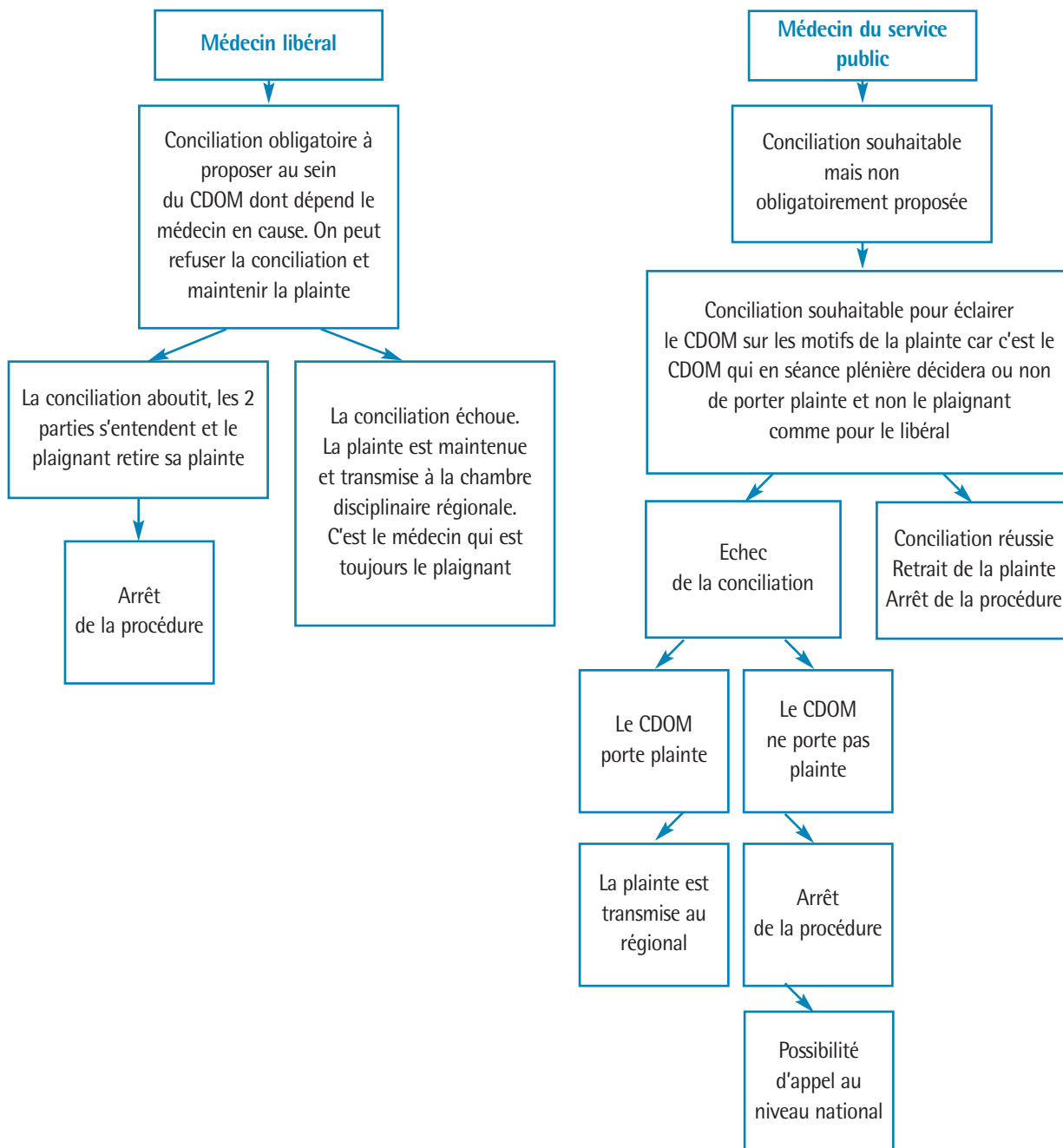


ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

A la suite de votre plainte, deux situations se présentent :

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

Plainte d'un médecin contre un médecin



Le financement de l'obstétrique : une application critiquable des "options pratiques tarifaires maîtrisées" de la convention médicale 2016-2020

R. PELLET*

La "convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016", dite "convention médicale", a été approuvée par un arrêté du 20 octobre 2016 (JO du 23 oct. 2016) et est applicable pour la période 2017-2021. Dans le but d'aider les praticiens libéraux à continuer à réduire leurs dépassements d'honoraires, elle a substitué aux "contrats d'accès aux soins" (CAS) deux catégories d'"options pratiques tarifaires maîtrisées", l'Optam et l'Optam-CO (I./). Mais, dans le domaine de l'obstétrique, certaines complémentaires santé font une application des Optam-Co contraire à l'intérêt médical des patientes, en pénalisant financièrement celles qui accouchent par voie basse par rapport à celles qui le font par césarienne. Si ces complémentaires ne modifiaient pas leur pratique tarifaire, une intervention du pouvoir réglementaire serait nécessaire pour rendre cohérentes dans le domaine de l'obstétrique les dispositions conventionnelles sur l'Optam-CO et la politique de santé publique (II./)

I - Du "contrat d'accès aux soins" (CAS) aux "options pratiques tarifaires maîtrisées" (Optam et Optam-CO) pour la réduction du reste à charges

Alors que la Cour des comptes a dressé un bilan négatif des contrats d'accès aux soins (CAS), l'Assurance maladie les

Certaines complémentaires santé font une application des Optam-Co contraire à l'intérêt médical des patientes.

Les Optam doivent avoir pour effet de diminuer le montant des dépassements et d'augmenter l'activité à tarif opposable, au bénéfice des patients dont le reste à charge est alors réduit, tout en permettant une augmentation des honoraires totaux.

juge beaucoup plus favorablement (A./) et elle a souhaité en amplifier les effets en substituant aux CAS les "options pratiques tarifaires maîtrisées", Optam et Optam-CO (B./)

A. Le bilan contrasté des contrats d'accès aux soins (CAS) dans la politique de réduction des restes à charge des patients

La nouvelle convention médicale fait perdurer la distinction entre deux secteurs d'activité(1) :

- le secteur 1 inclut les praticiens 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) ;
- le secteur 2 comprend les médecins qui demeurent dans le système conventionnel mais qui peuvent demander des compléments d'honoraires sachant, d'une part, que leurs patients ne sont remboursés par l'assurance maladie que sur la base de tarifs conventionnels minorés par rapport à ceux qu'appliquent les médecins en secteur 1, et, d'autre part, que les dépassements doivent être fixés par les praticiens "avec tact et mesure" ; en contrepartie de cette "liberté tarifaire" ces médecins perdent le bénéfice des avantages sociaux et peuvent demander à être affiliés au régime d'assurance maladie des indépendants (art. L 722-1-1 CSS).

(1) Cette distinction date de la 3^{ème} convention médicale nationale conclue en 1980 : cf. cf. Rémi Pellet et Arnaud Skrzyrbak, *Droit de la protection sociale*, PUF, coll. Thémis, 2017, p. 349

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

Pour tenter de limiter les "restes à charges"⁽²⁾ supportés par les patients des praticiens en secteur 2, l'avenant n° 8 à la convention médicale 2011-2016, conclu en 2012 et entré en vigueur en décembre 2013, avait créé le contrat d'accès aux soins (CAS) par lequel les médecins en secteur 2 pouvaient signer un contrat avec l'assurance maladie dans lequel ils s'engageaient à n'augmenter ni leur niveau moyen de ces dépassements, par rapport à leur pratique observée auparavant, ni la part de leur activité faisant l'objet de dépassements, et à recevoir plus de patients aux tarifs dits opposables, c'est-à-dire sans dépassement possible. Ce dispositif fut ouvert aux médecins qui disposaient des titres exigés pour s'installer en secteur 2 mais ne pouvaient le faire car ils avaient commencé leur activité en secteur 1(3). En contrepartie de l'effort de "modération" consenti par les médecins sur leurs dépassements, l'assurance maladie s'engageait à prendre en charge leurs cotisations sociales sur la part des honoraires réalisée à tarif opposable, alors que cette prise en charge était jusque-là conditionnée par une installation en secteur 1 (cf supra).

Le bilan du dispositif a donné lieu à des appréciations divergentes entre la Cour des comptes et l'Assurance maladie. Dans son rapport de septembre 2017 sur la Sécurité sociale, la Haute juridiction financière a jugé que le CAS avait eu "des effets limités pour un coût considérable", et, selon toujours la Cour, "plutôt que la mise en place du CAS, la relative modération de l'évolution des dépassements d'honoraires depuis 2012 pourrait refléter d'autres facteurs explicatifs : le contexte économique général caractérisé par une faible inflation, la réticence croissante des assurances maladie complémentaires à accompagner la hausse des dépassements et le plafonnement de la couverture par ces dernières, dans le cadre des contrats "responsables", des dépassements pratiqués par les médecins n'ayant pas adhéré au CAS."⁽⁴⁾

Concernant les contrats "responsables" (article L 871-1 du Code de la sécurité sociale, CSS) auxquels la Cour des comptes fait référence, il convient de rappeler la logique suivie par les pouvoirs publics : la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 a posé le principe (art. L 911-7 CSS) selon lequel, à compter du 1^{er} janvier 2016, les entreprises dont les salariés ne bénéficiaient pas déjà d'une couverture collective à adhésion obligatoire en santé sont tenues de la mettre en œuvre par une décision unilatérale, sachant que l'employeur doit financer cette couverture à hauteur d'au moins 50% de la

cotisation (art. L 911-7 CSS) mais qu'il bénéficie en contrepartie d'avantages sociaux et fiscaux⁽⁵⁾, à la condition que les contrats qu'il a souscrits offrent des garanties qui ne sont ni inférieures, ni supérieures à certains niveaux. La limite supérieure s'explique ainsi : les pouvoirs publics veulent limiter les dépassements d'honoraires en empêchant leur prise en charge par les assurances maladie complémentaires au-delà d'un certain plafond. La prise en charge par les complémentaires des dépassements des praticiens qui n'avaient pas adhéré au CAS ne pouvait excéder 100% du tarif de base de l'Assurance maladie depuis 2017. En revanche, les dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au CAS devaient être mieux remboursés que ceux des médecins ne l'ayant pas fait : cette différence devait être au moins égale à 20% par rapport au tarif de base de la prestation (art. R 871-2 CSS). De plus et surtout, le niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins ayant adhéré au CAS n'était pas plafonné par patient, les médecins devant respecter la limitation moyenne indiquée ci-dessus.

Le bilan du CAS a été apprécié favorablement par le directeur actuel de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts) et de Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) : ainsi, en réponse aux observations de la Cour des comptes, M. Nicolas Revel a fait valoir le fait que "l'évolution des dépassements d'honoraires constatée depuis 2014 marque une inflexion durable qui n'avait pas eu de précédent au cours des 20 années précédentes" et qu'"elle est sans conteste liée en partie à la montée en charge de ces nouveaux contrats. Les données 2016 montrent que la dynamique engagée se poursuit : le taux de dépassement de l'ensemble des médecins continue à baisser en 2016 - passant de 55,4% en 2011 à 51,9% en 2016 - et le taux d'activité à tarif opposable des médecins de secteur 2 a augmenté pour s'établir à 37,5%, contre 32,1% en 2011".

Et c'est pour améliorer encore ces résultats que l'UNCAM a conclu avec des syndicats de médecins la convention 2016-2020 qui a substitué au CAS un nouveau dispositif, celui des "options pratiques tarifaires maîtrisées".

B. Socle commun et différences des deux "options pratiques tarifaires maîtrisées", Optam et Optam-CO

Depuis le 1^{er} janvier 2017, les praticiens inscrits en secteur 2 et les médecins de secteur 1 titulaires des titres requis pour accéder au secteur 2 et installés avant le 1^{er} janvier 2013 ont la possibilité de souscrire, selon leurs spécialités, à l'une des deux options suivantes : soit l'"option pratiques tarifaires maîtrisées" dite "Optam" visée par les articles 40 à 48 de la convention, soit l'"Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique" dite "Optam-CO" qui fait l'objet des articles 49 à 58 de la convention et n'est ouverte qu'aux seuls chirurgiens et obstétriciens.

Pour M. Revel, la substitution des Optam au CAS a pour objectif de "permettre une augmentation significative des

(2) Cf. les actes du colloque de l'Association Française de Droit de la Santé (AFDS) de mars 2017 sur le thème "Santé et restes à charge", RDSS, numéro hors série, octobre 2017.

(3) Le CAS permettait donc à ces praticiens de sortir du "piège" dans lequel la convention médicale 1990-1992 les avait placés : cf. Rémi Pellet et Arnaud Skrzyerbak, op. cit., p. 350.

(4) Cour des comptes, Rapport sur la Sécurité sociale, sept. 2017, en ligne : <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/securite-sociale-2017>.

(5) Cf. Rémi Pellet, "La politique d'extension des complémentaires santé privées par l'octroi d'avantages socio-fiscaux aux employeurs", JDSAM, n°16, avril 2017, pp. 105-106.

médecins adhérents, et notamment des médecins chirurgiens et gynécologues obstétriciens : en août 2017, quelques mois après leur entrée en vigueur, 12 522 médecins avaient déjà adhéré à l'OPTAM/OPTAM-CO, dont 2820 nouveaux adhérents. La montée en puissance de ce nouveau dispositif devrait se poursuivre encore dans les prochains mois”

Les deux Optam sont fondées sur des principes communs :

1. Elles prennent la forme de contrats annuels qui peuvent être reconduits tous les ans mais les praticiens peuvent souscrire ou renoncer à ces engagements à tout moment en cours d'année alors qu'ils ne pouvaient abandonner le CAS qu'à la date anniversaire de leur adhésion ;
2. Les patients sont mieux remboursés car les tarifs de remboursement sont ceux qui s'appliquent aux médecins de secteur 1 (et non pas les tarifs conventionnels de base minorés des praticiens en secteur 2, cf. supra).
3. Les médecins adhérents à l'une ou l'autre de ces Optam s'engagent à respecter un taux moyen(6) de dépassement recalculé et un taux d'activité facturée sans dépassement, en pourcentage d'honoraire, les deux étant calculés au regard de l'activité sur une période de référence définie comme les trois années civiles précédant la date d'entrée en vigueur de l'option, c'est-à-dire l'activité et l'ensemble des actes cliniques et techniques réalisés en 2013, 2014 et 2015, alors qu'une seule année était prise en compte pour le CAS(7). Le taux moyen de dépassement ne peut être supérieur à 100% à ce qu'il était sur la période de référence et le taux moyen d'activité facturée sans dépassement doit être supérieur ou égal à celui constatés au cours de cette même période. Le texte de la convention fait référence à un taux moyen de dépassement "recalculé", car, en partant de la pratique tarifaire constatée du praticien, un "recalcul" est effectué en intégrant les tarifs du secteur 1, puisque désormais le patient bénéficie de l'application des tarifs de base des praticiens en secteur 1 et non pas des tarifs conventionnels de base minorés des praticiens en secteur 2 (cf. supra).

Les Optam doivent donc avoir pour effet de diminuer le montant des dépassements et d'augmenter l'activité à tarifs opposable, au bénéfice des patients dont le reste à charge est alors réduit, tout en permettant une augmentation des honoraires totaux.

Les différences entre les deux Optam sont les suivantes:

1. Concernant l'Optam

- Alors que le CAS faisait bénéficier le médecin de la prise en charge des cotisations sociales, la souscription de l'Optam lui permet de recevoir une rémunération (appelée "prime" dans les documents de présentation de l'Assurance maladie) qui est calculée par l'application d'un taux sur les honoraires réalisés à tarifs opposables correspondant au taux de cotisations sociales moyen sur les trois risques, maladie maternité décès, allocations familia-

Spécialités

Taux moyen appliqué aux honoraires réalisés aux tarifs opposables

ACP	4,7%
Anesthésistes	7,0%
Cardiologues	7,0%
Chirurgiens ⁸	7,2%
Dermatologues	8,3%
Endocrinologues	8,8%
Gastro-entérologues	7,1%
Généralistes	8,6%
MEP	8,4%
Gynécologues-médicaux	7,5%
Gynécologues-obstétriciens et mixtes	7,1%
Internistes	7,6%
MPR	7,9%
Médecins nucléaires	3,3%
Néphrologues	4,6%
Neurologues	7,8%
ORL	7,4%
Ophthalmologues	5,7%
Pneumologues	7,4%
Psychiatres-neuro-psychiatres	8,6%
Pédiatres	8,7%
Radiodiagnostique et imagerie médicale	4,6%
Radiothérapeutes	2,8%
Rhumatologues	7,5%
Stomatologues	8,0%

les et allocation supplémentaire vieillesse ; ce taux de charges sociales est calculé par l'assurance maladie et varie en fonction de chaque spécialité ; l'annexe 19 de la convention classe les différents dans un tableau qui est reproduit ci-dessus.

- La somme résultant de l'application de ces taux sur le montant total des honoraires à tarifs opposables réalise annuellement (année N) par le médecin est versée chaque année au médecin au moment de la vérification du respect de ses engagements contractuels, soit donc en juillet de l'année N+1, alors qu'avec le CAS il ne recevait le remboursement des charges sociales qu'en avril de l'année N+2.

(6) Il s'agit d'un taux "moyen" pour l'activité et la période concernée et non pas d'un taux par acte.

(7) Si le médecin n'a pas d'activité au titre de l'année civile précédant l'entrée en vigueur de l'Optam, "le taux de dépassement applicable ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles à l'option conventionnelle à tarifs maîtrisés sur la période de référence définie au présent article de la même spécialité et de la même région, à l'exception des spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie pour lesquelles le taux national est retenu".

(8) Il s'agit des chirurgiens qui font moins de 50 actes de chirurgie lourde par an ; les autres peuvent également adhérer à l'Optam-CO.

- Des taux d'engagement peuvent être définis au niveau d'un cabinet de groupe ou d'une clinique avec maintien d'un suivi individuel ;
- Les médecins pour lesquels un faible écart par rapport à leurs engagements contractuels est constaté reçoivent une rémunération minorée, cette réduction était d'autant plus importante qu'est élevé l'écart entre les résultats et les objectifs : un écart de 1 à 2 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints, donne droit au versement de 90% du montant de la rémunération spécifique ; un écart de 2 à 3 points réduit le versement à 70%, un écart de 3 à 4 points à 50%, un écart de 4 à 5 points à 30% et, enfin, un écart supérieur à 5 points fait perdre le droit à tout versement.

2. Concernant l'Optam-CO

Le chirurgien ou le gynécologue obstétricien qui choisit l'Optam-CO de préférence à l'autre Optam ne reçoit pas une prime mais il bénéficie d'avantages supérieurs :

- Les tarifs conventionnels de certains actes techniques sont revalorisés et ces hausses ne se traduisent pas par une réduction équivalente des dépassements car les praticiens peuvent augmenter leurs tarifs de la moitié de ces augmentations ;
- Au lieu de recevoir une rémunération ("prime") un an après son activité, le praticien obtient un gain immédiat.

Comme nous l'avons rappelé supra, dans le cadre de la législation "contrats responsables" les couvertures complémentaires devaient mieux rembourser les honoraires des médecins ayant adhéré au CAS et limiter le remboursement hors CAS.

Du fait du passage du CAS aux Optam, la convention médicale précise que "dans les contrats d'assurance maladie complémentaire déjà souscrits à titre collectif ou individuel, les partenaires conventionnels demandent aux pouvoirs publics de considérer que les garanties faisant référence au "contrat d'accès aux soins" visent désormais l'OPTAM et l'OPTAM-CO". De ce fait, les complémentaires santé n'ont pas eu à modifier leurs garanties pour le 1^{er} jan-

vier 2017 et elles se sont contentées de procéder à un simple changement de libellé en substituant les notions CAS/non CAS par OPTAM/OPTAM CO.

Cependant, concernant l'obstétrique, l'application de l'Optam-CO par certaines complémentaires s'avère critiquable car elle aboutit à pénaliser financièrement les patientes qui accouchent par voie basse au lieu de mettre au monde leurs enfants par "césariennes"(9), alors que cette politique est contraire à la volonté des pouvoirs publics et aux intérêts des patients.

2 - L'application de l'Optam-Co à l'obstétrique et la politique critiquable de certaines complémentaires santé

Alors que les pouvoirs publics cherchent à réduire la pratique des césariennes (A.), l'application des Optam-Co par certaines mutuelles va dans le sens inverse puisqu'elles prennent en charge les dépassements d'honoraires lorsque cet acte chirurgical est réalisé alors qu'elles refusent de le faire en cas d'accouchements par voie basse. Cette contradiction devrait être réglée par une réforme de la réglementation relative aux contrats responsables (B.).

A. La volonté des pouvoirs publics et la responsabilité des obstétriciens

Pour des raisons financières et de santé publique, les pouvoirs publics veulent que soit réduit le nombre des césariennes pratiquées en dehors des situations d'urgence (1./). Les obstétriciens ne contestent pas le bien-fondé de cette politique mais ils sont confrontés à des situations complexes qui peuvent engager leur responsabilité civile, notamment dans le cas où ils ont tardé à opérer (2./). Les expérimentations lancées en suivant les recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) ont d'ores et déjà permis de faire évoluer les pratiques (3./).

1. La volonté des pouvoirs publics de réduire les césariennes

La césarienne est un acte risqué qui peut entraîner "des effets indésirables non négligeables" qu'une revue résumait ainsi en 2009 : "La pratique de la césarienne augmente cinq à sept fois la mortalité maternelle et périnatale(10) principalement à cause de complications anesthésiques, d'infections puerpérales et de thromboses veineuses(11). Le recours à la césarienne augmente la probabilité pour les grossesses suivantes d'une mauvaise insertion du placenta(12). La césarienne étant une intervention chirurgicale, la probabilité d'infections nosocomiales est également plus importante. À partir de données des hospices civils de Lyon, Guerraz(13) montre qu'à la suite d'un accouchement par

(9) Pour une présentation "pédagogique" de cet acte par l'Assurance maladie, voir le site : <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accouchement-nouveau/accouchement>

(10) Hlckl E. "The safety of Cesarean section", dans popkin D.R. et peddle L.J. (eds), *Women's health Today, Perspective on current research and clinical practice: the proceedings of the xlve World Congress of Gynecology and Obstetrics*, 1994, Londres, The Parthenon publishing Group ; Illford F. "The relative risk of cesarean section (intrapartum and elective) and vaginal delivery: a detailed analysis to exclude the effects of medical disorders and other acute preexisting physiological disturbances", *British Journal of Obstetrics gynaecologist*, 97, 1990 p. 883-892.

(11) deneux-tharaux C., carmona E., Bouvle-colle M-H., Bréart G., "Post-partum Maternal Mortality and Cesarean Delivery", *American Journal of Obstetrics and gynecology*, 08 (3), partie, 2006, p. 54 -548.

(12) Risque de placenta praevia, placenta accreta. wu S., Kocherglnsky M. et hIBBard J.U. [2005], "Abnormal placentation: Twenty-year analysis", *American Journal of Obstetrics and gynecology*, 92, p. 458- 46 ; usta I.M., hoBelKa E.M., aBu musa A.A., gaBrlel G.E., nassar A.H. [2005], "Placenta previa-accreta: Risk factors and complications", *American Journal of Obstetrics and gynecology*, 93, p. 045- 049.

voie basse 2,4% des femmes contractent une maladie nosocomiale, alors que ce taux est de 7,4% après un accouchement par césarienne⁽¹⁴⁾.

En conséquence, comme le rappelait un communiqué de presse de l'OMS du 10 avril 2015, la césarienne ne devrait être pratiquée "qu'en cas de nécessité médicale", sachant que "depuis 1985, la communauté internationale de la santé considère que le "taux idéal" de césarienne se situe entre 10% et 15%" et que "lorsque le taux de césarienne augmente pour s'approcher de 10% sur l'ensemble de la population, la mortalité maternelle et néonatale diminue" mais qu'"aucune baisse supplémentaire de la mortalité n'est observée lorsque ce taux dépasse 10%"⁽¹⁵⁾.

En France, il y a vingt ans, un article du journal L'Express intitulé "Des césariennes trop banales" (27 novembre 1997) se concluait ainsi : "la césarienne arrange parfois tout le monde, y compris sur le plan financier. C'est un "effet pervers" du mode de remboursement, analyse un spécialiste : à la différence d'un accouchement par voie naturelle, la césarienne est cotée comme un acte chirurgical, et donc intégralement prise en charge par la Sécurité sociale, les mutuelles réglant souvent les honoraires du médecin. Conséquence : dans un établissement privé, une césarienne sera paradoxalement mieux remboursée qu'un accouchement classique. Une situation ubuesque qui explique pour une part le taux, parfois ahurissant, des césariennes pratiquées dans les cliniques"⁽¹⁶⁾.

Plus de dix ans après (2008), le même journal se faisait le relai de la Fédération des hôpitaux publics qui mettait en cause les praticiens libéraux exerçant dans les établissements de santé au motif qu'ils pratiqueraient trop de césariennes, grief dont la Fédération des cliniques privées se défendait en arguant du fait que ses "établissements n'ont aucun intérêt financier à pratiquer des césariennes, puisque cette intervention est sous-rémunérée à hauteur de 347 euros". Selon le journal, le développement des césariennes tiendrait plutôt à "la volonté de ne pas prendre de risques et de se prémunir contre des procès" ainsi qu'à la multiplication des grossesses tardives⁽¹⁷⁾.

2. Des obstétriciens soumis à une injonction paradoxale

Alors que les pouvoirs publics les incitent à réduire le nombre de césariennes, les obstétriciens peuvent être condamnés s'ils ont tardé à y recourir quand cet acte aurait permis d'éviter le dommage subi par une femme ou son enfant. Le risque est civil et pénal. On peut ainsi citer, à titre d'exemple, l'arrêt Cass. crim., 24 juin 2014, 13-84.542 (inédit), au terme duquel la chambre criminelle de la Cour de cassation a condamné pénalement un obstétricien pour avoir tardé à réaliser une césarienne : "Attendu que, si c'est à tort que la cour d'appel retient que la prévenue a commis une faute simple ayant causé directement le décès de l'enfant, l'arrêt n'encourt pas pour autant la censure dès lors qu'il résulte de ses constatations que, dans le cadre d'une grossesse à

risque en raison des éléments spécifiques de la parturiente associés à une suspicion de macrosomie fœtale, Mme X..., en ne procédant pas à une lecture minutieuse du tracé du rythme cardiaque fœtal mis en place depuis 2h45 et qui révélait l'association d'une tachycardie fœtale à un micro-voltage, puis plusieurs bradycardies et épisodes de rythme plat, enfin des épisodes plus alarmants jusqu'à l'importante bradycardie survenue à 12h50, et en prenant tardivement la décision de procéder à une césarienne, a commis une faute caractérisée exposant autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elle ne pouvait ignorer et qui entretient un lien de causalité certain avec le décès de la victime"⁽¹⁸⁾.

Si le recours à la césarienne est parfois indispensable pour sauver l'enfant et la femme ou pour éviter que l'un ou l'autre ne subisse des dommages graves, un praticien peut être également condamné pour avoir réalisé une césarienne qui ne se justifiait pas et qui a provoqué des dommages qu'un accouchement aurait permis d'éviter.

Il peut exister des césariennes qui sont appelées "de convenance"⁽¹⁹⁾ parce qu'elles sont pratiquées à la demande expresse de la parturiente qui espère ainsi éviter la souffrance que peut accompagner le passage du bébé par la voie vaginale. Face à une telle demande, l'obstétricien est placé dans une situation difficile car la loi a consacré le principe selon lequel "le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix" (art. L1111-4 code de la santé publique, CSP), mais il engagerait sa responsabilité civile et pénale si la patiente subissait un dommage parce que les conditions médicales n'étaient pas réunies pour réaliser un tel acte⁽²⁰⁾. Le code de déontologie médicale dispose d'ailleurs que "le médecin doit s'interdire, dans les investigations et inter-

(13) Guerraz F.T. [2006], "Incidence des infections nosocomiales chez les accouchées césariées et non césariées", Mimeo.

(14) Carine Milcent, Julie Rochut "Tarification hospitalière et pratique médicale. La pratique de la césarienne en France", Revue économique 2009/2 (Vol. 60), p. 489-506.

(15) Organisation mondiale de la Santé : "La césarienne: une intervention à ne pratiquer qu'en cas de nécessité médicale", 10 avril 2015 : <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2015/caesarean-sections/fr/>

(16) https://www.lexpress.fr/informations/des-cesariennes-trop-banales_625893.html

(17) "Trop de césariennes dans les cliniques privées", L'Express, 8 déc. 2008, en ligne : https://www.lexpress.fr/actualite/societe/sante/trop-de-cesariennes-dans-les-cliniques-privées_720095.html

(18) Sur l'importance d'une "lecture minutieuse du tracé du rythme cardiaque fœtal" et les difficultés pour les praticiens d'analyser tous les risques dans des situations de crise, cf. le dossier thématique de cette revue sur les logiciels qui peuvent aujourd'hui aider les obstétriciens et les sages-femmes.

(19) Michel Briex et alii, "La césarienne de convenance" in "Parce que je le vauds bien", Spirale 2004/3 (no 31), p. 137-142, en ligne : <https://www.cairn.info/revue-spirale-2004-3-page-137.htm>

(20) Cf. un article ancien : F. Pierre, "Peut-on (ou doit-on) accepter de faire une césarienne si la patiente le désire alors qu'il n'existe pas d'indication médicale ?", Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Vol 29, N° SUP 2 - novembre 2000 p. 74 ; un article plus récent : Isabelle Lucas-Baloup, "Césariennes de confort : qui le décide, la parturiente ou le médecin ?", déc. 2010, <https://www.gynecologie.com/juridique/cesariennes-de-confort-qui-le-decide-la-parturiente-ou-le-medecin.>

ventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié" (art. R 4127-40 CSP), sachant que "hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, [il] a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles", dès lors qu'il garantit "la continuité des soins aux malades" (art. R4127-47 CSP).

Certaines publications font également état de césariennes programmées par des obstétriciens qui préfèrent choisir le moment le plus opportun pour eux de la mise au monde plutôt que d'avoir la patience d'attendre le moment où l'accouchement par voie basse serait possible. Alors que les réseaux sociaux relaient de nombreuses plaintes de femmes qui disent avoir été "victimes" de césariennes qui n'étaient pas médicalement nécessaires et auxquelles elles n'avaient pas consenti(21), les représentations de la profession considèrent que les abus ne peuvent être que marginaux car les praticiens savent bien en effet qu'ils s'exposent au risque d'être condamnés au plan civil et pénal si un dommage, pour la mère et/ou l'enfant, survient à l'occasion d'une césarienne qui n'a été effectuée que dans l'intérêt financier ou administratif (planification de son activité) de l'obstétricien, et quand un accouchement par voie basse aurait permis d'éviter l'accident. Dans leur intérêt autant que dans celui des patientes, les obstétriciens suivent dans leur grande majorité les recommandations médicales de la Haute autorité de santé (HAS) concernant les césariennes.

3. Les bons résultats des expérimentations organisées selon les recommandations de la HAS

Saisie par la Cnamts et la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) du ministère de la Santé, la HAS a publié en 2012 des recommandations de bonne pratiques (RBP) concernant les "césariennes programmées"(22), c'est-à-dire celles qui ne sont pas rendues nécessaires avant terme ou du fait d'une situation d'urgence apparaissant avant le travail ou au cours du travail.

Selon ce document de la HAS, le taux de césariennes s'est stabilisé en France depuis le début des années 2000 de sorte

qu'une femme sur cinq donne naissance par césarienne. Cette opération est programmée dans moins de la moitié des cas mais il existe une hétérogénéité des pratiques entre les différents établissements et les différents départements. D'autre part, des membres du groupe de travail de la RBP ont élaboré en 2012, avec "des experts en méthode qualité", un document définissant "des parcours génériques de femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne, en fonction de facteurs de risques développés dans la recommandation"(23). À la suite de ces travaux, "l'expérimentation d'un programme d'accompagnement des maternités pour l'amélioration de leur pratique" a été lancée dans 162 maternités volontaires entre janvier 2013 et mi-novembre 2014.

En décembre 2012, la Cour des comptes avait été saisie par la commission des affaires sociales d'une demande d'enquête portant sur "les maternités". Le rapport de la Haute juridiction financière rendu en décembre 2014 constatait que les actions lancées sur la base des travaux de la HAS "ont été puissamment relayées par les réseaux de santé périnataux et se sont traduites, dans certains établissements, par une véritable chasse à la mauvaise indication". L'analyse publiée en 2016 par la HAS des évolutions des pratiques en application de ce programme montre, d'une part, "une inversion de la tendance à la hausse constatée lors des années précédentes", d'autre part, que "l'expérimentation a permis au groupe des 162 maternités engagées de faire évoluer leurs taux de manière plus marquée que ceux de maternités non engagées"(24).

Dans le rapport précité, la Cour des comptes soulignait que selon une étude de 2017 de l'OCDE(25), "un enfant sur trois naît par césarienne, alors que la proportion d'accouchements par césarienne pour raisons médicales ne devrait pas dépasser 15%". Et, pour cette raison, les pouvoirs publics cherchent toujours à ce que le système de tarification financière contribue à réduire le taux de recours à la césarienne. Or, aujourd'hui, certains assureurs complémentaires appliquent l'Optam-Co d'une façon qui favorise financièrement la prise en charge des césariennes au détriment de la couverture des accouchements par voie basse. Cette politique financière est contraire à celle suivie par les pouvoirs publics...

B. Les politiques financières des pouvoirs publics et de certaines complémentaires en matière d'obstétrique : une contradiction à résoudre par décret

Alors que les pouvoirs publics utilisent l'outil tarifaire pour pénaliser la pratique des césariennes programmées dans les établissements de santé (1./), certaines complémentaires, elles, accordent à leurs assuré(es) une couverture financière plus faible pour les accouchements par voie basse que pour les césariennes, sans que les patientes aient été clairement informées au préalable de cette différence tarifaire (2./). Pour résoudre cette contradiction, le législateur devrait préciser le champ des contrats responsables (3./)

(21) Cf. par ex. "Les violences obstétricales et la parole confisquée", 25 janv. 2015, <http://marieaccouchela.blog.lemonde.fr/2015/01/26/les-violences-obstetricales-et-la-parole-confisque/>

(22) HAS, *Recommandations de bonne pratique : indications de la césarienne programmée à terme*, janvier 2012, en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-03/indications_cesarienne_programmee_-_recommandation_2012-03-12_14-44-28_679.pdf

(23) "Analyse et amélioration des pratiques – Césarienne programmée à terme", 2012 : http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/HAS2012_Reco_cesarienne_programmee.pdf

(24) HAS, *Analyse et amélioration des pratiques : Evolution des taux de césariennes à terme en France entre 2011 et 2014 et évaluation de l'impact du programme d'amélioration des pratiques*, 2016, en ligne : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/cesariennes_programmees_a_terme_rapport_court_2016-10-13_10-54-47_923.pdf

(25) OCDE, *Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé*, synthèse, 2017

1. La pénalisation financière des césariennes, spécialement dans le secteur privé

En 2002, lors de la refonte des tarifs conventionnels, à la demande du syndicat des obstétriciens les tarifs de l'accouchement par voie basse et par césarienne ont été égalisés pour qu'il n'y ait plus d'incitation financière à privilégier un mode d'accouchement.

Puis, ces dernières années, les pouvoirs publics ont choisi de pénaliser financièrement les établissements de santé où se pratiquent un grand nombre de césariennes. Les maternités privées furent les premières affectées par cette politique comme le soulignait en 2012 un rapport des inspections générales des affaires sociales et des finances qui constatait l'existence de distorsions tarifaires entre les établissements publics et privé aux dépens de ces derniers. Ainsi, il était écrit dans le rapport que dans le secteur public, *"la pénalisation marquée des césariennes (-15,6% pour près de 80 M€) est compensée par l'avantage tarifaire des accouchements par voie basse sans complication significative (+8% pour plus de 80 M€) au sein de la CMD 14"*(26) alors que dans le secteur privé *"la pénalisation tarifaire relative des césariennes est plus marquée que dans le secteur public (-22% contre -16% respectivement) et, à la différence du secteur public, elle n'est pas compensée par un avantage tarifaire notable des accouchements par voie basse sans complication significative. La CMD 14 en sort donc relativement pénalisée dans le secteur privé."*

Dans ce même rapport, les inspections générales déclaraient *"s'interroger sur la manipulation des tarifs comme outil de "désincitation" à certaines activités" sachant que pour les rapporteurs "l'exemple le plus flagrant" était "celui des césariennes qui subissent en 2011, principalement au titre des objectifs de santé publique", une sous-tarifcation relative de 15,6% dans le secteur public et de 21,8% dans le secteur privé. Les inspecteurs généraux ajoutaient que "même si l'on sait que les taux de césariennes présentent de fortes variations interrégionales qui laissent douter de la pertinence médicale de cette prestation dans certains cas, on peut supposer que toutes les césariennes ne sont pas injustifiées au plan sanitaire (il se pourrait aussi, - la mission n'a pas cherché à le documenter -, que certains services spécialisés aient pour des raisons sanitaires objectives des taux de césariennes importants). Faire de l'outil tarifaire un censeur aussi général de la pertinence des actes, par surcroît dans de telles proportions financières, laisse donc perplexé."*

On peut noter de surcroît que les pouvoirs publics avaient instauré en 2014 un mécanisme de dégressivité tarifaire qui consistait à réajuster à la baisse les tarifs de chaque établissement de santé qui dépassait un certain seuil d'activité pour un ensemble d'activités ciblées(27). Avant d'être supprimé par l'article 66 de la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018(28), contre l'avis de la Cour des comptes qui avait au

contraire appelé à *"approfondir le mécanisme de la dégressivité tarifaire"* dans son rapport de novembre 2017 sur l'Assurance maladie(29), ce mécanisme fut utilisé pour inciter les maternités à réduire leur taux de césarienne(30).

2. La politique de certaines complémentaires santé pénalise les praticiens "vertueux" et les patientes

Comme cela a été indiqué supra, les conditions de prise en charge des dépassements d'honoraires dans le cadre de l'Optam-CO sont les mêmes que celles qui existaient pour le CAS ce qui signifie que la couverture par l'assureur ou la mutuelle peut être sans limite, alors qu'elle est plafonnée à 100% du tarif opposable pour les honoraires des médecins qui n'ont pas adhéré à l'Option.

Mais, les contrats proposés par certaines complémentaires santé ne prennent en charge les dépassements d'honoraires des praticiens adhérant à l'Optam-CO que pour les actes chirurgicaux, dont font partie les césariennes, en excluant les accouchements par voie basse.

Cette politique pénalise les femmes puisque 80% accouchent par voie vaginale. D'autre part et surtout, elle place les obstétriciens dans un conflit d'intérêts difficilement acceptable car ils savent que s'ils réalisaient des césariennes *"de convenance"* ils pourraient accroître leurs dépassements d'honoraires car leurs patientes bénéficieraient alors d'une couverture complémentaire plus large.

De plus, cette politique est trompeuse pour les futures mères qui ne sont pas clairement informées du fait que les contrats d'assurance complémentaire distinguent, concernant l'obstétrique, les césariennes, pour lesquelles les dépassements d'honoraires sont couverts, et les accouche-

(26) Inspection générale des affaires sociales (IGAS), *Evaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux, Rapport n°RM2012-024P*, mars 2012, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/124000549.pdf>

(27) Article L 162-22-9-2 CSS (abrogé): *"L'Etat peut fixer, pour tout ou partie des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L 162-22, des seuils exprimés en taux d'évolution ou en volume d'activité. Lorsque le taux d'évolution ou le volume d'activité d'une prestation ou d'un ensemble de prestations d'hospitalisation d'un établissement de santé soumis aux dispositions du premier alinéa du présent article est supérieur au seuil fixé en application du même alinéa, les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L 162-22-10 applicables à la prestation ou à l'ensemble de prestations concernés sont minorés pour la part d'activité réalisée au-delà de ce seuil par l'établissement. Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment les critères pris en compte pour fixer les seuils, les modalités de mesure de l'activité et de minoration de tarifs ainsi que les conditions de mise en œuvre des minorations après constatation du dépassement des seuils. La mesure de l'activité tient compte des situations de création ou de regroupement d'activités."*

(28) Le projet de LFSS pour 2018 justifiait cette suppression au motif que *"l'application de la dégressivité tarifaire n'a pas permis d'atteindre les objectifs de meilleure maîtrise individuelle de l'évolution de l'activité des établissements de santé. A l'inverse, il a rencontré d'importantes difficultés techniques de mise en œuvre."*

(29) Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie. Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs, Rapport public thématique, novembre 2017*, p. 103

(30) Isabelle Lucas-Baloup, *"Césarienne et dégressivité tarifaire : Quid de la liberté de prescription de l'obstétricien"*, janvier 2017, en ligne : <https://www.gyneco-online.com/juridique/cesarienne-et-degressivite-tarifaire-quoi-de-la-liberte-de-prescription-de-l-obstetrien>.

ments par voie basse, pour lesquels les dépassements ne sont pas remboursés.

Le choix de certaines complémentaires de prendre en charge de façon sélective les dépassements d'honoraires selon qu'ils sont liés à des césariennes ou à des accouchements est donc doublement critiquable : il est contraire à la politique de santé publique en matière d'obstétrique et il trompe les futures mères qui ne sont pas en mesure d'apprécier la portée financière des subtilités des contrats qu'elles souscrivent pour la couverture des soins de maternité.

3. Le pouvoir réglementaire devrait préciser le champ des contrats responsables en matière d'obstétrique

Pour éviter que les organismes complémentaires ne suivent une politique tarifaire contraire à celle que les pouvoirs publics promeuvent en matière d'obstétrique, les pouvoirs

publics pourraient réformer les dispositions réglementaires qui définissent le "contenu des dispositifs d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'une aide". Ainsi, à l'article R 871-2 CSS, il conviendrait d'ajouter qu'en matière d'obstétrique, si le contrat de couverture complémentaire prévoit la prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens ayant adhéré à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale, ce niveau de prise en charge doit être précisé concernant tous les actes obstétricaux. Ainsi, les patientes seront en mesure de savoir si leur assureur complémentaire couvrira aussi bien les frais d'accouchement par voie basse que les césariennes.

Texte paru dans le JDSAM n°19 2018, Rubrique Financement, reproduit avec l'autorisation de l'auteur.

Vos informations au quotidien sur syngof.fr

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 2018 _____

• 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 ^{ère} année d'installation	150,00 €
⇒ Retraité	70,00 €
⇒ Interne	10,00 €

- 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

SANTÉBD nous a proposé de relire les fiches concernant notre spécialité. Les femmes gynécologues du CA du SYNGOF ont participé en mars 2018 à ces corrections.

Nous avons choisi d'intégrer les sages-femmes dans ce parcours de soins et le médecin généraliste. Nos remarques médicales ont été intégrées autant que possible, lorsque les corrections ne rendaient pas la fiche plus compliquée qu'elle ne l'était.

L'ambition de SANTÉBD est de proposer des explications claires et simples de façon à ce que des personnes avec une déficience intellectuelle ou des personnes autistes puissent avoir une meilleure compréhension des soins et puissent exprimer plus facilement leurs émotions et leurs questions.

Le Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France a validé les fiches concernant notre spécialité et vous invite à les faire connaître.

E. PAGANELLI



SANTÉBD : UN PARCOURS DE SOINS ET UN SUIVI MÉDICAL FACILITÉS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

SantéBD est un outil de communication qui explique la santé avec des dessins et des mots simples. Sous forme de fiches illustrées et personnalisables, cet outil préventif et informatif a su créer un langage universel pour faciliter la communication entre les patients en situation de handicap et les professionnels de santé et favoriser ainsi l'accès aux soins. Répondant à un vrai besoin de pédagogie sur la santé, adapté notamment aux personnes autistes et aux personnes avec une déficience intellectuelle, cet outil a reçu le prix national des Victoires de l'accessibilité en juin 2015.

SantéBD est un outil collaboratif soutenu par les principaux acteurs institutionnels dans le domaine tels que Santé Publique France, la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) qui reconnaissent sa qualité et son utilité publique.

SANTÉBD, UN OUTIL CLÉ EN MAIN POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Initié par l'association CoActis Santé et né de la collaboration de nombreux partenaires issus du monde du handicap et de la santé (associations de patients, professionnels de santé, fédérations hospitalières, acteurs institutionnels), SantéBD a pour ambition d'améliorer l'accès à la santé des personnes en situation de handicap partout en France.

Cet outil répond à un enjeu de santé publique : la prise en charge des personnes en situation de handicap est aujourd'hui difficile, aléatoire et morcelée. De nombreux patients renoncent aux soins faute d'un accompagnement adapté et d'outils pour expliquer de façon claire la santé. C'est en pensant l'accès aux soins pour tous les types de handicap – moteur, mental, psychique et sensoriel - et en ne se limitant pas à l'accessibilité des locaux, que le projet SantéBD est né, créant une unité de langage et de communication pensée par et pour ses utilisateurs.

SantéBD est une véritable bibliothèque en ligne référençant aujourd'hui plus de 40 fiches thématiques illustrées (déclinées en 250 versions personnalisées), décrivant le déroulement des soins, des consultations ou des actes de prévention. Pour les patients, les aidants familiaux et professionnels, ces fiches constituent une solution concrète pour diminuer l'anxiété liée aux rendez-vous médicaux en permettant la préparation des consultations en amont.

Les fiches permettent ainsi au patient de disposer d'explications claires et rassurantes l'aidant à verbaliser ses questions et exprimer ses émotions. La confiance installée, la consultation se déroule dans de meilleures conditions et le suivi médical est facilité.

De leur côté, les professionnels de santé bénéficient d'un outil clé en main utile pour améliorer la prise en charge des personnes en situation de handicap : faciliter la préparation des visites en amont, favoriser la compréhension des soins, lever les peurs mutuelles et améliorer la communication directe avec le patient. Une solution concrète qui facilite le déroulement des consultations, simplifie le parcours de soins et favorise un suivi médical dans la durée, notamment en matière de prévention dentaire et gynécologique.

SANTÉBD, COMMENT ÇA MARCHE ?

SantéBD est accessible à tous, y compris aux personnes autistes ou avec une déficience intellectuelle : avec des dessins et des mots simples en langage « Facile A Lire et à Comprendre » (FALC), les fiches SantéBD résultent d'une méthodologie spécifique qui associe des experts en communication alternative, FALC, autisme, aphasie, déficience intellectuelle, visuelle et auditive. Ces fiches s'adressent également aux enfants, aux adultes souhaitant mieux comprendre leur santé et aux personnes ne comprenant pas le français.

Paris, le 16 avril 2018

SantéBD s'adapte à chaque utilisateur : toutes les fiches sont personnalisables, déclinées en plusieurs versions au choix en fonction de l'âge, du sexe et des difficultés de l'utilisateur (mobilité réduite, déficience intellectuelle, autisme, aphasie, déficience visuelle ou auditive...).

PERSONNALISER ET CONSULTER UNE FICHE EN 5 ÉTAPES :

- 1) Choisir une spécialité médicale
- 2) Sélectionner le profil : garçon/fille/homme/femme
- 3) Indiquer ses difficultés :
- fauteuil roulant, autisme, sourd, malvoyant, compréhension, aphasie
- 4) Définir si le docteur du patient est un homme ou une femme
- 5) Consulter la fiche



Ces fiches sont téléchargeables et imprimables depuis le site internet www.santebd.org et consultables depuis l'application SantéBD - disponible gratuitement sur [l'App Store](https://www.apple.com/fr/app-store) et [Google Play](https://www.google.com/play).

SantéBD est réalisé grâce au soutien financier de :



SantéBD résulte d'une démarche collaborative avec plus de 50 partenaires et est coordonné par :



À propos de CoActis Santé : Association loi 1901, CoActis Santé s'engage pour une accessibilité effective à la santé et aux soins des personnes en situation de handicap. Les travaux de CoActis Santé concernent tous types de handicap : moteur, mental psychique, ou sensoriel. CoActis Santé se projette au-delà de la loi 2005 sur l'accessibilité et porte une démarche innovante en santé en proposant des outils concrets pour l'inclusion et la fin des discriminations. CoActis Santé a contribué de janvier à juin 2013 à la mission confiée à Pascal Jacob par la ministre Marie-Arlette Carlotti sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, en animant l'atelier « structures de proximité ». Plus d'informations sur : <http://www.coactis-sante.fr/>

La Fondation Handicap Malakoff Médéric : Créée en octobre 2013 afin de sceller l'engagement historique du groupe Malakoff Médéric en faveur du soutien aux personnes en situation de handicap, la fondation d'entreprise Handicap Malakoff Médéric a pour mission de favoriser l'accès à la santé et à l'emploi des personnes en situation de handicap. Dédiée à 100 % au handicap, la fondation a pour maître mots : « Soyons la génération de l'action ! » À ce titre, elle identifie des projets innovants et s'engage sur le long terme afin de permettre la généralisation sur tout le territoire des idées ou réalisations les plus pertinentes. Ces projets sont examinés par un comité d'orientation composé d'experts du handicap. Lieu d'analyse et de prospective unique, son « Observatoire pour l'emploi des personnes handicapées en entreprise » propose des rendez-vous réguliers aux entreprises. La Fondation Handicap Malakoff Médéric est dotée d'un budget annuel de 2 millions d'euros. Plus d'informations sur : <http://www.fondationhandicap-malakoffmederic.org/>

Recommandations pour la pratique clinique

Prévention de la prématurité spontanée et de ses conséquences (hors rupture des membranes)

en partenariat avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français nous publierons régulièrement dans cette revue des recommandations issues des conférences de consensus et de la réflexion d'experts à qualités.

Nous remercions le CNGOF d'avoir bien voulu accepter la publication de ces recommandations que vous pouvez retrouver sur leur site internet : <http://www.cngof.fr>

F. X. BOYER de LATOUR

Le groupe de travail

Promoteur :

CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) 91 bd de Sébastopol - 75002 Paris

Comité d'organisation :

B. LANGER, président (gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), L. SENTILHES, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Bordeaux, CNGOF), M.V. SENAT (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre, CNGOF), S. PAYSANT (CNSF, Collège national des sages-femmes de France), C. DUCROUX-SCHOUWEY (CIANE, Collectif interassociatif autour de la naissance), A. EVRARD (CIANE).

Experts du groupe de travail :

P.Y. ANCEL (santé publique, Inserm), E. AZRIA (gynécologue obstétricien, ESPIC, Paris), G. BENOIST (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), J. BLANC (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), G. BRABANT (gynécologue obstétricien, PSPH, Lille), F. BRETTELLÉ (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), S. BRUN (gynécologue obstétricien, CHU, Bordeaux), M. DORET (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), G. KAYEM (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), E. MAISONNEUVE (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), L. MARCELLIN (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), S. MARRET (pédiatre, CHU, Rouen), N. MOTTET (gynécologue obstétricien, CHU, Besançon), D. RIETHMULLER (gynécologue obstétricien, CHU, Besançon), P. ROZENBERG (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy), T. SCHMITZ (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), H. TORCHIN (pédiatre, Inserm).

Lecteurs :

A. BENACHI (gynécologue obstétricien, CHU, Clamart), G. BEUCHER (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), M. BORNES (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), A. BOURTEMBOURG (gynécologue obstétricien, CHU, Besançon), C. BROCHET (sage-femme, CHU, Paris), G. CARLES (gynécologue obstétricien, CHU, Saint-Laurent-du-Maroni), C. CHAULEUR (gynécologue obstétricien, CHU, Saint-Étienne), M.T. CHEVE (gynécologue obstétricien, CH, Le Mans), A. CHIROL (gynécologue obstétricien, CH, Le Mans), O. CLARIS (pédiatre, CHU, Lyon), E. CLOUQUEUR (gynécologue obstétricien, CHRU, Lille), F. COATLEVEN (gynécologue obstétricien, CHU, Bordeaux), C. D'ERCOLE (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), T. DEBILLON (pédiatre, CHU, Grenoble), X. DEFFIEUX (gynécologue obstétricien, CHU, Clamart), P. DERUELLE (gynécologue obstétricien, CHRU, Lille), G. DUCARME (gynécologue obstétricien, CH, La Roche-sur-Yon), C. DUPONT (sage-femme, CHU, Lyon), H. FERNANDEZ (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), F. FOIX-L'HELIAS (pédiatre, CHU, Paris), N. FORTINEAU (biologie médicale, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), F. FUCHS (gynécologue obstétricien, CHU, Montpellier), R. GABRIEL (gynécologue obstétricien, CHU, Reims), D. GALLOT (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), A. GAUDINEAU (gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), C. GERON (gynécologue obstétricien, CH, Cambrai), F. GOFFINET (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), G. GRANGE (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), M. GROUSSOLLES (gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse), J.B. HAUMONTE (gynécologue obstétricien, PSPH, Marseille), P. HOFFMANN (gynécologue obstétricien, CHU, Grenoble), C. HUISSOUD (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), R. KUTNAHORSKY (gynécologue obstétricien, CH, Colmar), C. LE RAY (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), J. LEPERCQ (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), E. LORTHE (sage-femme, Inserm, Paris), H. MADAR (gynécologue obstétricien, CHU, Bordeaux), M. MASSOUD (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), D. MITANCHEZ (pédiatre, CHU, Paris), E. MOXHON (gynécologue obstétricien, CH, Le Cateau), I. NISAND (gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), O. PARANT (gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse), F. PERROTIN (gynécologue obstétricien, CHRU, Tours), O. PICONE (gynécologue obstétricien, CHU, Colombes), E. QUARELLO (gynécologue obstétricien, PSPH, Marseille), T. QUIBEL (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy), L. RENESME (pédiatre, CHU, Bordeaux), A. RICBOURG (gynécologue obstétricien, CH, Neuilly-sur-Seine), A. ROUSSEAU (sage-femme enseignante, université de Versailles Saint-Quentin-en-

Yvelines), R.C. RUDIGOZ (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), E. SALIBA (pédiatre, CHRU, Tours), F. SERGENT (gynécologue obstétricien, CHU, Amiens), O. SIBONY (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), E. SIMON (gynécologue obstétricien, CHRU, Tours), D. SUBTIL (gynécologue obstétricien, CHU, Lille), C. THUILLIER (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy), B. TOSELLO (pédiatre, CHU, Marseille), C. VAYSSIERE (gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse), F. VENDITTELLI (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), E. VERSPYCK (gynécologue obstétricien, CHU, Rouen), N. WINER (gynécologue obstétricien, CHU, Nantes), V. ZUPAN SIMUNEK (pédiatre, CHU, Clamart).

Résumé

Objectif - Déterminer les mesures permettant de prévenir la prématurité spontanée et ses conséquences (hors rupture des membranes).

Matériel et méthodes - Consultation de la base de données MedLine, de la Cochrane Library et des recommandations des sociétés savantes françaises et étrangères.

Résultats - En France, 60000 enfants (7,4 %) par an naissent avant 37 SA, dont la moitié survient après un travail spontané. Parmi les facteurs de risque modifiables de prématurité spontanée, seul le sevrage tabagique est associé à une diminution de la prématurité (NP7). Ce sevrage est recommandé (grade A).

Le dépistage systématique et le traitement de la vaginose bactérienne en population générale ne sont pas recommandés (grade A). Le traitement par progestatif est recommandé uniquement pour les grossesses monofœtales asymptomatiques et sans antécédent d'accouchement prématuré présentant un col mesuré à moins de 20 mm entre 76 et 24 SA (grade B). Un cerclage sur antécédent n'est pas recommandé du fait du seul antécédent de conisation (grade C), de malformation utérine (accord professionnel), d'antécédent isolé d'accouchement prématuré (grade B). Le cerclage n'est pas non plus recommandé pour les grossesses gémellaires, en prévention primaire (grade B) ou secondaire (grade C). Il est recommandé pour les femmes présentant une grossesse unique avec un antécédent d'au moins 3 FCT ou d'accouchement prématuré (grade A). En cas d'antécédent de FCT ou d'accouchement prématuré spontané avant 34 SA d'une grossesse monofœtale, il est recommandé de réaliser une surveillance échographique de la longueur cervicale entre 76 et 22 SA afin de proposer un cerclage en cas de col inférieur à 25 mm avant 24 SA (grade C). Il n'est pas recommandé d'utiliser un pessaire pour la prévention de l'accouchement prématuré dans une population générale asymptomatique de grossesse gémellaire (grade A) et dans les populations asymptomatiques à col court (accord professionnel). Bien que la mise en œuvre d'un dépistage échographique universel de la longueur du col parmi les grossesses monofœtales sans antécédent d'accouchement prématuré entre 78 et 24 SA puisse être consi-

dérée par les praticiens individuellement, ce dépistage ne peut pas être recommandé universellement (accord professionnel).

En cas de menace d'accouchement prématuré, (i) il n'est pas recommandé d'utiliser un outil plus qu'un autre (échographie du col, toucher vaginal ou fibronectine foetale) pour prédire l'accouchement prématuré (grade B); (ii) il est recommandé de ne pas administrer systématiquement d'antibiotiques (grade A); (iii) l'hospitalisation prolongée (grade B) et le repos au lit strict (grade C) ne sont pas recommandés.

Aucun tocolytique n'est associé à une diminution de la mortalité et de la morbidité néonatale par rapport au placebo (NP2) et tous les tocolytiques peuvent engendrer des effets indésirables graves (NP4). L'atosiban et la nifédipine (grade B) peuvent être utilisés à visée tocolytique mais plus les bêtamimétiques (grade C). Il est recommandé de ne pas prescrire un traitement d'entretien à l'issue des 48 heures de la tocolyse initiale (grade A). L'administration anténatale d'une cure de corticoïdes est recommandée à toutes les patientes à risque d'accouchement prématuré avant 34 SA (grade A). Après 34 SA, il n'existe pas d'arguments suffisants pour recommander l'administration systématique de corticoïdes anténatals (grade B), mais une cure pourra toutefois être discutée dans les situations à haut risque de détresse respiratoire sévère, en particulier en cas de césarienne programmée (grade C). La stratégie de répétition des cures de corticoïdes n'est pas recommandée (grade A). La cure de sauvetage ne peut pas être recommandée (accord professionnel). L'administration anténatale de sulfate de magnésium intraveineux est recommandée en cas d'accouchement imminent avant 32 SA (grade A). La césarienne systématique n'est pas recommandée en cas de présentation céphalique (accord professionnel). Il n'est pas recommandé une voie d'accouchement plutôt qu'une autre en cas de présentation du siège (accord professionnel). Si l'état néonatal ou maternel le permet, un clampage du cordon retardé peut être envisagé (accord professionnel).

Conclusion - En dehors de l'administration anténatale des corticoïdes et du sulfate de magnésium, les outils diagnostiques ou traitements prénatals mis en œuvre depuis 30 ans afin de prévenir la prématurité et ses conséquences n'ont pas été à la hauteur des attentes des professionnels et des familles.

Introduction

Les recommandations pour la pratique élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) visent à aider le clinicien à prendre une décision en lui offrant une synthèse disposant d'un niveau de preuve scientifique ou d'un accord professionnel pour essayer d'améliorer la prise en charge des mères et des futurs enfants à naître.

Ces recommandations ont un but informatif. Elles ne sont absolument pas "médicalement opposables" et n'ont pas pour

but d'être instrumentalisées lors de contentieux médicaux. Ainsi, un soignant (sage-femme, gynécologue-obstétricien, pédiatre, anesthésiste) a le libre choix de ne pas appliquer une recommandation élaborée par le groupe d'experts s'il estime que cette recommandation ne représente pas l'option la plus appropriée pour la prise en charge de la patiente dont il a la charge. Ceci est particulièrement vrai pour les recommandations de faible grade.

Concernant les niveaux de preuve observés (NP), trois éléments méritent d'être clarifiés pour aider le lecteur à la compréhension de la cotation et de la formulation de ces RPC :

- Le groupe de travail a privilégié le présent pour le temps des verbes quand le NP est élevé (NP1 et NP2, voire exceptionnellement NP3 quand toutes les études sont concordantes pour l'événement étudié); dans le cas contraire, le conditionnel est privilégié;
- Deux résultats issus de la même étude ont pu être cotés différemment (NP2 pour l'un et NP3 pour l'autre par exemple) si l'un des événements était le critère de jugement principal de l'étude et l'autre un des critères de jugement secondaire, ou si la puissance statistique de l'étude était considérée comme insuffisante pour l'un des deux critères étudiés.
- La qualité scientifique d'une étude est évaluée par un niveau de preuve (NP) tandis que la force de la recommandation, élaborée à partir des données scientifiques, est évaluée par un grade, selon la cotation proposée par la Haute Autorité de santé (HAS);
- Enfin, il est important pour le lecteur de comprendre sans ambiguïté la formulation des recommandations :
 - "il est recommandé de faire..." signifie que la littérature a démontré que faire ce geste diminuait les risques; il faut donc faire ce geste dans la mesure du possible;
 - "il n'est pas recommandé de faire..." signifie que la littérature n'a pas démontré que faire ce geste diminuait les risques; il n'est donc pas nécessaire de faire ce geste systématiquement; mais il n'est pas interdit de le faire;
 - "il est recommandé de ne pas faire..." signifie que la littérature a démontré que faire ce geste augmente les risques; il faut donc éviter de faire ce geste.

1 - Epidémiologie et facteurs de risque de la prématurité

Dans le monde, en 2010, environ 15 millions d'enfants sont nés avant 37 semaines d'aménorrhée, représentant environ 11% des naissances vivantes. Environ 85% des enfants nés avant 37 semaines d'aménorrhée (SA) relèvent de la prématurité modérée ou tardive (32- 36 SA), 10% de la grande prématurité (28-31 SA), et 5% de la très grande prématurité (<28 SA). En France, 60 000 (7,4%) enfants par an naissent avant 37 SA, dont 12 000 avant 32 SA. Ces naissances prématurées sont dues en France pour moitié à une préma-

turité spontanée (mise en travail spontanée ou rupture prématurée des membranes) et pour moitié à une prématurité induite. De nombreux facteurs identifiables en période péri-conceptionnelle sont associés au risque de prématurité, essentiellement des facteurs maternels (socio-démographiques, obstétricaux, psychologiques, génétiques), mais également des facteurs paternels et environnementaux. L'âge gestationnel de naissance a un impact très fort sur la mortalité, sur la morbidité néonatale sévère et sur le développement de l'enfant. Les pathologies de la grossesse et le contexte de naissance déterminent également en partie le devenir de l'enfant.

2 - Mode de vie et règles hygiéno-diététiques pour la prévention de la prématurité spontanée chez la femme enceinte asymptomatique

Concernant l'activité professionnelle, il existe une légère augmentation du risque de prématurité chez les patientes travaillant plus de 40 heures par semaine ou ayant des conditions de travail physiquement éprouvantes selon un score évaluant la pénibilité au travail (NP3). Avec un temps de travail hebdomadaire de 35h, il n'est pas recommandé de proposer systématiquement un arrêt de travail avant le congé prénatal (grade B).

La pratique d'une activité sportive régulière pendant la grossesse n'augmente pas le risque d'accouchement avant 37 SA (NP2) et est recommandée chez les femmes présentant une grossesse normale (grade A). Les rapports sexuels pendant la grossesse n'augmentent pas le risque de prématurité (NP2), même chez les patientes avec un antécédent d'accouchement prématuré (NP3).

L'alimentation riche en fruits, légumes et céréales complètes pourrait être associée à une réduction de la prématurité spontanée (NP3), alors que les suppléments vitaminiques en vitamine D et oméga-3 n'ont pas d'effet sur le terme d'accouchement (NP1). Il est ainsi recommandé de conseiller un régime alimentaire riche en fruits, légumes et céréales (grade C).

La consommation tabagique est associée à une augmentation de la prématurité spontanée (NP2). Les interventions de sevrage tabagique aboutissent à un sevrage pendant la grossesse dans seulement 6% des cas et sont associées à une diminution de la prématurité de 14% (NP1), alors que les substituts nicotiniques seuls tels que les patches de nicotine n'ont pas d'effet ni sur le sevrage tabagique ni sur la prématurité (NP1). Le sevrage tabagique est donc recommandé chez les patientes enceintes, quel que soit le stade de la grossesse (grade A).

Les troubles psychologiques tels que la dépression, l'anxiété et le stress maternel sont significativement associés à la

prématurité globale (NP1). Le dépistage de la dépression pendant la grossesse, qu'il soit associé ou non aux thérapies cognitivo-comportementales, est associé à une diminution de la dépression (NP1), mais il n'existe pas de donnée concernant leur impact sur la diminution de la prématurité.

Si le traitement des maladies parodontales ne réduit pas le risque de prématurité (NP1), leur traitement ne doit pas pour autant être retardé par la grossesse (grade B).

Un délai de moins de 18 mois entre 2 grossesses est associé à un risque d'accouchement prématuré (NP3). Il est souhaitable d'informer les patientes des risques inhérents aux grossesses rapprochées (accord professionnel). Ces risques devront néanmoins être discutés en fonction de l'âge maternel, du fait de l'augmentation des complications obstétricales et de la baisse de la fertilité au-delà de 35 ans, et du nombre d'enfants désirés (accord professionnel).

Chez les patientes asymptomatiques avec un col court, le repos n'est pas associé à une réduction de la prématurité (NP3), et n'est donc pas systématiquement recommandé (grade C). Pour les grossesses multiples asymptomatiques, l'hospitalisation préventive avec repos au lit n'est pas recommandée (grade A), d'autant plus que le repos au lit pendant la grossesse est associé à un risque accru de complications thrombo-emboliques (NP3).

3 - Vaginose bactérienne et prématurité spontanée

La vaginose bactérienne est une dysbiose se traduisant par un déséquilibre de la flore vaginale à la faveur d'une multiplication des bactéries anaérobies et conjointement d'une disparition des lactobacilles réputés protecteurs. Son diagnostic repose sur les critères cliniques d'Amsel et/ou une coloration de Gram avec établissement du score de Nugent. Sa prévalence varie selon l'origine ethnique et/ou géographique (4-58%) ; en France elle est voisine de 7% au premier trimestre de la grossesse (NP2). Le lien entre vaginose bactérienne et accouchement prématuré spontané est faible, avec des odds ratios compris entre 1,5 et 2 dans les études les plus récentes (NP3). Le métronidazole ou la clindamycine sont efficaces pour traiter la vaginose bactérienne (NP3). Il est recommandé de prescrire l'un de ces antibiotiques en cas de vaginose bactérienne symptomatique (accord professionnel).

Le dépistage associé au traitement de la vaginose bactérienne en population n'a pas montré de bénéfice dans la prévention du risque d'accouchement prématuré spontané (NP2). Concernant la population à bas risque asymptomatique (définie par l'absence d'antécédent d'accouchement prématuré) (NP1) et la population à haut risque (définie par un antécédent d'accouchement prématuré) (NP3), il n'a pas été démontré de bénéfice à dépister et à traiter la vaginose bactérienne dans la prévention du risque d'accouchement prématuré spontané. Cette stratégie n'est

Il est souhaitable d'informer les patientes des risques inhérents aux grossesses rapprochées (accord professionnel).

donc pas recommandée dans ces situations (respectivement grade A et grade C). Cependant, dans la sous-population des patientes ayant un antécédent d'accouchement prématuré survenu dans un contexte d'infection materno-fœtale bactérienne, il pourrait exister un bénéfice à dépister et traiter précocement et systématiquement toute infection génitale basse, et en particulier la vaginose bactérienne (accord professionnel).

4 - Outils prédictifs de l'accouchement prématuré dans une population asymptomatique à haut risque

L'interrogatoire et la prise en compte des antécédents obstétricaux en particulier l'antécédent de prématurité spontanée permettent d'identifier une population à risque d'accouchement prématuré pour la grossesse en cours (NP3). Ce risque est corrélé au nombre d'accouchements prématurés antérieurs et est d'autant plus élevé que le terme de l'événement antérieur est précoce et qu'il concerne la dernière grossesse (NP3).

Les données de la littérature sont insuffisantes pour recommander la réalisation systématique du toucher vaginal à chaque consultation prénatale chez les patientes asymptomatiques à haut risque (grossesse multiple, malformation utérine, antécédent d'accouchement prématuré, de traitement cervical, d'au moins deux interruptions volontaires de grossesse) (accord professionnel).

Un enregistrement régulier de l'activité utérine ainsi que les visites à domicile pour une population asymptomatique à haut risque d'accouchement prématuré ne permettent pas de prédire ni de réduire le risque d'accouchement prématuré (NP2) et ne sont pas recommandés (grade B).

Au sein d'une population asymptomatique à haut risque, la détection de la fibronectine fœtale (NP3) et la mesure échographique de la longueur cervicale (NP2) permettent d'estimer le risque d'accouchement prématuré. Plus le col est court précocement plus le risque d'accoucher prématurément est important (NP3).

Cependant, il n'est pas recommandé de réaliser une détection systématique de la fibronectine fœtale dans cette population (grade C). En dehors de l'antécédent d'accouchement prématuré, les données de la littérature sont insuffisantes pour

recommander la mesure systématique ou répétée de la longueur du col utérin par échographie endovaginale (accord professionnel). En effet, cette politique n'a jamais démontré son intérêt dans la prévention de l'accouchement prématuré et dans la réduction de la morbi-mortalité néonatale.

5 - Intérêt des progestatifs dans la prévention de la prématurité spontanée

La 17 hydroxyprogestérone caproate (17OHP) n'est pas recommandée en prévention primaire de la prématurité dans une population de femmes avec grossesses monofoetales sans antécédent d'accouchement prématuré (grade C). Bien que le dépistage par échographie endovaginale des femmes ayant un col court ne soit pas recommandé de manière systématique (accord professionnel), il est recommandé de prescrire de la progestérone naturelle micronisée administrée quotidiennement par voie vaginale jusqu'à 36 SA lorsqu'il est découvert un col de moins de 20 mm chez les femmes enceintes de grossesse monofoetale asymptomatique et sans antécédent d'accouchement prématuré entre 16 et 24 SA (grade B).

La 17OHP est associée dans un essai à une réduction du risque d'accouchement avant 34 SA (NP2) et à une réduction de la morbidité néonatale (NP3) dans les grossesses monofoetales chez les femmes ayant au moins un antécédent d'accouchement avant 34 SA. Sur la base de ce seul essai randomisé présentant une validité externe limitée, on ne peut pas recommander d'administrer de manière systématique de la 17OHP en cas d'antécédent d'accouchement prématuré pour réduire le risque d'accouchement prématuré (accord professionnel).

La progestérone vaginale ne semble pas associée à une réduction du risque d'accouchement avant 34 SA (NP3), à une amélioration de l'état néonatal (NP3) ou à un meilleur score cognitif à l'âge de deux ans (NP3) chez les patientes asymptomatiques ayant un antécédent d'accouchement prématuré. Il n'est pas recommandé d'administrer de la progestérone par voie vaginale pour réduire le risque de prématurité en cas d'antécédent d'accouchement prématuré (accord professionnel).

Chez les patientes avec grossesse monofoetale ayant un antécédent d'accouchement prématuré et un col inférieur à 25 mm au deuxième trimestre, il n'y a pas de bénéfice démontré à un traitement par 17OHP (NP2). Il n'est pas recommandé dans cette situation d'utiliser la 17OHP (grade B). Dans la même population, un bénéfice en termes de réduction du risque de prématurité est possible avec la progestérone vaginale mais d'autres études sont nécessaires pour recommander son utilisation (accord professionnel).

Il n'est pas recommandé d'utiliser de la progestérone comme tocolytique d'attaque (accord professionnel) ou d'entretien (grade A).

Les progestatifs, qu'ils soient administrés par voie vaginale ou injectable sous forme de 17OHP ne sont pas associés à une réduction du risque de prématurité ou du risque néonatal (NP1) au décours d'un travail prématuré ni à un bénéfice périnatal ou à une prolongation de la grossesse en cas de grossesse gémellaire asymptomatique avec une mesure du col normale ou non connue (NP2). Ils ne sont donc pas recommandés dans ces deux situations (respectivement grade A et grade B).

Chez les femmes présentant une grossesse gémellaire avec un col inférieur à 25 mm, l'administration préventive de 17OHP n'est pas associée à un bénéfice en termes de prolongation de la grossesse ou de réduction du risque périnatal (NP1) et n'est donc pas recommandée dans ce contexte (grade A). Par ailleurs, l'administration quotidienne de progestérone vaginale n'est pas associée à une réduction du risque périnatal (NP3) et n'est donc pas recommandée dans ce contexte (grade C).

En cas de grossesse triple, il n'existe pas de bénéfice démontré à administrer de la 17OHP (NP2), et son administration n'est donc pas recommandée (grade B).

Ainsi, les femmes enceintes de grossesses monofoetales asymptomatiques et sans antécédent d'accouchement prématuré présentant un col inférieur à 20 mm entre 16 et 24 SA sont la seule population pour laquelle un traitement par progestatif est recommandé.

6 - Prévention de l'accouchement prématuré par cerclage du col de l'utérus

L'insuffisance cervicale est un concept physiopathologique et actuellement aucune définition consensuelle ne peut être retenue : le diagnostic est clinique et évoqué de façon rétrospective en cas d'antécédent de fausses couches tardives (FCT) et/ou d'accouchement prématuré spontané avec une dilatation cervicale asymptomatique (accord professionnel). Le risque d'accouchement prématuré est supérieur en cas de conisation chirurgicale au bistouri par rapport à l'anse diathermique (NP3) et la vaporisation laser a un impact négligeable (NP3).

En cas d'antécédent de fausse couche tardive ou d'accouchement prématuré, il est recommandé de rechercher une malformation utérine (grade C). Aucun examen paraclinique à la recherche d'une insuffisance cervicale n'est recommandé (accord professionnel). Un cerclage sur antécédent n'est pas recommandé du fait du seul antécédent de conisation (grade C), de malformation utérine (accord professionnel), d'antécédent isolé d'accouchement prématuré (grade B) ou pour les grossesses gémellaires, en prévention primaire (grade B) ou secondaire (grade C).

Un cerclage est recommandé pour les femmes présentant une grossesse monofoetale avec un antécédent d'au moins

3 FCT ou d'accouchement prématuré (grade A). Le cerclage écho-indiqué en cas de col court au 2^e trimestre au cours d'une grossesse monofoetale sans antécédent gynéco-obstétrical n'est pas recommandé (grade B). En cas d'antécédent de FCT ou d'accouchement prématuré spontané avant 34 SA d'une grossesse monofoetale, il est recommandé de réaliser une surveillance écho graphique de la longueur cervicale entre 16 et 22 SA pour pouvoir proposer un cerclage en cas de col inférieur à 25 mm avant 24 SA (grade C). En cas de col court sur grossesse multiple, il est recommandé de ne pas réaliser de cerclage écho-indiqué (grade C).

La pratique d'un cerclage "à chaud" selon la technique de McDonald est recommandée au deuxième trimestre en cas de modification clinique majeure du col en présence ou non de protrusion de la poche des eaux en cas de grossesse monofoetale, mais en l'absence de rupture prématurée de membranes ou de chorioamniotite (grade C). Le recours à une tocolyse et une antibiothérapie encadrant la procédure est à discuter au cas par cas (accord professionnel). Il n'y a pas d'argument pour recommander un délai d'expectative avant d'envisager le cerclage "à chaud" (accord professionnel). Une limite supérieure de terme ne peut être recommandée (accord professionnel).

Un cerclage cervico-isthmique peut être discuté en cas d'échec(s) de cerclage de McDonald (accord professionnel). La coelioscopie est une alternative acceptable à la laparotomie et la voie vaginale du cerclage cervico-isthmique semble être la voie la moins invasive (accord professionnel). Les données scientifiques sont insuffisantes pour recommander ou ne pas recommander un prélèvement vaginal avant la réalisation d'un cerclage (accord professionnel). Le recours au double fil n'améliore pas le pronostic périnatal des grossesses cerclées (NP3) et n'est pas recommandé (grade C). Il n'y a pas d'argument scientifique suffisant pour recommander un type de fil plutôt qu'un autre (grade C). Les données de la littérature ne sont pas en faveur d'une supériorité du cerclage de Shirodkar en cas de cerclage sur antécédent ou écho-indiqué. En raison d'une réalisation techniquement plus facile et moins à risque, le cerclage de McDonald est recommandé en première intention (grade C). Les complications du cerclage sont rares mais potentiellement graves. La survenue de complications n'est pas différente entre les cerclages sur antécédent et écho-indiqués (NP4). La mesure de la hauteur du cerclage au décours d'un cerclage sur antécédent ou écho-indiqué n'a pas de valeur prédictive de la survenue d'un accouchement prématuré (NP3) et n'est pas recommandée (grade C). La pratique d'un 2^e cerclage en cas de modification d'un col cerclé n'est pas recommandée (accord professionnel). Il n'existe aucune preuve scientifique ayant démontré le bénéfice du repos au lit et des thérapeutiques adjuvantes (indométacine ou antibiotiques) au moment d'un cerclage sur antécédent ou écho-indiqué (accord professionnel).

Les données de la littérature concernant le cerclage restent globalement de faible niveau de preuve.

7 - Pessaire et prématurité spontanée

Les données concernant l'efficacité du pessaire dans la prévention de l'accouchement prématuré dans une population asymptomatique de grossesse monofoetale avec un col \leq 25 mm entre 20 et 24 SA + 6 j et de patientes enceintes de jumeaux à haut risque d'accouchement prématuré défini par un col court sont contradictoires. D'autres études sont nécessaires pour recommander son utilisation dans ces indications (accord professionnel). Le pessaire cervical mis en place avant 22 SA ne réduit pas le risque d'accouchement prématuré dans la population générale de patientes asymptomatiques enceintes de jumeaux (NP1). Il n'est donc pas recommandé dans cette population (grade A). D'autres études randomisées sont nécessaires pour déterminer la meilleure stratégie (expectative et/ou progestérone et/ou pessaire et/ou cerclage) pour la prévention de l'accouchement prématuré (accord professionnel).

8 - Le dépistage universel de la longueur du col parmi les grossesses monofoetales sans antécédent d'accouchement prématuré est-il justifié ?

La mesure échographique par voie vaginale de la longueur du col est utile pour estimer le risque d'accouchement prématuré spontané en population générale. Plus courte est la longueur échographique du col entre 18 et 24 semaines, plus important est le risque d'accouchement prématuré spontané (NP1). Lorsque la longueur du col est \leq 15 mm à environ 23 SA, le risque d'accouchement prématuré spontané \leq 32 SA est d'environ 50%, âges gestationnels où la morbidité néonatale est importante (NP2). Ainsi, la mesure échographique par voie vaginale de la longueur du col avec un seuil de 15 mm est actuellement la meilleure méthode permettant d'identifier un groupe de femmes asymptomatiques en population générale à risque d'accouchement prématuré spontané, et notamment parmi les patientes asymptomatiques présentant une grossesse monofoetale sans antécédent (grade B). Le cerclage (NP2) et la 170HPC (NP2) sont des traitements inefficaces pour réduire le risque d'accouchement prématuré parmi les patientes asymptomatiques ayant un col court à l'échographie au second trimestre de la grossesse. En revanche, la progestérone vaginale a montré son efficacité dans deux larges essais randomisés pour réduire le risque d'accouchement prématuré (NP1) et possiblement la morbidité et mortalité périnatale composite associée (NP2).

Un grand nombre de femmes doivent être dépistées afin de prévenir un nombre relativement faible d'accouchements prématurés.

chez les femmes asymptomatiques ayant un col court sélectionnées, en population générale, par une échographie du col au second trimestre de la grossesse.

Trois analyses médico-économiques sont convergentes pour montrer que le dépistage universel de la longueur cervicale avec traitement par progestérone vaginale semble être coût-efficace par rapport à l'absence de dépistage (NP3).

Toutefois, il est encore prématuré de conclure définitivement que ce dépistage universel est justifié pour plusieurs raisons :

- Un grand nombre de femmes doivent être dépistées afin de prévenir un nombre relativement faible d'accouchements prématurés. En effet, si le nombre nécessaire à traiter (NNT) est faible (de 7 à 13) (NP2), le nombre nécessaire à dépister est très élevé : de 400 à 588 (NP2). De plus, l'épidémiologie des accouchements prématurés est telle que l'utilisation de la progestérone parmi les femmes asymptomatiques ayant un col court dépisté par une échographie du col au second trimestre de la grossesse en population générale ne réduira pas sensiblement la prévalence des accouchements prématurés (NP2).
- Les essais disponibles ont évalué l'efficacité de la progestérone parmi les femmes ayant un col court identifié par l'échographie vaginale. Il n'y a pas de donnée comparant l'efficacité du dépistage échographique universel suivi d'un traitement par progestérone vaginale en cas de col court par rapport à l'absence de dépistage universel associée à un traitement par progestérone des cols courts de découverte fortuite.
- Le dépistage échographique universel peut ne pas produire les mêmes résultats dans la pratique que ceux observés dans les essais randomisés publiés, du fait de différences de population, de glissement dans les critères d'éligibilité, ou "d'étirement" du seuil définissant le col court. De plus, l'institution de traitements non évalués ou non recommandés tels que le repos au lit, les tocolytiques, la 170HPC ou le cerclage, peuvent potentiellement entraîner des conséquences délétères non intentionnelles et diminuer le rapport coût-efficacité.
- Les analyses coût-efficacité évaluant le dépistage universel de la longueur du col présentent des incertitudes sur des variables critiques dont, notamment, la prévalence du col court et l'efficacité de la progestérone. Des données supplémentaires sont nécessaires avant d'adopter une telle politique en France (accord professionnel).

En conclusion, tous les paramètres discutés ci-dessus doivent être pris en considération avant de décider de l'op-

portunité de modifier les soins prénatals pour des millions de femmes en instituant le dépistage échographique universel de la longueur du col entre 18 et 24 SA parmi les grossesses monofœtales sans antécédent d'accouchement prématuré. Bien que la mise en œuvre d'une telle stratégie de dépistage puisse être considérée par les praticiens individuellement, ce dépistage ne peut pas être mandaté universellement (accord professionnel).

9 - Prédiction de l'accouchement prématuré chez les femmes symptomatiques (en situation de menace d'accouchement prématuré)

La menace d'accouchement prématuré (MAP) est une situation clinique survenant entre 22 et 36 SA + 6 jours, dans laquelle sont observées des modifications cervicales et des contractions utérines, évoluant spontanément ou non vers un accouchement prématuré (accord professionnel). Les contractions utérines peuvent être détectées par la tocométrie et par la patiente elle-même. La fréquence des contractions utérines ne permet pas de prédire avec fiabilité un accouchement prématuré spontané (NP3). Les modifications cervicales peuvent être appréciées par la mesure échographique de la longueur du col et par le toucher vaginal (score de Bishop). La longueur du col est significativement corrélée au risque d'accouchement prématuré spontané (NP1). Les seuils de 15 mm et de 25 mm sont les plus pertinents pour respectivement prédire et écarter un risque d'accouchement prématuré spontané à 48 h et à 7 jours (accord professionnel).

Chez les patientes symptomatiques, la mesure échographique systématique de la longueur de col à l'admission n'est pas associée à une réduction significative du taux d'accouchement prématuré (NP3). L'évaluation clinique du col utérin (score de Bishop) par le toucher vaginal est également un paramètre performant pour la prédiction d'un accouchement prématuré (NP2). Plus le score de Bishop est élevé, plus le risque d'accouchement prématuré est important (NP3). Il n'est pas possible de recommander l'emploi d'un outil plus qu'un autre (échographie du col ou toucher vaginal) en situation de MAP (grade B). Cependant, du fait de l'excellente valeur prédictive négative de la mesure échographique du col, et d'une moindre variabilité inter observateur, il est proposé de mesurer par échographie la longueur cervicale du col avant de décider d'un transfert in utero pour MAP (accord professionnel).

Le dépistage de la fibronectine foetale chez les patientes en MAP a une excellente valeur prédictive négative pour prédire l'absence d'accouchement prématuré à 48 h et à 7 jours. (NP2). La détection de la fibronectine foetale chez les patientes en MAP ne permet cependant pas de définir une

stratégie permettant de réduire le taux d'accouchement prématuré spontané (NP2) et n'est donc pas recommandée (accord professionnel).

10 - Prise en charge d'une menace d'accouchement prématuré à membranes intactes

Une hyperleucocytose à la numération formule sanguine (NFS) et une C réactive protéine (CRP) élevée sont associées à un risque comparable d'accouchement prématuré et d'infection materno-fœtale (NP3), mais leur faible sensibilité pour prédire ces deux événements ne permet pas de recommander leur prescription systématique conjointe en cas de MAP (accord professionnel). Compte tenu des informations supplémentaires apportées par la NFS, sa réalisation est recommandée à l'admission en cas de MAP pour dépister un syndrome inflammatoire (accord professionnel).

Il est recommandé de ne pas administrer systématiquement d'antibiotiques en cas de MAP à membranes intactes (grade A). Toutefois, le dépistage de l'infection urinaire par un examen cyto bactériologique des urines doit être systématique et un traitement antibiotique doit être réalisé en cas de colonisation bactérienne ou d'infection urinaire pour une durée de 4 à 7 jours (grade A). Le prélèvement vaginal est utile pour dépister un streptocoque B et fait prescrire un traitement antibiotique pendant le travail en cas de positivité (grade A). La réalisation d'un enregistrement cardiotocographique (ECTG) et d'une échographie fœtale est recommandée en cas d'admission hospitalière pour MAP (accord professionnel). Il n'y a pas de données sur l'utilité de la répétition de l'ECTG en cas d'hospitalisation et pas d'argument pour le répéter en l'absence de point d'appel clinique (accord professionnel). Il n'est pas recommandé de réaliser une nouvelle échographie du col dans les 48 heures après l'hospitalisation en l'absence d'événement intercurrent (grade C). L'hospitalisation prolongée ne réduit pas le risque d'accouchement prématuré (NP3) et n'est pas recommandée (grade B). Le repos au lit strict ne réduit pas le risque d'accouchement prématuré (NP3), majore le risque thrombo-embolique (NP3), et n'est pas recommandé (grade C). Il n'y a pas de littérature médicale publiée et donc pas de recommandations à proposer concernant les modalités et indications de transfert entre maternités. Il s'agit de conventions entre établissements qui devraient être réalisées en tenant compte des spécificités locales et des politiques des réseaux de périnatalité (accord professionnel).

Après une hospitalisation pour MAP, une visite régulière par un soignant à domicile pourrait être utile pour les femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité psychologique (accord professionnel). Le bénéfice de la réalisation répétée

Après une hospitalisation pour MAP, une visite régulière par un soignant à domicile pourrait être utile pour les femmes en situation de précarité ou de vulnérabilité psychologique (accord professionnel).

d'une tocolyse externe dans les suites d'une hospitalisation pour MAP n'est pas démontré (NP3). Sa réalisation n'est pas recommandée à titre systématique en surveillance à domicile au décours d'une MAP (grade C).

11 - La tocolyse en cas de menace d'accouchement prématuré à membranes intactes

Aucun tocolytique n'est associé à une diminution de la mortalité et de la morbidité néonatale par rapport au placebo (NP2). Comparée aux bêtamimétiques, la nifédipine est associée à une réduction significative du risque d'entérococolite ulcéro-nécrosante, d'hémorragie intraventriculaire et de syndrome de détresse respiratoire (NP2). Il n'y a pas de différence entre nifédipine et atosiban sur le pronostic néonatal, à l'exception d'une réduction modeste des transferts en néonatalogie avec la nifédipine (NP2). Les bêtamimétiques, l'atosiban et la nifédipine ont une efficacité équivalente pour prolonger la grossesse au-delà de 48 heures (NP2). Comparée aux bêtamimétiques, la nifédipine réduit les accouchements avant 34 SA (NP2) et est associée à une prolongation plus importante de la grossesse (NP2). L'atosiban est équivalent à la nifédipine pour prolonger la grossesse de plus de 7 jours (NP2), mais, en cas de MAP sans rupture prématurée des membranes, la nifédipine réduit le risque d'accouchement avant 37 SA et est associée à une prolongation plus importante de la grossesse, sans toutefois de bénéfice néonatal démontré (NP2).

Tous les tocolytiques peuvent engendrer des effets indésirables graves (NP4). Les effets indésirables maternels cardio-pulmonaires décrits avec les bêtamimétiques entraînent des interruptions de traitement fréquentes (NP2) et sont parfois graves (décès maternels) (NP4).

La tolérance maternelle de l'atosiban et de la nifédipine est supérieure à celle des bêtamimétiques (NP2). Les effets indésirables cardiovasculaires sont modérément augmentés avec la nifédipine comparée à l'atosiban (NP2), mais les taux d'interruption de traitement sont similaires (NP2). Compte tenu de leur bénéfice sur la prolongation de la grossesse et de leur bonne tolérance maternelle, l'atosiban

et la nifédipine peuvent être utilisés à visée tocolytique pour les grossesses monofoetales (grade B) et multiples (accord professionnel). La nifédipine a l'avantage d'une administration per os et d'un coût peu élevé (accord professionnel). Il est recommandé de ne pas utiliser la nicardipine (accord professionnel), et de ne plus prescrire de bêtamimétiques à visée tocolytique (grade C). Il est recommandé de ne pas prescrire un traitement d'entretien à l'issue des 48 heures de la tocolyse initiale (grade A).

En cas d'échec du tocolytique de première intention, il est possible de tenter une tocolyse par la molécule non utilisée en première intention (accord professionnel). Il est recommandé de ne pas associer les molécules tocolytiques (grade C). En l'absence de données scientifiques, il n'est pas possible d'émettre de recommandation concernant la pertinence d'une deuxième tocolyse à distance d'une première chez une patiente de nouveau symptomatique et ayant reçu une cure complète de corticoïdes (accord professionnel). Il n'y a pas d'argument pour proposer une tocolyse à une dilatation avancée (grade CI, ni pour prescrire une tocolyse au-delà de 34 SA (accord professionnel). Aucune donnée ne permet de définir un terme à partir duquel une tocolyse peut être réalisée (accord professionnel).

12 - Prévention des complications de la prématurité par l'administration anténatale de corticoïdes

L'administration d'une cure unique de corticoïdes anténatals avant 34 SA est associée en période néonatale à une réduction significative des maladies des membranes hyalines, des hémorragies intraventriculaires (HIV), des entérocolites ulcéro-nécrosantes (ECUN) et des décès (NP1), et possiblement à long terme à une réduction des paralysies cérébrales, et à une augmentation des scores de développement psychomoteur et de la survie sans séquelle (NP3). L'administration d'une cure de corticoïdes anténatals après 34 SA est associée, au prix d'un nombre de sujets à traiter élevé, à une réduction de la morbidité respiratoire sévère (NP2) mais pas de la morbidité digestive (NP2) ou neurologique (NP2). Toutefois, ce traitement est associé à des modifications de la réponse de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien persistant les 8 premières semaines de vie (NP2) et possiblement à une augmentation des insulino-résistances à l'âge adulte (NP3). En raison d'une balance bénéfices/risques très favorable, l'administration anténatale d'une cure de corticoïdes est recommandée à toutes les patientes à risque d'accouchement prématuré avant 34 SA (grade A). L'âge gestationnel à partir duquel débiter ce traitement sera fonction des seuils choisis pour entreprendre des soins de réanimation néonatale au sein des maternités et des réseaux périnataux (accord professionnel). Après 34 SA, il n'existe pas d'arguments suffi-

sants pour recommander l'administration systématique de corticoïdes anténatals (grade B), mais une cure pourra toutefois être discutée dans les situations à haut risque de détresse respiratoire sévère, en particulier en cas de césarienne programmée (grade C). Il n'est pas recommandé d'avancer la seconde injection de bétaméthasone en cas d'accouchement imminent (grade C) car cette pratique pourrait être associée à une augmentation des ECUN (NP3).

Les cures répétées de corticoïdes anténatals sont associées, en période néonatale, à des bénéfices uniquement respiratoires (NP1) et à une réduction du poids de naissance dose-dépendante (NP1), et à long terme, à de possibles effets délétères neurologiques (NP2) si bien que cette stratégie de répétition des cures n'est pas recommandée (grade A). Les bénéfices associés à une cure de sauvetage ne concernent que la période néonatale et sont uniquement respiratoires (NP2). Compte tenu, d'une part des possibles effets délétères associés à cette stratégie lorsque la naissance a lieu dans les 24 heures suivant la première injection (NP2), et d'autre part des craintes soulevées par la répétition des cures, la cure de sauvetage ne peut pas être recommandée (accord professionnel).

Les données de la littérature ne permettent pas d'émettre de recommandation quant au corticoïde à privilégier, bétaméthasone ou dexaméthasone (accord professionnel). Les modifications induites par les corticoïdes anténatals sur le rythme cardiaque fœtal et les mouvements actifs fœtaux doivent être connues des équipes prenant en charge les patientes à risque d'accouchement prématuré afin d'éviter que ne soient prises des décisions d'extraction fœtale injustifiée (accord professionnel). Le diabète gestationnel et le diabète antérieur à la grossesse ne sont pas une contre-indication à l'administration d'une cure de corticoïdes anténatals (accord professionnel). Toutefois, son indication devra être pesée dans les diabètes de type 1 mal équilibrés (accord professionnel). La crainte d'induire une infection maternelle ou fœtale ne doit pas retarder l'administration des corticoïdes anténatals (grade A).

13 - Protection cérébrale de l'enfant né prématuré par le sulfate de magnésium

L'administration anténatale de sulfate de magnésium ($MgSO_4$) intraveineux avant 32 SA réduit les taux de paralysie cérébrale et de troubles du développement moteur de l'enfant né prématuré (NP1). Ces bénéfices sont indépendants de l'âge gestationnel, du nombre de fœtus et de la cause de la prématurité (NP2). Son administration est donc recommandée en cas de grossesse monofoetale ou multiple, et quelle que soit la cause de la prématurité en cas d'accouchement imminent, spontané ou programmé avant 32 SA (grade A) (NP2). Les doses proposées dans les essais

randomisés de neuroprotection sont dénuées d'effets secondaires maternels délétères sévères ou d'effets indésirables chez le nouveau-né à court et moyen terme (NP1). Les effets secondaires maternels modérés (flushs, bouffées de chaleur, tachycardie) ne sont pas supprimés par une dose de charge administrée sur un temps plus long de 60 min versus 20 min habituellement (NP1). Il n'y a ni effet délétère ni bénéfice significatif observé à l'âge scolaire associé à l'administration anténatale de $MgSO_4$ à visée de neuroprotection (NP4). Il est recommandé d'administrer une dose de charge de 4 g (accord professionnel) suivie d'une dose d'entretien de 1 g/h jusqu'à l'accouchement pour une durée maximale de 12 h (accord professionnel).

14 - Mode d'accouchement en cas de prématurité spontanée

En cas de présentation céphalique, aucune étude ne permet d'affirmer que la césarienne améliore le pronostic néonatal au cours du travail prématuré spontané. Cependant, la césarienne semble associée à une morbidité maternelle plus importante que la voie basse (NP4). Ainsi, la césarienne systématique du simple fait de la prématurité n'est pas recommandée lors d'un travail prématuré spontané (accord professionnel). Les données actuelles ne permettent pas de recommander une voie d'accouchement plutôt qu'une

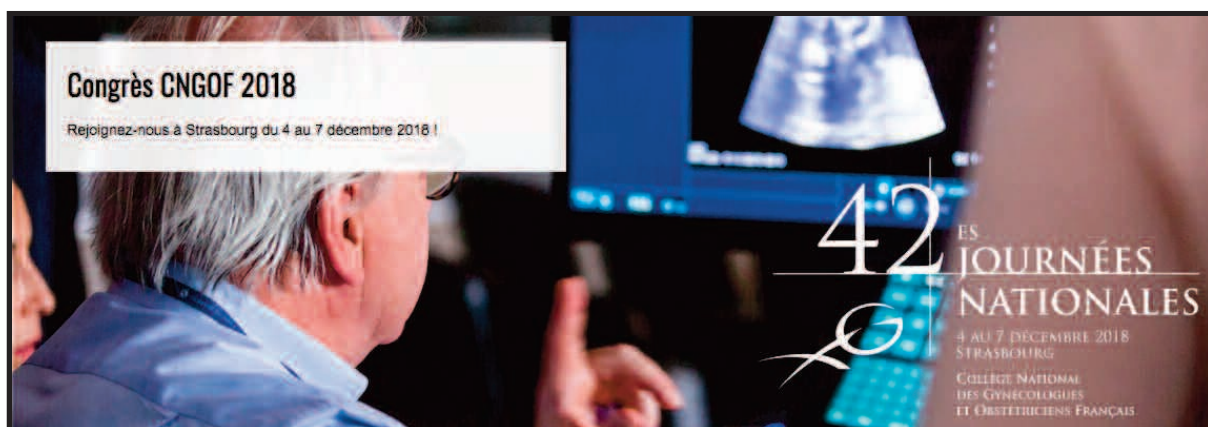
autre pour l'accouchement prématuré d'un enfant en présentation du siège (accord professionnel).

Les données disponibles sont insuffisantes pour proposer l'utilisation du pH ou des lactates au scalp avant 34 SA comme moyen de surveillance de deuxième ligne (accord professionnel).

Il n'est pas recommandé de réaliser un accouchement instrumental systématique en cas de naissance prématurée (accord professionnel). Le choix de l'instrument dépend de l'expérience de l'opérateur. L'utilisation de la ventouse est possible lorsque l'ossification est jugée satisfaisante, le plus souvent après 34 SA (accord professionnel). Aucune étude n'a analysé la réalisation systématique d'une épisiotomie du fait de la seule prématurité. Il n'est pas recommandé de réaliser systématiquement une épisiotomie lors de l'accouchement d'un nouveau-né prématuré (accord professionnel). Si l'état néonatal ou maternel le permet, un clampage retardé peut être envisagé (accord professionnel). Les données disponibles dans la littérature sont insuffisantes pour recommander systématiquement cette procédure lors de la naissance d'un enfant prématuré (accord professionnel).

Déclaration publique d'intérêt

Loïc Sentilhes est consultant pour le laboratoire Ferring. Les autres auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en relation avec le sujet de l'article.



Décisions administratives et judiciaires

nous avons choisi de vous présenter des commentaires d'arrêts de juridictions administratives et judiciaires provenant de deux cabinets d'avocats différents : Maître Hannah CHEREAU et Maître Olivier LECA 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.

Dr BOYER de LATOUR
Dr de ROCHAMBEAU

Défense des professionnels de soins : Assurance et secret médical

Maître Olivier LECA*

Une décision de la Cour de cassation sur les liens dangereux entre assurance et secret médical est l'occasion de revenir sur les conditions d'usage du dossier médical par le professionnel de soins qui voit sa responsabilité être mise en cause.

Les Juges de cassation rappellent que l'assureur ne peut produire un document couvert par le secret médical intéressant le litige qu'à la condition que l'assuré ou son ayant droit ait renoncé au bénéfice de ce secret.

Cass. 1^{ère} civ., 21 mars 2018 n°16-12948

Dans le cas d'espèce, un assureur de prêt tentait de se dégager de sa garantie décès en invoquant l'annulation de l'adhésion de l'assuré pour fausse déclaration intentionnelle sur le fondement de l'article L. 113-8 du code des assurances et, subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise médicale sur pièces.

La Cour d'appel rejette les demandes de l'assureur et le condamne à garantie, au motif que ses demandes sont fondées sur un certificat post mortem qu'il s'abstient de communiquer, de sorte qu'il ne rapporte pas la preuve de la fausse déclaration alléguée.

“l'assureur ne peut produire un document couvert par le secret médical intéressant le litige qu'à la condition que l'assuré ou son ayant droit ait renoncé au bénéfice de ce secret”.

L'arrêt est cassé sur son raisonnement au visa de la combinaison des articles L. 113-8 du code des assurances, L. 1110-4 et R. 4127-4 du code de la santé publique et décide que : *“l'assureur ne peut produire un document couvert par le secret médical intéressant le litige qu'à la condition que l'assuré ou son ayant droit ait renoncé au bénéfice de ce secret”.*

En effet, aux termes de l'article R. 4127-4 du code de la santé publique, le secret médical est institué dans l'intérêt du patient.

Le II de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978 et l'article L. 1111-7 du même code font donc obstacle, en principe, à ce que les tiers puissent accéder aux informations à caractère médical concernant une personne physique.

Dans le cadre de contentieux, si le juge peut ordonner à un tiers de communiquer à l'expert les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission, il ne peut, en l'absence de disposition législative spécifique, contraindre un médecin à lui transmettre des informations couvertes par le secret médical lorsque la personne concernée ou ses ayants droit s'y sont opposés.

Selon la Cour de cassation, le juge saisi sur le fond doit, dans un tel cas, apprécier si cette opposition tend à faire respecter un intérêt légitime ou à faire écarter un élément de preuve et doit en tirer les conséquences quant à l'exécution du contrat d'assurance.

Cass. 1^{re} civ., 15 juin 2004, n° 01-02338

Cass. 2^e civ., 2 juin 2005, n° 04-13509

* Maître Olivier LECA, Avocat 7, rue Marbeuf - 75008 Paris
T. 06 32 49 81 35 www.leca-avocat.fr cabinet@leca-avocat.fr

Cependant, l'assuré peut renoncer tacitement à se prévaloir du secret médical, en communiquant son dossier médical à l'expert lors d'une expertise amiable ou en versant lui-même son dossier médical aux débats.

Cass. 1re civ., 26 sept. 2006, n° 05-11906

D'un autre côté, la jurisprudence judiciaire a déjà admis la possibilité pour un médecin de communiquer à son avocat des informations médicales concernant un patient avec lequel il est en litige, "dans la mesure où la dérogation est strictement indispensable au médecin pour assurer sa défense face au malade".

Cass. Crim., 18 juillet 1984 - Aff. Barral

De même, le TGI de Paris avait retenu que : "Lorsque la compétence d'un professionnel est mise en doute devant une juridiction, celui-ci se trouve alors dans la nécessité de transgresser le secret pour apporter aux juges les preuves de sa bonne foi ou de la qualité de ses prestations, étant observé que la révélation doit être limitée aux strictes exigences de la défense".

TGI Paris 26 juin 1998

Le juge administratif a, pour sa part, estimé que le médecin qui communiquait de telles informations à son avocat commettait une faute.

CE, 23 avril 1997 n°169977

CE, 13 janvier 1999 n°177913

Cependant, ces précédents concernaient des hypothèses dans lesquelles le médecin aurait pu assurer sa défense sans violer le secret médical de ses patients.

Ainsi, pour synthétiser la nécessité pour les professionnels de soins et établissements de santé de recourir à un conseil juridique dans le cadre des litiges qui les opposent aux patients, rend possible la communication à leur avocat des informations à caractère médical :

- qui sont strictement nécessaires à la défense de leurs droits, en particulier dans le cadre des actions en responsabilité engagées par les patients,
- et des informations à la communication desquelles ces derniers ont donné leur accord exprès.

Une infection déclarée en cours d'hospitalisation est toujours présumée nosocomiale

Maître Olivier LECA

La section du contentieux du Conseil d'État a fait évoluer, par un arrêt du 23 mars 2018, la définition de l'infection nosocomiale.

CE, 23 mars 2018 n°402237

L'infection nosocomiale est redéfinie comme étant une "infection survenant au cours ou au décours de la prise en charge d'un patient et qui n'était ni présente, ni en incubation au début de celle-ci, sauf s'il est établi qu'elle a une autre origine que la prise en charge".

Auparavant, seule la "cause étrangère", c'est-à-dire un événement extérieur, imprévisible, et irrésistible, pouvait exonérer les professionnels ou les établissements de santé de leur responsabilité lorsqu'un patient contractait une infection nosocomiale (article L.1142-1 du Code de la santé publique). Ainsi, le Conseil d'État considérait qu'une infection nosocomiale était simplement une infection survenant au cours ou au décours de la prise en charge d'un patient et qui n'était ni présente, ni en incubation au début de celle-ci.

CE, 21 juin 2013 n°347450

C'est le cas particulier de cette affaire qui conduit le Conseil d'État à cette précision.

Une patiente, victime d'un accident vasculaire cérébral (AVC) est hospitalisée en urgence, puis transférée au service de réanimation de l'établissement en raison d'une détresse respiratoire liée à une inhalation broncho-pulmonaire. Après des hospitalisations successives, elle présente des complications infectieuses et décède environ deux ans après son acci-

dent. Ses ayants droit recherchent la responsabilité du centre hospitalier et forment un recours contre l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

La requête est rejetée par la cour administrative d'appel, qui réforme une première décision favorable. Les juges du fond retiennent néanmoins que la patiente a bien été victime d'une infection, mais ils considèrent que celle-ci n'est pas à l'origine de son décès. En effet, cette infection n'a pas été causée par les soins ni par le séjour dans l'environnement hospitalier mais bien par la pathologie dont la patiente était atteinte avant l'hospitalisation, donc liée à son état antérieur, à travers des germes déjà présents dans son organisme. Ils considèrent par ailleurs que les épisodes infectieux successifs lors des diverses hospitalisations ayant précédé le décès n'étaient pas d'une particulière gravité et n'en sont que la conséquence ; ils ont d'ailleurs été traités efficacement et n'ont entraîné aucune séquelle.

Le Conseil d'État annule cet arrêt.

Dans un premier temps, il admet que l'infection initiale dont a été victime la patiente n'est pas nosocomiale. En effet, elle a été causée par la régurgitation du liquide gastrique, qui avait pénétré dans les bronches de la patiente en raison d'un trouble de déglutition consécutif à l'AVC.

Elle n'est donc pas la conséquence des actes pratiqués dans le cadre de la prise en charge de la patiente ni de son séjour hospitalier mais de sa pathologie.

Mais, s'agissant des épisodes infectieux postérieurs survenus entre l'AVC et le décès de la patiente, il estime que la cour d'appel aurait dû rechercher si ces infections répétées avaient entraîné pour la victime des troubles et souffrances lui ouvrant droit à réparation.

Il s'agit là d'un raisonnement de pur droit autour du principe de la réparation intégrale. La Cour d'appel qui avait retenu le caractère nosocomial des épisodes infectieux postérieurs ne pouvait les laisser sans réparation, même au titre de simples souffrances endurées, peu important qu'ils n'étaient pas la cause du décès.

La vraie nouveauté de l'arrêt réside dans la tempérance apportée à la notion de "cause étrangère", qui ne semble plus devoir revêtir les qualificatifs habituels pour simplement devenir "une autre origine que la prise en charge".

Pour l'heure la Cour de cassation ne s'est pas alignée sur cette interprétation du critère légal et celle-ci considère toujours que seule la cause étrangère peut exonérer le pro-

La vraie nouveauté de l'arrêt réside dans la tempérance apportée à la notion de "cause étrangère", qui ne semble plus devoir revêtir les qualificatifs habituels pour simplement devenir "une autre origine que la prise en charge".

fessionnel ou l'établissement de santé de sa responsabilité en cas d'infection nosocomiale.

Civ, 1^{ere}, 4 avril 2006, n°04-17.491

Ainsi, pour le moment nous connaissons deux régimes distincts d'exonération des établissements de soins, en fonction de leur nature publique ou privée.

Contours du devoir d'information pré-opératoire

Maître Olivier LECA

Le Conseil d'Etat précise dans un arrêt du 8 février 2018, que le devoir d'information préopératoire qui pèse sur le chirurgien est général et englobe toutes les conséquences, même non médicales, de l'acte proposé.

CE, 8 février 2018 n°404190

En l'espèce, une patiente est opérée par laparotomie pour une exploration.

Elle conservera une cicatrice, certes indolore, mais de 18 cm en travers de l'abdomen, particulièrement apparente.

Elle invoque un manquement à l'obligation d'information et recherche la responsabilité de l'hôpital, sur le fondement de

l'article L. 1111-2 du code de la santé publique.

En appel, sa requête est rejetée, les juges considérant que les médecins n'avaient pas à l'informer de cette conséquence esthétique, au motif qu'elle ne pouvait être regardée comme un risque de l'acte pratiqué au sens des dispositions de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique.

Mais l'arrêt est logiquement annulé, au motif que cette disposition a une portée générale et qu'elle englobe également ce type de conséquences non médicale.

La rançon cicatricielle d'une intervention doit faire partie de l'information pré-opératoire.



Retrouvez les petites annonces
sur

www.syngof.fr

Quand le tortueux parcours d'un résultat de test HT 21 au sein de laboratoires aboutit à la condamnation de gynécologues obstétriciens

Maître Hannah CHEREAU

C

our de Cassation, 1^{ère} Chambre Civile, n°16-27.506, 3 mai 2018

Voici une décision sévère à l'encontre des praticiens, sur lesquels la Cour de Cassation fait peser une exigence de vigilance accrue.

Les faits peuvent se résumer comme suit : en décembre 1999, une patiente enceinte se voyait prescrire par son gynécologue (Docteur B), lors de la visite du 3^{ème} mois, un test sanguin destiné notamment à détecter un risque de trisomie 21 (test HT 21).

Ce test devait être réalisé entre le 15 décembre 1999 et le 4 janvier 2000, autrement dit entre 14 et 18 semaines de grossesse, pour être interprétable normalement, et la patiente en était informée par son gynécologue. Cependant, en raison d'un empêchement personnel, ce n'est que le 6 janvier 2000 qu'elle faisait réaliser ce test au sein d'un laboratoire.

Ce retard à la réalisation du test prescrit par son gynécologue engendra une succession de dysfonctionnements dans le traitement de ce test HT 21... En effet, le laboratoire, qui ne disposait pas du logiciel d'analyse des tests HT 21, adressait le prélèvement à un second laboratoire, qui, à son tour, adressait le prélèvement à un troisième laboratoire, dans la mesure où son logiciel n'était pas suffisamment complexe pour analyser les résultats d'un test HT 21 réalisé au-delà de 18 semaines.

Le dernier laboratoire appelé à analyser ce test retrouvait un risque de trisomie 21 estimé à 1/110, soit indiscutablement supérieur au risque seuil de 1/250 retenu en France pour plancher.

Il transmettait par fax puis courrier le résultat du test au second laboratoire, et, d'après l'imprimé du résultat, également au gynécologue prescripteur et à la patiente concernée. Seulement ni le praticien, ni la patiente ne seront rendus destinataires du résultat.

De même, le second laboratoire, qui lui recevait bien le résultat, omettra de l'adresser à quiconque, alors qu'il devait normalement en transmettre copie au médecin biologiste, au gynécologue prescripteur et à la patiente !

Soit ici, deux erreurs de transmission imputables à deux laboratoires différents, expliquant que ni le gynécologue ni la patiente ne furent à aucun moment destinataires du résultat du test prescrit en vue de détecter une éventuelle trisomie 21 du fœtus...

Cette erreur aurait pu être rectifiée si le gynécologue prescripteur, soit le Docteur B, s'était enquis de l'absence de retour du résultat par le second laboratoire.

Cependant, il était alors d'usage, d'après les explications de ce gynécologue, qu'il soit directement informé par le labo-

ratoire en cas de résultat indicateur d'un risque de trisomie 21, de sorte que l'absence de retour du test de dépistage avait été interprétée, par ce praticien, comme une absence de résultat anormal.

La grossesse de cette patiente s'était donc poursuivie avec l'idée erronée que le risque de trisomie 21 chez l'enfant à naître était écarté, et aucune amniocentèse n'avait donc été proposée.

A compter de la 33^{ème} semaine de grossesse, la patiente avait été prise en charge pour un nouveau gynécologue-obstétricien (Docteur X), en vue de son accouchement, qui avait lieu le 27 mai 2000.

L'enfant né était atteint de trisomie 21.

C'est dans ce contexte que les parents de l'enfant assignaient en 2003 les deux gynécologues obstétriciens afin d'obtenir réparation d'une perte de chance de demander une interruption de grossesse, et indemnisation des préjudices résultant du handicap de leur fille et des "charges particulières" découlant de ce handicap (rappelons à cet égard que l'article 1^{er}, I, de la loi du 4 mars 2002, excluant la "réparation des charges particulières découlant tout au long de la vie de l'enfant, de son handicap" ne s'applique pas aux faits d'espèce, la naissance de l'enfant étant antérieure à l'entrée en vigueur de cette loi)

Cette affaire a fait l'objet d'une très longue procédure dont on ignore à la lecture de l'arrêt commenté les étapes exactes, sauf le fait que la Cour d'Appel de Papeete avait été saisie sur renvoi après cassation et rendait un arrêt le 7 juillet 2016 retenant la condamnation in solidum des deux gynécologues au paiement de différentes sommes aux parents de l'enfant en réparation des préjudices résultant du handicap de leur fille.

C'est dans ces conditions que le Docteur B, gynécologue prescripteur du test HT 21, et le Docteur X, gynécologue intervenu en fin de grossesse, avaient formé un pourvoi en cassation.

Le Docteur B, à qui il était reproché un défaut d'information sur le résultat du test prescrit, faisait valoir qu'il avait été placé dans l'impossibilité de délivrer cette information, compte tenu de l'usage, rappelé supra, selon lequel le laboratoire prévenait expressément le prescripteur seulement en cas d'anormalité des tests HT 21 prescrits.

Le gynécologue faisait ainsi valoir que l'absence de réception du résultat du test avait logiquement été compris par lui comme une normalité du résultat.

Maître Hannah CHEREAU, Avocat au Barreau de Paris, 60 rue de Londres 75008 Paris Tel : 01 44 94 97 20 - Courriel : hchereau@aqlhavocats.com

Le Docteur X, pour sa part, rappelait que sa prise en charge avait débuté seulement à compter de la 33^{ème} semaine de grossesse, auprès d'une patiente qui ne présentait aucun élément permettant de suspecter un risque de trisomie 21. Il soulignait que dans ce contexte, et en l'absence de transmission du résultat du test HT 21, il n'avait pas eu de raison de suspecter une trisomie 21 ni de vérifier auprès du laboratoire le résultat de l'examen prescrit par son prédécesseur.

La Cour de Cassation rejettera cependant le pourvoi des deux praticiens, et approuvera la position adoptée par la Cour d'Appel de Papeete, aux motifs suivants :

"(...) que Mme B, ayant prescrit l'examen, devait être en mesure d'informer elle-même sa patiente quant à son résultat, sans dépendre des aléas d'une communication par les laboratoires, que l'intervention de médecins biologistes des laboratoires chargés du test ne pouvait la dispenser d'en demander le résultat et qu'elle n'était pas fondée à opposer à Mme Z [la patiente] l'absence de toute réponse des laboratoires relative à l'examen ordonné ni à se prévaloir de leur erreur ou de leur négligence ; qu'ayant ainsi écarté toute impossibilité pour Mme B... d'exécuter son obligation d'information, la cour d'appel a pu en déduire qu'elle avait commis une faute en ne sollicitant pas le résultat de cet examen ;

Attendu d'autre part, qu'après avoir relevé que le dossier médical de Mme Z..., transmis à M. X..., ne contenait pas de réponse au test demandé et que ce praticien ne pouvait fonder son diagnostic sur le défaut de réponse des labora-

Un médecin non prescripteur d'un test demandé par son prédécesseur doit, en cas de constat de l'absence de résultat du test concerné, s'enquérir du résultat de ce test.

toires, elle a pu, sans opérer une analyse rétrospective des éléments soumis, retenir qu'il avait également commis une faute en ne s'assurant pas du résultat de ce test".

Ainsi la Cour de Cassation approuve la position des juges du fond qui ont considéré, en définitive :

- D'une part, que le médecin prescripteur doit s'informer directement des résultats du test prescrit et informer son patient du résultat, "sans dépendre des aléas d'une communication par les laboratoires" au sein desquels le test était analysé,
- D'autre part, qu'un médecin non prescripteur d'un test demandé par son prédécesseur doit, en cas de constat de l'absence de résultat du test concerné, s'enquérir du résultat de ce test.

Se pose néanmoins la question, dans cette affaire, de la part de responsabilité des laboratoires, qui ne semblent jamais avoir été mis en cause dans cette affaire. Les praticiens condamnés exerceront probablement des recours subrogatoires à leur encontre.

Un médecin dont la prise en charge est critiquée peut invoquer des recommandations ultérieures aux soins

Maître Hannah CHEREAU

La 1^{ère} Chambre civile de la Cour de Cassation a rendu le 5 avril 2018 (n° de pourvoi 17-15620) un arrêt dont la teneur s'avère tout particulièrement heureuse pour la défense des professionnels de santé.

Les faits sont simples : le 19 septembre 2007, une parturiente accouchait par voie basse d'un enfant présentant, outre une agénésie des 4^{ème} et 5^{ème} doigts d'une main et une microcéphalie, d'importantes séquelles neurologiques en lien avec une anoxie fœtale majeure.

L'affaire avait fait l'objet d'une procédure CCI tout d'abord, et les experts désignés avaient conclu à une faute de l'obstétricien qui aurait dû selon eux, au vu des anomalies du rythme cardiaque fœtal au cours du travail, procéder à une césarienne. Une perte de chance de 70% d'éviter les lésions neurologiques, ou du moins de les minorer, était retenue par les experts.

Pour des motifs non précisés dans l'arrêt rendu par la Cour de Cassation, la procédure CCI échouait par la suite, et les

parents de l'enfant initiaient donc une procédure au fond à l'encontre du praticien, qui, dans le cadre de sa défense, sollicitait la tenue d'une expertise judiciaire et produisait plusieurs avis médicaux amiables remettant en cause les conclusions des experts CCI, tant au sujet de la nécessité de réaliser une césarienne qu'au sujet de l'origine même des séquelles présentées par l'enfant.

Le Tribunal n'accueillera pas les demandes de l'obstétricien qui, condamné en première instance au vu du rapport d'expertise amiable CCI, interjetait appel du jugement rendu devant la Cour d'appel de Bordeaux.

A son tour, la Cour d'Appel de Bordeaux (CA Bordeaux, 31 janvier 2017 n°15/03882) écartait les arguments présentés par l'obstétricien, en précisant notamment que les avis médicaux produits par ses soins se référaient à des recommandations du collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF) édictées en décembre 2007, soit trois mois après la naissance de l'enfant.

La Cour d'Appel de Bordeaux précisait, s'agissant de ces avis médicaux, qu'ils n'étaient pas pertinents "dans la mesure où les données acquises de la science doivent s'apprécier à la date de l'évènement examiné".

La Cour de Cassation, saisie d'un pourvoi formé par le praticien, a cassé l'arrêt rendu au visa de l'article L 1142-1 I du Code de la santé publique et au motif suivant : "Qu'en statuant ainsi, alors qu'un professionnel de santé est fondé à invoquer le fait qu'il a prodigué des soins qui sont conformes à des recommandations émises postérieurement et qu'il incombe, alors, à des médecins experts judiciaires d'apprécier, notamment au regard de ces recommanda-

tions, si les soins litigieux peuvent être considérés comme appropriés, la cour d'appel a violé le texte susvisé ;"

La Cour de Cassation a renvoyé l'affaire devant la Cour d'Appel de Toulouse qui, espérons-le, fera preuve du même bon sens que les juges de la Haute Juridiction.

Cet arrêt de la Cour de Cassation signe une belle avancée jurisprudentielle pour la défense des professionnels de santé, dont la responsabilité, certes appréciée à l'aune des données acquises de la science au jour des faits litigieux, peut être écartée si, au vu de recommandations postérieures, leur attitude thérapeutique apparaît finalement appropriée.



Partez en mission avec « Actions Santé Femmes » en Chine



- Où ? À LianYungang
- Combien de temps ? 7 à 15 jours
- Pourquoi ? Pour des missions de compagnonnage : nos collègues chinois possèdent les technologies souvent de pointe et souhaitent un accompagnement pour leur utilisation. Il ne sera pas interdit de faire quelques mises au point.
- Dans quels domaines ?
 - ❖ Échographie cardiaque fœtale
 - ❖ Médecine fœtale
 - ❖ Traitement de la pré-éclampsie
 - ❖ Chirurgie uro-gynécologique
 - ❖ Chirurgie mini-invasive gynécologique (Hystérocopie et Cœlioscopie)
- Vous êtes intéressés ? Contacter Sandra au 06.32.43.14.32 ou par mail à : sandra.doudeau.asfparis@gmail.com ou sur www.actions-sante-femmes.org

Vous serez entièrement pris en charge pour votre déplacement, votre hébergement et vos repas.

Rien ne vous interdit de prolonger votre mission à titre privé.

Dr André BENBASSA
Président d'Actions Santé Femmes

Pr Henri-Jean PHILIPPE
Secrétaire général d'Actions Santé Femmes

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 CACAULT
71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

Docteur CAMAGNA
1 rue Velpeau- ANTONY

Docteur COICAUD
45 Bd George V- BORDEAUX

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 GARRIOT
7 rue JJ Bernard - COMPIEGNE

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 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

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 et Association

■ 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. 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

■ NICE

Gynécologue obstétricien secteur 2 recherche successeur. Possibilité d'élargir son activité en développant la chirurgie gynéco. Accès à une clinique pluridisciplinaire V2014, classification A, 1700 accts/an ; un obstétricien 24/24 ; un anesthésiste réa 24/24 et un pédiatre la journée. Possibilité remplacements avant installation.

T. 04 92 04 92 12 // 06 81 33 75 89

■ NIMES

Gynéco-obstétricien S2 cède patientèle avec échographe Samsung WS80A 4/2015 pour cause de retraite décembre 2018. Grosse activité. Accès en clinique très facile : maternité niveau 2A, 1100 acc/an, bloc opératoire équipé en endoscopie : hystérocopie, coelioscopie et chirurgie robo.

T. 06 70 70 12 23

■ MONTPELLIER

Cherche gynécologue obstétricien et/ou chirurgical, homme ou femme, ancien chef de clinique pour association en Secteur 2, fort potentiel, plateau technique complet, garde sur place pour les accouchements (1/12), remplacement éventuel possible.

T. 06 82 68 52 38

■ GRANVILLE

Donne cabinet de gynécologie en bord de mer cause départ en retraite le 01.10.19. Activité gynécologie médicale, échographie grossesse, stérilité, possibilité chirurgie en clinique et accouchement à l'hôpital.

T. 02 33 90 05 12 // 06 83 40 94 91

■ DIJON

Cause retraite, ancien chef de clinique assistant, 65 ans, chirurgien gynécologue obstétricien secteur 2 cède activité chirurgie gynéco, obstétrique cancéro. Janvier 2019. Clinique moderne ouverture 2017, 80 spécialistes. Possibilité de remplacement pour connaître la clinique et l'équipe.

T. 03 80 70 04 05 // 06 03 04 56 69

■ FRESNES

Recherche gynécologue médical(e) ou obstétricien(ne) pour remplacement en vue cession de cabinet en avril 2018, beau local de 20 m² + pièce d'échographie au sein cabinet de groupe, centre ville, parking public et privé, aux normes d'accessibilité, accessible par RER B, A6, TVM, proche Hôpital privé d'Antony.

T. 06 24 04 72 68

■ ORLY

Cause départ à la retraite en octobre 2018, je cherche un/une successeur gynécologue/obstétricien. Cabinet de ville en Zone Franche Urbaine avec des confrères médecins généralistes. Locataire des murs du cabinet. Importante patientèle. Possibilité d'échographie obstétricale. Possibilité d'exercice et d'accès au plateau technique à la clinique des Noriets à Vitry-sur-Seine. Pas d'achat de patientèle.

T. 06 62 10 43 71

■ LA SEYNE SUR MER

Cabinet gynécologie-échographie-suivi grossesse cherche successeur en vue retraite. Patientèle fidélisée depuis 39 ans, gros potentiel, dans immeuble médical. Accès clinique pour obstétrique et chirurgie possible. Bonnes conditions.

T. 06 63 92 83 46

■ BEAUCHAMP

Gynéco-obstétricien cède sa patientèle et recherche un successeur pour cause de retraite au sein d'une SCM de 8 spécialistes (pas d'autre G.O). Le cabinet médical va se déplacer à Taverny pour investir un pôle médical entièrement neuf courant 2019 (fonctionnement en libéral) loué par la mairie.

T. 06 64 51 15 33

■ ALBI

Cherche gynécologue à profil chirurgical oncologique pour reprise de la patientèle. Pas de frais à l'installation et possibilité d'aide financière. RCP gynéco hebdomadaire. Clinique médico-chirurgicale avec anesthésiste réa. sur place. Urgences 24/24h. Travail en réseau avec Maternip et l'Oncopole Toulouse. Maternité de niveau 1, 400 accts/an. Equipe de maternité et service de chirurgie bien rodée. Gros recrutement gynéco-obstétrical et chirurgical, très bonne qualité de vie.

T. 06 29 27 37 97

■ SÉNÉ

Gynécologue-obstétricien souhaite transmettre patientèle de gynécologie, et de suivi de grossesse avec échographies. Echéance : janvier 2019 (départ en retraite). Rachat éventuel du local, agréable et bien placé dans le Golfe du Morbihan.

T. 06 22 24 11 40

■ CRÉTEIL

Gynécologue médicale cherche consœur pour reprise de la patientèle tenue 36 ans à partir de 2019 cause retraite. Gros potentiel. Cabinet en secteur 2.

T. 06 09 41 62 94

Remplacements

■ Spécialiste du remplacement

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

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

■ PARIS

Gynécologue installée en secteur 2 dans le 9e arr. cherche une remplaçante à partir de mai 2018 pour consulter en gynécologie médicale, suivi de grossesse et PMA, les mercredis et/ou samedi après-midi (+ vacances). Compétence en PMA requise.

T. 06 25 90 52 08

■ BASTIA

Cabinet de 3 GO cherchons pour les périodes de vacances un remplaçant. Conditions très confortables et secure. Possibilités de prêt de logement et voiture. Obstétrique en niveau 1. Expérience souhaitée (minimum ancien assistant des hôpitaux, et/ou assistant en cours).

T. 06 88 55 71 06

LES ANNONCES DE RECRUTEMENT

CENTRE-VAL DE LOIRE



A une centaine de kilomètres de Paris, proche d'Orléans, ville d'Art et d'Histoire et dans un bassin de population à forte attraction géographique (le Loiret compte 670 000 habitants), le Pôle Santé Oréliance est l'un des plus grands établissements de santé privé de France. Avec plus de 510 lits et places, cet établissement construit en 2013 offre une prise en charge de qualité avec près de 30 spécialités présentes. Plus de 1000 acteurs de santé œuvrent jour après jour pour accueillir les 70 000 patients qui viennent à Oréliance chaque année. C'est dans ce cadre qu'Oréliance recherche :

un ou plusieurs gynécologues obstétriciens

Avec un potentiel de plus de 1500 accouchements (aujourd'hui environ 560), la maternité d'Oréliance, de niveau IIA, est composée de 38 lits d'obstétrique et 6 lits de néonatalogie, d'un bloc obstétrical (5 salles de travail, deux salles de césarienne d'urgence). Les Anesthésistes réanimateurs sont présents 24/24.

Ces postes sont à pourvoir dans les meilleurs délais. Installation possible en cabinet de consultations sur site. Choix possible sur le statut libéral entre secteur 1 et 2. Pas d'apport financier et une aide à l'installation est prévue. Faible redevance.

Stéphane TULIPANI - Directeur Général
s.tulipani@oreliance.com - 02 38 79 82 25



BRETAGNE

Situé à Rennes, La Clinique Mutualiste La Sagesse, rattachée au groupe Hospi Grand Ouest, opérateur hospitalier mutualiste implanté au sein des régions Pays de la Loire & Bretagne, recherche actuellement pour son pôle Mère-Enfant

2 CDD GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN (H/F) pour remplacements longs à pourvoir rapidement.
Évolution envisageable vers un CDI temps plein.

Descriptif du Pôle Mère-Enfant :

Maternité et néonatalogie niveau 2A. Plus de 3 500 naissances. (2^{ème} maternité régionale). Labellisée IHAB.

Bloc obstétrical : 8 salles de naissance.

Filière de naissance physiologique ouverte en mai 2017.

Accueil 24h/24 gynécologie et obstétrique.

Diagnostic anténatal (depuis 1987, responsabilité conjointe du Centre pluridisciplinaire de dépistage prénatal de Rennes avec le CHU de Rennes). Le centre dispose de trois appareils E10 de dernière génération.

Centre d'assistance médicale à la procréation PMA créé en 1985.

Missions :

• Assurer le suivi de grossesse des patientes accouchant dans l'établissement.

- Consultation prénatales essentiellement pathologiques (8^{ème} et 9^{ème} mois).
- La plupart des consultations physiologiques sont assurées par les sages-femmes.
- Participation à la visite de grossesse pathologique (en moyenne 6 patientes) en alternance avec les praticiens en place.
- Echographies prénatales.
- Participation à la continuité et à la permanence des soins (garde sur place et astreintes).
- Participer aux staffs et réunions relatives au suivi des patientes.
- S'inscrire dans la démarche qualité/gestion des risques (EPP, RMM, CREX...).

Qualifications requises :

Titulaire du DE de Docteur en Médecine et du DES de Gynécologie-Obstétrique. Titulaire du DIU d'échographie obstétricale et gynécologique. La compétence en diagnostic anténatal serait un atout apprécié.



HGO CLINIQUE MUTUALISTE
LA SAGESSE
Membre du PMSA 44000



Pour postuler : Lettre de motivation et CV à adresser à recrutement@lasagesse.fr - Candidature attendue au plus vite

HAUTS-DE-FRANCE



Recherche

2 Gynéco-Obstétricien(ne)s Salarié(e)s

Ouverte en 2007, la Polyclinique de la Clarence du Groupe AHNAC est un établissement ESPIC.

Sa maternité, de niveau 1, réalise environ 1 000 naissances par an. La polyclinique exerce la chirurgie gynécologique avec autorisation de cancérologie.

Les médecins recrutés en CDI à temps plein ou temps partiel. Bénéficieront de la convention collective FEHAP (CCN51). Inscription à l'Ordre indispensable.

Contact :

M. GRATTEPANCHE - Directeur
jgrattepanche@ahnac.com - 03 21 54 90 03

Dr BASSELER - Président de la CME
fbasseler@ahnac.com - 03 21 54 90 85

Mme COUTTENIER - DIRAM
ccouttenier@ahnac.com - 03 66 30 80 04





LE CENTRE HOSPITALIER
DE L'ARRONDISSEMENT
DE MONTREUIL-SUR-MER
RECRUTE

UN(E) GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN

(15 minutes du Touquet, 50 minutes d'Amiens, 1h45 de Lille, 2h de Paris).
Situé sur la Côte d'Opale, au carrefour du Touquet, de Montreuil et de Berck.
Le CHAM intervient sur un territoire qui varie de 115 000 habitants à près de
500 000 en période estivale.

Profil :

- Statut PH ou PHC, temps plein ou temps partiel • Inscrit au CDOM dans la spécialité
- Salaire selon profil et expérience • Possibilité d'activité libérale statutaire

Niveau d'expérience : Tous niveaux | **Diplôme requis :** DES G-O | **Avantages :** Reprise d'ancienneté, aide au logement, formation

L'établissement :

- 1 000 accouchements - néonatalogie de Niveau IIA.
- 250 lits et places d'hospitalisation en MCO.
- 4 000 séjours chirurgicaux.
- 6 000 actes opératoires.
- 33 000 passages aux urgences.
- 1 400 sorties SMUR.
- Réanimation (8 lits) et USC (6 lits).
- 40 lits de soins de suite et ré adaptation.
- 45 lits de psychiatrie.
- 550 lits d'hébergement pour personnes âgées et handicapées.
- 1 300 salariés.

Description de l'activité :

- Pour renforcer une équipe de 6 praticiens.
- Une activité diversifiée de consultation, maternité et chirurgie, en gynécologie et obstétrique, en ambulatoire et conventionnelle.
- Autorisations en cancérologie gynécologique et sénologie sans difficulté de seuil d'activité.
- Locaux regroupés au sein du pôle mère-enfant à proximité immédiate de la pédiatrie et la néonatalogie niveau IIA.
- Accompagnés de sages-femmes avec consultations et échographies.
- Avec un plateau technique anesthésique et réanimatoire complet avec techniques anesthésiques plurielles, anesthésie sans opioïdes, récupération améliorée après chirurgie (RAAC), accompagnement hypnotique.
- Équipement radiologique : IRM et scanner, avec imagerie interventionnelle, mammographie, macrobiopsie, ...



Adresser lettre de motivation et curriculum vitae à :
• Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer - CHAM
140 chemin départemental 191 - CS 70008 - 62180 RANG-DU-FLIERS

• Mme Jeanne-Marie MARION-DRUMEZ - Directrice - jmarion-drumez@ch-montreuil.fr
• Mme Anne LANGELLIER - Directrice Adjointe Affaires Médicales et Stratégie - alangellier@ch-montreuil.fr
• Mme Laure SPEHNER - Tél. : 03 21 89 38 58 - lspehner@ch-montreuil.fr
• Dr Dominique PARMENTIER - Chef du Pôle Mère Enfant et du Service de Gynécologie-Obstétrique
Tél. : 03 21 89 45 55 - dparment@ch-montreuil.fr

RECHERCHE GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN



Profession : Médical : Gynécologue obstétricien
Type d'établissement : Clinique privée à but non lucratif (ex-OQN)
Type de contrat : Contrat d'exercice libéral (secteur 1 et 2)
Disponibilité : Immédiate
Lieu d'exercice : Strasbourg



Rhéna
CLINIQUE DE STRASBOURG

Description du projet professionnel

La clinique Rhéna

Clinique privée associative à but non lucratif installée en 2017 dans des locaux construits à neuf (100 millions d'euros) sur les berges du Rhin, et représentant 30% de l'offre de soins à Strasbourg et environs.

Le projet médical est animé par 300 praticiens libéraux sous contrat d'exercice libéral avec la clinique.

Rhéna est seul établissement privé à Strasbourg disposant de toutes les autorisations de prise en charge chirurgicale des cancers. Rhéna, c'est un écosystème médical robuste : urgences, SOS mains, SSR et activités MCO (médecine interne, cardiologie Interventionnelle en 2019, gastro-entérologie, sénologie, chirurgie bariatrique, digestive, urologique, gynécologique, vasculaire, esthétique et reconstructrice, maxillo-faciale, dermatologique, ophtalmologique, ORL, orthopédique, du rachis, thoracique).

Rhéna, c'est un plateau technique flamant neuf déployé sur 30.000 m² : 27 salles d'intervention, 7 salles d'accouchement, 300 lits d'hébergement complet, 18 lits d'USC, 70 places d'hébergement ambulatoire, 2 scanners, 2 IRM, de l'imagerie conventionnelle, 2 laboratoires d'anatomopathologie, 1 laboratoire de biologie, etc. L'attractivité de la clinique Rhéna se traduit par l'ouverture avant l'été 2019 de l'Institut Cardiovasculaire de Strasbourg, une extension de 8.000 m² de la clinique Rhéna pour accueillir les activités de cardiologie et de radiologie interventionnelles du GERC (groupement de cardiologues et radiologues interventionnels libéraux).

Rhéna, c'est enfin plus qu'une clinique, c'est un « campus médical ». La clinique est connectée à une maison médicale de 10.000 m², construites par et pour les praticiens libéraux. Cette maison médicale regroupe les cabinets privés d'un certain nombre de praticiens (pédiatres, sages-femmes, anesthésistes, orthopédistes, ophtalmologistes, etc.) qui participent à la simplification du circuit du patient par la création de véritables « tunnels de diagnostics ». Une extension de la maison médicale est en cours pour répondre à la demande.

Le projet et la proposition de la clinique Rhéna

La clinique Rhéna cherche à rajeunir et à étoffer son équipe de gynécologues obstétriciens et à diversifier ses activités au travers d'un centre privé d'AMP.

La clinique Rhéna est à Strasbourg le seul pôle femme-enfant libéral (secteur 1 et 2) disposant de l'ensemble des autorisations (cancer gynécologique et cancer du sein). C'est une maternité de niveau 1 avec environ 800 accouchements. C'est aussi des activités de sénologie et de chirurgie gynécologique et notamment de cancer.

L'équipe médicale exclusivement libérale est composée de 6 gynécologues obstétriciens, de 4 pédiatres réanimateurs et de 19 anesthésistes réanimateurs.

Pour faciliter l'installation de gynécologues obstétriciens libéraux, la clinique propose un package d'installation attractif. Le cabinet pluridisciplinaire (chirurgie gynécologie, obstétrique, PMA, sages-femmes) sera situé au dernier étage de la maison médicale dans des locaux d'une surface comprise entre 400 et 600 m². « Pouvoir répondre aux problématiques de santé de la femme, quel que soit son âge », tel est l'objectif de ce cabinet de groupe en cours de constitution. Les conditions d'exercice seront aménagées les deux premières années de la manière suivante :

- Les deux premières années d'installation, garantie de revenu minimum à hauteur du revenu avant installation au moyen (par exemple) :
 - Du loyer : aucun loyer et aucune charge locative.
 - De la prise en charge de la police d'assurance RC.
- À tout moment au cours des 2 premières années, possibilité d'acquiescer le local de consultation dans la maison médicale au prix d'achat payé par la clinique.

www.clinique-rhena.fr

Merci d'adresser votre CV et lettre à v.straebler@clinique-rhena.fr



Hospices Civils
de Beaune

Hospices Civils de Beaune

Recrute Gynécologue-Obstétricien Temps Plein

Poste de PH ou Praticien contractuel dans une maternité de Niveau 1B pratiquant 700 naissances/an aux Hospices Civils de BEAUNE, dans une institution historique au cœur de la Bourgogne viticole à 40 km de DIJON et 150 km de LYON.

Activités de gynécologie-obstétrique pour un praticien intéressé par l'exercice d'une activité polyvalente :

- Consultations de gynéco-obstétrique.
- Prise en charge du service et en salle de naissance de la pathologie obstétricale et gynécologique.
- Permanence des soins organisée en astreintes à domicile, forfaitisées.

Possibilités :

- Chirurgie pelvienne.
- Cancérologie sénologique.
- Echographie prénatale de dépistage.
- Orthogénie.

Inauguration de nouveaux locaux en 2018

Contact :

Dr VANNEUVILLE - Gynéco-obstétricien - 03 80 24 44 21

Les candidatures sont à envoyer :

affairesmedicales@ch-beaune.fr

DRH - Hospices Civils de Beaune - Avenue Guigone de Salins
B.P. 40104 - 21 203 Beaune Cedex



CHERBOURG
en Cotentin

URGENT | IMPORTANT CABINET DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE CHERCHE ASSOCIES et REMPLACEMENTS



CABINET DE GYNECOLOGIE - Docteur COSTES
5, rue de Franche Comté
50100 Cherbourg en Cotentin
Tél. : 02 33 20 11 64 - 06 76 14 37 82
Email : secretariat@gynobst.fr
mh.chuquet@gmail.com

6 gynécologues obstétriciens, dont 2 ayant cessé leur activité récemment, dans une maison médicale de 18 médecins.
3 échographes performants et récents.
Centre de PMA (180 ponctions, 130 transferts, 110 IUI par an).

Possibilité d'une activité chirurgicale à la polyclinique privée avec cancérologie en partenariat avec le centre anti-cancéreux Baclesse de Caen (120 km) et son antenne cherbourgeoise.

Maternité publique de niveau 3 (2000 accouchements par an) avec possibilité d'y effectuer des gardes d'obstétrique.

Région agréable à 350 km de Paris, 120 km de Caen, 200 km de Rennes, préservée du tourisme, en bord de mer.

Zone Franche jusqu'en 2020.

HOG
Centre Hospitalier
de l'Ouest Guyanais



LE CENTRE HOSPITALIER DE L'OUEST GUYANAIS RECHERCHE GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN PH OU EQUIVALENT

Situé à Saint-Laurent du Maroni, en Guyane Française, ce bassin de 100000 habitants est en forte croissance démographique.

A ce jour, le maternité de niveau 2B accueille 2960 naissances en 2017, 14,5% de césariennes, 1000 interventions chirurgicales... GO, pédiatres et anesthésistes de garde sur place.

L'ouverture d'un hôpital neuf en septembre 2018 proposera :

75 lits de gynécologie-obstétrique dont 6 salles de naissance et une salle de césarienne mise en place progressive d'un niveau 3 : réanimation néonatale équipement obstétrical et chirurgical neuf.

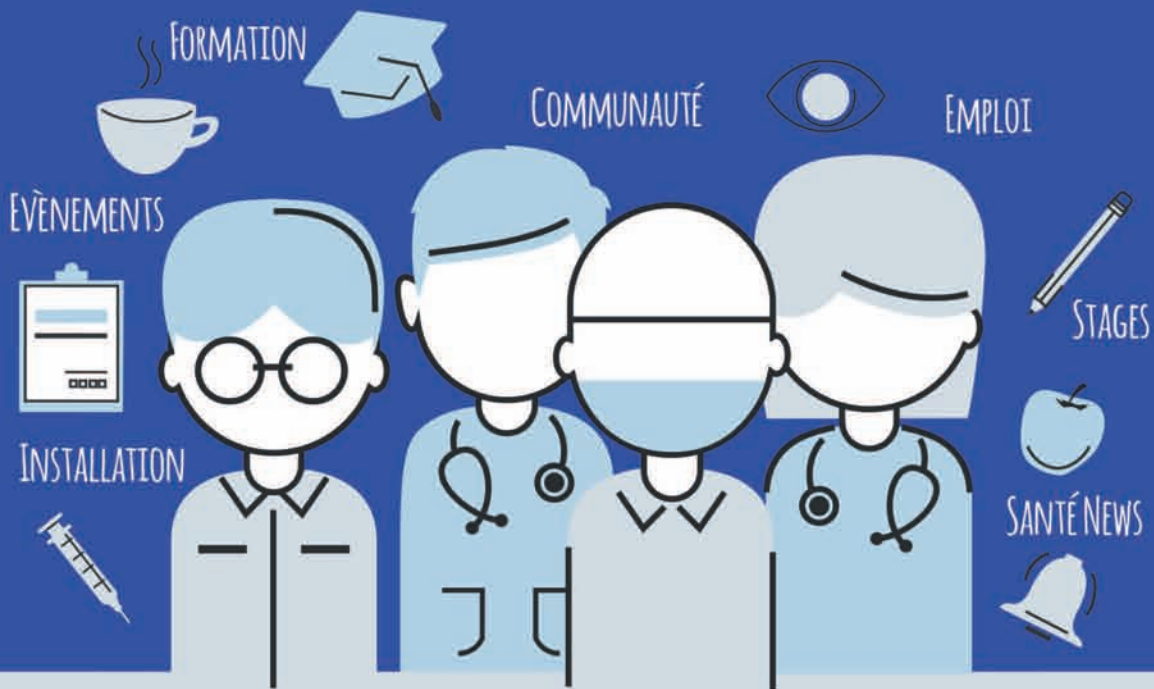
Très grande variété culturelle parmi nos patientes.

Poste :

- › PH ou équivalent.
- › Salaire : statut fonction publique + 40%.
- › Prise en charge du billet d'avion + logement + voiture les 2 premiers mois.



Contact : Dr GABRIEL CARLES - g.carles@ch-ouestguyane.fr - 05 94 34 87 53



Réseau PRO Santé

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah.idf
Réseau des Acheteurs Hospitaliers Île-de-France

pôle emploi

UniHA

FEHAP
Fédération Française des Établissements Hospitaliers
PRIVES NON LUCRATIFS

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

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode





**ACTIONS
SANTÉ
FEMMES**

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