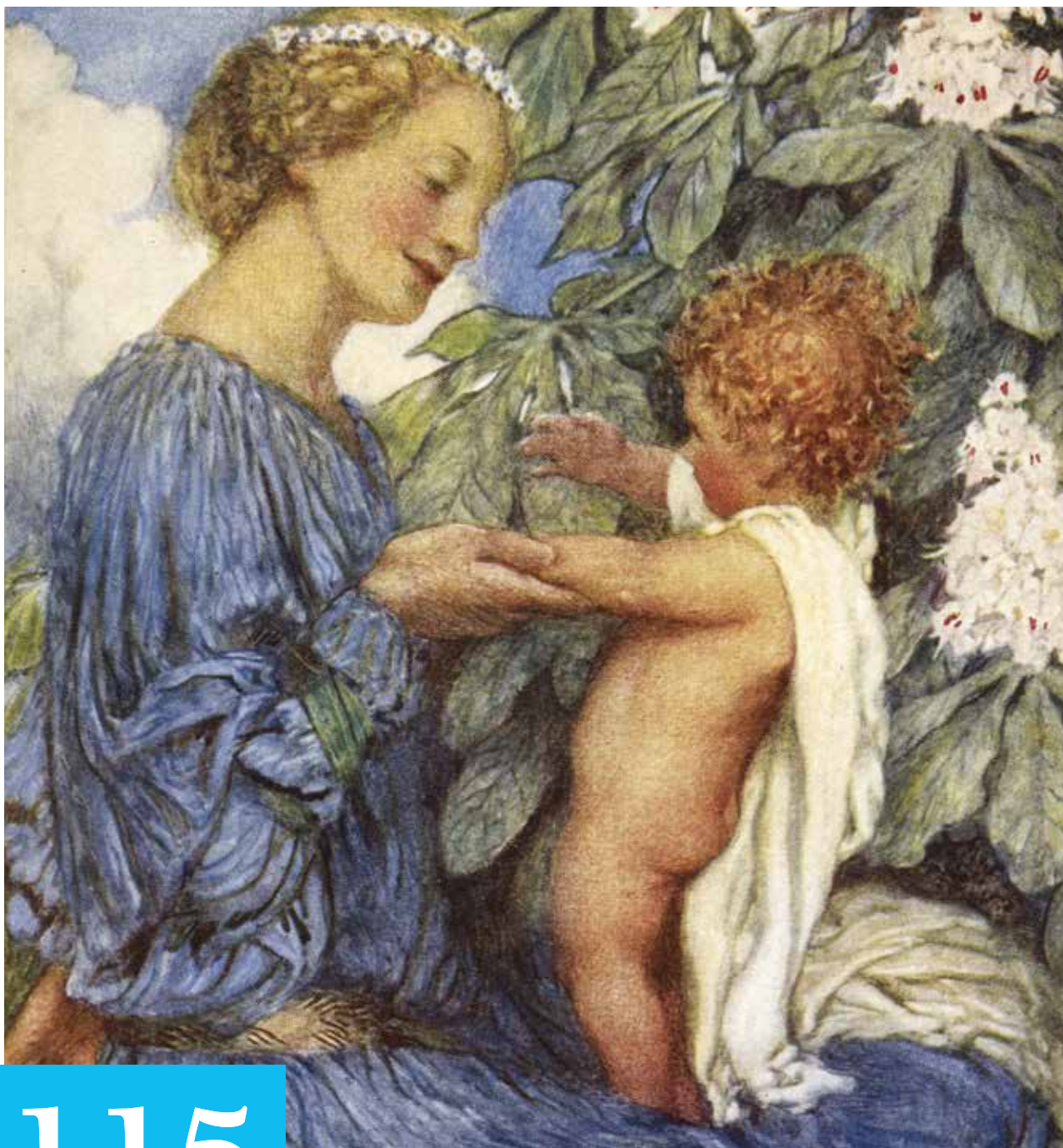


LES
CAHIERS

SYNGOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



115

Décembre
2018

- Mieux vous accompagner dans l'Optam et Optam-CO
- Burn-out des soignants : éveillons les consciences !
- IST : Premier remboursement du préservatif



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



2 Editoriaux

B. de ROCHAMBEAU, FX. BOYER de LATOUR

INFORMATIONS SYNDICALES

4 Conseil d'administration du 7 décembre à Strasbourg

B. de ROCHAMBEAU

8 Mieux vous accompagner dans l'Optam et Optam-CO

B. de ROCHAMBEAU

LE SYNGOF VOUS INFORME

11 Réévaluation de la stratégie de dépistage des infections à Chlamydia trachomatis

E. PAGANELLI

13 Prévention des IST : premier remboursement du préservatif

B. de ROCHAMBEAU

14 Forfait de prise en charge des fausses couches en ville

E. PAGANELLI

16 IVG : la première consultation préalable

E. PAGANELLI

17 Burn out des soignants : éveillons les consciences !

P. BARDON et E. PAGANELLI

20 Réforme des expertises en responsabilité médicale Brèves observations sur certains commentaires de la note de synthèse

R. PELLET

Pour la création de véritables "jurys sanitaires"

J. MARTY

DROIT ET GYNÉCOLOGIE

27 Décisions administratives et judiciaires

O. LECA

VOS RUBRIQUES

31 Actualisation de l'accessibilité des cabinets médicaux

32 Affichage réglementaire

33 Rencontres annuelles du CEGORIF

34 Distilbène : guide pratique

35 Propos de lecture

36 Conseil d'administration

38 Petites annonces

39 Délégués régionaux

40 Les annonces de recrutement

115

décembre



The Bridgeman Art Library

A mother and child Illustrated by Eleanor Fortescue Brickdale
© Bridgeman Images/British library

Directeurs de la Publication :

Dr François-Xavier Boyer de Latour

Tél. 03 23 64 53 59 fxdelatour@gmail.com

Dr Bertrand de Rochambeau Tél. 01 64 72 74 26

bdr@club-internet.fr

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

Régie publicitaire :

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

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

syngof@syngof.fr

www.syngof.fr

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les "copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective" et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et illustrations, "toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite", (alinéa 1er 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 :

Émeline Barbé

Maquette P.A.O. : Réseau Pro Santé

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 4^{ème} trimestre 2018

Imprimé en EU

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



FRANÇOIS-XAVIER BOYER DE LATOUR
DIRECTEUR DE PUBLICATION



chers confrères, c'est probablement la dernière fois que je suis amené à vous présenter mes vœux pour l'année à venir en tant que rédacteur en chef de notre revue. 2019 me verra en effet prendre ma retraite, et si je resterai à la disposition de l'équipe du SYNGOF, ma participation active ira en diminuant.

Après près de 20 années de militantisme au sein de notre syndicat, je regarde avec fierté le travail accompli auquel j'ai participé :

- Résolution presque complète de nos problèmes d'assurance en responsabilité civile professionnelle (RCP) ;
- Aide par l'assurance maladie à notre prime de RCP ;
- Plus récemment, grâce à notre intégration au BLOC, participation aux négociations conventionnelles qui nous ont permis d'obtenir, pour la première fois depuis de très nombreuses années, une revalorisation de nos actes par le biais de la lettre K ;
- Collaboration harmonieuse avec les CNGOF et GYNERISQ qui œuvrent également chacun à leur niveau pour notre profession.

Bonne et heureuse année 2019 !

Certes de nombreux points restent préoccupants :

- Le gynéco bashing qui va s'amplifiant ;
- La restructuration des maternités et de leur classement prévus pour cette nouvelle année ;
- La diminution du nombre de maternités privées et du nombre des gynécologues obstétriciens qui acceptent de poursuivre l'activité obstétricale.

Cette liste n'est malheureusement pas exhaustive. Elle montre que l'implication du plus grand nombre possible d'entre nous dans le SYNGOF est indispensable. En effet, les effectifs de militants actifs au sein du SYNGOF sont en diminution du fait des départs en retraite, et nous avons besoin de vous pour poursuivre cette action et permettre à nos successeurs de continuer à exercer notre belle profession au service des femmes et de leurs enfants.



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION



année de menaces et de combats pour faire reconnaître les spécificités de la gynécologie et de l'obstétrique face aux détracteurs de tous horizons. Féministes pour qui trop souvent nous sommes maltraitants, le monde politique qui foule au pied les efforts territoriaux de restructuration de nos maternités publiques tout en criant aux déserts médicaux qu'ainsi ils aggravent. Assureurs complémentaires qui sortent l'obstétrique du panier de soins. Nouvelle attaque de la liberté de conscience spécifique pour l'IVG, devenue pour le haut-commissariat à l'égalité des hommes et des femmes, comme pour une poignée de sénateurs et sénatrices activistes, le principal obstacle à l'accès aux IVG dans les maternités publiques. Sur chacun de ces points nous sommes montés au créneau pour défendre notre spécialité.

Année plutôt faste sur le plan financier avec une nomenclature des actes cliniques qui se diversifie et la montée en charge des options tarifaires

OPTAM et OPTAM-CO permettant une revalorisation conséquente des honoraires avec une baisse du reste à charge pour les patientes, gage d'un meilleur accès aux soins pour la gynécologie et

L'année 2018 aura été une année de contrastes pour nos spécialités.

l'obstétrique libérales. Ce sont les fruits de notre engagement à bâtir et signer une nouvelle convention en 2016.

Cette année, le SYNGOF s'est engagé et a participé aux travaux nationaux de restructuration des activités de chirurgie et des maternités. Il s'agit d'un vaste chantier qui doit redessiner l'organisation des soins en tenant compte d'une carte sanitaire plus concentrée ; il s'agit de mettre en place de nouveaux parcours de soins pour nos patientes qui auront moins de choix, mais des choix de qualité plus constante dans tous les territoires.

On ne mesure probablement pas encore tout ce que la télémédecine financée par l'Assurance Maladie, lancée cette année, apportera en termes de services supplémentaires aux patientes "2.0" qui sont celles de notre société en pleine mutation.

Au-delà des soubresauts actuels, je reste optimiste tant que nous serons vigilants et combatifs pour développer ce que doit être la médecine de la femme du 21^{ème} siècle. Notre voix est écoutée et le restera tant que nous serons nombreux à animer le SYNGOF. Faites adhérer autour de vous et manifestez vous auprès des membres du CA de votre région.

Le conseil d'administration du SYNGOF se joint à moi pour vous adresser tous ses vœux de bonne année 2019.

Conseil d'administration

Vendredi 7 décembre 2018

B. de ROCHAMBEAU*

Afin que votre syndicat représente au mieux vos préoccupations lors des prochaines négociations avec la CNAM, nous vous invitons à consulter dès à présent les textes du PLFSS pour nous remonter les éléments qui, de votre point de vue, requièrent une vigilance particulière.

é

étaient présents les Docteurs :

BASTIAN, BLUM, BOYER DE LATOUR, CAMAGNA, COICAUD, DE BIEVRE, DE ROCHAMBEAU, DREYFUS, FAVRIN, GRAVIER, GRISEY, GUERIN, GUIGUES, HOROVITZ, LAPLACE, LONLAS, MARTY, MIRONNEAU, PAGANELLI, PEIGNE, RIVOALLAN, ROBION, THIEBAUGEORGES.

Étaient excusés les Docteurs :

BONNEAU, CACAULT, DARMON, DENJEAN, FAIDHERBE, GARRIOT, HOMASSON, LAZARD, LEGRAND, LE PORS.

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.

E-Learning

B. de ROCHAMBEAU

Depuis l'adoption des options Optam et Optam-CO, les rémunérations des médecins de secteur 2 dépendent directement de la nomenclature ; il convient donc d'apprendre à la travailler. LE BLOC a pu obtenir un financement

de Formaco (organisme de DPC du BLOC) pour créer un e-learning pour l'apprentissage de la nomenclature. L'objectif, d'ici fin décembre, est la collecte auprès des administrateurs du SYNGOF de 10 cas répertoriés dans chaque domaine (obstétrique, chirurgie, PMA, gynécologie médicale) qui seront soumis au prestataire en charge de la création du e-learning. Ce dernier sera accessible gratuitement via internet à tous les affiliés du SYNGOF et du BLOC. Une première version est attendue pour le 1^{er} trimestre 2019.

Aujourd'hui, le e-learning n'a pas valeur de DPC, mais une discussion est en cours à la CPN (Convention Paritaire Nationale) pour établir un programme de DPC sur les programmes conventionnels.

A noter : compte tenu de la complexité de certaines cotations, il existe aujourd'hui un risque de se faire retoquer après cotation. Dans le cadre de la modernisation de ses systèmes informatiques, la CNAM est en train d'établir une liste d'associations d'actes qui ne cadrent pas avec la nomenclature afin d'intégrer l'impossibilité de les coder dans la prochaine version du logiciel de cotation qui sortira au premier trimestre 2019. L'intérêt pour nous est que cela évitera de se voir réclamer au bout de deux ans de grosses sommes d'indus, le danger est que cela peut limiter nos possibilités d'associa-

tions d'actes parfaitement en accord avec les textes mais que la CNAM conteste. Nous avons obtenu d'avoir un regard sur cette liste par le siège que nous avons à la CPN et allons contester toute interprétation restrictive.

Les prochains sujets conventionnels issus du PLFSS

B. de ROCHAMBEAU

Dans le PLFSS qui sera voté avant la fin de l'année, des mesures sont renvoyées par le texte aux mesures conventionnelles, la Caisse jugeant plus efficace la voie conventionnelle que la voie réglementaire non négociée avec les médecins.

Par exemple, la dématérialisation des arrêts de travail est un objectif fort de la CNAM pour 2019. Il sera du ressort conventionnel d'en fixer les modalités.

Nous avons aujourd'hui, comme référence, la prescription dématérialisée qui est en expérimentation. Elle tourne aujourd'hui dans quelques régions avec des médecins volontaires : les ordonnances sont générées avec le logiciel mis à leur disposition et la prescription est transmise directement

*Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

via internet à la caisse d'assurance maladie qui transmet un QR Code. Le patient se présente à la pharmacie avec sa feuille de soins et son QR Code ; la pharmacie scanne le QR code et renvoie à la Caisse la dispensation. L'ensemble de ces données arrivent à la Caisse et celle-ci a ainsi une base de données sur les prescriptions qui peuvent être déposées sur le DMP du patient s'il le souhaite.

Le SYNGOF demande à ce que les médecins, comme les pharmaciens, puissent avoir accès à cette base de données alimentée. Or cela ne fait pas encore partie des engagements de l'Assurance Maladie.

Par ailleurs, les médecins qui s'engagent dans ce système pour 6 mois minimum sont dédommagés à hauteur de 400 euros. Le SYNGOF va demander à ce que ce dédommagement soit augmenté, et que chaque engagement puisse être rémunéré à chaque renouvellement.

Pour préparer les prochaines négociations avec la CNAM, le SYNGOF demande aux administrateurs de s'intéresser aux textes du PLFSS et de remonter les éléments qui requièrent une vigilance particulière quant à l'engagement du médecin.

Le Plan Santé 2022

B. de ROCHAMBEAU

Le Plan santé 2022 est un axe fort de la stratégie présidentielle, qui reprend les recommandations du Haut Conseil à l'Assurance Maladie publiées en 2017.

Il nous concerne car il s'agit de terme de condamner l'exercice isolé et de favoriser le développement de l'exercice en groupe, ce qui complexifie la situation des gynécologues médicaux installés seuls en ville. Les personnes qui sont seules sur un territoire, car il n'y a pas de capacité d'être présents en plus grand nombre, ne doivent pas être ostracisés. L'argent qui est destiné à organiser les soins en France risque d'oublier les professionnels qui sont seuls, comme l'argent de la convention oublie les médecins de secteur 2 qui n'ont pas signé l'option tarifaire.

Il faut néanmoins défendre dans le même temps la souplesse de se regrouper autour des établissements pour favoriser le parcours de soins du patient. L'initiative doit appartenir au praticien.

Le Projet de loi de financement de la sécurité sociale ainsi que les 10 mesures phare de "Ma santé 2022" sont disponibles en téléchargement sur le site du SYNGOF : <https://tinyurl.com/y7scmz46>

Nouvelles commissions de qualification

B. de ROCHAMBEAU

Des changements ont eu lieu dans les commissions nationales de première instance de qualification et les commissions d'appel, sous l'égide du Conseil National Professionnel.

Le SYNGOF reste incontournable et ces commissions d'instance et d'appel sont désormais ouvertes à la gynécologie médicale.

Dans la commission de première instance, le SYNGOF compte 2 titulaires et un remplaçant.

Dans la commission d'appel, le SYNGOF compte un représentant et 2 suppléants.

Au global, les gynécologues de terrain restent présents face aux représentants de l'ordre et du corps enseignant.

Commission nationale de 1^{ère} instance

	TITULAIRE	SUPPLÉANT
Membre du Corps Enseignant Président	Pr Jean-Luc POULY	Pr Jean-Marie ANTOINE
Représentant l'Ordre des Médecins	Dr Patrice GOEUSSE Pr Jean-Jacques BALDAUF	Pr Léon BOUBLI Pr Vassilis TSATSARIS
Représentant le SYNGOF	Dr Arnaud GRISEY Dr Jean-Pierre LAPLACE	Dr Elisabeth PAGANELLI
Représentant le Syndicat des Gynécologues et Obstétriciens Libéraux		Dr Olivier AMI

Commission nationale d'appel

	TITULAIRE	SUPPLÉANT
Membre du Corps Enseignant Président	Pr Dominique LUTON	Pr Jean-François OURY
Représentant l'Ordre des Médecins	Pr Henri-Jean PHILIPPE Dr Jean THEVENOT	Pr Michel CANIS Pr Jean GONDROY
Représentant le SYNGOF	Dr Benoit GARRIOT	Dr Pascale LE PORS-LEMOINE Dr Joëlle ROBION
Représentant le Syndicat de Gynécologie Médicale	Dr Marie-Josée RENAUDIE-LATEULE	

Nous attirons votre attention sur une qualification en particulier : celle des médecins diplômés hors Union Européenne.

Ces derniers travaillent dans les hôpitaux sans statut et se trouvent bloqués lorsqu'ils arrivent en fin de droit. Depuis dix ans, tous les cinq ans, le même problème se pose et les praticiens qui ne réussissent pas les qualifications sont prolongés. Cette année encore, un décret rétablit un parcours de validation sur dossier pour ceux qui étaient éligibles. Ainsi un praticien étranger hors Union Européenne peut travailler quinze ans dans un hôpital français sans jamais faire la preuve de sa qualité. Il est prolongé parce qu'utilisé pour maintenir les effectifs et exploité financièrement parce que précaire. Dans le même temps, il y a eu une proposition de loi pour cette validation dont le vote qui devait intervenir en fin d'année, a été reporté sine die.

Changement de gestion et de cabinet comptable ; transfert du compte d'exploitation

B. de ROCHAMBEAU

Le Dr Antoine GRAVIER se présente pour remplacer le Dr Jean MARTY, actuel trésorier du SYNGOF. Le Dr de ROCHAMBEAU demande le vote du conseil d'administration pour ce remplacement en attendant les prochaines élections.

Le Dr Antoine GRAVIER (de BRIVE) a été coopté à l'unanimité des membres présents, comme trésorier, en remplacement du Dr Jean MARTY à partir du 1^{er} janvier 2019. Les élections qui auront lieu le 8 mars lors de l'Assemblée Générale du SYNGOF valideront ce choix du CA.

Répartition du travail entre les nouvelles collaboratrices : B. LE NIR et E. BARBÉ A. GRAVIER

En remplacement de Nadine Prugny, secrétaire du SYNGOF, qui part à la retraite le 31 mars prochain, le SYNGOF propose la répartition de son poste entre deux personnes à compter du 1^{er} avril 2019 :

- Béatrice Le Nir, actuellement coordinatrice de Gynerisq, abandonne une partie de ses fonctions et intègre le secrétariat du SYNGOF ; elle sera chargée de l'accueil et des conseils aux adhérents et des confrères ; des communications avec les instances professionnelles et ministérielles, et du dispatching des contacts ;
- Emeline Barbé, actuelle attachée de presse du SYNGOF, sera chargée de la gestion des Cahiers du SYNGOF, des newsletters et des sites web.

Le remplacement de Nadine Prugny par B. Le Nir et E. Barbé est voté à l'unanimité.

Changement de siège social et de boîte postale du SYNGOF

*B. de ROCHAMBEAU,
J. MARTY*

Le syndicat propose le transfert du siège social à Toulouse, domiciliation de Béatrice Le Nir, et de la boîte postale à Brive, domiciliation d'Antoine Gravier.

Le syndicat propose la mise en place d'un système de paiement en ligne des cotisations dans un proche avenir.

La décision est votée à l'unanimité.

Forfait de prise en charge FCS avec le Misoprostol E. PAGANELLI

Le forfait de prise en charge des fausses couches en ville avant 14 SA est en train de se mettre en place à partir des RTU du 1^{er} mars et 15 octobre 2018.

Notons que le forfait est insuffisant ; il faut très souvent plus de médicaments que ceux financés. Et le tarif de la consultation fixé à 25 euros ne correspond pas au tarif d'une consultation longue et difficile. Cf. notre article en page 14

Le SYNGOF a remonté cette mauvaise estimation du forfait à la CNAM et demandé une augmentation du tarif du forfait. Dans l'attente d'une réponse de la CNAM, le SYNGOF recommande la cotation "Evacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux" à 57€. Attention : les médicaments ne sont pas financés hors forfait.

Question sur le DPNI (dépistage prénatal non invasif)

JM. DREYFUS

LE DPNI est remboursé à l'hôpital mais pas dans les laboratoires privés. L'Assurance Maladie a donné son accord pour la prise en charge début 2018 mais pour le moment, aucune suite n'a été donnée, le dossier est bloqué à la DGOS, direction compétente du ministère. Le SYNGOF propose de dénoncer à la presse cette inégalité dans la prise en charge de ce prélèvement. Cela constitue une perte de chance pour les femmes qui se trouvent dans l'obligation de se rendre dans des hôpitaux éloignés pour faire les prélèvements.

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.

Discussion autour des articles de presse FNCGM "Clause de conscience"

E. PAGANELLI

Certains confrères de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale se sont exprimés dans la presse en faveur de la suppression de la clause de conscience pour l'IVG. Ces confrères, installés en ville, sont libres de leurs pratiques et notamment de ne jamais pratiquer l'IVG. Ils n'ont pas conscience de l'impact qu'aurait cette suppression pour leurs confrères des hôpitaux qui sont contraints par l'obligation de service public.

Le SYNGOF réaffirme la nécessité de maintenir la clause de conscience qui touche à l'intime du praticien.

Gynéco bashing : Silence ou réponse

B. de ROCHAMBEAU

Le SYNGOF a tenu une réunion avec le CNGOF à la fin de l'été, en vue de définir une stratégie de défense commune face aux affaires de "violences gynécologiques" répandues dans la presse. Il a été décidé de tenir une ligne de conduite groupée et d'attendre d'avoir épuré les comportements dénoncés pour reprendre la parole, tout en minimisant les mouvements extrémistes qui attaquent la profession.

Arrêté du 20-04-2018 ; échanges avec JM. LE VAILLANT

J. RIVOALLAN

A l'issue du dernier conseil d'administration, Jacques Rivoallan a envoyé un courrier à Jean-Marc Le Vaillant, Président de la CNEOF (Conférence Nationale de l'Echographie Obstétricale et Fœtale) pour lui signaler les disproportions observées dans les modalités de l'échographie où les compétences demandées aux gynécologues sont supérieures à celles demandées aux sages-femmes. Bien que la réponse orale fût favorable à une révision de ces modalités, aucune réponse officielle n'a été donnée à ce jour. Le syndicat le relance.

Discussions avec la salle.
Séance levée à 16h45.
Prochain CA le 8 mars 2019.



Suivez le SYNGOF sur Facebook

Mieux vous accompagner

dans l'Optam et Optam-CO

Devant les difficultés rencontrées par chacun pour mettre en œuvre les options Optam et Optam-CO, le Syndicat LE BLOC a partagé l'analyse avec la CNAM qu'il fallait expliquer le fonctionnement et donner les moyens du pilotage tarifaire.

B. de ROCHAMBEAU*

depuis le 1^{er} janvier 2017, le contrat d'accès aux soins (CAS) est remplacé par deux options tarifaires : Optam et Optam-CO¹. Ouvertes aux médecins de secteur 2 et aux secteurs 1 titrés, elles ont pour vocation d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable pour diminuer le reste à charge des assurés sociaux. Pour les médecins de Secteur 1, l'option présente l'intérêt de leur ouvrir l'accès aux honoraires libres. Aux médecins de Secteur 2, elle permet un meilleur remboursement de leurs patients. Pour tous, l'option intègre une réévaluation significative des tarifs opposables et une possibilité d'augmentation tarifaire dans une limite négociée préalablement. Contrairement au CAS, les honoraires ne sont pas bloqués sur ceux de l'année 2012.

En souscrivant l'Optam ou l'Optam-CO, le médecin s'engage **sur une année** à respecter **un taux moyen de dépassement** et **un taux moyen d'activité facturée sans dépassement**. Ces taux sont dits "recalculés" car ils ont pour base le tarif secteur 1 et non le tarif opposable du secteur 2 qui est plus bas. Seule la CNAM a la capacité de recalculer ces taux.

¹ L'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins autorisés à facturer des dépassements d'honoraires (secteur 2) et aux médecins de secteur 1 titrés ; L'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (Optam-CO), est ouverte aux médecins de secteur 2 et secteur 1 titrés exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces taux d'engagement sont calculés sur la base de la moyenne de :

- L'activité 2013, 2014 et 2015 (contre une année seulement qui était l'année 2012 pour le CAS) ;
- L'ensemble des actes cliniques et techniques réalisés sur ces 3 années.

L'équation de la négociation à résoudre était : une baisse du reste à charge pour la patiente compatible avec une augmentation des honoraires du médecin

Au moment de la signature de la Convention, nous avons négocié une réévaluation significative du tarif opposable des actes techniques par les majorations J et K : actes en J plus nombreux, valeur du K augmentée de 11.5 à 20%, réévaluation des actes de consultation : CS+MCS+MPC valant 30€, APC à 48 puis 50€, consultation et acte de santé publique, consultations complexes par une majoration de 16€ et très complexes par une majoration de 30€ ; la valorisation des actes en urgence la nuit et les jours fériés a été doublée et il est créé une cotation pour les actes chirurgicaux d'urgence d'organes ou vitales dans la journée. Nous avons également obtenu dans l'avenant numéro 2 une meilleure aide à la prime RCP et l'augmentation de l'assurance maternité.

Cette augmentation du tarif opposable est dans l'Optam partagée entre le patient et le médecin. Ainsi, l'augmentation des honoraires doit représenter la moitié de l'augmentation des tarifs opposables, l'autre moitié permettant la baisse du dépassement, donc du reste à charge.

*Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

La mise en place de ce système comporte néanmoins quelques difficultés

Ces difficultés s'illustrent dans le bilan à un an des premiers engagements des options de modération tarifaire qui permet 2 constatations : 50% des médecins éligibles ont signé, ce qui constituait l'objectif de la CNAM pour un équilibre financier du système, et 80% des signataires sur les 6 premiers mois de leur contrat ne respectent pas leurs engagements.

Principale difficulté : la définition de la pratique tarifaire qui, pour la CNAM, est constituée par les honoraires totaux : tarif opposable + dépassement. Il ne s'agit pas du niveau de dépassement du tarif opposable.

La maîtrise du taux de dépassement

Ne pas augmenter ses dépassements ne suffit pas à respecter ses engagements, il faut en moyenne les dimi-

nuer de la moitié de l'augmentation du tarif opposable. Les honoraires totaux augmenteront de l'autre moitié. Les confrères qui ont augmenté en moyenne leurs dépassements d'honoraires en 2017 ne respectent certainement pas leurs engagements.

Pour "fabriquer" son tarif dans le cadre des options, il faut connaître les modificateurs et les coder effectivement, car ce sont eux qui ont bénéficié des revalorisations : la facturation doit mentionner tous les modificateurs : MCS, MPC, MCX et MTX, O, J, K, T pour que les réévaluations tarifaires puissent s'appliquer.

Ex: CS à 60€, Taux de dépassement $(60-23)/23 = 160\%$ devient CS+MCS+MPC à 60€, Taux de dépassement "recalculé" $(60-30)/30 = 100\%$

Le médecin doit par conséquent s'intéresser à la nomenclature et ne pas l'abandonner à un tiers sans contrôle.

Cette connaissance est le préalable au pilotage des tarifs pour déterminer le gain à partager.

Voir tableau ci-dessous.

	Tarif secteur 2	Tarif S2 Optam avec J et K à 11,5%	Tarif S2 Optam-CO avec J et K à 20 %	Différence	
Cholecystectomie coelioscopique	290 €	340 €	364 €	74 €	26%
Vésiculo-prostatectomie par laparotomie	738 €	982 €	1 053 €	315 €	43%
Thyroïdectomie totale	410 €	544 €	583 €	173 €	42%
Prothèse tri-compartmentale de genou	591 €	683 €	732 €	141 €	24%
Canal carpien	111 €	123 €	132 €	21 €	19%
Reconstruction sur sein par lambeau de grand dorsal	536 €	730 €	782 €	246 €	46%
Accouchement normal par voie basse	334 €	370 €	396 €	62 €	19%
Accouchement présentation du siège chez une primipare	334 €	455 €	488 €	154 €	46%

La liberté tarifaire dans l'option permet d'appliquer la moitié du gain aux honoraires totaux :

Exemples :

- Pour la cholécystectomie coelioscopique, le gain est de 74€ ; Si les honoraires en 2015 étaient de 500€ (290+210), le nouveau tarif pourra être 574€ (340+197).
- Pour l'accouchement normal, le gain est de 62€. Si les honoraires en 2015 étaient de 600€ (334+266), le nouveau tarif pourra être 666€ (396+235).

Il s'agit d'un calcul d'une moyenne des dépassements sur une année. En fonction des patientes, des difficultés, des circonstances particulières, le médecin reste le seul qui fixe le tarif de l'acte pour chaque patiente.

Optimiser son taux d'actes au tarif opposable : quelques règles de base

Nous recommandons de bannir tous les actes gratuits : tout acte réalisé doit être facturé. Avec un tiers payant, le tarif opposable est perçu comme une gratuité.

Quand 2 actes techniques sont réalisés, il faut facturer les 2.

Les règles de facturation (sauf exceptions) imposent que le deuxième soit facturé à 50% de sa valeur opposable. Pour augmenter son taux d'opposable ce deuxième acte est facturé au tarif opposable, cela concourt aussi à faire baisser le taux de dépassement.

Si le taux d'opposable ne pose pas de problème, le dépassement peut être distribué sur les 2 actes.

Mais attention, on ne peut pas associer un acte clinique et un acte technique (sauf exceptions comme le FCV de dépistage triennal qui est facturé à taux plein -car c'est un acte de santé publique- en plus d'un autre acte).

Les règles d'association d'actes sont précises, il s'agit d'un sujet fréquent de contentieux avec les caisses primaires d'assurance maladie. En 2019, les logiciels professionnels qui permettent les facturations intégreront des barrières qui empêcheront les associations reconnues comme contrevenant de façon certaine aux règles. La CNAM établira ses barrières et nous sommes actuellement consultés pour une analyse paritaire qui devrait limiter le nombre de litiges.

Le SYNGOF vous aide : faites-nous remonter vos difficultés !

Nous sommes constamment en discussion avec la CNAM pour aplanir les difficultés. La convention prévoit des outils de pilotage à disposition des médecins, avec l'affichage des taux observés par la CNAM sur Ameli-pro, avec un trimestre de décalage. Actuellement la pratique de T1 et T2 de 2018 doit être disponible et à la fin de l'année T3 doit être disponible. Dans beaucoup de départements ce n'est pas le cas et les confrères sont "aveugles". Nous demandons de laisser dans ces conditions plus de temps aux médecins pour modifier leur pratique. La base de calcul des engagements tarifaires est la moyenne des années 2013, 2014, 2015, connue début 2017. Les options ont été ouvertes en avril 2017, l'année 2016 a pu être l'objet d'une augmentation tarifaire qui n'est pas prise en compte dans les calculs, ce qui n'est pas loyal. Cet argument est entendu par la CNAM qui en tiendra compte dans les difficultés à atteindre l'objectif pourvu que la tendance observée soit favorable. L'intérêt de la CNAM n'est pas de fermer l'option à ceux qui font des efforts et qu'ils ont eu tant de mal à convaincre. Le Directeur général de la CNAM a confirmé récemment "qu'il n'est pas question de fermer des contrats à l'issue de cette première année".

Un e-learning pour optimiser vos cotations

Pour vous aider à optimiser vos cotations, LE BLOC met actuellement en place un "e-learning" sur les cotations en pratique. Accessible gratuitement aux membres du SYNGOF à jour de leur cotisation, son ouverture est prévue pour le premier trimestre 2019.

Le cas de l'Optam

Le médecin qui souscrit à l'Optam a peu d'actes avec J et K, en revanche il bénéficie d'une prime qui paye les charges sociales de son activité clinique ou technique réalisée à tarif opposable. Son montant permet de valoriser la progression vers les objectifs de maîtrise des dépassements. Plus le médecin s'approche de ses taux d'engagements, plus sa prime augmente. Cette prime est payée en juillet de l'année suivante.

Les difficultés précédemment citées peuvent influencer sur le respect des engagements vis-à-vis de la CNAM et être préjudiciables au calcul des primes. Aussi n'hésitez pas à nous faire remonter vos difficultés en cas de mauvais reversement de la CNAM.

Contact SYNGOF : syngof@syngof.fr

Les démarches des CPAM pour informer

Si le médecin reste dans le cadre d'une pratique annuelle inférieure à 100% de taux de dépassement mais ne respecte pas ses engagements annuels (cas de 80% des signataires à mi 2018), il en est informé et prié de modifier ses pratiques pour se rapprocher de son objectif. Il recevra la visite du délégué de l'Assurance maladie (DAM) qui lui présentera sa pratique tarifaire sur les 10 actes les plus fréquents, ce qui lui permettra de se rapprocher de son objectif. **Notre conseil** : Ce tableau est un outil de pilotage pour vous. Ce n'est pas au DAM de faire vos tarifs. C'est à chaque praticien de déterminer ses tarifs dans le respect de ses engagements. Si le médecin sort du cadre des 100% de taux de dépassement, il sera invité à rapidement revenir à un taux inférieur à 100% ; il pourra être sorti de l'option s'il ne corrige pas rapidement ses pratiques. Dans ce cas, il pourra lui être réclamé les sommes qu'il aura indûment perçues la dernière année.

Notre conseil

Si vous êtes persuadé que vous ne vous rapprochez pas de vos objectifs, sortez de l'option par vous-même avant que la caisse ne le fasse.

La sortie peut se faire sur simple lettre A/R et le médecin reprend les conditions du S2. Il n'aura pas de pénalité, ni d'indus comme le prévoit expressément la convention.

Nous n'en resterons pas là

La question de la suite se pose naturellement. En l'absence de revalorisation des tarifs opposables, les honoraires ne peuvent pas s'adapter aux coûts de production qui ne baissent pas.

Il y a nécessité d'une nouvelle négociation dont il faut fixer le cadre.

En 2019, une phase de négociations s'ouvre dès janvier pour faire appliquer les évolutions contenues dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS 2018) pour 2019. Ce sera l'occasion de financer les mesures sur lesquelles nous avons travaillé en 2018 : extension des actes admettant le J dans notre spécialité, création d'actes d'analgésie post opératoire et d'écho guidage des anesthésie loco-régionales. Le taux d'adhésion à l'Optam-CO au-dessus du point d'équilibre financier nous permet d'envisager une réévaluation du K. Au-delà de 2019, les discussions sur la prochaine convention vont débiter pour se terminer en 2021.

Si nous nous trouvons devant l'absence de volonté de la CNAM d'ouvrir une négociation, la question se poserait de quitter massivement l'option et de revenir à la situation antérieure, avec la certitude d'une augmentation importante du reste à charge pour les patients, ce qui est à l'opposé de la commande politique.

Réévaluation de la stratégie de dépistage

des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis*

E. PAGANELLI*
Groupe de travail HAS

*La HAS recommande un dépistage systématique de l'infection à *Chlamydia trachomatis* chez les jeunes femmes, y compris les femmes enceintes.*

en France, la chlamydie est une des infections sexuellement transmissibles (IST) les plus répandues chez les jeunes femmes. Pourtant 60 à 70% d'entre elles ne présentent aucun symptôme et ignorent qu'elles ont été infectées. Le dépistage représente donc un outil majeur pour réduire la prévalence de l'infection.

La HAS recommande qu'au moins un dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* soit systématiquement réalisé chez les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans inclus, y compris les femmes enceintes. En cas de test négatif et de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire, le dépistage est répété chaque année. Si le test est positif, un traitement est défini et le dépistage est répété à 3-6 mois.

De plus, un dépistage opportuniste ciblé doit être proposé aux populations suivantes :

- les hommes sexuellement actifs, présentant des facteurs de risque, quel que soit l'âge ;
- les femmes sexuellement actives de plus de 25 ans, présentant des facteurs de risque ;
- les femmes enceintes consultant pour une IVG, sans limite d'âge.

Un dépistage plus accessible

La HAS préconise que ce dépistage, auparavant réalisé principalement dans des centres spécialisés à vocation de dépistage, soit davantage effectué dans les cabi-

Le dépistage a deux objectifs majeurs : réduire le risque de complications à long terme chez la femme et limiter la propagation de l'infection au sein de la population, grâce à un traitement précoce.

nets de médecine générale, de gynécologie, de sage-femme, dans les maisons de santé ou encore dans les centres d'exams de santé.

L'intensification de la proposition de dépistage en dehors des centres de santé doit s'accompagner d'une offre de formation des professionnels de santé à la santé sexuelle, au dépistage et au traitement des IST (incluant des outils spécifiques pour accompagner la mise en œuvre de la stratégie de dépistage). Les modalités de mise en œuvre et de financement de ces formations sont à définir.

Autre piste proposée par la HAS pour augmenter le recours au dépistage des populations à risque : promouvoir l'auto-prélèvement. En effet, le caractère intime des prélèvements peut dissuader de recourir au dépistage. Sans pour autant se substituer systématiquement au prélèvement réalisé par un professionnel de santé, l'auto-prélèvement vaginal pour les femmes et urinaire pour les hommes représente une alternative qui doit être proposée dans tous les lieux de dépistage. En revanche, les tests de diagnostic rapide (TDR) – utilisés pour leur facilité et rapidité d'accès dans le cadre d'autres maladies comme le VIH ou les hépatites B et C – ne sont aujourd'hui pas suffisamment performants dans le dépistage des infections à *Chlamydia trachomatis* pour être recommandés.

Accompagner ces mesures de financements adaptés

La HAS recommande de garantir la pérennité d'un financement spécifique au dépistage de l'infection à *Chlamydia trachomatis* dans les CeGIDD et dans les CPEF, acteurs centraux de la stratégie de dépistage.

La HAS préconise d'élargir le remboursement à plusieurs sites de prélèvement, selon les pratiques sexuelles.

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

Risque de grossesse extra-utérine et d'infertilité tubaire ?

Les grossesses extra-utérines (GEU) et l'infertilité tubaire représentent les complications à long terme d'une infection à *Chlamydia trachomatis* non traitée. Il n'existe aucune étude prospective et donc aucune preuve directe du risque, pour une femme ayant une infection à *Chlamydia trachomatis* non traitée, de développer une infertilité tubaire ou une grossesse extra-utérine. La mise en œuvre d'études prospectives se heurte à des difficultés méthodologiques principalement liées au délai entre l'infection et le développement potentiel de ces complications, ainsi qu'à des problèmes éthiques liés à l'absence de traitement d'une femme infectée à risque de complications. Des informations sur

le chemin causal entre l'infection à *Chlamydia trachomatis* et les complications type GEU et infertilité tubaire ont néanmoins été produites en calculant les probabilités de développer ces complications.

La prise en charge thérapeutique devrait-elle être modifiée ?

Les données disponibles aujourd'hui dans la littérature ne permettent pas de hiérarchiser, avec un niveau de preuve suffisant, l'azithromycine et la doxycycline pour le traitement des infections uro-génitales basses à *Chlamydia trachomatis*.

Dans l'attente de données démontrant les échecs de traitement/ résistances à l'azithromycine, le groupe de travail préconise de ne pas hiérarchiser les deux traitements dans l'actualisation des recommandations.

Dépistage opportuniste	Systématique	Ciblé
Population	Femmes sexuellement actives* de 15- 25 ans (inclus) (y compris femmes enceintes)	Hommes sexuellement actifs* présentant des facteurs de risque, quel que soit l'âge Femmes sexuellement actives* > 25 ans présentant des facteurs de risque Les facteurs de risque sont : multipartenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (NG, syphilis, VIH, M. genitalium), antécédents d'IST, HSH, personnes en situation de prostitution, après un viol Femmes enceintes consultant pour une IVG (sans limite d'âge)
Lieux	CeGIDD, CPEF, SSU, Centres d'orthogénie Cabinets de médecine générale et gynécologie, sage-femme	
Test de dépistage	Test d'amplification des acides nucléiques (incluant le duplex Ct/NG pour le dépistage de la co-infection Ct/NG) marqués CE Femmes : échantillon vaginal : prélèvement par un clinicien ou auto-prélèvement (structure de soins ou à domicile), ou prélèvement urinaire si impossibilité de faire un prélèvement vaginal Hommes : échantillon urinaire (structure de soins ou à domicile) Trois sites de prélèvement (ano-rectal, pharyngé, génito-urinaire) selon les pratiques sexuelles et en particulier chez les HSH	
Rythme	Ct- : annuel en cas de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire Ct+ : à 3-6 mois, trimestriel pour les HSH à haut risque d'infection**	
Traitement	Ct : azithromycine 1g dose unique ou doxycycline 100 mg deux fois / jour pendant 7 jours Ct/NG : ceftriaxone 500 mg IM + azithromycine 1 g dose unique Femmes enceintes Ct : azithromycine 1g dose unique ou érythromycine 500 mg deux fois / jour pendant 14 jours Femmes enceintes Ct/NG : ajouter ceftriaxone 500 mg IM Test de contrôle post-traitement : si la situation le nécessite, faire un test de contrôle au plus tôt 3-5 semaines post-traitement***	
Notification aux partenaires	Période de recherche des partenaires : 12 mois précédant le dépistage Information des partenaires par le sujet dépisté Ct+	
Autres points importants	Traitement de l'infection à Ct : il existe des préoccupations concernant les échecs de traitement / résistances à l'azithromycine en cas d'infection à M. genitalium Dépistage large des IST (Ct, NG, VIH, VHB, VHC, syphilis, M. genitalium, etc.) à définir selon les populations (et notamment dans la population HSH)	

* Dans les 12 derniers mois.

**Rapport anal non protégé par un préservatif dans les 6 mois, plus de dix partenaires dans les 6 derniers mois, sexe en groupe, usage de drogues récréatives pendant les relations sexuelles, personne vivant avec le VIH, diagnostic d'une nouvelle IST, PrePeur.

***(Notamment chez la femme enceinte et les HSH ayant une infection ano-rectale asymptomatique traitée par azithromycine 1g pendant 7 jours pour ne pas passer à côté d'une LGV, etc.).

Prévention des IST :

premier remboursement du préservatif

B. de ROCHAMBEAU*

Depuis le 10 décembre, un premier préservatif masculin fait l'objet d'une prise en charge par l'Assurance Maladie sur prescription médicale.

Le SYNGOF s'est depuis longtemps engagé dans la campagne de prévention des infections sexuellement transmissibles qui représentent un problème majeur de santé publique en France, notamment les principales IST : infection à VIH/Sida, hépatites virales B et C, syphilis, gonococcie, infections à chlamydia. Le nombre de contaminations annuelles a été multiplié par 3 en 4 ans (430 000 contaminations en 2016 selon le baromètre santé publié en juillet 2018) et celles-ci concernent principalement les jeunes.

Le préservatif n'est plus un réflexe, en particulier chez les jeunes (1 sur 2 ne se protège pas lors d'un rapport sexuel et a donc un comportement à risque). Il souffre d'une image de gadget sexuel véhiculé parfois par les industriels, alors que 70% de ventes sont réalisées en supermarché, au détriment de son positionnement naturel de produit de santé. Par ailleurs, son prix constitue un frein pour 11 à 38% des utilisateurs potentiels selon différentes études.

Le coût actuel de prise en charge des IST par l'Assurance Maladie s'élève à plus de 2 milliards d'euros dont 1,6 milliard pour le VIH.

A ce jour, seuls les préservatifs de la marque EDEN, du laboratoire français Majorelle, ont reçu un avis favorable de la HAS et ont obtenu l'accord du Ministère de la Santé pour une prise en charge par l'Assurance Maladie sur prescription médicale.

Cette prise en charge concerne les femmes comme les hommes. La délivrance, sous forme de boîtes de 6, 12 ou 24 préservatifs, s'effectue en officine de pharmacie sur présentation d'une prescription d'un médecin ou d'une sage-femme.

Modalités de prescription et de délivrance

La quantité de préservatifs sera précisée par le prescripteur, sachant qu'il n'y aura pas de limite de renouvellement lors de la prescription des préservatifs EDEN. Pour cette raison, les ordonnances avec la mention "X préservatifs EDEN, à renouveler à la demande pendant 1 an" seront valables même sans mention du nombre de renouvellement.

Par son remboursement par l'Assurance Maladie, permettant l'accessibilité au plus grand nombre, le prix des préservatifs a baissé. Cette démarche replace les professionnels de santé au cœur du dispositif de prévention des IST et le préservatif comme "outil central" dans la lutte contre les IST.

**Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC*

Forfait de prise en charge des fausses couches en ville

E. PAGANELLI*

Sous-estimant la complexité de la consultation et la prescription, le montant de ce forfait est insuffisant. Le SYNGOF a demandé à la CNAM une augmentation du tarif.

Les femmes réclament à l'Etat un accompagnement bienveillant de la fausse couche. Déjà effectif dans les hôpitaux, le forfait de prise en charge des fausses couches en ville avant 14 SA est en train de se mettre en place à partir des RTU du 1^{er} mars et 15 octobre 2018¹. Son tarif est si bas que c'est une vraie violence faite aux femmes.

Il y aura 2 forfaits :

Le FFV fixé à 54,80€ comprend :

- la consultation à 25€ ;
- le montant d'un forfait médicamenteux devant 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. Le montant de ce forfait médicamenteux est prévu à 27,76€ TTC, auquel s'ajoute le tarif unitaire de l'honoraire de dispensation (1,02€/TTC/boîte) dans la limite de deux honoraires par patiente.

Le FFC fixé à 65,45€ comprend en plus l'échographie non morphologique de la grossesse.

Il nous paraît inadmissible de déterminer "un forfait médicament plafonné à 27,76€ + un honoraire de dispensation de 1,02€ TTC/boîte avec un maximum de 2 honoraires par patiente", sachant que le coût réel de la prescription sera compris entre 29,80 et 89,40€².

Cette consultation est difficile et complexe. La femme qui fait une fausse couche est traumatisée, elle a besoin d'un accompagnement bienveillant.

¹ NOTE D'INFORMATION N°DGS/PP2/DSS/1C/DGOS/PF2/2018/95 du 15 octobre 2018 relative à la fixation, à titre dérogatoire et transitoire, des modalités de prise en charge par l'assurance maladie des spécialités pharmaceutiques GYMISO® et MISOONE® au titre des recommandations temporaires d'utilisation (RTU)

² Les recommandations de prescription du Misoprostol sont de 400 µg à renouveler toutes les 3 heures avec un maximum de 6 fois. Le tarif de Gymiso pour 2cp à 200 µg et celui de MisoOne pour 1cp de 400 µg s'élève à 14,90€. Trois prises peuvent être nécessaires.

Il en va de même pour la consultation du FFV qui est tarifée à 25€ !

Cette consultation est difficile. La femme qui fait une fausse couche est traumatisée, elle a besoin d'un accompagnement bienveillant.

Cette consultation longue est aussi complexe. Voici ci-dessous le contenu défini dans le RTU de mars 2018.

Le médecin prescripteur :

- vérifie les critères de prescription ;
- vérifie l'absence d'une contre-indication au traitement (se référer aux RCP) ;
- informe la patiente (et/ou son représentant légal ou la personne de confiance) de la non-conformité de la prescription par rapport à l'AMM, des risques encourus, des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament, des traitements alternatifs autorisés et disponibles et des conditions de prise en charge par l'Assurance Maladie. Le médecin doit s'assurer de la bonne compréhension de ces informations ;
- remet la note d'information destinée à la patiente dans laquelle il a préalablement renseigné les modalités de prise du médicament ainsi qu'un numéro de téléphone du médecin prescripteur à joindre en cas de complications (douleur, etc.) ;
- informe, si possible, le médecin traitant/le gynécologue/la sage-femme de la patiente (selon le cas) ;
- motive sa prescription dans le dossier médical de la patiente ;
- si nécessaire, remet à la patiente une ordonnance d'antalgique ;
- si nécessaire, remet à la patiente l'ordonnance pour le dosage du taux plasmatique d'HCG ou convient d'une date pour la visite de contrôle.

Le SYNGOF réclame un tarif qui permette aux femmes d'être prises en charge en ville pour les fausses couches avec médicaments. Cela éviterait de surcharger les urgences gynécologiques.

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

Pour rappel, les forfaits fausse-couche précoce en établissements de santé publics ou privés MCO sont disponibles depuis le 4 septembre 2018.

Ils sont facturables dans les contextes suivants :

- Consultation externe avec un médecin salarié (quelle que soit sa spécialité).
- Passage aux urgences (en sus d'un ATU exclusivement).

Forfait fausse-couche précoce sans échographie (FFE)

Ce forfait d'un montant de 52,76€ intègre :

- la consultation à 25€ ;
- le montant d'un forfait médicamenteux (Gymiso® ou MisoOne®) devant 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.

Le montant de ce forfait médicamenteux est fixé à 27,76€ TTC. Il n'est cumulable avec aucune autre

prestation (sauf ATU dans le cadre d'un passage aux urgences). Pour les factures non anonymisées, la facturation s'opère selon les modalités en vigueur.

Forfait fausse-couche précoce avec échographie (FEF)

Ce forfait d'un montant de 63,41€ intègre :

- la consultation ;
- l'échographie non morphologique de la grossesse ;
- le montant d'un forfait médicamenteux (Gymiso® ou MisoOne®) devant 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. Le montant de ce forfait médicamenteux est fixé à 27,76€ TTC.

Il n'est cumulable avec aucune autre prestation (sauf ATU dans le cadre d'un passage aux urgences).

Pour les factures non anonymisées, la facturation s'opère selon les modalités en vigueur.



Vos informations au quotidien sur syngof.fr

IVG

la première consultation préalable

E. PAGANELLI*

La première consultation préalable à l'IVG est réalisée par tout médecin ou toute sage-femme choisi par la femme (consultation non comprise dans le tarif forfaitaire IVG hors établissement de santé).

Chers confrères,
Il vous arrive de recevoir en consultation des femmes exprimant un désir d'IVG et que vous orientez vers un professionnel de santé pratiquant l'IVG ou à Centre d'IVG. A cette occasion, vous confiez à votre patiente une attestation de 1^{ère} consultation médicale. La loi n°2016-41 du 26/01/2016 de modernisation de notre système de santé supprime le délai de réflexion de 7 jours. Toutefois, les patientes doivent toujours bénéficier d'une 1^{ère} consultation pour exprimer leur demande et recevoir des informations sur les 2 méthodes d'IVG (médicamenteuse et chirurgicale) ainsi que sur les risques et effets secondaires possibles. La 2^{ème} consultation avant IVG permet de recueillir le consentement de la patiente avec la signature d'un document et de débiter le protocole d'IVG.

Un entretien psychosocial doit être proposé aux majeures et est obligatoire pour les mineures.

Il est alors obligatoire d'avoir un délai de réflexion de 48 heures entre cette consultation psychosociale et le démarrage du protocole d'IVG.

Vos patientes peuvent s'informer sur internet via les sites :

- www.ivg.social-santé.gouv.fr
- www.ivg.gouv.fr

Ou au numéro national anonyme et gratuit :
0 800 08 11 11

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

Entête du professionnel

CERTIFICAT DE PREMIERE CONSULTATION

Je soussigné(e), Docteur ou Sage-Femme certifie avoir reçu le en consultation Madame

Elle déclare vouloir une interruption volontaire de grossesse.

Elle a été informée sur les méthodes médicamenteuse et chirurgicale de l'IVG ainsi que sur les risques et les effets secondaires potentiels (article L2 212-3 du code de santé publique).

Le lien internet du dossier guide du Ministère lui a été remis :

<http://www.ivg.social-santé.gouv.fr/IMG/pdf/guideIVG2014.pdf>, ainsi que le numéro national anonyme et gratuit : 0 800 08 11 11.

Il lui a été proposé un entretien psychosocial (article L2212-4 du code de santé publique).

Signature

Docteur ou Sage-femme

Burn out des soignants

éveillons les consciences !

P. BARDON*
E. PAGANELLI**

Le Burn-out : un syndrome encore sous-estimé chez le personnel soignant, un mal-être que l'on tait, sur lequel on se refuse à mettre un mot encore tabou dans le milieu médical... Pourtant les médecins sont une profession particulièrement à risque d'épuisement professionnel.

E.P : *Quel état des lieux peut-on dresser aujourd'hui du burn-out dans le secteur médical ?*

P.B : Les professionnels de santé, et surtout les médecins, sont des professions particulièrement à risque d'épuisement professionnel (EP). Les chiffres parlent d'eux mêmes : **47% des médecins présenteraient des signes d'épuisement professionnel (Burn-out) qui pourrait mener au suicide pour 5% d'entre eux. 8% des décès de médecins sont des suicides (versus 4% dans la population générale)**¹.

C'est dans notre profession que le concept de burn-out a été décrit pour la première fois par le psychologue Herbert J. Freudenberger en 1980. Depuis, ce concept a été utilisé dans tous les milieux professionnels autour de la souffrance au travail. Dans les pays anglo-saxons on parle de BURN OUT. Littéralement cela signifie se consumer, brûler de l'intérieur.

La HAS en donne la définition suivante "épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel"².

La première cause de l'épuisement professionnel est physiologique. La mobilisation permanente devient un mode de vie, induit un épuisement physique, un stress

intense répété qui peut entraîner un épuisement émotionnel dans un second temps. Ce concept diffère de celui de la dépression qui est un trouble de l'humeur, même si la dépression et le risque suicidaire peuvent être une conséquence du burn-out.

Le risque de Burn-out commence tôt

Selon l'enquête du CNOM chez les étudiants en médecine réalisée en 2016 : 25% d'entre eux se déclarent en état de santé moyen ou mauvais et 14% déclarent avoir eu des idées suicidaires !

Des suicides de médecins font régulièrement la une des médias, mais beaucoup restent cachés. Or le bien-être des soignants est une condition essentielle à la qualité des soins³.

E.P : *Quelles sont les causes identifiées ?*

P.B : Il faut tout d'abord prendre conscience que la nature du travail d'un médecin l'expose tout particulièrement au risque de burn-out : un nombre moyen de consultations trop élevé ou au contraire trop bas avec l'inquiétude du risque financier, un nombre d'heures de travail par semaine trop élevé (en moyenne 52 h +/- 10 h), sans compter la surcharge de "paperasse" administrative, les exigences des patients, la difficulté à se faire remplacer. Le médecin ne travaille plus en phase avec ses convictions. Le médecin en burn-out ne se trouve plus rétribué à la juste valeur de son travail.

"J'apporterai mon aide à mes confrères en difficulté ainsi qu'à leur famille dans l'adversité", extrait du serment d'Hippocrate.

¹ Galam E L'erreur médicale le Burn out et le soignant, Springer, 2012

² "HAS_fiche_memo_burnout.pdf" s. d.

³ Wallace, Jean E., Jane B. Lemaire, et William A. Ghali. 2009. "Physician Wellness: A Missing Quality Indicator". Lancet (London, England) 374 (9702): 1714-21.

* Gynécologue médicale, secrétaire adjointe du Conseil de l'Ordre du Loiret et de l'URPS ML Centre Val de Loire, membre du bureau du Collège de Gynécologie du Centre Val de Loire, médecin référent de l'association MOTS qui prend en charge les médecins de 8 grandes régions

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

Les causes du burn-out sont multiples :

- problèmes de vie privée : 19%
- organisation du travail : 19%
- problèmes financiers : 18%
- problèmes de santé physique avec retentissement sur l'activité : 18%
- problèmes d'addiction (alcool, benzodiazépines...) 11%
- problèmes administratifs : 11%
- dysfonctionnement de structures ou d'équipes : 13%
- conflits professionnels avec les collègues : 9%
- problèmes de vie sociale, absence de vie personnelle (isolement, solitude) : 10%
- problèmes juridiques (plaintes, harcèlement) : 4% des médecins

A cela s'ajoute le fait qu'étant le soignant, le médecin considère qu'il ne peut pas se permettre d'être malade : alors il se néglige, ou se soigne lui-même ou consulte un copain "entre deux portes", s'automédique, boit un peu trop, prend des psychotropes... Et parfois craque : infarctus, cancer, divorce, déprime, suicide (deux fois plus que la population générale)...

E.P : *Quels signaux doivent alerter ?*

P.B : Harold. B Bradley en 1969, puis Maslach et Jackson en 1986 établissent le score avec ses trois axes : épuisement professionnel, dépersonnalisation et accomplissement personnel. Il s'agit bien d'une perte de motivation au travail.

L'épuisement professionnel (EP) commence par un engagement excessif au travail, non amélioré par le repos, dès le début de journée avec surenchère et présentisme inefficace ;

Puis vient **la dépersonnalisation (DP)** pour se protéger, le rejet pouvant aller jusqu'au refus du contact et à la maltraitance des soignés ;

La perte de l'accomplissement personnel (AP) vient en dernier quand la démotivation débouche sur la peur paralysante de faire des erreurs avec un état dépressif pouvant mener au suicide.

Le syndrome de burn-out est d'autant plus sévère que les axes dépersonnalisation et perte de l'accomplissement personnel sont atteints.

Parmi les symptômes qui doivent alerter, on peut en citer 3 types :

- Non spécifiques : troubles du sommeil, fatigue insensible au repos, douleurs diffuses ;
- Troubles affectifs cognitifs : hypersensibilité, pessimisme, désespoir, dépression ;
- Troubles comportementaux : image négative de soi, absentéisme ou au contraire acharnement, abus de toxiques (alcool, psychotropes auto-prescrits dans 86% des cas...) irritabilité, agressivité, repli sur soi, tendance suicidaire.

E.P : *Quelles sont les mesures mises en place pour aider les confrères en difficultés, au niveau national et régional ?*

P.B : Le CNOM, en la personne de Jacques Morali, Président de la Commission d'Entraide, s'est saisi de ce problème en créant le PASS (Programme Aide Solidarité Soignant) en mars 2018. Présidé par le Dr Jean Thevenot, le PASS repose sur des pratiques harmonisées au plan national et

sur un réseau pour apporter des réponses de proximité. Il rassemble 7 associations et structures référentes d'entraide pour les soignants : AAPMS (Association d'Aide Professionnelle aux Médecins et aux Soignants), APSS (Association pour les Soins aux Soignants), ARENE (Association Régionale d'Entraide du Nord Est), le réseau ASRA (Aide pour les Soignants en Rhône Alpes), ASSPC (Association Santé des Soignants de Poitou-Charentes), ERMB (Entraide Régionale des Médecins de Bretagne) et MOTS (Médecin Organisation Travail Santé) qui a fait preuve de sa qualité de service et va être repris comme modèle par tous les autres PASS régionaux.

Le PASS propose à tous les soignants en difficulté un accès de proximité à une réponse globale d'accompagnement :

1. Lorsqu'il est en difficulté, le soignant peut composer un numéro de téléphone **gratuit et confidentiel où il est accueilli et écouté 24h/24 et 7j/7 (0800 800 854)** ;
2. À l'issue de ce premier contact, il est orienté vers l'association intervenant dans sa région ;
3. Il lui est alors proposé un programme d'accompagnement et une orientation spécifique assurés par des ressources locales suivant l'expertise nécessaire : médecin du travail ; médecin spécialiste ; juriste ; établissement hospitalier spécialisé, Commission d'entraide du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins...
4. Chaque accompagnement est suivi et fait l'objet d'une évaluation.

Deux principes sont fondamentaux pour aider les personnes en difficultés et prévenir le pire : **la globalité de l'assistance (confraternelle, financière, médicale et sociale) et son caractère confidentiel.** J'insiste sur ce point car le médecin en état de burn-out passe le plus souvent sous silence son état pour ne pas alerter sa hiérarchie et par crainte de ne plus pouvoir exercer. C'est pourquoi les associations et les intervenants garantissent la confidentialité des échanges. Ni la hiérarchie ni le CDOM n'en sont informés et le CDOM ne l'est que sur demande expresse du médecin en vue de déclencher l'aide financière du fond d'action social de la CARMF ou du CDOM. Cette aide relève du contrat d'engagement de soins co-signé par la CARMF et le CDOM, permettant de toucher des indemnités journalières sans la franchise des 90 jours habituels.

Les jeunes médecins sont tout autant concernés. Comme nous le disions en préambule, le risque de burn-out commence tôt, dès les études en médecine. Le rapport du Dr Donata MARRA sur la qualité de vie des étudiants en santé, remis à la Ministre de la santé en avril dernier, a mené à la mise en place du BIPE (Bureau Interface Professeurs Etudiants) dans les facultés de médecine. Il propose des interventions pour favoriser le bon déroulement des études de médecine et le bien-être des étudiants.

E.P : *Quelles sont les orientations proposées pour améliorer la qualité de vie au travail des professionnels de santé ?*

P.B : En avril 2018, la HAS a décidé que l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé serait un axe fort pour le DPC des professionnels de

santé. Cette orientation porte sur les conditions d'exercice des professionnels de santé qui les exposent à des risques de santé : repérage, prévention et prise en charge des pathologies des professionnels de santé (pathologies et facteurs de risques spécifiques, particularités des représentations de sa santé et de sa maladie, prévention et repérage de l'épuisement professionnel, organisation de l'accès à des ressources spécifiques).

Auprès des jeunes médecins, il faut informer et faire de la prévention en amont, durant leur formation et lors de leur inscription au Tableau, les sensibiliser et les convaincre de contracter, dès l'installation, outre une assurance en responsabilité civile professionnelle obligatoire, une assurance contre les risques et accidents de la vie, et un contrat de prévoyance.

Les associations locales ont chacune leurs particularités mais sont toutes complémentaires de l'action ordinaire. La charte d'entraide proposée par l'Ordre national vise ainsi à fédérer les associations et encourager les initiatives locales pour un accès à l'entraide équitable. Il faut former davantage les responsables de l'entraide départementale à l'assistance des médecins et de leur famille dans les démarches à effectuer, la constitution des dossiers.

La réflexion porte également sur la création d'un observatoire de la santé des médecins en activité.

Enfin, il faut une prise en charge médicale dédiée : des cliniques proposent un accueil adapté aux personnels soignants, telles que la Clinique Belle Rive à Villeneuve-lès-Avignon ou la Clinique Le Gouz en Bourgogne.

E.P : *Comment prévenir et gérer les risques du métier ?*

P.B : La prévention du risque médical passe d'abord par une bonne organisation du cabinet : des locaux adaptés, facilement accessibles et bien éclairés ; un secrétariat formé à la communication, l'informatique, la régulation du cabinet et la gestion de l'agenda (sous la responsabilité du médecin) ; une informatique médicale bien gérée permettant la sauvegarde des données ; et le respect du secret médical.

Pour le praticien, cette prévention relève aussi de l'entretien de ses compétences (formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles), de la qualité de son relationnel avec le patient (empathie, écoute, disponibilité), de sa volonté de travailler en équipe (mettre le patient au centre du soin, discuter des cas difficiles, savoir demander un 2^{ème} avis), de sa capacité à prendre soin de soi de lui pour pouvoir prendre soin des autres, de la nécessité d'avoir souscrit une assurance responsabilité professionnelle et perte d'exploitations, et bien sûr d'être à jour du paiement de ses cotisations obligatoires (URSSAF, CARMF, assurances).

Dans le cadre de sa pratique médicale, le médecin se doit de tenir à jour les coordonnées complètes du patient, de bien informer celui-ci et de reformuler les informations qu'il lui délivre, de veiller à la traçabilité

des informations données, de respecter le délai de réflexion et l'autonomie du patient, car il appartient à lui seul de choisir ses soins et ses professionnels de santé. Nous invitons chaque médecin à évaluer son niveau d'EP au moyen d'un test d'autoévaluation MBItest (Maslach Burnout Inventory) qu'il remplit de façon anonyme : <http://www.masef.com/scores/burnoutsyndromeéchellembi.htm>.

Bibliographie

1. URML Centre. Etude sur les préoccupations professionnelles des médecins généralistes en région Centre 2003-2004.
2. Burn out syndrome: échelle MBI. Burn out syndrome ou syndrome d'épuisement professionnel : échelle MBI (Maslach Burn Out Inventory)... <https://www.masef.com/scores/burnoutsyndromeéchellembi.htm>
3. ORS Pays de la Loire, URPS ML Pays de la Loire (2012). *Les emplois du temps des médecins généralistes des pays de la Loire*. Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine libérale. 8 p.
4. Micheau J, Molière E, Plein SENS.2010. *L'emploi du temps des médecins libéraux : diversité objective et écarts de perception des temps de travail*. Dossiers solidarité et santé. Drees. no14, 15 p.
5. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. (2009). Le temps de travail des médecins généralistes, une synthèse des données disponibles. *Questions d'économie de la santé*. Irdes .no 144.8 p.
6. Sauvegrain I., Massin C: *L'enjeu : soigner sans s'épuiser*, Doin, 2014.
7. Sauvegrain I., Massin C: *Soigner sans s'épuiser: le défi des infirmières et des soignants* Lamarre, 2014
8. Pascal Rouby : diaporama personnel 2013 : prévention du burn-out des médecins libéraux.
9. Galam E, *L'erreur médicale, le Burn out et le soignant*, Springer, 2012.
10. Dossier du Concours Médical d'Avril 2008 (Eric Galam, Yves Léopold), tome 130.
11. Médecine De la médecine factuelle à nos pratiques, 2015, vol 11, p 388 à 443.
12. URPS-ML Centre-Val de Loire : *Trait d'Union*, numéro spécial avril 2014, *Sus au Burn-out !* 16 p.
13. Ormières J.J.- MOTS (organisation du travail et santé du médecin). *Guide pratique d'analyse psycho-social et ergonomique de son exercice professionnel*. <http://www.association-mots.org>
14. DIU soigner les soignants : site web en cours de constitution mais actualisé : <http://soignerlessoignants.monsite-orange.fr/> avec annuaire des médecins formés, cahier pédagogique et guide d'auto-évaluation et une mine de renseignements.
15. Commission d'entraide du Conseil départemental de Vaucluse de l'Ordre des Médecins : *Livret d'entraide "Un pour tous, Tous pour un"*.

Réforme des expertises en responsabilité médicale

Brèves observations sur certains commentaires de la note de synthèse

R. PELLET*

Le colloque Expertises en responsabilité médicale était organisé le 12 octobre 2018 à la Faculté des Saints-Pères à Paris, à l'initiative de Monsieur Rémi PELLET. Il nous présente ici ses quelques observations.*

faute de consensus général dans les débats préparatoires au colloque, j'ai essayé de dégager les idées qui avaient l'assentiment d'une partie au moins des participants. Pour souligner leur nouveauté ou, au contraire, le fait qu'elles s'inscrivaient dans la logique de travaux antérieurs, j'ai rapproché ces propositions de celles qui avaient été formulées dans des rapports publiés au cours de la décennie passée.

Même si j'ai essayé d'être objectif, en m'efforçant d'être plus "greffier des débats" que "doctrinaire", je me suis forgé certaines convictions au cours des deux journées de travail et elles ont pu transparaître dans la note de synthèse que j'ai rédigée. Je comprends donc parfaitement que ce texte ne pouvait pas faire consensus et qu'il ait pu susciter des réserves et même de fortes oppositions.

Cependant, il me semble que certaines de ces objections ne sont pas fondées et que plusieurs propositions de réforme résistent donc aux critiques qui leur ont été adressées. Pour aller à l'essentiel, plutôt que de reprendre tous les éléments en débat, je me concentrerai sur ceux qui me paraissent les plus importants.

1- Critiquer n'est pas "déprécier par principe"

Dans leurs commentaires, les responsables de la CNAMed ont fait la remarque suivante : "Il y aura toujours des expertises dont la qualité sera jugée insatisfaisante, mais le discours qui consisterait à déprécier par principe la qualité des expertises judiciaires et des CCI est absolument injuste et ne correspond pas à la réalité rencontrée par ceux qui, au quotidien, traitent du contentieux de la responsabilité médicale".

Bien entendu, contrairement à ce qui est suggéré, au cours des débats personne n'a eu l'intention de "déprécier par principe la qualité des expertises", ce qui aurait été absurde.

Même si la CNAMed a été très sévèrement critiquée dans un rapport récent de la Cour des comptes, j'ai tenu à mentionner dans la note de synthèse les réponses du président de la Commission nationale et des présidents des CCI.

Il me semble malvenu de faire un procès d'intention à ceux qui, comme moi, s'interrogent sur la qualité des expertises rendues par les CCI, aussi bien d'ailleurs

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

que sur celles qui sont produites devant les juridictions. D'autre part, il est permis d'être moins fataliste que la Commission nationale qui semble s'accommoder un peu facilement qu'il puisse exister longtemps encore de mauvaises expertises. Et, enfin, je regrette que la CNAMed minimise toutes les critiques qui sont adressées au système actuel et ne propose ni ne soutienne aucune réforme importante alors que certaines corrections sont demandées de longue date par des institutions importantes, comme le rapport de synthèse l'a montré.

2- Pourquoi refuser par principe de connecter les "expertises sanitaires" et les "expertises médicales" ?

Pour y voir clair, il me semble important de rappeler qu'il existe aujourd'hui deux systèmes d'expertises qui co-existent sans être "connectés" :

- le premier est celui que l'on peut appeler celui des "expertises sanitaires" au centre duquel se trouve la Haute Autorité de Santé (HAS), celle-là même qui, d'une part, publie des recommandations de bonnes pratiques, mais qui, d'autre part, et c'est moins connu, agréé des organismes spécialisés (OA) qui ont la charge d'accréditer les médecins et équipes médicales des disciplines à risques aggravés : chirurgie, obstétrique, anesthésie.
- le second système est celui des "expertises médicales" qui est en fait composé de quatre ensembles : les experts judiciaires, les experts choisis par les juridictions administratives, les experts de la CNAMed et les experts hors liste...

Dans leurs commentaires respectifs, la CNAMed et M. Roussel souhaitent que les deux systèmes co-existent sans se rejoindre au motif qu'ils n'auraient pas les mêmes objectifs. La CNAMed considère que "les OA sont investis dans une démarche qui vise à améliorer la qualité de soins proposés et participent au développement d'une culture de sécurité" et que "cette dimension est étrangère à la finalité première de l'expertise médicale judiciaire ou en CCI", sachant que ce type d'expertise "ne s'inscrit pas dans la même temporalité que l'analyse d'un risque qui se serait réalisé". Pareillement, pour M. Roussel, "il importe ainsi que chacun reste dans le rôle qui lui a été imparti par le législateur et le pouvoir réglementaire".

Or, l'objectif des propositions est précisément d'aboutir à ce que les expertises "médicales" et les expertises "sanitaires" s'enrichissent réciproquement. Pourquoi ne pas se servir du résultat des expertises juridictionnelles/CCI pour élaborer des recommandations de bonne pratique ? La sécurité du transport aérien augmente grâce à l'exploitation systématique des expertises qui sont diligentées à l'occasion des accidents : pourquoi

en serait-il différemment dans le domaine médical ? Les commentaires en réponse à la note de synthèse évitent malheureusement de répondre à ces questions.

3- Il faut reconnaître la persistance de risques d'erreurs majeures

La CNAMed propose seulement de perfectionner un peu le système des expertises médicales, en attribuant plus de moyens financiers à la CNAMed et/ou aux experts. Or, il me semble que le système des expertises médicales, même un peu perfectionné, ne pourra pas s'améliorer notablement s'il reste fondé sur les bases actuelles. **Aujourd'hui, rien n'empêcherait la répétition de l'affaire "Hayum".**

Dans son commentaire, la CNAMed a écrit : "votre référence à l'affaire "Hayum" du nom du praticien mis en cause, montre qu'il est très difficile de sauvegarder le secret médical qui doit protéger l'ensemble des parties". Or, bien évidemment, ce n'est pas moi, comme cela est sous-entendu, mais le Docteur Hayum lui-même qui a volontairement médiatisé son affaire parce qu'elle est **un exemple d'un dysfonctionnement gravissime du système d'expertise judiciaire.** Pour mémoire, dans cette affaire plusieurs experts près de la Cour de cassation s'étaient fourvoyés et leurs erreurs avaient failli entraîner la faillite d'un obstétricien. Le professeur Racinet et le magistrat honoraire M. Catteau ont fait une remarquable analyse de cette affaire dans le document qui fait partie du présent dossier. Or, **personne ne peut dire aujourd'hui qu'une telle affaire ne pourrait pas se reproduire, parce que rien n'a été fait pour qu'il en soit autrement. Aujourd'hui, dans certains domaines, les incertitudes sont majeures** : par exemple, comme le rappelle le rapport de synthèse, en obstétrique, concernant la lecture du rythme cardiaque foetal "les lecteurs-experts ne sont totalement d'accord entre eux que dans 20 à 30% des cas" ce qui veut dire qu'ils **sont en désaccord entre eux dans 60 à 70% des cas !** Or, dans les contentieux qui mettent en cause des obstétriciens, il est avéré que l'interprétation du RCF par les experts des juridictions/CCI joue un rôle souvent décisif dans la détermination des responsabilités.

4- La CNAMed minimise le recours des CCI à des experts hors liste

Comme le rapport de synthèse l'a souligné, la conférence de consensus judiciaire considérait qu' "il n'est pas de bonne pratique de choisir des experts hors liste". Concernant le système CNAMed, la loi n'autorise les désignations d'experts hors liste qu' "à titre exceptionnel" (l'article L 1142-12 du CSP).

La Cour des comptes, dans son rapport de 2017, d'une particulière sévérité, constatait que **la pratique des présidents de CCI de "confier des expertises à des**

médecins non inscrits, dont elle n'a pas assuré la formation" est "devenue courante". Sur cette base, j'ai écrit dans la note de synthèse que le choix d'experts hors liste est une pratique devenue "fréquente" dans les CCI.

La CNAMed répond qu'en 2017, "Sur la totalité des experts auxquels les CCI ont eu recours, 25% d'entre eux sont hors liste et cette pratique est autorisée par l'article L 1142-12 du CSP". **Devant les CCI, un expert sur quatre est donc choisi hors liste.** Ce n'est pas ce qu'on peut appeler sérieusement une pratique "exceptionnelle". La CNAMed soutient que l'expert hors liste "intervient, dans la majorité des cas, en collégialité avec un expert inscrit sur une liste" mais il faut se contenter de cette affirmation qui n'est étayée par aucun chiffre. Le commentaire de la CNAMed est d'autant plus surprenant que **les présidents de CCI**, comme je l'ai souligné dans mon rapport, insistent sur le fait que **sans le recours à des experts hors liste "le dispositif actuel cesserait en effet de fonctionner à brève échéance"**. Les présidents de CCI n'auraient pu écrire cela si la désignation d'experts hors liste restait véritablement "exceptionnelle".

5- La formation scientifique "de haut niveau" des experts n'est pas réellement assurée

La loi du 4 mars 2002 disposait que la Commission était "chargée d'assurer" cette formation. Comme la CNAMed n'y parvenait pas, l'article 112 de la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 a réduit l'obligation de la CNAMed qui n'est plus chargée que de "contribuer à" cette formation. Mais la Commission reconnaît qu'elle "ne dispose d'aucun moyen budgétaire pour assurer elle-même la formation des experts inscrits sur la liste nationale des experts en accidents médicaux et sa mission". Que fait alors la CNAMed ?

Selon elle, "son objectif est de repérer des organismes ou des structures universitaires qualifiées présentant des garanties d'indépendance pour contractualiser avec eux la mise en œuvre d'une formation de haut niveau adaptée aux besoins des experts".

Cependant, **la CNAMed ne publie rien sur le sujet, son dernier rapport public étant de 2013.** Tout ce que l'on sait c'est, comme je l'ai écrit dans ma synthèse, qu'elle "organise des séances de formation d'un peu moins de trente heures sur le droit des expertises médicales". Et, à ma connaissance, **il s'agit de formations juridico-éthiques**, dont les intéressés disent qu'elles n'ont qu'un intérêt "relatif" (pour être aimable) et certainement pas "scientifique".

La CNAMed ne propose aucune réforme importante, sinon, implicitement, de lui accorder un budget de formation mais **elle n'indique pas quel usage scientifique elle en ferait.**

Concernant la formation continue des experts, M. Roussel considère pour sa part que "les compagnies d'experts animent déjà un grand nombre de formations initiales et continues" et que "ces formations paraissent adaptées, tant en volume horaire qu'en qualité". Mais qu'est-ce qui l'atteste ? **Comment en pratique l'obligation de formation continue est-elle satisfaite ?** Est-ce qu'on peut répondre à une telle obligation en obtenant une simple attestation de présence à des colloques, comme c'est le cas pour la formation continue des avocats ?

Venir écouter des spécialistes d'un sujet complexe, c'est s'informer, pas se "former". Dans le domaine médical, un véritable stage de formation passe par la vérification de l'acquisition des connaissances par les stagiaires et de leur capacité à appliquer leur savoir technique. Or, **les colloques organisés par les sociétés savantes ne sont pas organisés dans cette perspective.**

6- Il faut évaluer la qualité des expertises plus et mieux encore que la moralité des experts

Au risque de surprendre et même de choquer, il me semble que cette opposition est stérile et trompeuse. Pour devenir experts judiciaires ou de CCI, il y a **autant de motifs purs et impurs** que pour devenir experts de compagnies d'assurance, que pour devenir magistrat, que pour devenir avocats de médecins ou de patients, que pour devenir professeur d'université...

Il n'y a pas que l'argent qui corrompt : le goût du pouvoir, de la reconnaissance qu'on n'a pas pu obtenir ailleurs, le désir de notoriété, celui de régler des comptes... peuvent conduire aussi à la partialité. Cela vaut pour les professeurs d'université, dont je fais partie, comme pour les médecins-experts.

Ce qui importe ce n'est pas tant la "qualité" juridico-éthique des experts que la qualité des expertises qu'ils rendent. C'est pourquoi il est permis de condamner le raisonnement suivi par certaines juridictions qui refusent de prendre en compte des expertises "privées" au seul motif qu'elles sont rédigées par des médecins rémunérés par des assurances.

Dans l'idéal, il faudrait que les juridictions/CCI puissent lire les expertises en ignorant l'identité de leurs auteurs dès lors que leur qualité de spécialistes du sujet aurait été préalablement établie. C'est ainsi que procèdent les revues scientifiques lorsqu'elles confient les articles qu'elles envisagent de publier à des lecteurs qui ignorent tout des auteurs des textes. Cette méthode ne permet pas d'éliminer complètement les erreurs mais elle contribue certainement à les limiter. **Le système actuel des expertises médicales ne permet pas d'évaluer scientifiquement leur qualité.** Dans son commentaire, la CNAMed confirme

qu'elle et les assemblées générales des cours d'appel ne s'appuient pas sur un bilan scientifique précis des expertises rendues par les candidats à une réinscription ou, pour les candidats à une première inscription, sur leur réussite à des épreuves de sélection conçues à partir de cas concrets d'expertise. On peut donc faire mieux en la matière. Sur le sujet, la proposition de réforme qui a été avancée dans les réunions préparatoires à ce colloque part de celle qui avait été avancée par l'Académie nationale de médecine.

7- Ne pas déformer les propositions qui s'inspirent de celles de l'Académie nationale de médecine

L'ANM avait proposé de "connecter" les systèmes des expertises médicales et des expertises médicales, en opérant deux réformes essentielles :

- d'une part, en appliquant les principes de la "médecine basée sur des preuves", à savoir faire obligation aux experts en responsabilité médicale d'indiquer le **niveau de preuve de leurs arguments selon les classements élaborés par la HAS, pour les disciplines à risque aggravés** ;
- d'autre part, **en étendant la mission des OA par la HAS à la certification des experts en responsabilité médicale.**

Les propositions évoquées lors des débats IDS/OA ne faisaient que prolonger cette logique. Dans ce schéma, concernant les spécialités à risques aggravés, les organismes agréés (OA) par la Haute autorité de santé (HAS) exploiteraient les expertises :

- afin d'en tirer des recommandations de bonnes pratiques ;
- de s'en servir pour former les experts dans le but de les certifier ;
- pour apprécier la qualité des expertises, à la demande des parties.

En particulier, il a été proposé que les OA soient rendus destinataires des rapports d'expertise anonymisés afin de servir à la formation des experts. La CNAMed a objecté que *"la communication des rapports anonymisés, à but scientifique, [...] se heurte à l'article 247 du CPC"*. Mais la CNAMed ne cite par l'article qu'elle oppose. Or, **l'article 247 du code de procédure civile dispose** que *"l'avis du technicien dont la divulgation porterait atteinte à l'intimité de la vie privée ou à tout autre intérêt légitime ne peut être utilisé en dehors de l'instance si ce n'est sur autorisation du juge ou avec le consentement de la partie intéressée"*. Donc, contrairement à ce que soutient la CNAMed **la loi autorise donc d'ores et déjà les juges et les parties intéressées à communiquer des expertises à des OA.** Au demeurant, cette communication ne serait-elle pas autorisée comme elle l'est, rien n'interdirait de la proposer au législateur.

On remarquera de surcroît qu'il a été proposé de transmettre des rapports "anonymisés", cette anonymisation visant précisément à éviter de porter atteinte à "l'intimité de la vie privée ou à tout autre intérêt légitime".

Lors des débats avait été également proposé *"pour les disciplines médicales à risques aggravés, telles qu'elles sont listées à l'article D 4135-2 CSP, [...] de conditionner l'inscription ou la réinscription sur une liste d'experts des juridictions et/ou de la CNAMed à l'examen préalable des candidatures par des institutions compétentes dans la spécialité concernée : compagnies d'expert, organisme agréé (OA) par la HAS, société savante"*.

Selon la CNAMed cette proposition porterait atteinte aux prérogatives qu'elle tire de la loi de 2002 *"de dresser la liste des experts spécialisés en matière d'accidents médicaux, d'infections nosocomiales et d'affections iatrogènes"* et elle reviendrait, *"pour les experts inscrits sur la liste de la Cour d'appel, à retirer au procureur de la république son pouvoir d'instruction des demandes initiales et de renouvellement, et à l'assemblée générale des magistrats de la Cour, son pouvoir de les apprécier"*. La CNAMed considère au surplus qu'il ne faudrait pas suivre la proposition parce que *"les OA ou associations professionnelles n'interviendraient pas pour émettre un avis sur la candidature, mais assureraient ainsi un premier filtrage des candidatures, une sélection des candidats selon des critères non définis"*.

Cette interprétation est clairement abusive car il n'a été proposé que d'imposer une procédure d'avis préalable sur les candidatures, les autorités judiciaires et la CNAMed demeurant libres de tenir compte ou non de ces avis.

Aucun pouvoir ne serait donc retiré aux procureurs de la république, aux assemblées générales des magistrats de Cours d'appel non plus qu'à la CNAMed. Il n'y aurait donc aucun filtrage mais simplement **un avis rendu sur la base de critères scientifiques définis à partir de l'exploitation des expertises** que les OA se verraient transmettre à des fins d'exploitation systématique.

La CNAMed considère de surcroît que la proposition tendant à faire mettre en place un mécanisme d'évaluation des expertises par un ensemble HAS-OA serait contraire au principe selon lequel il devrait appartenir *"à l'expert de prouver qu'il satisfait à des critères qui doivent être vérifiés par une autorité judiciaire, ou indépendante ou encore par un ordre professionnel"*. Or, en réalité, dans le système proposé, **l'expert pourrait prouver ses compétences en s'appuyant sur l'avis rendu par l'OA dont l'avis aurait été sollicité.**

Il est donc permis de trouver particulièrement mal fondée l'opposition de la CNAMed aux principales propositions tirées des débats préparatoires à ce colloque.

8- Apprécier objectivement les organismes agréés par la HAS et le mode actuel de sélection des experts

Comme nous l'avons rappelé, l'Académie nationale de médecine (ANM) a été la première à proposer de faire jouer un rôle aux organismes agréés par la HAS pour la certification des experts, comme ils contribuent aujourd'hui pour le compte de la HAS au processus d'accréditation des médecins et équipes médicales exerçant des spécialités "à risques aggravés" dans les établissements publics et privés de santé.

En pratique, les OA sont aujourd'hui sollicités par des praticiens qui cherchent un avis sur des expertises qui les mettent en cause. C'est pour cela que certains de ces organismes agréés se présentent comme des instances de défense de leurs confrères.

Bien entendu, et **le rapport de synthèse insiste sur ce point**, pour que les OA puissent être éventuellement saisis par les juridictions ou des CCI, il faudrait que leur "positionnement" soit clarifié et que leur statut soit modifié afin d'assurer une complète transparence sur leur fonctionnement, par l'introduction de représentants de patients, par exemple. **La CNAMed feint d'ignorer que la note de synthèse insiste sur la nécessaire transformation des OA** afin qu'ils cessent de se présenter comme des organismes de défense des praticiens.

D'autre part, **la CNAMed et M. Roussel défendent une position paradoxale et en fait intenable**. Ils considèrent en substance que les OA sont trop "corporatistes" pour pouvoir jouer un rôle à l'avenir dans l'analyse des expertises médicales et ils se disent en revanche satisfaits du mode actuel de sélection des experts. Or, quand elles procèdent à la sélection des experts, les juridictions et les CCI s'appuient sur l'avis des sociétés savantes et du conseil de l'Ordre des médecins.

En quoi ces instances sont-elles moins "corporatistes" que les OA ? Concernant les conflits d'intérêts,

1 On peut ainsi lire que "Les sociétés savantes d'où sortent les experts recrutés pour élaborer des recommandations savent leurs financements dépendants des aides accordées par l'industrie" : Formindep : "Recommandations sur la prise en charge des dyslipidémies : farcies d'intérêts et fortement biaisées", en ligne.

2 "Établissements de santé et restes à charge" in-Actes du colloque de l'AFDS, Santé et restes à charge, Dalloz, 2017, pp. 45-62, en ligne.

il n'est pas rare que des sociétés savantes soient mises en cause au motif qu'elles entretiennent des liens trop étroits avec certaines entreprises privées¹.

Le conseil de l'Ordre et les sociétés savantes vérifient-ils réellement la qualité du travail des médecins candidats aux fonctions d'expert ? Les débats préparatoires au colloque conduisent à répondre par la négative à cette question capitale.

Qu'est-ce qui ferait obstacle à ce que l'avis des OA-HAS s'ajoute à celui du conseil de l'Ordre et des sociétés savantes pour la sélection des experts ? À tout prendre, vaut-il mieux un avis d'instances comme les sociétés savantes dont aucune autorité publique n'évalue les méthodes de travail ou bien l'avis d'organismes soumis au contrôle de la HAS ?

S'il n'y a pas de consensus sur les OA déjà créés, on peut parfaitement en concevoir d'autres ou recourir à la CRIS, comme le docteur Jean Marty le préconise dans sa contribution aux débats. L'essentiel est de ne pas renoncer à créer un lien entre le système des expertises sanitaires et celui des expertises médicales pour établir un "cercle vertueux" dans le traitement des risques.

Dit autrement, **il faut exploiter scientifiquement cette "mine d'informations" que représentent les expertises produites devant les juridictions et les CCI** afin d'élaborer des recommandations de bonnes pratiques, d'améliorer la formation des experts et d'évaluer la qualité de leur travail.

J'ai bien conscience que mes observations ont pu heurter des sensibilités ou des intérêts. Aussi, pour conclure en prévenant certaines polémiques inutiles, vais-je me permettre de citer une note de bas de page d'un article que j'ai publié en 2017 dans les actes d'un précédent colloque :

"Le propos paraîtra sans doute exagéré à certains. Nous ne verrions que des avantages à ce que la contradiction nous soit apportée mais nous attendons une critique précisément argumentée. Chaque fois qu'une politique ou une institution est très sévèrement mise en cause, il se trouve de fins esprits pour refuser le débat au motif que "tout ce qui est excessif est insignifiant" : ces malins feraient bien pourtant de se souvenir que l'auteur de la maxime, Talleyrand, était notoirement corrompu et que son modérantisme de principe servait à justifier ses compromissions"².

Réforme des expertises en responsabilité médicale

Pour la création de véritables "jurys sanitaires"

J. MARTY*

Le problème de la responsabilité médicale est un facteur de désaffection des activités obstétricales. La réforme des expertises en responsabilité médicale fait l'objet de propositions.

L'association à but non lucratif Gynerisq, organisme agréé par la Haute Autorité de Santé (HAS) pour l'accréditation des gynécologues-obstétriciens, est heureuse d'avoir contribué à l'organisation des travaux conduits par l'Institut Droit et Santé (IDS) sur la réforme des expertises en responsabilité médicale.

Comme membre de la direction de Gynerisq, j'approuve les propositions qui ont été tirées des deux réunions préparatoires de mai et juillet dernier et résumées dans la note de synthèse du Pr Rémi Pellet. Cependant, il me semble que certaines de ces idées devraient être développées et précisées avant d'être mises en œuvre, pour que les pratiques expertises soient véritablement améliorées.

Les débats ont été l'occasion de confirmer le fait que les experts saisis par les juridictions ou les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) sont fréquemment confrontés à des affaires qui concernent des domaines médicaux "hyper-spécialisés". De ce fait, **même lorsqu'elle est en adéquation avec celle des praticiens mis en cause, la qualification des experts n'est pas suffisante pour qu'ils puissent établir scientifiquement les causes réelles des dommages médicaux qui ont conduit à l'ouverture d'une procédure contentieuse ou de conciliation.**

Ce hiatus explique la plupart des désaccords que Gynerisq a l'occasion de constater, depuis sa création, entre les expertises dont elle est saisie et l'avis que rendent ses propres experts sur les mêmes affaires. Les différences portent sur des points techniques, très précis, qui demandent des qualifications complémentaires appelées dans notre jargon malgré le caractère ambigu du terme, "sous-spécialisations", qu'aucun expert ne peut se targuer de posséder toutes.

Les spécialités médicales et chirurgicales connaissent un processus de fractionnement : dans le domaine qui est celui de Gynerisq, il y a certes la spécialité des gynécologues-obstétriciens telle qu'elle est définie par le Conseil de l'ordre mais, en réalité, il existe désormais des chirurgiens du cancer du sein, des chirurgiens des cancers pelviens, des chirurgiens de la statique pelvienne, des spécialistes de la PMA, etc.

Ce n'est pas créer un oxymore artificiel que de dire des experts judiciaires qu'ils sont "des généralistes de leur spécialité". Même s'ils peuvent prétendre connaître sur le plan théorique certains domaines "pointus", ils ne peuvent en avoir une connaissance pratique exhaustive, faute pour eux d'avoir été confrontés dans leur carrière à toutes les

*Gynécologue-obstétricien, ancien Président du Syngof, membre du conseil d'administration et du bureau de Gynerisq

difficultés qui donnent lieu à des dommages. De ce fait, ces experts ne peuvent répondre avec fiabilité à la question essentielle qui leur est posée : "les soins dispensés au patient ont-ils été conformes ou non aux données acquises de la science ?".

Pour répondre à cette atomisation des compétences, la réglementation exige des praticiens qu'ils mettent au point des protocoles de soins par lesquels ils s'approprient les recommandations de pratiques cliniques. Dans ces domaines pointus du cancer, de la stérilité, du diagnostic anténatal, la réglementation exige des soignants qu'ils examinent en réunion les cas les uns après les autres. Ce **principe d'un examen collectif des cas complexes** vaut également pour les expertises sanitaires créées pour élaborer les recommandations de bonne pratique. **Pourquoi ce principe ne devrait-il pas être respecté au cours des expertises diligentées par les juridictions et les CCI ?**

Dans le domaine de l'obstétrique, comme cela a été rappelé lors de la préparation de ce colloque, l'interprétation des anomalies d'un même tracé du rythme cardiaque fœtal n'est pas reproductible régulièrement. Pourtant c'est un motif très fréquent de condamnation pour retard de césarienne. La vérification de l'existence d'un accord d'expert serait pourtant indispensable dans ce domaine.

Comme l'a souligné l'Académie Nationale de Médecine (ANM), les organismes d'accréditation de médecins concentrent les compétences qui manquent en expertise médicale. L'ANM a proposé de mobiliser les OA pour améliorer la pratique expertale. Mais ces organismes, bien qu'ils soient agréés par la HAS, ne font pas l'unanimité parce qu'ils sont composés exclusivement de médecins, lesquels sont alors suspectés d'être placés en conflit d'intérêts. Pour résoudre ce problème, il conviendrait d'explorer la proposition qui est indiquée dans la note de synthèse mais de façon trop cursive, à savoir d'utiliser la "commission risque interspécialité", CRIS, qui a été créée en 2015 par la HAS et a déjà la pratique régulière de la formation des groupes d'experts associés à des usagers pour l'élaboration des recommandations.

La composition de cette commission devrait être statutairement élargie aux représentants des patients, comme cela est proposé, mais sa compétence devrait être également étendue à la **relecture des expertises**, selon le schéma suivant :

- la HAS fixerait les règles d'anonymisation des expertises médicales et les méthodes de travail pour l'adoption d'accords d'experts (par ex. vote et définition d'une majorité de 80% des suffrages, c'est-à-dire de 4 voix dans un groupe de 5) ;
- pour relecture des expertises anonymisées, la CRIS saisirait une OA en lui adjoignant des compétences d'autres origines, afin de prévenir les risques de conflit d'intérêts, ce "jury sanitaire" devant être composés de cinq spécialistes au total ;
- la relecture se focaliserait sur les seuls points cruciaux mais uniquement médicaux du dossier ;
- le travail de ces jurys sanitaires de 5 membres devrait correspondre à un coût de 2000€ environ qui seraient mis à la charge de la partie qui ferait appel au jury : ce chiffre est bien inférieur au montant total des honoraires d'un collège d'experts.

On peut attendre d'une telle réforme des évolutions très favorables :

- les experts qui sont inscrits sur les listes fixées par les juridictions et la Cnamed sauraient qu'ils peuvent faire appel à ces "jurys sanitaires", **ce qui devrait rassurer ces experts** quand leurs scrupules pourraient les retenir d'accepter d'être désignés dans certaines affaires complexes ;
- **seraient évités les risques de dérive liées à la "tunnelisation d'un expert"**, c'est-à-dire le fait qu'il ne suit qu'une seule hypothèse, l'approfondissement de ses investigations l'empêchant de se souvenir ou de prendre conscience de la possibilité d'une hypothèse alternative. Ce risque est connu de longue date et conduit depuis longtemps à préconiser un collège d'experts mais les contraintes financières conduisent fréquemment à renoncer à cette pratique, autant et plus que l'assèchement du vivier des experts. **Cette contrainte serait levée grâce à la création des "jurys sanitaires" créés par la CRIS.**



Retrouvez les petites annonces
sur

www.syngof.fr

Décisions administratives et judiciaires

n

ous avons choisi de vous présenter des commentaires d'arrêts de juridictions administratives et judiciaires provenant du cabinet d'avocats de Maître Olivier LECA qui a l'amabilité de collaborer avec notre revue. Il éclaire de façon différente et complémentaire l'information que nous devons apporter à nos patientes.

D^r BOYER de LATOUR
D^r de ROCHAMBEAU

Perte du dossier d'hospitalisation, quand la clinique endosse la faute d'un chirurgien libéral

Maître O. LECA*

l'

institution de soins ou le praticien ont une obligation légale de conserver le dossier médical mais, dans certaines situations ce dossier médical est introuvable (incendie, déménagement, disparition...).

La perte du dossier médical conduit à inverser la charge de la preuve et à imposer à l'établissement de santé de démontrer que les soins prodigués ont été appropriés, sur la base de l'article R 1112-7 du code de la santé publique. Dans les faits de l'espèce, une patiente présentait, dans les suites d'un accouchement pratiqué dans une clinique privée par un obstétricien exerçant à titre libéral, une lésion du périnée.

Cass. 1^{ère} civ. 26 septembre 2018 n°17-20143

Saisi d'une demande d'indemnisation, une commission régionale de conciliation et d'indemnisation (CCI) estime, après instruction de la réclamation, que la réparation des préjudices incombait à la clinique et à son assureur, en raison de la perte du dossier de l'accouchement et du séjour de la victime.

En raison du refus de l'assureur d'indemniser celle-ci, l'ONIAM se substituait à lui, puis, au titre de sa subrogation légale, assignait la polyclinique et son assureur en remboursement des sommes versées.

L'Office conclut à la responsabilité pleine et entière de l'établissement, en raison de la faute commise dans l'organisation des soins, la perte du dossier médical interdisant de déterminer si les soins du médecin libéral avaient été conformes aux règles de l'art.

La Clinique, quant à elle, rappelle qu'elle ne répond pas des conséquences des actes pratiqués par un praticien exerçant en son sein à titre libéral : la perte du dossier médical, si elle constitue une faute de sa part, ne peut avoir pour effet de substituer la responsabilité de l'établissement à celle du gynécologue-obstétricien.

Pour le juge, la perte du dossier médical caractérise un défaut d'organisation et de fonctionnement de la clinique, qui, en l'espèce, place le patient ou ses ayants droit dans l'impossibilité d'accéder aux informations de santé concernant celui-ci, et, le cas échéant, d'établir l'existence d'une faute dans sa prise en charge ; "dès lors, elle conduit à inverser la charge de la preuve et à imposer à l'établissement de santé de démontrer que les soins prodigués ont été appropriés".

En l'espèce, il appartenait à la clinique de fournir les éléments permettant de retracer le déroulement précis de l'accouchement et de rapporter la preuve qu'il avait été réalisé dans les règles de l'art.

Dans ces conditions, la clinique et son assureur sont condamnés à rembourser l'ONIAM à hauteur de 75% au titre de la perte de chance subie par la victime d'obtenir la réparation de son préjudice corporel.

La Cour de cassation tire cependant une conclusion intéressante puisque la question de la faute du praticien ayant réalisé l'accouchement ne pouvant être discutée, le débat ne pouvait porter sur la responsabilité de ce dernier.

De même la qualification d'aléa thérapeutique ne pouvait être directement rapportée par le demandeur.

La responsabilité de l'établissement vient donc éteindre les discussions autour des qualifications de faute civile et d'aléa thérapeutique.

La solution retenue par cet arrêt est conforme à l'esprit de la loi et à la jurisprudence.

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

Souvenez vous d'ailleurs de l'arrêt portant sur la perte du tracé du rythme cardiaque fœtal par l'établissement de soins.

La Cour d'appel avait tranché comme suit :

"Le praticien exerçant au sein d'un établissement de santé ne peut être tenu pour responsable de la perte du dossier médical détenu par l'établissement qui, seul, doit répondre de cette perte".

La Cour de cassation validait le raisonnement : "En l'absence de faute imputée au gynécologue dans la conservation du dossier médical, seule de nature à inverser la charge de la preuve, la cour d'appel a pu, sans être tenue de suivre les parties dans le détail de leur argumentation, déduire de ses constatations que l'existence d'une faute du praticien n'était pas établie".

Cass. 1^{re} civ., 14 avr. 2016, n°15-14629

Dans cette affaire, en l'absence des enregistrements du rythme cardiaque du fœtus, qui seuls auraient permis de caractériser une faute du praticien, les juges ont considéré que l'erreur de diagnostic ne pouvait être qualifiée de fautive.

La patiente ne rapportait donc pas la preuve qui lui incombait, que le médecin avait commis une faute en ne se donnant pas les moyens d'établir le bon diagnostic.

Finalement, dans ces deux affaires, bien que les soins litigieux concernaient le praticien libéral en premier lieu, celui-ci n'avait lui-même commis aucune faute dans la conservation du dossier patient.

Les éléments litigieux qui étaient manquant appartenaient au dossier hospitalier.

La Clinique endosse donc toute la responsabilité pour faute, du fait de la perte du dossier, puisqu'elle entraîne une impossibilité pour les parties de déterminer la qualification du dommage.

La solution pourrait tout à fait être différente en cas de perte du dossier personnel du praticien libéral,

comme par exemple son dossier de consultation pré- ou post-opératoire.

Tenir un dossier est une obligation légale et déontologique pour le médecin.

La Cour d'appel de Paris l'a encore rappelé dans un arrêt du 6 mai 2016, considérant qu'un praticien avait manqué à ses obligations en ne conservant pas la fiche personnelle du patient, prévue à l'article R. 4127-45 du code de la santé publique, document qui aurait permis de donner de meilleures informations à l'expert judiciaire.

Cour d'appel de Paris, 6 mai 2016, n° 14/15881

Dans cette décision, le médecin partageait sa responsabilité, du fait de la perte de ses notes de consultations personnelles, avec l'établissement qui lui avait également perdu le dossier hospitalier.

Cet arrêt aurait cependant mérité un pourvoi en cassation concernant la responsabilité du médecin, puisque la lettre de l'article 45 du code de déontologie dispose que les fiches personnelles du médecin concernant ses patients, sont intransmissibles et inaccessibles, et suivent ainsi un régime qui est différent de celui du dossier médical :

"Indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés, nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques.

Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers.

Dans tous les cas, ces documents sont conservés sous la responsabilité du médecin."

La conclusion, en dehors de la discussion propre à ses fiches personnelles, est qu'il reste vivement conseillé aux professionnels de santé d'être particulièrement rigoureux dans la tenue et la conservation de leurs dossiers patient.

Contraceptifs : les effets nocifs constatés peuvent être de nature à caractériser un défaut du produit

Maître O. LECA

U

ne notice accompagnant un contraceptif qui comporte une mise en garde contre le risque thromboembolique et l'évolution possible vers une embolie pulmonaire ne suffit pas à écarter la responsabilité du fabricant.

La Cour de cassation a été saisie d'un pourvoi introduit par l'ONIAM contre un arrêt de la cour d'appel de Lyon ayant mis hors de cause le fabricant d'un médicament contraceptif, soupçonné d'être à l'origine du décès par embolie pulmonaire d'une jeune femme, la défectuosité du produit n'ayant pas été retenue.

Par une décision du 26 septembre 2018, la Haute juridiction judiciaire casse partiellement l'arrêt, en ce qu'il a écarté la responsabilité civile du laboratoire pharmaceutique.

En l'espèce, la cour d'appel a estimé que le contraceptif ne peut être considéré comme défectueux, dès lors que la notice l'accompagnant comporte une mise en garde contre le risque thromboembolique et l'évolution possible vers une embolie pulmonaire.

La Cour de cassation reproche cependant aux juges du fond de ne pas avoir également recherché si la gravité du risque thromboembolique encouru et la fréquence de sa réalisation excédaient les bénéfices attendus du contraceptif en cause et si, par suite, les effets nocifs constatés n'étaient pas de nature à caractériser un défaut du médicament au sens de l'article 1245-3 du code civil. On rappellera en effet que le défaut de sécurité d'un médicament peut être non seulement extrinsèque (dé-

faut de présentation découlant de la notice destinée aux utilisateurs ou du résumé des caractéristiques du produit destiné aux professionnels de santé), mais également intrinsèque.

Dans ce dernier cas, il est généralement admis que c'est l'inversion du rapport bénéfices sur risques présenté par le principe actif du médicament qui permet aux juges de caractériser le défaut intrinsèque du produit.

En l'occurrence, il faudra suivre cette affaire devant la Cour d'appel de Lyon, désignée comme cour de renvoi, pour savoir si elle accepte de retenir un tel défaut.

Il faut préciser d'une part que la pilule oestro-progestative mise en cause dans cette affaire bénéficie toujours d'une autorisation de mise sur le marché, ce qui présuppose que son rapport bénéfices sur risques est encore favorable.

D'autre part, il est par ailleurs acquis en droit qu'un produit ne saurait être regardé comme défectueux au seul motif qu'il est nocif ou dangereux.

Cass. 1^{re} civ., 5 avr. 2005, n° 02-11947

La Cour d'appel de Lyon pourra toujours s'inspirer du contentieux du vaccin contre l'hépatite B, puisque la Cour de cassation a rappelé qu'il appartenait aux juges du fond, au vu des éléments de preuve apportés par la victime d'un dommage, de juger qu'il existait des présomptions susceptibles d'imputer le dommage au produit administré et d'apprécier si ces mêmes éléments de preuve permettent de considérer le produit comme défectueux.

Cass. 1^{re} civ., 18 oct. 2017, n° 15-20791

Plainte ordinaire : les faits visés dans une plainte ne limitent pas le procès

Maître O. LECA*

U

ne juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins, saisie d'une plainte contre un praticien, peut évoquer l'ensemble du comportement professionnel de l'intéressé, sans se limiter aux faits, objet de la plainte.

CE 24 octobre 2018 n°404660

Nous sommes à Ajaccio, dans une clinique privée où un chirurgien-orthopédiste refuse au dernier moment de pratiquer une intervention programmée sur une patiente âgée de 82 ans, alors qu'il avait confirmé la tenue de cette intervention auprès de sa patiente et fait venir un confrère anesthésiste-réanimateur en le laissant procéder à une anesthésie générale.

Parallèlement, sachant par avance qu'il ne pourrait disposer d'une aide opératoire pour cette opération, il avait convoqué un huissier afin que celui-ci constate que cette absence l'empêchait de travailler dans des conditions satisfaisantes.

La clinique porte plainte contre le praticien devant le Conseil de l'Ordre.

La Chambre disciplinaire ira au-delà des griefs évoqués dans la plainte en retenant que le praticien a, par son comportement, mis en danger sa patiente en l'utilisant

pour servir ses intérêts personnels vis-à-vis des personnels d'assistance opératoire, malgré des rappels à l'ordre de la clinique.

La Chambre disciplinaire de première instance de l'ordre des médecins inflige au praticien une interdiction d'exercer la médecine pendant 6 mois, dont 3 mois avec sursis, sanction confirmée par la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins.

Le pourvoi du praticien est rejeté et contient la confirmation d'un principe important qui est que la Chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins peut légalement se fonder, pour infliger une sanction à un médecin, sur des griefs nouveaux qui n'ont pas été dénoncés dans la plainte soumise à la chambre disciplinaire de première instance, à condition toutefois d'avoir mis au préalable l'intéressé à même de s'expliquer sur ces griefs.

Le Conseil d'Etat indique que la Chambre disciplinaire n'est, en revanche, pas tenue de communiquer préalablement aux parties le choix, qui lui incombe, de la qualification juridique des griefs au regard des dispositions du code de déontologie médicale.

Retard de diagnostic: Seule la faute caractérisée engage la responsabilité du médecin

Maître O. LECA*

L

a Cour de cassation rappelle, s'il était besoin, que la preuve d'une faute en matière de diagnostic, ne peut résulter d'un raisonnement hâtif.

Cass. 1^{ère} civ. 12 septembre 2018 n°17-22311

Dans le cas d'espèce, un médecin généraliste prescrivait à son patient, victime d'un malaise, un bilan neuro-

logique et la prise d'un médicament, pour traiter des troubles de la mémoire et d'un vertige positionnel.

Constatant la persistance des troubles, il faisait réaliser quelques jours plus tard un doppler carotidien et un scanner cérébral. Mais à son retour à domicile, le patient présentait un accident vasculaire cérébral dont il gardait

d'importantes séquelles. Après expertise, il recherche la responsabilité de son médecin, auquel il reproche une erreur de diagnostic.

Au fond, les juges retiennent l'existence d'une erreur fautive de diagnostic imputable au praticien, qui n'a envisagé qu'une démence de type Alzheimer.

En outre, il lui est reproché d'avoir ordonné une consultation neurologique sans la prévoir en urgence, et d'avoir négligé les problèmes de vertige positionnel, les troubles de mémoire et l'existence d'un facteur de risque d'accident ischémique constitué.

Le préjudice s'analyse en une perte de chance, que les juges évaluent à 50%, pour tenir compte des difficultés du diagnostic également relevées par l'expert.

Cependant, cette décision est cassée, au visa de l'obligation pour le juge de ne pas dénaturer l'écrit qui lui

est soumis, de l'article L. 1142-1, I, al. 1^{er} du code de la santé publique qui impose la preuve d'une faute, et du principe de la réparation intégrale.

En effet, si l'expert avait relevé un retard de diagnostic, il avait préalablement retenu que les soins prodigués par le praticien avaient été attentifs et conformes aux données acquises de la science.

Pour les experts, le médecin ne disposait pas, lors de la consultation, de tous les éléments pour établir un diagnostic notamment sur le trouble de la parole, si bien qu'il ne pouvait être tenu pour fautif dans le défaut de diagnostic du handicap du patient.

L'arrêt est donc cassé, et la question de responsabilité du médecin renvoyée à la Cour d'appel de Pau qui tranchera le litige à la lumière de ce puissant rappel de la Haute juridiction.



Je soussigné(e) :

Nom _____ Prénom _____

Date d'installation _____

Tél. mobile _____ Email _____

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

Adresse professionnelle _____

MedyCS

ADHÉSION À L'ASSOCIATION GYNÉLOG et OBTENTION DES LOGICIELS

- | | |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Adhésion établissement annuelle à l'association (permet l'obtention par téléchargement du logiciel MedyCS) - Les établissements partenaires de Nestlé peuvent être dispensés de cette cotisation. | 5 000 € |
| <input type="checkbox"/> Obtention du logiciel MedyCS (seul) (pour UN médecin et son secrétariat). | 290 € |
| <input type="checkbox"/> Option : Module FSE Pyxvital (pour UN médecin et son secrétariat) (TVA incluse) | + 324 € |
| <input type="checkbox"/> Convention d'assistance de 2 heures | 180 € |
| <input type="checkbox"/> Adhésion simple annuelle à l'association (permet uniquement de recevoir les informations sur la vie de l'association mais ne donne pas droit au logiciel). | 45 € |

Merci de régler par virement sur le compte de l'Association GYNELOG
FR 76 1026 8025 7413 2511 0020 055
en mentionnant vos noms et prénoms

Formulaire à envoyer par email à j.marty@outlook.fr
le jour de votre virement

Date, cachet et signature

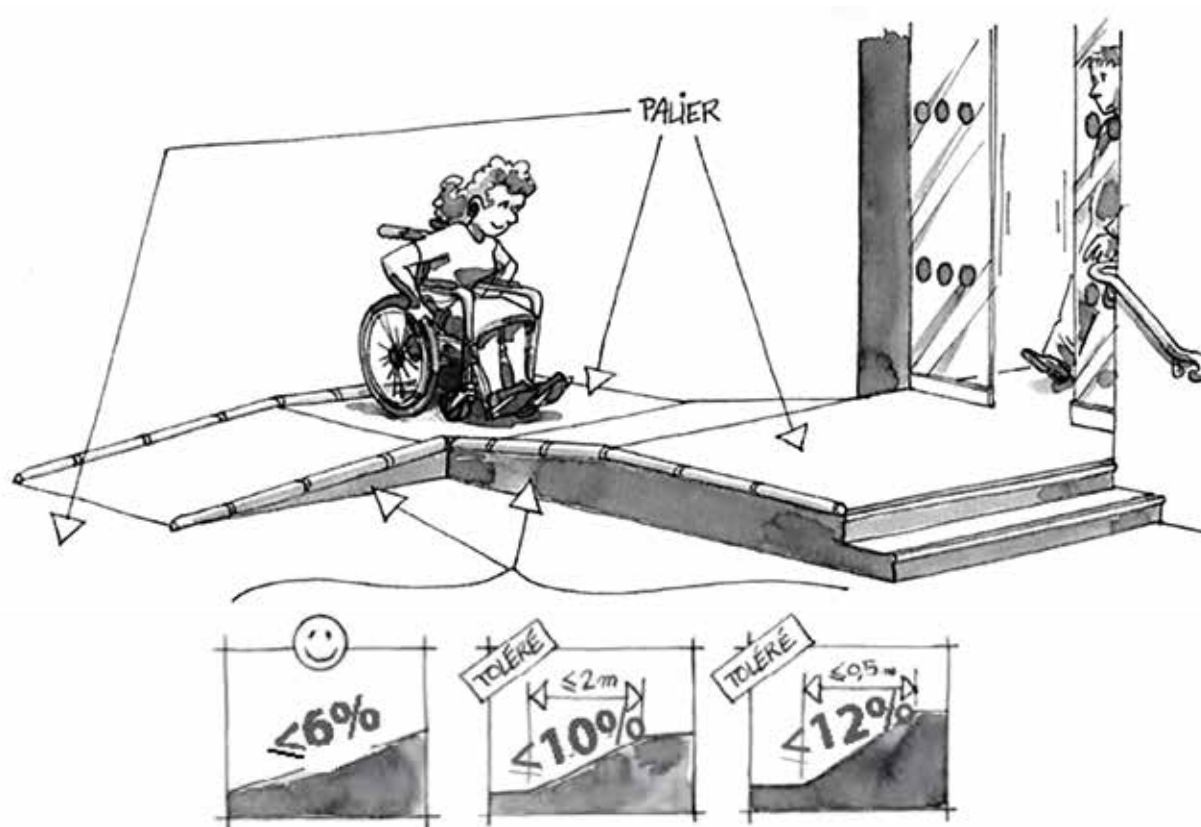
L'actualisation de l'accessibilité des cabinets médicaux

Par un arrêté du 23 juillet 2018*, l'administration simplifie la demande de mise aux normes d'accessibilité pour les établissements recevant du public (ERP) de 5^{ème} catégorie (moins de 100 personnes à la fois pour les établissements sans hébergement), soit la majorité des cabinets médicaux. Deux formulaires sont désormais disponibles : un formulaire simplifié de demande de mise aux normes d'accessibilité et un formulaire de demande de modification d'un agenda d'accessibilité programmée approuvé. Plus compréhensible que le précédent, le dossier simplifié guide la réalisation d'un auto-diagnostic des 7

points clés de l'accessibilité (entrée, accueil, circulation, cabines, sanitaires, parking et signalétique) afin d'évaluer les travaux nécessaires pour la demande de mise en conformité. Il est relativement facile à remplir, les demandes de dérogations sont également faciles à comprendre.

Le secrétariat du SYNGOF tient à votre disposition le document cerfa correspondant.

* Source : <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2018/7/23/TERK1735712A/jo/texte>



Affichage réglementaire

Le 1^{er} juillet dernier entrain en vigueur l'arrêté du 30 mai 2018 qui oblige les professionnels de santé à afficher "de façon lisible et visible" sur un même support, toutes les informations tarifaires liées à une activité de prévention, de diagnostic et de soin. Voici un rappel de toutes les informations qui doivent figurer dans l'affichage réglementaire et obligatoire dans vos salles d'attente.

L'

affichage réglementaire relatif aux honoraires médicaux :

l'affiche doit être apposée de manière visible et lisible dans la salle d'attente. L'information doit être accessible et compréhensible, et l'affiche ne doit pas être dissimulée au regard des patients. Doivent être indiqués notamment les tarifs (ou fourchettes de tarifs) des honoraires pratiqués, ainsi que le niveau de remboursement par l'Assurance Maladie. Doit être mentionnée l'adhésion ou non à une AGA.

Les consignes de sécurité : les consignes d'urgence rappellent la conduite à tenir en cas d'incidents : numéros d'appel d'urgence (15 ou 18), localisation des trousseaux ou du local de 1^{er} secours, transport et évacuation des blessés. Elles doivent être regroupées dans un endroit précis, bien signalé.

L'existence d'un système de vidéo-surveillance : les patients doivent être informés de l'existence d'un dispositif, de son responsable, des modalités concrètes

d'exercice de leur droit d'accès aux enregistrements individuels les concernant.

L'utilisation de données informatiques : informer les patients des modalités d'accès à leurs données, les modalités de rectification, voire de portabilité de celles-ci vers un autre médecin en cas de changement.

Dans le cas d'études épidémiologiques : afficher l'éventuelle utilisation de données nominatives concernant les patients (loi n° 94-548 du 1^{er} juillet 1994).

Si le médecin a au moins un salarié, le Code du travail impose l'affichage d'un certain nombre de règles législatives et réglementaires, qui visent avant tout à assurer la sécurité et l'information de tous les salariés. Ces informations sont à afficher dans le secrétariat ou dans la salle de repos dédiée au personnel.

N'hésitez pas à contacter le SYNGOF pour plus d'informations : syngof@syngof.fr

CABINET DU DOCTEUR

MEDECIN SPECIALISTE EN

SECTEUR 2 OPTAM

Votre professionnel de santé détermine librement ses honoraires qui peuvent donc être supérieurs à ceux fixés par la convention le liant à la sécurité sociale. Cependant, en adhérant à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), il s'est engagé à modérer et stabiliser ses honoraires afin de faciliter l'accès aux soins de ses patients.

Leur montant doit cependant être déterminé avec tact et mesure. La facturation de dépassements d'honoraires est par ailleurs interdite pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

Seuls peuvent vous être facturés des frais correspondant à une prestation de soins rendue. Le paiement d'une prestation qui ne correspond pas directement à une prestation de soins ne peut vous être imposé.

Votre professionnel de santé doit obligatoirement vous informer avant de réaliser un acte non remboursé par la sécurité sociale. En outre, dès lors que les dépassements d'honoraires des actes et prestations facturés atteignent 70 euros, votre professionnel doit vous en informer par écrit, préalablement à la réalisation de la prestation.

(Remboursement dans le régime général de Sécurité sociale : 70% des tarifs conventionnés)*
BR = base de remboursement

Tarifs à indiquer (si fourchette préciser les critères de détermination des honoraires)

Consultation coordonnée avec le médecin traitant ou un autre médecin	...€ (BR 30 €)
Consultation non coordonnée	...€ (BR 25 €)
Avis de consultant	...€ (BR 50€)
Consultation complexe	46€
Consultation très complexe	60€

Prestations les plus couramment pratiquées (mentionner les 5 actes les plus couramment pratiqués)	

* Hors du parcours de soins coordonné pour les plus de 16 ans (pas de médecin traitant déclaré ou consultation d'un autre médecin que son médecin traitant sans être orienté par celui-ci), le montant du remboursement de l'Assurance Maladie est diminué à 30%.

Pour toute information complémentaire : consulter l'annuaire santé du site internet www.ameli.fr

Membre d'une AGA acceptant, à ce titre, le règlement des honoraires par chèque libellé à son ordre.

Rencontre annuelle du CEGORIF Cercle d'étude des gynécologues - obstétriciens de la région Ile-de-France

Le Vendredi 1^{er} février à la Maison des Centraliens à Paris

8, rue Jean Goujon - 75008 PARIS

Chaque année, le Cercle d'études des gynécologues - obstétriciens de la région Ile-de-France organise une journée de formation, d'échanges et de partage d'expériences. Au programme de cette édition 2019, un programme éclectique avec des mises à jours, des bonnes pratiques à partager et de nouvelles perspectives.

Invité d'honneur, le Professeur Wolfgang Henrich donnera une conférence sur le dépistage prénatal en Allemagne.

Cette journée est ouverte à vos internes et à vos sages-femmes qui pourront participer aux ateliers animés par l'équipe pédagogique du Cercle.

www.cegorif.fr

Retrouvez le programme complet et les informations pour l'inscription sur le site du SYNGOF :

<http://syngof.fr/agenda/>



Distilbène :

un guide pratique pour la prise en charge des patients

Le réseau D.E.S. France a publié un guide pratique pour les professionnels de santé et les "familles DES". L'objectif : proposer une synthèse des connaissances actuelles.

Les complications de l'exposition au DES font partie des "maladies rares" pour lesquelles l'information des professionnels de santé est difficile, d'autant plus que les générations de praticiens à même de prendre en charge ces pathologies se renouvellent.

C'est à partir de ce constat que l'association Réseau D.E.S. France et son conseil scientifique ont élaboré cette synthèse des connaissances actuelles. La première partie de ce document "L'essentiel : conséquences et prise en charge" existe sous forme papier et peut être obtenue sur demande auprès de Réseau D.E.S. France.

Contact : Réseau D.E.S. France - 05 58 75 50 04

Pour télécharger le guide : <http://syngof.fr/documents-utiles/distilbene/>



Propos de lecture

Présentation du livre de Adeline Dieudonné La Vraie Vie

E. PAGANELLI*

Ce roman raconte l'histoire d'une jeune fille qui découvre la vraie vie, face à la violence familiale du père, la passivité de la mère, soumise aux colères d'un mari alcoolique qui la tabasse et la sidération muée en psychose d'un frère accidenté.

On qualifie de violences familiales des violences exercées au sein de la famille, au sens large. L'expression regroupe aussi bien les faits de violence conjugale, de violences faites aux enfants, aux ascendants, ou à tout membre de la famille élargie, dès lors qu'elles partagent le même toit, voire, selon les cultures une communauté proche (Wikimedia). Le 26 novembre 2018, la Direction de l'information légale et administrative

(Premier ministre) précise que toute forme de violence conjugale est interdite par la loi, qu'elle touche un homme ou une femme, qu'elle soit physique, psychologique ou sexuelle. La victime de violences conjugales qui signale les faits peut bénéficier de nombreuses mesures de protection de la part des institutions publiques et des associations. Ces mesures peuvent même s'étendre aux enfants. Posons ce livre sur nos bureaux et pensons à poser systématiquement en consultation la question "*subissez-vous des violences familiales ?*"

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



Paru aux éditions de
l'Iconoclaste
265 pages – 17 euros

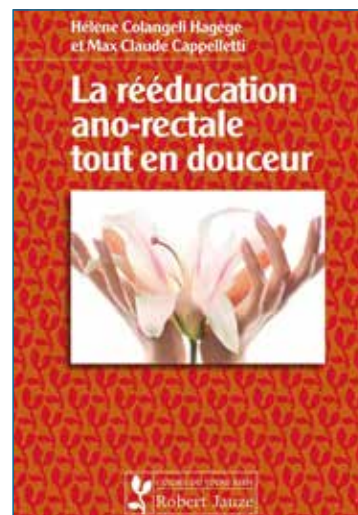
Présentation du livre de Hélène Colangeli Hagège et Max Claude Cappelletti La rééducation anorectale tout en douceur

B. de ROCHAMBEAU*

Voilà un guide simple à l'intention de tous ceux qui découvrent que le traitement des troubles de la statique pelvienne ne peut se résumer à la rééducation périnéale et à la chirurgie. Le volet anorectale, trop souvent méconnu et donc ignoré, est pourtant une des clés du succès fonctionnel. Cet ouvrage conçu comme un guide

d'initiation est didactique et précis. Il vous donnera les clés de l'information à délivrer à vos patientes pour lever les inquiétudes qui naissent dès que l'on évoque les troubles anorectaux.

*Président du SYNGOF – Co-Président du BLOC



Paru chez : Robert Jauze Editions :
guides du vivre bien
264 pages – 25 euros

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 J J 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
4 rue Lounès Matoub - 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

adhésion au syngof

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 mobile _____

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 Chef de clinique
 et chirurgie gynécologique Interne

• Type d'exercice Privé Public Privé et Public

- Cotisations 2019 -

⇒ 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 GYNÉLOG"

Date, cachet et signature



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 Associations

■ NICE Provence-Alpes-Côte d'Azur

Cède clientèle de gynécologie médicale cause retraite. Ne vend que le matériel dans local en location. Port de Nice.

T. 04 93 55 44 36

■ CANNES Provence-Alpes-Côte d'Azur

Plein centre ville, cause retraite, cède cabinet gynécologie médicale et/ou chirurgicale sans apport. Local en location dans cabinet de spécialistes. Opportunité et emplacement exceptionnels.

T. 04 92 98 99 69 // 07 69 85 90 74

■ VITRY-SUR-SEINE Île-de-France

Cherche gynécologue - obstétricien pour installation à la clinique des Noriets (1450 accts - niveau 2A) dans le cadre d'une succession. Pas de droit d'installation. Démarrage souhaité : début 2019. Possibilité de remplacements avant cette date. Travail en équipe avec partage des honoraires d'accouchements (masse commune). Moyenne de 4 gardes mensuelles de 24h et 1 week-end toutes les 7 semaines. Possibilité de recherche clinique. Assistance par la clinique au démarrage de l'activité.

T. 06 20 20 20 10

■ DIJON Bourgogne - Franche Comté

Cause retraite, ancien chef de clinique assistant, 65 ans, chirurgien gynécologue obstétricien secteur 2 cède activité chirurgie gynéco, obstétrique cancéro. Janvier

2019. Maternité 1700 accts garde partagée 8 ACCA, clinique MCO. IRM Scanner sur place. Clinique moderne ouverture 2017, 80 praticiens spécialistes. Possibilité de remplacement pour connaître la clinique et l'équipe.

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

■ CAGNES SUR MER Provence-Alpes-Côte d'Azur

Cabinet de deux gynécologues obstétriciens exerçant en SCM recherche un(e) associé(e) pour compléter et développer leur activité. Pas d'apport. Cabinet récent sur site d'hospitalisation et maternité.

T. 06 89 56 01 37

■ USSEL Nouvelle Aquitaine

Cause retraite cède cabinet de gynécologie (dans une maison médicale) dans une petite ville qui draine 4 départements et possède un hôpital avec une maternité.

T. 06 86 72 73 41

■ LYON 69006 Auvergne - Rhône-Alpes

Suite à un déménagement, cède cabinet de gynécologie médicale et obstétrique (matériel, clientèle et local professionnel à louer). Secteur 2.

T. 06 50 64 03 67

Remplacements

■ BASTIA Corse

Cabinet de 3 gynécologues obstétriciens situé à Bastia cherche durant l'année et pendant les vacances scolaires un remplaçant pour les consultations et astreintes dans une maternité de niveau 1, 600 accts/an. Conditions de travail optimales : le cabinet est situé sur le port à 5 mn de la clinique. Très moderne et parfaitement équipé. Nous assurons le billet avion A/R ; logement sur place et véhicule.

T. 06 88 55 71 06

■ LYON Auvergne - Rhône-Alpes

Cherche gynécologue pour remplacement cabinet libéral secteur 2, Lyon 69006, cause maladie dès octobre 2 jours 1/2 par semaine ou (et) dès janvier 2019. Secrétariat assuré au cabinet. Echographe.

T. 06 63 32 24 72

■ CHAMPIGNY SUR MARNE Île-de-France

Recherche un(e) remplaçant(e) pour assurer une consultation au cabinet, les lundi après-midi, dès que possible (consultation de gynécologie médicale, suivi de grossesse). Certains mercredis sont également possibles.

T. 06 68 13 05 23

■ SARCELLES Île-de-France

Jeune gynécologue médicale cherche une remplaçante pour des jours ponctuels ou de manière plus régulière. Patientèle jeune, active, sympathique et attachante. Cabinet à fort potentiel rémunération très intéressante. Avantage : le cabinet est situé en zone franche urbaine. Recherche un(e) interne ou un(e) thésé(e) dynamique et ayant l'habitude de poser des stérilets, implants et ayant des notions d'échographie et de PMA.

T. 07 86 50 53 24

■ MERIGNAC Nouvelle Aquitaine

Gynécologue-obstétricienne, secteur 2, propose remplacements vendredis après-midi, mercredis matins voire samedi (+/- collaboration à terme) dans un cabinet bien équipé échographe (Voluson P6), colposcope, secrétariat sur place. Gynécologie médicale et obstétricale. Secteur Bordeaux St Augustin/CHU.

T. 06 62 62 65 02

■ NICE Provence-Alpes-Côte d'Azur

Cherche remplaçant(e) pour cabinet de gynécologie médicale et échographie obstétricale pour cause de congés maternité à partir du 1er décembre 2018. Possibilité de logement.

T. 07 67 36 61 91

■ VALENCE Auvergne - Rhône-Alpes

Gynécologue Obstétricien Secteur 2 recherche remplaçant(e) pour la période février - avril 2019 (congé maternité). Activité libérale autonome depuis 2011 dans un cabinet rénové en ville avec secrétariat à distance. Zone calme.

T. 06 18 01 21 25

Délégués régionaux

du Syngof

Auvergne - Rhône-Alpes

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

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

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

Bourgogne - Franche Comté

Dr Philippe MIRONNEAU
4 rue Lounès Matoub
21000 DIJON
email : pmironneau3333@orange.fr

Bretagne

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

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

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

Centre - Val de Loire

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

Dr Elisabeth PAGANELLI
54 rue Louis Bézard
37540 ST CYR SUR LOIRE
email : elizabeth.paganelli@wanadoo.fr

Corse

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

Grand Est

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

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

Hauts de France

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

Dr Benoit GARRIOT
7 rue J. Jacques Bernard
60200 COMPIEGNE
email : bengarriot@gmail.com

Ile-de-France

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

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

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

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

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

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

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU
Hôpital Privé de Marne
Chan tereine
77177 BROU SUR CHANTEREINE
email : bdr@club-internet.fr

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

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

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

Normandie

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

Nouvelle Aquitaine

Dr Marianne COICAUD
45 Bd George V
33000 BORDEAUX
email : marianne.coicaud@gmail.com

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

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

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

Occitanie

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

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

Dr Jean MARTY
Rue du Tendat - 81000 ALBI
email : j.marty@outlook.fr

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

Pays de Loire

Dr Olivier TEFFAUD
Polyclinique de l'Atlantique
44819 ST HERBLAIN CEDEX
email : drteffaud@polyclinique-atlantique.fr

PACA

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

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

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

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

Outre-Mer

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

Situé au sud de l'agglomération lyonnaise, notre établissement de santé à dimension humaine (235 lits et 420 ETP) propose une prise en charge large et diversifiée en Médecine Chirurgie Obstétrique et Urgences. Etablissement à but non lucratif appartenant à la Mutualité Française, notre action est fondée sur des principes forts : la garantie d'un accès aux soins égal pour tous et un engagement permanent dans une démarche de qualité certifiée et d'innovation technologique.

NOUS RECHERCHONS UN GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN (H/F) STATUT SALARIÉ - CDI AVEC POSSIBILITÉ D'INSTALLATION EN LIBÉRAL

Missions principales

- Consultations obstétricales.
- Gardes sur place, la prise en charge se fait en collaboration avec l'équipe des médecins anesthésistes réanimateurs en garde sur place au sein de l'établissement.

Nos atouts

- Conditions salariales intéressantes.
- Statut mixte : salarié et libéral.
- Exonération d'impôts sur les bénéfices pendant 5 ans.
- Aide à l'installation : matériel, secrétariat, locaux.

Votre profil

- Spécialité obstétricien avec expérience en maternité niveau 1.
- Expérience en chirurgie gynécologique.



GRUPE HOSPITALIER
MUTUALISTE
LES PORTES DU SUD



Vous êtes intéressé(e) par notre offre, nous vous remercions d'adresser votre candidature :

Par mail : recrutement@lesportesdusud.fr - Par voie postale - GHM Les Portes du Sud, lieu dit « Le Couloud » - Feyzin, 2, avenue du 11 Nov 1918, 69200 VENISSIEUX

GRUPEMENT HOSPITALIER PORTES DE PROVENCE

(Site de Montélimar - Drôme Provençale) - (Situé à 1h30 de Lyon, de Montpellier et de Marseille)

RECHERCHE 2 GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS TEMPS PLEIN

Pour compléter l'équipe de 9 gynécologues. Une large offre de prise en charge.



Maternité de niveau 2a : 1773 naissances en 2016.

Dépistage prénatal : Échographie et prélèvements au sein du Réseau Aurore.

Activité Grosseesse Pathologique, DAN, labellisation IHAB en cours. Prise en charge de l'infertilité. Activité de chirurgie fonctionnelle et carcinologique et sénologique.

Activité de CPEF au sein du Pôle Femme-Mère-Enfant.

Le Groupement Hospitalier Portes de Provence est en pleine expansion. Ces postes sont à pourvoir immédiatement par mutation ou contrat.

Profil recherché :

- Praticien aguerri en chirurgie gynécologique et carcinologie pelvienne et mammaire.
- Bloc opératoire récent avec une salle quotidienne dédiée à la gynécologie. Acquisition du robot coeliosurgical prévue en 2019.
- Établissement ayant toutes les autorisations en chirurgie oncologique. Secteur de cancérologie organisé (3C) - RCP hebdomadaire.
- Services de chirurgie complète et ambulatoire, Radiothérapie, Oncologie, Imagerie Médicale, Réanimation médicale et chirurgicale au sein de l'établissement.



Site Internet : <http://www.gh-portesdeprovence.fr>

Renseignements : Dr WAGNER : Responsable du service : 04 75 53 41 14 - nathalie.wagner@gh-portesdeprovence.fr

S. MAGNETTE (ACH, DAM) : 04 75 53 41 29 - sandrine.magnette@gh-portesdeprovence.fr

Candidatures : Mr Le Directeur - GHPP B.P. 249 - 26216 MONTEILIMAR Cedex

Tél. : 04 75 53 40 02 - direction@gh-portesdeprovence.fr

Situé en Savoie, au pied du domaine skiable des 3 vallées, à 2h des aéroports internationaux de Lyon et de Genève, à proximité d'Annecy, de Grenoble et de Chambéry, le Centre Hospitalier d'Albertville-Moûtiers (CHAM) propose un cadre de vie privilégié au cœur des Alpes.

Doté de 244 lits de MCO, 40 de SSR, 60 de SLD et 170 places d'EHPAD, le CHAM offre un large panel d'activités parmi lesquelles :

1 secteur Mère-enfant : 1 maternité de niveau 2A avec près de 1000 accouchements par an, 1 unité de Pédiatrie et 1 unité de néonatalogie (4 lits de soins intensifs de néonatalogie).

Contacts :

Myriam MINAZIO, Directrice de la stratégie et des ressources médicales

m.minazio@cham-savoie.fr ou 04 79 89 56 63

Dr Marie-Victoire ALBAHARY, médecin référent du recrutement médical

mv.albahary@cham-savoie.fr

Dr Roger GHAWI, chef de service

r.ghawi@cham-savoie.fr

Dr BOCQUET Camille, praticien hospitalier

c.bocquet@cham-savoie.fr

RECRUTE GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN

Praticien inscrit à l'Ordre des médecins en France, spécialiste en gynécologie-obstétrique

Assistant, Praticien hospitalier ou praticien contractuel.

Quotité de travail : temps plein ou temps partiel.

Site : Albertville, consultations possibles sur Moûtiers.

Possibilité d'exercice partagé entre le CHAM et le CHMS.

Le médecin participe obligatoirement à la permanence des soins et à la continuité des soins (astreintes de nuit et de week-end), à due concurrence de sa quotité de travail réalisée au CHAM. La permanence de nuit, week end et jour férié est assurée environ 5 fois par mois, anesthésistes présents sur place en garde.

Le gynécologue-obstétricien est affecté au sein du pôle de femmes-parents-enfants.



Pôle Femme Enfant

Centre Hospitalier de Rochefort



Le Centre Hospitalier de Rochefort - A 30 minutes de la ville de La Rochelle - A proximité des plages atlantiques et des îles de Ré et Oléron - A 3 h de Paris par TGV A 1 h 30 de Bordeaux, et Nantes Etablissement en direction commune avec le Groupe Hospitalier de la Rochelle, le Centre Hospitalier de Rochefort

recherche un praticien qualifié en gynécologie obstétrique afin de pourvoir au remplacement du départ en retraite de l'un des 6 praticiens de l'équipe médicale. L'établissement neuf mis en service en mars 2011 dispose au sein du pôle Femmes-Enfants, d'une maternité de niveau 2a ayant réalisé en 2017, 1 200 accouchements. Une unité de néonatalogie de 6 lits est installée au sein du service de maternité ainsi qu'une unité kangourou. Activité de consultations, d'échographie, activité chirurgicale, consultations avancées sur Oléron et participation à l'activité du CPP sur le site de Royan. Un profil polyvalent en gynécologie et obstétrique est recherché. Permanence des soins organisée en astreinte opérationnelle avec aménagement du repos consécutif à l'astreinte. Inscription au conseil de l'Ordre des médecins indispensable.

Poste à pourvoir à compter du mois d'octobre 2018.

Contacts :

Chef de Pôle : Dr Adrienne GARRIGUE - adrienne.garrigue@ch-rochefort.fr - Directeur des Affaires Médicales - F. CHANABAS : fabien.chanabas@ch-larochelle.fr

Visitez le site de la maternité : <http://www.materniterochefort.fr/>

Recherche

Praticien Contractuel temps plein (Gynécologie-Obstétrique)

Inscription à l'Ordre des médecins indispensable



Le Pôle Femme Enfant comprend plusieurs services :

Maternités sur 2 sites (une à Aix-en-Provence, une à Pertuis), gynécologie, pédiatrie, avec des activités variées comme la néonatalogie, la cancérologie, la procréation médicalement assistée, l'orthogénie.

Gynécologie site Aix-en-Provence : 17 lits d'hospitalisation complète et 9 lits d'hôpital de jour (chimio et orthogénie comprises), environ 1120 IVG par an, un service d'urgences dédié (5 034 passages en 2017 sur Aix), un dispositif de diagnostic du cancer du sein en un jour (300 cancers du sein pris en charge par an), une activité chirurgicale diverse et importante : coelioscopies opératoires, chirurgie voie vaginale etc., une unité de PMA (550 ponctions par an).

Gynécologie site Pertuis : 1 lit d'hospitalisation complète et 7 lits d'hôpital de jour (dont 2 d'orthogénie), un bloc opératoire (césariennes et orthogénie), environ 400 IVG par an, un service d'urgences dédié (819 passages en 2017).

Maternité site Aix en Provence de niveau 2b, comprenant 5 salles d'accouchements dont une salle d'accouchement physiologique, 35 lits, dont 8 dédiés au suivi des grossesses à risque, pour environ 1800 accouchements par an.

Maternité site Pertuis de niveau 1b, labélisée « Naitre Enchantés » et bénéficiant d'une notoriété régionale pour sa prise en charge physiologique, comprenant 14 lits, pour environ 800 accouchements par an.

Qualité de vie assurée dans ville universitaire, arts et spectacles, proche Mer et Alpes.

Envoyer candidatures à M. le Directeur - Direction des affaires médicales - CH Intercommunal Aix-Pertuis
avenue des Tamaris - 13616 Aix en Provence Cedex 1 ou par mail affaires-medicales@ch-aix.fr

Pour tout contact, s'adresser à : M. le Dr OPINEL, Chef de pôle Femme-Enfant, par mail popinel@ch-aix.fr ou
via le secrétariat du service 04 42 33 50 28

LE CENTRE HOSPITALIER DE KOUROU EN GUYANE FRANÇAISE RECHERCHE UN GYNÉCOLOGUE H/F

La Guyane est un département français d'Outre-Mer situé en Amérique Latine, au nord du Brésil.
L'établissement pratique la médecine, la chirurgie et l'obstétrique et est remarquablement équipé.

Activités : Chirurgie orthopédique, Chirurgie digestive, Urologie (dont cancer), Chirurgie gynécologique et obstétrique (maternité 2A réalisant 1000 accouchements/an 22 lits), Chirurgie ORL.

Plateau technique : Bloc Opératoire 4 salles.

→ Profil : Gynécologue inscrit à l'Ordre des médecins en France.

Conditions :

Recrutement en tant que praticien hospitalier contractuel + majoration de 40% Guyane.

Billet d'avion aller-retour pris en charge à partir de France métropolitaine.

Logement & location de voiture pris en charge en cas de remplacement ou dans les premiers temps en cas de prise de poste.

Candidature :

- candidatures@ch-kourou.fr
- assarda@ch-kourou.fr
- mondora@ch-kourou



CENTRE
HOSPITALIER
KOUROU





**ACTIONS
SANTÉ
FEMMES**

Siege Social : 50, rue Raffet - 75016 PARIS
Association tel. 1191 - Siret 810 382 887 - Sirex 810 382 887 06018