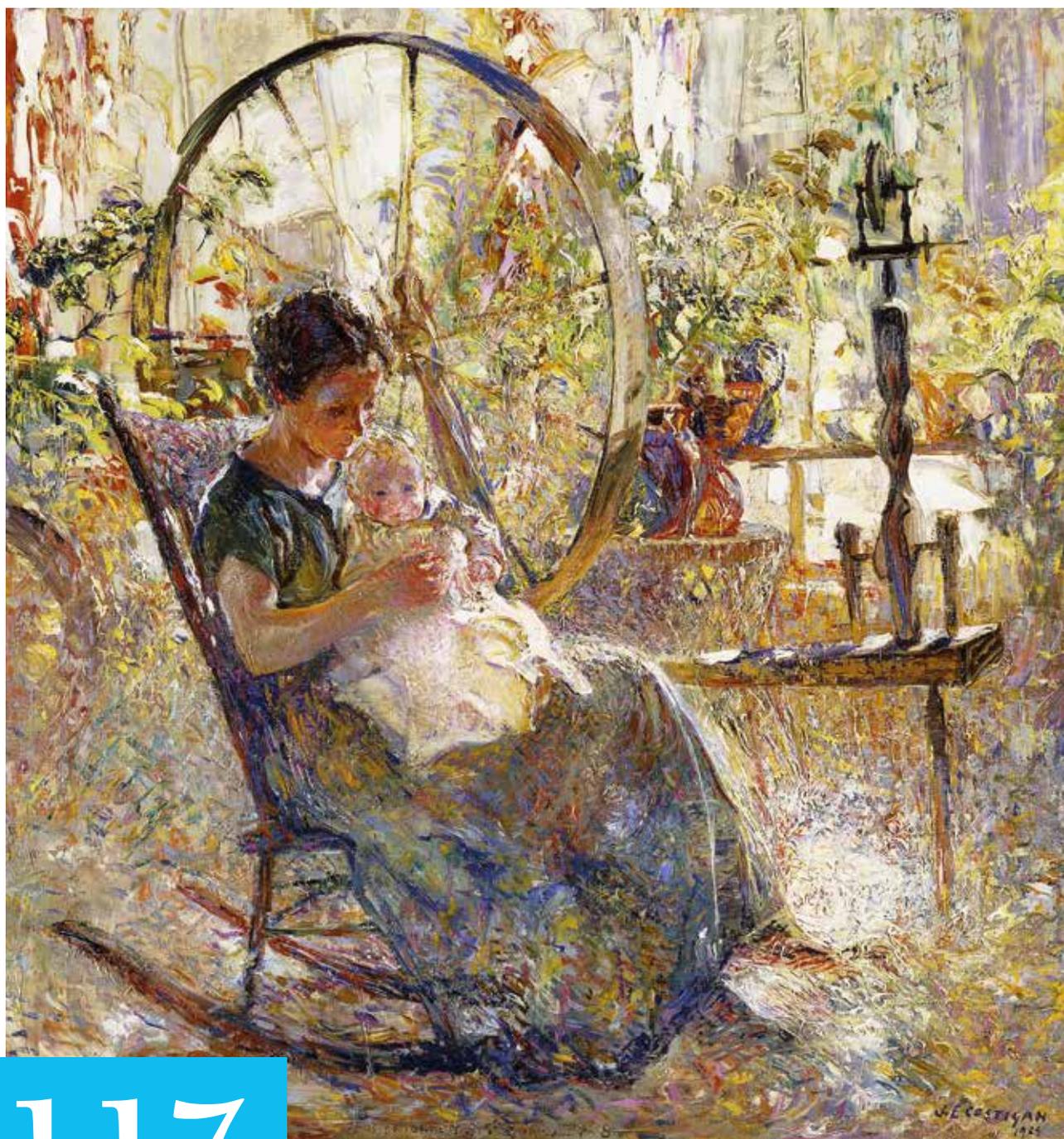


LES
CAHIERS

SYNGOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



117

Juin
2019

- Repérer les femmes victimes de violences intrafamiliales
- Comment moderniser l'AMP en France ?
- Comment relever les nouveaux défis sanitaires ?



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



3 Editorial

B. de ROCHAMBEAU

INFORMATIONS SYNDICALES

4 Conseil d'administration du 7 juin 2019

B. de ROCHAMBEAU

8 Décret IBODE : communiqué LE BLOC

LE SYNGOF VOUS INFORME

9 Comment Gynerisq vous est utile

J. MARTY et E. PEIGNÉ

10 Repérer les femmes victimes de violences intrafamiliales lors de la consultation

P. SAINT-MARTIN et E. PAGANELLI

13 Agir pour prévenir les néonaticides

E. PAGANELLI

15 Révision des lois de bioéthique : comment moderniser l'Assistance Médicale à la Procréation en France ?

V. RIO et B. de ROCHAMBEAU

17 Démographie médicale en chute libre : comment relever les nouveaux défis sanitaires ?

M. SCHEFFLER et E. PAGANELLI

21 L'expertise médico-légale en obstétrique

C. RACINET, Ch. CATTEAU et FX. BOYER DE LATOUR

23 Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus déjà sur la sellette ?

E. PAGANELLI

DROIT ET GYNÉCOLOGIE

24 Décisions administratives et judiciaires

O. LECA

VOS RUBRIQUES

27 Cotation et incompatibilité d'association d'actes

28 Propos de lecture

29 Conseil d'administration

30 Petites annonces

32 Les annonces de recrutement

117

JUIN



The Bridgeman Art Library

Crédit photo : Mother and Child de John E. Costigan.

© Bridgemanimages/ Christies

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 - reseauprosante.fr
contact@reseauprosante.fr - 01 53 09 90 05

Siège social : SYNGOF, 6 rue Pétrarque - 31000 TOULOUSE - Tél. 06 08 11 70 06
syngof@gmail.com
www.syngof.fr

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

Créateur des Cahiers SYNGOF :

Raymond Belaïche

Conception et réalisation :

Émeline Barbé

Maquette P.A.O. : Réseau Pro Santé

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 2^{ème} trimestre 2019

Imprimé en EU

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



Gynélog
L'Association



SÉMINAIRE GYNELOG 2019

Vendredi 20 septembre
au Dimanche 22 septembre



Hôtel Atlantal ANGLET

Thème de la formation

Les progrès de MedyCS - GYNELOG pour la sécurité des soins

Formation à la gestion des risques du GEMA qui sera indemnisée individuellement par l'ANDPC au titre de deux journées (du vendredi 16h au dimanche 13h).

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



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
Président du SYNGOF
Co-Président du BLOC

Pour que vive notre Conseil National Professionnel

nos métiers de gynécologues et d'obstétriciens se sont profondément transformés depuis le début de ce 21^{ème} siècle : disparition annoncée, progressive et maintenant accélérée des gynécologues médicaux qui mail- laient tout le territoire ; pratique de l'obstétrique devenue majoritairement hospitalière publique et aboutissant à la disparition de l'offre privée dans plus de 30 départements. Ces évolutions concourent au sentiment courant du développement de réels déserts médicaux, en particulier pour la santé de la femme et de l'enfant.

Le pilotage politique de cette évolution est assumé à tous les niveaux territoriaux : du maire défenseur opiniâtre de son territoire, aux ARS gestionnaires régionaux de l'Etat, aux parlementaires qui votent une loi de santé à chaque quinquennat et une loi de financement de la sécurité sociale chaque année, au ministère de la Santé qui tente de piloter le système mais est soumis au chef de l'Etat qui, à tout moment, peut revenir

sur la politique menée comme on l'a vu tout récemment.

La place des médecins en exercice dans les centres de décision est de plus en plus restreinte. Quand ils ont une

place, c'est isolé, sans réel certitude que leur avis ne soit pas recueilli juste pour la forme. Ils n'ont jamais été autant consultés par le pouvoir politique qui s'apprête à de grandes réformes : loi de santé 2022, révision des lois de bioéthique, révision des régimes d'autorisation des ETS de santé, réformes des formations médicales, réorganisation des urgences. Pour pouvoir peser, les gynécologues médicaux et les gynécologues obstétriciens doivent constituer une force incontournable, porter une voix unique au service des femmes et des enfants.

C'est la raison pour laquelle le SYNGOF a œuvré pour que naisse un vrai Conseil National Professionnel qui réunisse l'ensemble de nos spécialités : gynécologie obstétrique et gynécologie médicale, à l'occasion de la parution des décrets qui l'ont créé. Celui-ci vient de voir le jour sous la présidence du Pr Bernard Hédon entouré d'un conseil d'administration composé de GO et de GM en activité. Le SYNGOF, premier syndicat de la spécialité, organisé pour défendre aussi bien l'exercice libéral que public, médical qu'obstétrical ou chirurgical, prendra sa part dans les représentations et les combats qu'il faut mener pour que nous gardions la maîtrise de nos exercices.

Notre CNP GO-GM doit incarner la force de nos spécialités pour que cessent les injonctions paradoxales, provenant d'un système hors de contrôle, qui démotivent les plus jeunes et poussent les autres à se désinvestir de ce qui est un des plus beaux métiers au service de la vie.

Conseil d'administration

Vendredi 7 juin 2019



B. de ROCHAMBEAU*

L'été s'ouvre sur l'aboutissement de négociations fructueuses : obtention des assistants médicaux et accès aux modificateurs J et K pour nos spécialités dans le cadre de l'avenant 7 à la convention de 2016, espoir dans l'introduction d'un amendement à la loi santé pour suspendre la fin programmée de la représentation spécifique des collèges 2.



étaient présents les Docteurs :

AGOPIANTZ, BLUM, CACAULT, CAMAGNA, DE BIEVRE, DE ROCHAMBEAU, GRAVIER, GRISEY, GUIGUES, HOROVITZ, LAPLACE, LAZARD, LE PORS, PAGANELLI, RIVOALLAN, THIEBAUGEORGES.

Étaient excusés les Docteurs :

BONNEAU, BOYER DE LATOUR, GUERIN, PEIGNE, HOMASSON.

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

Adoption du procès verbal du CA précédent

Le procès verbal de l'Assemblée Générale du 8 mars 2019 est approuvé à l'unanimité.

Révision de la loi bioéthique

Virginie RIO, co-fondatrice de l'association COLLECTIF BAMP ! Association de patients de l'Assistance Médicale à la Procréation et de personnes infertiles

A la veille de la révision des lois de bioéthique, le SYNGOF a souhaité

enrichir sa réflexion et recueillir l'éclairage des patients sur l'apport de l'AMP pour les personnes infertiles et autres par l'intermédiaire de Virginie RIO qui est co-fondatrice du COLLECTIF BAMP !, association de patients de l'Assistance Médicale à la Procréation et de personnes infertiles. Cette intervention nous éclaire sur la demande sociétale dont nous devons tenir compte pour faire mûrir le sujet. Voir notre article page 15.

Droits syndicaux et droit de grève

*B. de ROCHAMBEAU,
E. PAGANELLI*

Le SYNGOF revient sur son action en mars dernier qui étudiait la possibilité d'une grève des IVG pour faire réagir le gouvernement sur la question de la RCP laissée sans réponse depuis de nombreuses années. La divulgation de cette lettre interne destinée aux adhérents a provoqué un emballement médiatique qui, bien que provoquant la polémique, a permis de mettre en lumière le sujet. Dans les jours qui ont suivi, une plainte a été déposée auprès des conseils départementaux de l'Ordre des

médecins par une militante féministe à l'encontre du Président du SYNGOF Bertrand de Rochambeau, de la Secrétaire générale Elisabeth Paganelli et de l'ancien Président Jean Marty, à l'initiative de cette action. Le CNOM a par la suite porté plainte, sous la pression médiatique, auprès des 3 personnes précitées pour atteinte à la déontologie médicale.

La plainte enregistrée auprès des ordres départementaux sera jugée en première instance dans les ordres régionaux. En l'absence d'accord, ou d'appel, la plainte ira devant une instance nationale.

Le SYNGOF interroge le CA sur la légitimité de la qualification d'atteinte à la déontologie médicale. Nous avons été stigmatisés par l'Ordre qui par ailleurs, en cette période de grève des urgences, ne dénonce pas l'accumulation des arrêts de travail déposés par les médecins réquisitionnés par l'administration et que la Ministre a jugé être un dévoiement des arrêts de travail.

Pour rappel, la circulaire du ministre en 2014 stipule que les médecins libéraux peuvent se mettre

*Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

en grève, que leur droit de grève n'étant pas encadré de la même manière que pour les salariés, les obligations en matière d'information préalable des autorités compétentes sont limitées : dans le cadre des dispositifs de service de garde ou d'astreinte, le bon fonctionnement des dispositifs implique que le professionnel inscrit au tableau de garde notifie son refus d'assurer la garde pour laquelle il est initialement engagé dans une convention. Aucun préavis ni obligation de signalement des absences n'est en revanche prévu en dehors de ces services au regard du droit. Le SYNGOF a missionné un cabinet d'avocats spécialisé pour organiser sa défense.

Problème du défaut de couverture assurantielle : être condamné à la faillite alors que l'on est assuré contre cela

B. de ROCHAMBEAU

Nous rappelons que l'action syndicale précitée avait pour objectif de mettre en lumière les difficultés de nos confrères qui se retrouvent aujourd'hui en faillites professionnelle et familiale à l'issue d'affaires pour lesquelles ils étaient assurés et que l'assurance ne paie pas. Cette situation n'est pas nouvelle, elle remonte à la fin des années 2010. Le syndicat n'a eu de cesse de solliciter les ministères successifs pour trouver une solution et s'est à chaque fois retrouvé en situation d'échecs auprès d'eux. Cette année encore, le syndicat a proposé au gouvernement un amendement pour que ce problème soit réglé dans le cadre de la loi Santé. Proposition qui n'a pas été retenue par le ministère avant même que les

parlementaires ne s'en saisissent. Néanmoins, la Ministre a dit qu'elle suivait le sujet et nous poursuivons nos actions en faveur de ces 15 confrères en difficulté.

Négociations et avancées en cours dans le cadre de la loi Santé

B. de ROCHAMBEAU

Représentation des spécialités des plateaux techniques

LE BLOC a déposé un amendement pour mettre fin à la menace de suppression du collège 2. En effet, un article voté en 2016 prévoit la fin de la représentation spécifique des collèges 2 à l'échéance de l'actuelle convention, à l'initiative d'un puissant syndicat poly catégoriel que les succès du BLOC aux élections professionnelles menacent dans son hégémonie. Nous introduisons en ce moment au sénat, avec l'accord de l'Assurance Maladie et le soutien du gouvernement, un amendement qui suspend la fin du collège 2.

IBODE

Le décret du 27 janvier 2015 reconnaît les infirmiers de bloc opératoire (IBODE) en tant que spécialité et officialise l'exclusivité d'actes infirmiers en bloc opératoire. Ce décret qui a été reporté plusieurs fois en raison des difficultés d'applications qu'il entraîne, impose le recours exclusif aux IBODE pour nos aides opératoires. Si les chirurgiens et les anesthésistes soutiennent pleinement l'objectif de ce décret visant à revaloriser les compétences de ces IBODE, il est primordial de le faire dans des conditions répondant à la réalité du terrain pour un résultat bénéfique pour les infirmiers, les équipes opératoires et les patients. Ainsi, LE BLOC porte les négocia-

tions pour obtenir une période de transition pour le personnel en place avec le système futur, et pour que les qualifications puissent être obtenues autrement qu'en passant par les écoles : validation des acquis, stages... voir le communiqué du BLOC page 8.

Notons un autre enjeu de taille dans le privé : le code de la Santé dit que les forfaits des salles d'opération financent l'ensemble des soins infirmiers. Nous aurions donc des aides opératoires financées par les établissements et non plus par les chirurgiens. Ce que n'accepte pas la Fédération de l'Hospitalisation Privée.

CNP GO et GM : statuts et postes pour les syndicats

E. PAGANELLI

La réunion fondatrice du nouveau CNP GO et GM avait lieu le 6 juin dernier au siège de la Fédération des Spécialités Médicales à Issy les Moulineaux.

Les élections du bureau ont eu lieu :

- Professeur HEDON, élu président.
- Docteur Michèle SCHEFFLER, élue secrétaire générale.
- Professeur Mickaël AGOPIANTZ, élu trésorier.

Le SYNGOF a obtenu 2 postes au Conseil d'Administration sur les 4 destinés aux syndicats :

- Docteur Arnaud GRISEY, représentera les gynécologues obstétriciens libéraux.
- Docteur Pascale LE PORS, représentera les Praticiens Hospitaliers.

Sont envisagés 3 vice-présidents dont 1 émanant du SYNGOF, 1 émanant du CNGOF et 1 GM de la Fédération. Le Docteur GRISEY est choisi par le SYNGOF pour représenter le syndicat au poste de vice-président.

Si des postes de suppléants sont envisagés dans le futur règlement intérieur, le Docteur ROBION, gynécologue libérale, est proposée pour devenir suppléant du Docteur GRISEY. Le suppléant du Docteur LE PORS n'est pas encore défini, il doit être non libéral.

Les réunions du Bureau se feront par téléphone et mail. Il y aura une réunion annuelle durant les journées Paris Santé Femmes du CNGOF en janvier 2020.

PH : élections des conseils supérieurs et commissions CNG

P. LE PORS

Les élections professionnelles des Praticiens Hospitaliers pour le renouvellement des Conseils supérieurs professionnels et des Commissions statutaires et disciplinaires du Centre National de Gestion, auront lieu par vote électronique du mardi 25 juin 2019 à 9h00 au mardi 2 juillet 2019 à 17h00.

Il est particulièrement important que les PH ou PU-PH y participent, la gynécologie obstétrique vivant des heures difficiles... Le SYNGOF est associé dans une liste intersyndicale APH (fusion d'Avenir Hospitalier et de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux) et Jeunes Médecins.

L'avenant 7 à la convention : Assistants médicaux en gynécologie et amélioration de la CCAM, signature ou rejet ?

B. de ROCHAMBEAU

L'avenant 7 qui est soumis aux syndicats signataires de la convention

pour signature le 19 juin prochain, comporte un sujet essentiel qui est le développement des assistants médicaux.

Il s'agit d'une aide pour les cabinets de médecins libéraux. Initialement destinée aux médecins généralistes, elle a été ouverte suite à nos négociations aux médecins spécialistes sous certaines conditions. L'idée est de permettre aux médecins conventionnés ayant signé l'OPTAM et l'OPTAM CO de bénéficier de l'embauche d'assistants médicaux pour les aider dans leurs consultations. Leur fonction est d'assurer du secrétariat, une aide à la consultation et la coordination une fois le parcours de soins défini (prise de rdv, détermination de contacts avec des correspondants...).

Il est prévu des aides au financement conventionnel. L'objectif est de développer un exercice plus coordonné. Ainsi, l'embauche de l'assistant médical doit se faire dans le cadre d'un exercice coordonné (au moins 2 médecins) ; toutefois l'aide peut être attribuée à titre exceptionnel au médecin qui est isolé sur son territoire. L'assistant médical doit faire l'objet d'une embauche ; il ne peut s'agir d'une extension des compétences de la secrétaire. Le montant du financement est fonction du volume d'activité : il faut augmenter la file de patients ou, si celle-ci atteint déjà 98%, il ne faut pas la baisser. En fonction de cela, l'aide est pérenne ou disparaît.

Pour les gynécologues médicaux, l'aide peut être obtenue partout en France.

Pour les gynécologues obstétriciens, elle peut être obtenue dans les 30% de départements où il y a le plus de carence de GO (chirurgiens obstétricaux également).

Autre avancée obtenue dans l'avenant 7 : 23 actes chirurgicaux qui n'acceptaient pas les modificateurs J et le K (curetage, hystérocopie, chirurgie du vagin, de la vulve...)

vont pouvoir en bénéficier pour ceux qui ont signé l'OPTAM CO. Ce qui représente une augmentation du tarif opposable de 7% pour le J et 20% pour le K.

Bertrand de Rochambeau demande l'avis du CA pour l'approbation de cet avenant en vue de sa signature. Le CA ne s'oppose pas à la signature.

Groupe de travail sur les autorisations de périnatalité

*O. THIEBAUGEORGES,
P. LE PORS*

Un groupe s'est réuni au ministère pour réexaminer les arrêtés de 1998 sur la périnatalité.

Les discussions ont porté sur différents axes :

- Bien penser le parcours de soins des patientes en les confiant aux réseaux pour bien coordonner les soins dans chaque établissement. A un niveau plus régional, il était suggéré des restructurations parfois nécessaires pour avoir des maternités plus attractives pour les équipes, pour les pédiatres, obstétriciens et anesthésistes...
- Définir les moyens et ratio de personnel pour faire fonctionner les maternités.

Une satisfaction concerne le parcours de soins avec la volonté de confier aux réseaux des tâches pour être en soutien de différentes fonctions d'évaluation, de formation, d'accompagnement des équipes. Pour les restructurations, la HAS proposait des modalités d'évaluation des maternités, des équipes et l'utilisation d'indicateurs. Au-delà des seuils, il est en effet important d'avoir des indicateurs de qualité dans chaque maternité, de maintenir les maternités qui fonctionnent de façon satisfaisante avec tous les moyens nécessaires et d'envisager les restructurations quand ce n'est pas le cas.

Le CNGOF a publié un document sur les ratios de personnel, sur la nécessité de renforcer nos effectifs pour pouvoir faire face aux pics d'activité dans les maternités. Les pédiatres ont également souligné l'insuffisance de moyens en néonatalogie. Depuis, l'annonce politique du Président Macron, en soutien aux maires des villes des territoires en souffrance, a été de suspendre les restructurations. Sur la question des effectifs, nous rencontrons l'opposition des fédérations des directeurs d'hôpitaux qui n'envisagent pas d'accepter des ratios de personnel si ces derniers ne sont pas financés. Ils sont en effet contraints par l'ONDAM, ont une enveloppe fermée et si des ratios supplémentaires sont attribués, ils devront prendre le financement ailleurs.

Compte tenu de la suspension des restructurations et en l'absence de réponse du ministère sur les ratios de personnel et les moyens attribués à l'obstétrique, nous sommes actuellement dans une impasse. Un courrier va partir à la Ministre pour souligner cette situation et lui demander de trouver une solution. En l'absence de réponse, nous envisageons la publication d'une lettre ouverte et une communication grand public pour poser la question: « La France veut-elle mettre de l'argent pour que les femmes accouchent en toute sécurité ? ».

Paiement des cotisations par internet

A. GRAVIER

Le paiement en ligne sera bientôt opérationnel. Il permettra de simplifier le paiement des coti-

sations et de recevoir automatiquement son justificatif.

Point sur la conception de l'E-learning des cotations

*B. de ROCHAMBEAU,
A. GRAVIER*

Chaque contributeur a fourni ses textes. L'ensemble des cas cliniques est à la disposition de l'opérateur qui va fabriquer les modules. La prochaine étape est le test en version bêta pour que le e-learning soit opérationnel en septembre.

SMPF et généralisation des test HPV

E. PAGANELLI

On voit paraître des articles de presse et des avis circonstanciés en faveur d'une mise en place sans délai d'un dépistage du cancer du col de l'utérus par détection primaire de papillomavirus humain (HPV pour Human Papilloma Virus). Le Syndicat des Médecins Pathologistes Français s'oppose à l'idée qu'il pourrait être un meilleur test diagnostique que le frottis et met en garde contre le passage immédiat au test HPV.

La HAS espère pouvoir diffuser au plus vite son travail portant sur l'évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions pré-cancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67.

Ce travail repose sur une analyse scientifique rigoureuse et l'avis

de plus de 60 experts (entre les membres du groupe de travail et de relecture). Elle espère permettre des propositions nouvelles de dépistage du cancer du col et améliorer le dépistage du cancer du col. Voir notre texte en page 23.

Questions diverses

Quelle place pour les spécialistes au sein des CPTS ?

Les CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) ont pour vocation de coordonner les soins sur le territoire. Instaurées par la loi de 2016, elles sont créées à l'initiative des professionnels soignants et relèvent d'un accord interprofessionnel. Celui-ci est soumis à la signature avant fin juin.

Pour créer une CPTS, il faut que plusieurs professionnels de santé définissent des actions conjointes pour remplir 3 missions :

- Permettre l'accès à un médecin traitant à toutes les personnes qui en ont besoin.
- Assurer les consultations sans RDV.
- Favoriser les parcours de soins complexes.

Les médecins de 2^{ème} recours et les spécialistes y ont donc leur place. L'ARS et l'Assurance Maladie ne peuvent financer qu'une seule CPTS sur un territoire (plusieurs territoires sont possibles par région), sachant qu'une CPTS peut porter plusieurs projets. Les établissements de santé ne sont pas les porteurs mais peuvent être les partenaires.

Clôture du CA à 17h.

Le prochain CA aura lieu le 6 septembre 2019.

Communiqué LE BLOC



29 avril 2019

L'UCDF et LE BLOC tirent une dernière fois la sonnette d'alarme sur la crise sanitaire qui se profile d'ici au 1^{er} juillet 2019 concernant l'accès aux soins chirurgicaux en France

Quand l'administration de l'Etat veut tout régenter sans se préoccuper des réalités du terrain... elle produit une crise sanitaire facilement évitable.

Le décret du 27 janvier 2015 reconnaît les infirmiers de bloc opératoire (IBODE) en tant que spécialité et officialise l'exclusivité d'actes infirmiers en bloc opératoire. Stupéfaits de ne pas avoir été consultés dans la rédaction de ce décret qui touche pleinement à leur activité quotidienne, il n'en demeure pas moins que les chirurgiens et les anesthésistes soutiennent pleinement l'objectif de ce décret visant à revaloriser les compétences de ces IBODE.

Encore faut-il le faire dans des conditions répondant à la réalité du terrain pour un résultat bénéfique pour les infirmiers, les équipes opératoires et les patients !

Malgré un recours au Conseil d'Etat réalisé par l'UCDF en 2016, qui a abouti à la reconnaissance de l'erreur de l'Etat dans l'appréciation des mesures transitoires indispensables à l'application du décret pour sa partie 1B, à savoir 3 actes exclusifs « apporter une aide à l'exposition, à l'hémostase et à l'aspiration », malgré une lettre des 4 fédérations hospitalières au Ministère de la Santé, malgré les multiples alertes de l'UCDF et du BLOC, l'administration refuse de prendre en compte sérieusement les 3 conditions incontournables pour appliquer ce décret :

- La validation massive des actes exclusifs pour les infirmiers diplômés d'Etat (IDE) en poste de façon à disposer d'assez de personnels pour opérer dans des conditions légales à partir du 1^{er} juillet 2019.

- Garantir un financement pérenne de formation et de revalorisation de la rémunération des IBODE. Rien n'est proposé aujourd'hui pour assurer que les IBODE bénéficient financièrement de leur nouveau statut obtenu après deux années de formation coûteuses, accompagnés de perte de salaire et de sacrifices personnels importants.
- Mettre en place une formation en alternance diplômante IBODE étalée sur 4 à 5 ans, adaptée aux capacités financières et humaines des employeurs et du personnel soignant.

Face à une obstination incompréhensible des Pouvoirs Publics qui refusent de considérer les conséquences pratiques d'une décision prise sous le précédent quinquennat, les chirurgiens et les anesthésistes se retrouvent dans la situation ubuesque de ne plus pouvoir exercer leur métier à compter du 1^{er} Juillet 2019 dans les nouvelles conditions requises par la réglementation. Etant pleinement responsables de l'ensemble du personnel et des actes réalisés au cours d'une intervention chirurgicale, il leur sera impossible de faire fonctionner les blocs opératoires à compter de cette date.

Le BLOC et l'UCDF appellent les Pouvoirs Publics à faire prévaloir l'intérêt général des patients et de prendre, dans les plus brefs délais, les décisions qui s'imposent pour que le décret IBODE représente un véritable progrès social pour le métier d'infirmier et non un simulacre de revalorisation qui risque de tourner à la crise sanitaire et sociale dans les établissements hospitaliers.

Comment Gynerisq

vous est utile



J. MARTY*



E. PEIGNÉ**

Gynerisq est souvent considéré comme la structure qui fournit simplement l'accréditation, passage obligé vers l'aide à l'assurance. Gynerisq a cependant plus d'ambition. Il souhaite contribuer à éviter les dangers d'un processus médico-légal aléatoire. Rappelons comment :

1. Le site de Gynerisq met à disposition les articles utiles : il propose une bibliothèque qui sélectionne les recommandations et articles concernant les différents domaines à risques. La bonne surprise : les moteurs de recherche d'internet comme Google y donnent un accès direct. Il suffit de rechercher "gynerisq" et le sujet. Par exemple, "gynerisq rupture utérine" et le moteur fournit les articles sélectionnés par Gynerisq et qu'il est bon de présenter aux experts judiciaires.

2. Gynerisq veut contribuer à des expertises judiciaires plus justes. Il poursuit sa collaboration avec des universitaires juristes spécialistes des procédures judiciaires. L'objectif est d'obtenir la réduction des erreurs d'expertise médicales judiciaires. Elles sont structurelles. Elles sont inévitables actuellement avec des experts confrontés à leur solitude et à l'ancienneté de leur pratique obstétricale. Rien dans la procédure judiciaire ne permet l'évaluation des expertises pour leur exactitude médicale. La seule possibilité est la contre-expertise qui répète les mêmes travers. Nous proposons à la HAS la création d'une instance de relecture collégiale des expertises qui apporterait une critique argumentée et constructive de ces expertises à la lumière des données les plus exactes de la gestion des risques. Nous fondons cette revendication sur l'expérience de Gynerisq.

3. Gynerisq fournit des avis en cas de procès. Nous fournissons déjà des avis collégiaux aux praticiens qui les demandent. Certains avis ont permis de redresser des situations mal engagées. Aujourd'hui il nous semble que la réception de l'expertise de première instance est le meilleur moment pour solliciter cet avis médical de Gynerisq qui peut être présenté en appel. Le bénéfice de ce travail est partagé entre le professionnel qui peut en tirer des arguments de défense et Gynerisq qui dispose chaque fois d'un cas concret très documenté pour l'analyse de risque et l'évaluation des barrières à y opposer.

4. Les équipes des obstétriciens peuvent s'engager dans les accréditations d'équipe qui sont l'occasion de vérifier la bonne coordination. Passer de l'accréditation individuelle à l'accréditation d'une équipe est un processus utile. C'est l'occasion de vérifier la solidité de l'organisation pour faire face aux complications et prévenir la mise en cause de la responsabilité pour ce défaut d'organisation, par un expert judiciaire en cas de sinistre. C'est l'occasion d'analyser la pertinence des protocoles de service qui doivent être le produit d'une véritable appropriation et non le copier-coller d'un protocole de réseau ou du collège parfois ancien et inadapté au contexte local.

5. Ce peut être l'occasion de mettre en place au bloc obstétrical un logiciel type Gynelog qui est structuré pour la gestion des risques par la contribution de Gynerisq. Son intérêt est d'éviter les oublis de données du dossier et les défaillances d'analyse et de synthèse au cours des prises en charges des patientes. La HAS a reconnu l'intérêt de la structuration du logiciel dans la gestion des risques. De plus, lors de sinistre, l'expert juge les affaires sur une première impression qui tient à la précision du dossier. Gynelog améliore la formalisation du dossier qui est injecté dans le dossier médical de l'établissement auquel il doit être interfacé.

6. Gynerisq co-finance une étude de recherche concernant la place de l'origine génétique des paralysies obstétricales. Si elle aboutit, elle permettrait de clarifier les responsabilités, dans l'intérêt des obstétriciens mais aussi des familles et de la périnatalogie.

*Gynécologue obstétricien, ancien Président du SYNGOF

**Gynécologue obstétricien à la polyclinique du Beaujolais Villefranche sur Saône, administrateur du SYNGOF

Repérer les femmes

victimes de violences intrafamiliales lors de la consultation



P. SAINT-MARTIN*
propos recueillis par E. PAGANELLI**

E. P : On sait que les femmes qui subissent des violences intrafamiliales passent le plus souvent sous silence les faits dont elles sont victimes. Quels sont vos conseils pour repérer ces violences lors de la consultation gynécologique ?

P. S-M : Le recours aux professionnels de santé est assez fréquent pour les femmes qui sont victimes de violences intrafamiliales, mais le dépistage est difficile. D'une part, en raison d'un manque d'outils pédagogiques pour effectuer ce dépistage et d'un manque d'informations sur les structures et réseaux existants au niveau départemental ou régional pour accueillir, orienter et accompagner leur patiente une fois le diagnostic posé. Et d'autre part en raison d'un manque de temps pour mettre en place un parcours pour la patiente car cet accompagnement s'avère très long. Ainsi, le dépistage constitue le maillon faible dans le repérage et l'accompagnement des victimes. C'est pourquoi les professionnels de santé doivent être formés et disposer des outils pédagogiques pour les aider à dépister. Ils doivent également avoir accès à toutes les informations pour entamer la procédure d'accompagnement de leur patiente.

Il y a deux types de dépistage :

- **Le dépistage systématique** : réalisé lors de la première consultation avec une nouvelle patiente, les questions sur les violences qui auraient pu être subies dans le passé sont posées parmi les questions habituelles qui servent à constituer le dossier médical de la patiente. Au même titre que les addictions, les comorbidités et divers antécédents. Ce dépis-

Tout gynécologue doit savoir repérer les femmes victimes de violences intrafamiliales, rédiger le certificat descriptif et orienter les victimes vers un réseau médico-social et l'unité médico-judiciaire.

tage systématique permet de ne pas stigmatiser la patiente qui se révélerait victime de violences et contribue à libérer sa parole.

- **Le dépistage ciblé** : il est effectué lorsque la femme présente des symptômes organiques ou somatiques dont les violences pourraient être la cause. Il s'agit alors d'un diagnostic d'élimination, si les précédents diagnostics n'ont pas révélé une cause d'un autre ordre.

E. P : Lorsque le diagnostic est posé, quelles sont les actions à engager par le médecin ?

P. S-M : Lorsque le diagnostic est posé, deux cas de figure se présentent :

La patiente révèle être victime de violences et accepte d'être accompagnée vers les structures adéquates : dans ce cas, un accompagnement doit être mis en place avec les partenaires du réseau qui existent dans tous les départements et qui vont prendre en charge la femme sur des plans différents :

- **La fédération France Victimes** : elle promeut et développe l'aide et l'assistance aux victimes, les pratiques de médiation et toute autre mesure contribuant à améliorer la reconnaissance des victimes ;
- **Les UMJ** - Unité Médico-Judiciaire où la femme va être prise en charge par des médecins légistes, des psychologues. La prise en charge à l'Unité Médico-Judiciaire fait partie du processus judiciaire.

* Professeur en médecine légale et droit de la santé et responsable de l'Institut de médecine légale de Tours

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

Celui-ci peut être initié par la victime suite à un dépôt de plainte, ou suite à une auto-saisine des Forces de Police ou de Gendarmerie ou à une décision du Magistrat lorsque la victime ne souhaite pas entamer de procédure judiciaire (signalement par un tiers).

- **Les centre de psychotrauma** : unité de soins agréée spécialisée dans le traitement médico-psychologique des victimes d'agressions, de viols, de violences conjugales, et plus généralement de troubles post-traumatiques.
- **Les hébergeurs sociaux** présents localement pour accueillir, héberger et reloger la femme victime de violences conjugales.

Le médecin doit toutefois garder à l'esprit qu'il ne va pas régler le problème en une seule fois, et qu'il n'a pas d'obligation de résultat. Car la prise en charge va être longue et devoir être adaptée à ce que la femme souhaite.

Deuxième cas de figure, la patiente nie les violences subies ou ne veut pas déposer plainte : dans ce cas le médecin est tenu au secret médical, la volonté de la femme majeure doit être respectée mais en tant que médecin il ne peut rester inactif. Il doit en priorité évaluer le risque de péril imminent et proposer à sa patiente de consulter un partenaire (France victimes par exemple) ou un psychologue. Si la patiente ne souhaite pas déposer plainte, c'est souvent qu'elle n'est pas encore arrivée dans son cheminement à l'étape de la séparation et du dépôt de plainte. Dans ce cas, la procédure peut être l'occasion pour la victime d'une prise de conscience immédiate de la situation de violences vécues ou le premier pas dans un long processus qui la conduira progressivement à évoluer vers cette prise de conscience.

E. P : Existe-t-il une coordination des partenaires pour faciliter les démarches ?

P. S-M : La coordination de ces partenaires est assurée par la délégation départementale aux droits des femmes et à l'égalité. Elle tient à disposition sur son site la liste des intervenants signataires du protocole départemental de prévention et de lutte contre les violences faites aux femmes.

<http://www.prefectures-regions.gouv.fr/bretagne/Region-et-institutions/L-action-de-l-Etat/Citoyennete-egalite-et-droits-des-femmes/Les-numeros-de-proximite-pour-les-femmes-victimes-de-violence>

Au niveau national, la MIPROF (mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains) délivre des kits de formation avec des vidéos destinées aux professionnels de santé pour montrer l'importance du dépistage. <https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/telecharger-les-outils-de.html>

Elle indique également la liste des référents urgentistes dans chaque établissement de santé :

<https://www.stop-violences-femmes.gouv.fr/-les-associations-pres-de-chez-vous-.html>

Citons également les formations qui peuvent être mises en place localement, comme celle à l'initiative du collège de Gynécologie Centre-Val de Loire et du CDOM 45, signataires du protocole départemental contre les violences faites aux femmes, qui se sont engagés à sensibiliser les médecins au repérage des victimes, à la compréhension des mécanismes des violences au sein de la famille et leurs conséquences et à la prise en charge multidisciplinaire. Leur formation est validée par le Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale. Elle s'adresse aux gynécologues urgentistes et médecins généralistes libéraux et va être déclinée dans plusieurs villes de la région, en débutant par Orléans, ainsi que dans plusieurs autres régions, parmi lesquelles Paris (le 10 septembre) et Toulouse (courant 2020) - Renseignement et inscription sur le site du FAF-PM - Fonds d'Assurance Formation de la Profession Médicale : <https://www.collegegyneco-cvl.com/>

E. P : Une fois le diagnostic posé et si la patiente accepte d'être accompagnée, la seconde étape décisive est la rédaction du certificat médical. Quelles sont les règles à respecter ?

P. S-M : J'invite les médecins à faire preuve de la plus grande prudence pour la rédaction du certificat médical. S'il est nécessaire de faire des constatations le plus rapidement possible lorsqu'il y a des lésions traumatiques avant qu'elles disparaissent, il y a également une obligation de qualité et d'exhaustivité. Ces certificats médico-légaux seront inclus dans des procédures judiciaires et joueront par conséquent un rôle important s'il y a dépôt de plainte. Ils vont servir à la victime et aux enquêteurs pour établir la preuve des violences subies et ils pourront être contestés. C'est pourquoi le médecin a obligation de qualité et d'exhaustivité des informations dans la rédaction de son certificat. S'il pense ne pas être en mesure de dresser un constat exhaustif, il est préférable que le médecin adresse la victime à un centre spécialisé dans l'accueil des victimes qui rédigera le certificat. Dans ce cas, le médecin doit organiser le transport de la victime vers l'établissement concerné, sous réserve que la patiente ait donné son accord. Je pense à ce propos qu'il faut encourager le transport des victimes pour qu'il y ait un examen unique à l'endroit où il y aura la prise en charge pluridisciplinaire, car on ne peut pas demander à la victime d'effectuer plusieurs examens.

Si la patiente ne donne pas son accord, le médecin rédigera lui-même le certificat.

E. P : Quel constat dresse-t-on aujourd'hui concernant le repérage des victimes ?

P. S-M : Nous observons aux UMU une augmentation du nombre de consultations et de violences conjugales détectées. Si les campagnes de sensibilisation et les réseaux mis en place ont la vertu de révéler la parole des femmes, ils mettent à jour un phénomène de grande ampleur et dressent un constat alarmant !

En tant que médecin spécialiste de la femme, vous devez être particulièrement vigilants.

Dans la plupart des cas de violences révélées au médecin, on observe que c'est la femme qui en parle spontanément. Nous devons faire en sorte que le médecin puisse aussi encourager la femme pour faire le dernier pas vers la révélation. Contrairement au médecin généraliste qui est amené à suivre le couple, le gynécologue est l'interlocuteur privilégié de la femme et il doit se saisir de cette opportunité pour l'aider à libérer sa parole.



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

Agir pour prévenir

les néonaticides



E. PAGANELLI*

Un rapport sur les morts violentes d'enfants au sein des familles a été rendu public en mai dernier par l'IGAS, l'IGJ et l'IGAENR. Ce rapport relève notamment que les néonaticides constituent un phénomène sous-estimé. En effet, parmi les dossiers judiciaires étudiés (45) par la mission, ils constituent plus d'un sixième des décès.

en France, un enfant est tué tous les cinq jours par l'un de ses parents ou conjoint (dans une faible proportion). Ce rapport précise un lien très fort existant entre la violence conjugale et les violences commises sur les enfants. La mise en œuvre d'un certain nombre de ces propositions formulées par la mission concerne le cœur de notre métier.

Les 3 inspections générales - l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS), l'Inspection générale de la justice (IGJ) et l'Inspection générale de l'administration de l'éducation nationale et de la recherche (IGAENR) - ont été chargées d'une mission prévue par le plan interministériel de mobilisation et de lutte contre les violences faites aux enfants 2017-2019. Cette mission dresse un rapport sur les faits et causes identifiés, et énonce des recommandations, notamment à l'attention des professionnels de santé.

363 enfants sont morts sous les coups de leurs parents entre 2012 et 2016.

Les morts d'enfants au sein de leur famille ne diminuent pas ces dernières années. Avec 72 morts d'enfants en moyenne par an, comparés aux 123 femmes tuées par leur compagnon, ce nombre correspond à plus de la moitié des décès. D'après les auteurs de ce rapport qui s'appuie aussi sur des travaux antérieurs d'épidémiologistes et de spécialistes de médecine légale et pédo-psychiatrique, ce nombre serait sous-estimé, car il ne tiendrait pas compte des meurtres non révélés des nouveau-nés tués à la naissance, et des meurtres d'enfants non repérés. Sur les 45 cas analysés, 9 concernaient des néonaticides, représentant 11 bébés.

Le décès de l'enfant à la suite d'un néonaticide donne lieu à des questionnements systématiques dans les dossiers étudiés sur l'existence ou non d'un déni de grossesse qui entraîne, s'il est retenu, une absence de circonstance de préméditation pour la mère. Dans l'ensemble des dossiers, la grossesse non désirée a été

connue tardivement par la mère. Seule une mère a déclaré aimé être enceinte mais a récidivé une fois. Dans deux dossiers, la mère a tenté en vain d'obtenir une interruption volontaire de grossesse (IVG) en raison de la tardiveté de sa demande. Dans six des sept dossiers, les enfants n'ont pas de prénom et n'ont pas d'existence légale. Les grossesses n'ont pas été suivies médicalement. Au moment des faits, la mère est incapable de percevoir le nouveau-né comme son enfant. Le rapport note des femmes au parcours de vie chaotique (climat de violence au sein de la famille, absence de domicile, placement à l'aide sociale à l'enfance, ...). Il s'agit, dans sept des cas analysés, de faits commis par les mères dans un grand isolement social et psycho-affectif pendant la grossesse, seules au moment de l'accouchement. Ces mères sont parvenues à dissimuler leur grossesse souvent jusqu'à son terme, y compris à leur entourage proche.

Le rapport pointe aussi la question de la contraception. L'étude des dossiers a clairement mis en relief que le sujet de la contraception, sphère de l'intime, demeure tabou et que l'ignorance des femmes en la matière est sous-estimée. Ainsi, cinq des sept femmes avaient déjà subi une IVG, et parfois même plusieurs, avant les faits. Se pose la délicate question de la prévisibilité de ce type de passage à l'acte et donc de sa prévention. Ces femmes, quel que soit leur âge, ne maîtrisent pas leur contraception. Certaines ne comprennent pas l'utilité de la prise de la pilule, alors qu'elles n'ont pas de relations régulières. Plusieurs d'entre elles ont indiqué avoir poursuivi leur grossesse et tué leur enfant parce qu'elles avaient honte de demander une IVG qui établirait leur ignorance en matière de contraception, alors même qu'elles n'étaient pas de toutes jeunes femmes et même parfois déjà mères.

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

Quelles mesures proposer pour enrayer un phénomène qui ne diminue pas au fil des années ?

La mission propose de prévenir :

Une des propositions est de prévenir la grossesse non désirée pour diminuer la maltraitance d'enfants. Elle recommande de lancer une campagne sur les différents modes de contraception et de mieux accompagner les femmes sur la question de la contraception en privilégiant les femmes vulnérables.

Une autre recommandation est d'accompagner de manière renforcée les parents connus pour leur vulnérabilité durant les périodes cruciales comme la grossesse, l'accouchement et le début de la parentalité, avec le repérage systématique des facteurs de vulnérabilité somatique, sociale, psychoaffective, et leur orientation vers les structures de soutien parents-bébé existantes ou à créer (PMI, CAMSP, CMPP, CMP et services sociaux).

La mission propose de mieux repérer :

La mission note par ailleurs « des professionnels de santé pas assez vigilants ou réactifs ». La plupart des enfants décédés étaient en effet suivis sur le plan médical, à la PMI, en libéral, à l'hôpital et dans presque

2/3 des cas ils avaient été vus, voire examinés par un professionnel de santé. Ainsi, la mission propose la création d'un carnet de santé numérique du mineur accessible aux médecins et autres personnels de santé habilités.

La mission propose de mieux évaluer :

Les auteurs du rapport suggèrent de mettre en place dans chaque département une commission d'experts qui serait chargée d'examiner a posteriori les cas de décès, afin d'analyser « ce qu'il s'est passé, ce qui aurait pu être fait différemment et comment les situations similaires peuvent être identifiées et prévenues ».

La mission propose de mieux s'organiser :

La mission demande à l'éducation nationale, de réfléchir à de nouvelles « modalités d'archivage et de transmission des informations préoccupantes » d'une école à l'autre, pour éviter par exemple qu'un enfant dont la situation aurait été repérée par un enseignant à l'école primaire ne fasse plus l'objet d'une quelconque vigilance une fois entré au collège.

L'intégralité du rapport et des recommandations est disponible en téléchargement sur le site du ministère de la Justice : http://www.justice.gouv.fr/art_pix/2018-044%20Rapport_Morts_violentes_enfants.pdf

Vos informations au quotidien sur syngof.fr

Révision des lois de bioéthique :

Comment moderniser l'Assistance Médicale à la Procréation en France ?



Virginie RIO*

propos recueillis par B. de ROCHAMBEAU**

B. de R : *Virginie Rio, pouvez-vous nous présenter votre association ?*

V. R : L'association COLLECTIF BAMP a été créée en 2013, à la sortie de la précédente révision des lois de bioéthique où nous n'avions pas du tout entendu la voix des personnes concernées. Il était donc important de faire entendre le point de vue des couples hétérosexuels ayant recours à l'AMP en France, avec plusieurs ambitions : délivrer des témoignages sur les parcours AMP, informer les patients et l'opinion publique sur ces questions liées à l'AMP, à l'infertilité et au don de gamètes, et agir au niveau de la prise en charge et au niveau politique car il semblait important de moderniser l'assistance médicale à la procréation en France, en particulier sur le plan des dispositifs légaux. Enfin, notre vocation est d'accompagner les personnes en amont, durant le parcours et après qu'ils en soient sortis avec enfants ou sans enfants. Nos adhérents sont en majorité des couples dans la tranche d'âge 25-35 ans, quelques femmes seules et des donneurs et donneuses de gamètes.

B. de R : *Quels sont vos moyens de sensibilisation ?*

V. R : Les réseaux sociaux sont un outil important d'information et de sensibilisation, nous avons un site internet et la panoplie classique des autres réseaux sociaux (Twitter, Facebook, Instagram). Nous organisons des rencontres avec des bénévoles un peu

A la veille de la révision des lois de bioéthique, il nous paraissait important d'enrichir notre réflexion par un éclairage des patients sur l'apport de l'AMP pour les personnes infertiles et autres, et dont le témoignage est représentatif de la demande sociétale.

partout sur le territoire. Nous avons uniquement des actions d'information, de sensibilisation et d'écoute, nous ne délivrons pas de conseils médicaux et renvoyons toujours les patients vers les médecins. Mais nous leur délivrons des informations dont ils peuvent ensuite discuter avec leurs médecins. Nous avons élaboré un dossier à destination des professionnels sur les synéchies, ainsi qu'un document pour les patientes. Nous essayons d'organiser une semaine de sensibilisation à l'infertilité tous les ans, à l'occasion de laquelle nous proposons des conférences avec des patients, des médecins, des chercheurs en sciences sociales ou sur les aspects juridiques, mais aussi des cinés-débats par exemple. Cette année, la semaine aura lieu du 4 au 10 novembre, en même temps que la semaine européenne de la fertilité organisée par Fertility Europe. Nous participons également au congrès FFER depuis 5 ans et aux journées du Collège depuis 2 ans. Avec l'agence de biomédecine nous participons au groupe de travail sur le don d'ovocytes et nous travaillons à distance sur celui sur l'AMP-Vigilance. Nous travaillons également depuis deux mois à la constitution d'un comité scientifique où nous souhaiterions inviter des professionnels de santé pour participer à notre réflexion.

*Co-fondatrice de l'association COLLECTIF BAMP ! Association de patients de l'Assistance Médicale à la Procréation et de personnes infertiles

**Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

B.de R : Quelles avancées avez-vous déjà obtenues ?

V. R : En 2016, dans le cadre de la loi Santé, nous avons obtenu les autorisations d'absence qui permettent aux personnes qui souhaitent en bénéficier de mieux articuler le temps de travail et le temps des protocoles de soins d'AMP. Le fait de pouvoir travailler avec l'Agence de la biomédecine et de participer aux colloques spécialisés, c'est aussi une avancée importante dans la mise en œuvre de la démocratie sanitaire, dont l'objectif est de rendre le patient acteur de son parcours de soin, mais aussi de participer aux instances ou ce parcours de soin se décide, s'élabore.

Nous avons publié un manifeste avec 48 propositions pour améliorer la prise en charge de l'AMP en France, avec 4 axes prioritaires :

- Faire un effort sur la prévention de la fertilité, en réponse à la dégradation de l'environnement qui a un impact sur les gamètes humaines et contribue à augmenter les difficultés procréatives.
- Améliorer la prise en charge, ce qui implique d'augmenter les moyens des équipes, de simplifier l'accès de l'AMP à tous, et de faciliter le don de gamètes.
- Reconnaître les patients de l'AMP comme des acteurs de leur parcours de soins.
- Repenser l'organisation juridique et le cadre éthique de l'assistance médicale à la procréation en France.

Dans le cadre des Etats Généraux de la bioéthique, nous avons écrit une contribution et avons été auditionnés par le CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) en février 2018 pour présenter nos quatre propositions centrales :

- Modifier la définition et les indications du recours à l'AMP pour l'ouvrir à toutes les femmes.
- Repenser la question du don de gamètes : nous proposons de mettre en place une commission qui puisse réunir plusieurs acteurs (médecins, Cecos, adultes nés d'un don, parents) pour dresser un bilan et réfléchir aux axes d'amélioration.
- Elargir l'autorisation d'autoconservation des ovocytes.
- Autoriser le dépistage des embryons aneuploïdes pour évaluer leur viabilité en amont des transferts.

Les questions du don de gamètes, de la levée de l'anonymat et de la filiation sont également au cœur de notre combat mais pour le moment on ne nous donne pas la possibilité de nous exprimer sur ces sujets. Nous ne souhaitons pas notamment que la filiation des enfants

nés via un don de gamètes soit modifiée, tel que c'est proposé dans le rapport Touraine. Nous sommes par ailleurs d'accord pour que les enfants puissent avoir des informations sur la personne qui a donné ses gamètes.

B. de R : Aidez-vous les patients qui vont à l'étranger à ne pas faire d'erreur pour ne pas avoir des problèmes quand ils reviennent sur le territoire français ?

V. R : Au sein de l'association nous avons en effet plusieurs adhérents qui, par choix ou par contraintes, vont à l'étranger. Nous n'avons pas de partenariat avec des cliniques à l'étranger car nous avons fait le choix de faire changer les choses en France. Mais nous informons nos adhérents sur ce qui existe, notamment par l'intermédiaire d'un document que nous avons récemment élaboré, intitulé "Guide d'information des cliniques Européennes. Comment choisir un centre de fertilité ? ». Nous leur expliquons en particulier le fait qu'ils passent d'un statut de patient en France à celui de client à l'étranger. Par exemple, pour des pays comme l'Espagne et la Belgique où la qualité médicale n'est pas à remettre en cause, nous les mettons en garde contre les démarches marketing et les appelons à la plus grande vigilance. Toutefois, il est important de rappeler qu'il existe une possibilité de prise en charge par l'Assurance Maladie pour le recours à un établissement à l'étranger sous certaines conditions et sur lettre du gynécologue.

B. de R : Dans le cadre des lois de bioéthique, estimez-vous qu'il puisse y avoir une limite de technique à ne pas franchir ?

V.R : Il nous paraît surtout primordial de discuter des intérêts thérapeutiques et de l'efficacité pour les patientes, et de ne pas être dans des oppositions frontales. Il ne faut pas s'empêcher de trouver des techniques innovantes pour améliorer d'une part les diagnostics et d'autre part les résultats. Il faut apporter des moyens pour la prise en charge : les délais sont déjà très longs pour la prise en charge par les équipes et pour le don de gamètes encore plus.

Du côté des donneurs, les comportements ont évolué grâce aux réseaux sociaux. On observe par exemple une solidarité féminine pour le don d'ovocytes. Il faut faire évoluer les mentalités et obtenir une loi de bioéthique qui soit le reflet de cette évolution sociétale.

Démographie médicale en chute libre :

*Quelles mesures pour relever
les nouveaux enjeux sanitaires
et redonner confiance aux praticiens
et aux patients ?*



M. SCHEFFLER*
propos recueillis par E. PAGANELLI**

E. P : En raison de la baisse démographique, de nombreux confrères ne sont pas remplacés au moment de leur départ à la retraite. Comment peut-on orienter au mieux les patientes ?

M. S : Si nous en avons la possibilité, il faut tenter d'orienter les patientes en première intention vers un confrère gynécologue médical ou gynécologue obstétricien, celui ou celle qui a véritablement fait le choix d'exercer ces métiers complexes et éprouvants, en fonction de la zone géographique et en fonction des besoins identifiés pathologiques de ces patientes et de leur demande. Dans les grandes villes, on peut encore trouver des confrères ou un hôpital, et donc une consultation organisée avec des délais de 2 à 3 mois. Mais en périphérie des grandes villes où il n'y avait plus qu'un seul gynécologue, proche de la retraite et où il n'y a pas de maternité, il n'y a plus de solution. Dans les villes totalement démunies au plan médical, il faudra chercher plus loin la possibilité de consultation avec la **problématique des transports** qui tendent eux aussi à disparaître.

Faire appel aux médecins généralistes, diplômés du DIU de GM et GO, qui pratiquent quasi exclusivement

La baisse de la démographie médicale en France, en particulier en gynécologie médicale et obstétrique, est la démonstration de notre système de santé en grandes difficultés, qui perd en compétences, en moyens et en qualité.

la gynécologie, qui continuent à se former au sein de nos collèges et de nos congrès de façon pluriannuelle et qui connaissent bien leurs limites de compétence, peut être une solution. Il faut impérativement qu'ils évoluent à notre contact pour élaborer un réseau de soins des plus performants.

Mais cette solution des médecins généralistes est encore plus exceptionnelle en réalité, tant la baisse de la démographie médicale a été, et est, drastiquement choisie en pleine conscience et connaissance des conséquences actuelles, par les gouvernements successifs depuis environ trente ans.

Aucun d'eux n'a voulu compter jusque 14 ans, le temps minimal d'études nécessaire à la formation initiale et n'a su ou n'a voulu corriger les erreurs passées et indifférentes de leurs prédécesseurs. Tous ont largement été informés, à maintes reprises, par les syndicats, les médecins eux-mêmes, nous-mêmes, et bien sûr par les femmes, de cette politique sani-

*Gynécologue médicale et obstétrique, Présidente du Conseil National Professionnel de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO) avec fin de son mandat en juin 2019

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

taire ne pouvant conduire qu'à une dégradation de la qualité des soins, à une insécurité pour nos patientes enceintes ou le devenant. **Ce qui nous amène actuellement au renoncement massif des soins tant de la part des patientes que de la part des médecins** qui prennent leur retraite prématurément, désertent les salles d'accouchement, meurtris profondément par des successions de maltraitance, tout d'abord financière et assurantielle pour mieux les soumettre, administrative pour leur dérober leur responsabilité de médecin, éthico-judiciaire pour détruire leur vocation et la force humaine de leur engagement, et médiatique, s'appuyant plus sur le commérage que sur la science et sans droit de réponse. Tout ceci s'est exercé à contre-courant des générations antérieures, celles de nos maîtres qui n'y avaient pas été soumis et ne nous y ont pas préparé(e)s.

Depuis la loi Bachelot et la loi HPST, les sages-femmes ont en charge les patientes qui ont un parcours **physiologique** de contraception, de grossesse, d'IVG médicamenteuse et de prévention, actes majeurs de la discipline gynécologique et obstétricale aux conséquences et retombées multiples. Ces choix de nos ministres n'ont pas été discutés avec les représentants de nos professions de gynécologue médical et de gynécologue obstétricien et n'ont pas initialement reçu un accueil favorable.

Rapidement s'est posée la question des compétences de chacun(e) et surtout de la connaissance par chaque soignant(e) de son périmètre d'activité en lien avec le champ de sa formation et de ses compétences.

Aujourd'hui, peu de rapprochements ont eu lieu, figeant les relations interprofessionnelles et cet état de fait est clairement à améliorer, là encore pour sécuriser les réseaux de soins.

Je tiens à souligner qu'une consultation de gynécologie est rarement rapide, l'interrogatoire est précis, l'examen clinique est indispensable, l'information préventive et thérapeutique de la patiente étant les gages de l'avenir de la santé de celle-ci et de sa descendance. **La gynécologie est une médecine qui prend du temps** et le coût du travail, déjà très excessif en France, est un casse-tête à appliquer à la gynécologie et à l'obstétrique que ce soit à l'hôpital, en clinique ou en activité libérale. De plus, **en obstétrique elle a en responsabilité deux vies**, celles de la mère et de l'enfant, ce que les assureurs ne manquent de tarifer dans leur devis mais ce que la sécurité sociale ne nous reconnaît pas dans la tarification de nos actes. Nous assistons en conséquence à une évolution des pratiques de la gynécologie obstétrique vers la PMA et la chirurgie gynécologique exclusive et vers la gynécologie médicale et nombre d'internes exercent leur droit au remord en cours de cursus vers d'autres spécialités devant les difficultés rencontrées au cours de leur formation en raison de la dureté du métier et de

l'engagement physique, éthique, familial et financier qui leur paraît impossible.

En conclusion, que ce soit physiquement et financièrement, ce n'est pas au médecin d'assumer individuellement la réponse à ce problème que vous me posez : celui des conséquences des erreurs des politiques de santé successives.

E.P : Qu'est-il fait au niveau des pouvoirs publics pour remédier au problème démographique ?

M. S : Les pouvoirs publics sont extrêmement inquiets, à juste titre, de la situation sanitaire de la France étant donné qu'il manque en effectif dans toutes les spécialités 25% de médecins, et jusqu'à 37% d'anesthésistes... C'est une situation très préoccupante, alors même que nous approchons des 70 millions d'habitants en France ! et que nous faisons face d'une part à une population qui vit plus longtemps avec des soins plus prégnants et plus coûteux, notamment dans les domaines des fréquents cancers gynécologiques mais aussi des troubles de la fertilité, aujourd'hui avec des prises en charge bien au-delà de 40 ans consécutives aux avancées technologiques, biomédicales et à l'évolution sociétale, et d'autre part à une population qui est exposée aux IST, aux addictions, à des besoins contraceptifs pour éviter avortements et grossesses poursuivies non désirées, avec risque de maltraitance, et dont la nécessité éducative en matière de santé sexuelle est une véritable urgence.

Depuis la loi Bachelot, les sages-femmes sont présentes sur le territoire pour prendre en charge la contraception et le suivi physiologique des femmes en gynécologie et en obstétrique : ceci est une des mesures prises par les pouvoirs publics pour remédier au problème démographique des médecins, tout en nous incitant à faire évoluer nos professions de gynécologues médicaux et de gynécologues obstétriciens vers des prises en charge de patientes présentant soit un niveau de risque de pathologie, soit une ou plusieurs pathologies associées avec des niveaux différents de complexité. Chacun le sait, tout ceci est bien difficile à codifier, chaque patiente portant en elle, les secrets connus ou à découvrir, de ses faiblesses passées et à venir. Nos consultations sont de ce fait chronophage. Les pouvoirs publics font actuellement la promotion de l'intelligence artificielle et de l'essor des moyens de communication tels que la télémédecine, nous permettant de libérer du temps médecin ; technologies dont nous apprendrons à tirer parti très certainement. Depuis un an, sont organisées des réunions de travail à la DGOS dans les domaines de la naissance et de la chirurgie. Le fruit de ces rencontres réunissant les CNP, les sociétés savantes parties prenantes, les soignants et l'administration de l'Etat concourent à produire des

lois structurelles et organisationnelles principalement, visant à assurer la qualité des soins et la sécurité des patient(e)s à partir de déterminants. Ces lois seront applicables courant 2020, réorganisant les maternités et les structures de soins sur le territoire.

Depuis environ dix ans, de multiples restructurations au sein des équipes soignantes ont tenté la réorganisation du travail de chacun, en mutualisant les efforts, en modifiant les équipes.

Beaucoup de structures et de petites maternités ont finalement fermé car elles mettaient en péril les parturientes et leurs enfants, le plus souvent par manque de personnel et de moyens assurant la sécurité 365 jours par an.

D'autres maternités fermeront encore, permettant de renforcer les équipes ailleurs avec, nous le souhaitons, **l'expertise de toutes les équipes de la naissance**. Car ces restructurations ne se sont pas faites sans répercussions négatives : la solitude face au patient, l'isolement des soignants devant l'ordinateur et l'absence de communication interne sur le projet de soin, le défaut d'information des résultats médicaux, la fin de la transmission des savoirs et du rôle des sachants, la course effrénée du travail à produire, dans un timing de plus en plus serré, éloignant chacun(e) de plus en plus de l'objet principal de sa mission, à savoir le bien-être et la sécurité du patient. Tout ceci est pour nous source de questionnements mêlés à l'angoisse devenue quotidienne de l'erreur médicale, faute de moyens et de temps.

Toutes ces situations sont à éviter désormais et des métiers de coordination positive, d'information et d'organisation au plus proche des soignants et des soigné(e)s sont à créer.

C'est ce que nous avons tenté d'exprimer auprès des pouvoirs publics afin que ces nouvelles lois tiennent compte avant tout de l'humain, tant au niveau des patientes que des soignants, et soient adaptables aux plus faibles d'entre nous. J'ajouterai qu'il convient tous les ans d'augmenter par deux au moins, dans les 3 ans à venir, le nombre de postes à l'ECN pour le DES de Gynécologie Médicale et le DES de Gynécologie Obstétrique.

E. P : Le problème n'est pas seulement démographique. Dans un contexte de réduction des dépenses, a-t-on des moyens à la hauteur des enjeux sanitaires ?

M. S : C'est un vrai problème qui fait donc actuellement l'objet de discussions à la DGOS afin de trouver le juste équilibre, la bonne formation et des moyens que pour le moment la France ne semble pas avoir. Je suis assez pessimiste quant aux moyens financiers, car je ne vois aucun problème se résoudre de ce côté-là,

mais ne suis pas compétente en ce domaine de micro et macroéconomie.

Cela dit, la santé est un droit constitutionnel et il concerne dans cet exemple le nouveau-né.

E.P : Quelles sont les pistes envisagées pour gérer la transition entre les départs à la retraite et l'arrivée des jeunes praticiens sur le marché ?

M. S : J'ai espoir en la jeunesse qui arrive. Elle doit franchir le cap de l'installation. Nous devons les accompagner pour qu'ils soient rapidement opérationnels. Parmi les solutions proposées, il y a le stage chez le praticien : il est important que dans toutes les disciplines, les internes suivent aussi une formation chez le médecin de ville pour apprendre leur futur métier et se rendre compte de l'activité de ville très différente de celle de l'hôpital.

Il y a aussi les maisons médicales pluridisciplinaires, avec une volonté politique d'encouragement des médecins à s'y installer de manière à ce qu'ils ne ressentent pas l'isolement.

L'autre point à prendre en considération est celui de la santé des médecins eux-mêmes. Ils doivent assumer au cours d'une journée beaucoup de responsabilités avec endurance. Nous devons prendre soin des médecins, parce que c'est comme cela qu'ils pourront prendre soin de la population.

Il convient aussi d'organiser les territoires de santé en mini réseau de soins.

Nous devons également davantage nous appuyer sur les seniors et faire en sorte que leur savoir ne parte pas avec leur départ en retraite. Se servir du compagnonnage, c'est donner ainsi l'opportunité aux seniors de faire gagner du temps à la jeune génération en leur transmettant l'essentiel de leur savoir et pour que, bien formée, elle trouve du plaisir à exercer. On pourra ainsi éviter aux internes et jeunes diplômés les situations de burn-out qui les conduisent parfois à renoncer à leur métier à la fin de leurs études !

Par le biais du compagnonnage, les seniors peuvent encadrer les internes de spécialité, aider les médecins généralistes à faire de la gynécologie et accompagner une sage-femme dans sa formation, pour leur permettre de gagner du temps et d'être rapidement opérationnels.

J'ai pour ma part proposé pour l'obstétrique, dans l'urgence actuelle, qu'il y ait toujours sur un territoire 2 ou 3 équipes d'urgence constituées d'experts, réunissant sage-femme, obstétricien, pédiatre et anesthésiste qui soient prêtes à partir dans une maternité, à distance raisonnable, en cas de besoin, pour que l'on n'ait pas forcément besoin de fermer beaucoup

de maternités. Cette solution présente plusieurs avantages : tout d'abord, apporter un savoir-faire ponctuellement et permettre un apprentissage des équipes sur place qui pourraient tirer parti de l'expertise des équipes d'urgence à leur contact. Ce fonctionnement permettrait aussi aux équipes de se connaître entre elles, ce qui est essentiel dans un contexte d'urgence ou de transfert. Cela permet également de connaître les limites des uns et des autres, de ne pas se mettre en difficultés et de bien distribuer les responsabilités aux bonnes personnes au bon moment.

Enfin, il faut cesser de compter au plus juste pour les moyens humains afin que la prise en charge de qualité puisse s'exercer dans toutes les régions de France. Car avec les réorganisations pour réduire les dépenses, avec la fermeture des lits et le développement de l'ambulatoire, nous sommes arrivés à des comptes trop justes. Il faut des moyens humains et améliorer la communication et le lien entre les praticiens.

E. P : Les praticiens vous semblent-ils prêts à suivre ces évolutions ?

M. S : J'ai l'impression que les jeunes sont prêts à cela, à aller porter la connaissance dans les petites maternités en périphérie des grandes. Les freins viendraient plutôt des générations intermédiaires qui sont installées dans leur pratique et ont du mal à en sortir. Il faut baser ce genre de mesures sur du volontariat et créer une émulation positive, encourager ces pratiques, pas seulement financièrement. C'est une reconnaissance du travail bien fait, qui vaut d'ailleurs pour tous les métiers. Cela évitera le renoncement dont je vous parlais en introduction. Il se crée actuellement

un mouvement d'unité de la part des soignants, peut-être en correspondance avec l'espace de solitude dans lequel la restructuration des hôpitaux les a projetés.

E.P : Etes-vous entendus par les pouvoirs publics ?

M. S : En tant que présidente du CNPGO, j'ai été reçue à la HAS pour exprimer les difficultés d'aujourd'hui. Je pense avoir été entendue.

Y aura-t-il une traduction de ces messages dans les lois qui arrivent prochainement ? La ligne de conduite devra être claire pour tout le monde, et égalitaire même si sa réalisation se révèle complexe. Les politiques sont à une croisée des chemins très compliquée.

E.P : La jeune génération prend-elle part à ces réflexions ?

M. S : Comme vous le savez, le CNPGO est en pleine refonte. Avec le Professeur Israël Nisand, nous avons réfléchi à ce nouveau CNP qui aura une structuration de conseil d'administration et de bureau décisionnaires mais qui ouvrira ses Assemblées Générales à toutes les associations qui œuvrent dans le domaine de la gynécologie et de l'obstétrique, de manière à avoir une réflexion sur l'évolution de notre profession qui laisse la parole aux jeunes générations. C'est aussi la raison pour laquelle nous avons milité pour la création d'un CNP commun aux deux DES de GM et de GO.

Il nous faut y créer des cellules d'intelligences pour innover, pour laisser les idées et les expériences s'exprimer et trouver des solutions qui pourront être diffusées au niveau national, tant pour la gynécologie médicale que pour la gynécologie obstétrique.

Congé maternité pour les indépendantes

En application de la Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019, un décret permet l'alignement des droits au congé de maternité pour les indépendantes. Ainsi, la durée d'indemnisation du congé maternité pour les travailleuses indépendantes passe à 112 jours, comme c'est le cas pour les salariées.

L'indemnisation au titre de ce congé est un arrêt de travail

La décomposition de la durée minimale d'arrêt, pour le bénéfice d'une indemnisation au titre de ce congé, est un arrêt de travail minimal de huit semaines dont six semaines de repos post-natal.

Rappelons que les femmes représentent 44% de l'effectif total des professionnels libéraux. Au sein des entreprises libérales, 65% des emplois salariés sont occupés par des femmes.

La qualité de l'expertise médicale en question

Exemples en périnatalité Pour l'adoption d'une méthode fondée sur les faits



C. RACINET*



Ch. CATTEAU**

propos recueillis par FX. BOYER DE LATOUR***

La lecture de l'ouvrage de Messieurs Catteau et Racinet, remarquable par son analyse précise et étayée des erreurs d'expertises, nous éclaire tant dans notre pratique quotidienne, que dans la conduite que nous devons adopter en cas de naissance difficile aussi bien pour prévenir les incidences médico-légales que pour les traiter si, malgré leurs conseils, elles surviennent.

Fx. B de L : *Quels sont les motifs qui vous ont poussé à écrire ce livre ?*

C. R : L'expertise médicale est indiscutablement en crise, tout particulièrement dans mon domaine de compétence qui est la périnatalité. Il y a certainement de « bonnes » expertises dont on ne parle jamais car elles sont à l'origine d'une « bonne » justice qui généralement satisfait les parties au procès. Mais les « mauvaises » expertises existent indiscutablement et sont le plus souvent à charge contre les praticiens : elles créent chez ceux-ci la peur du risque judiciaire. Celle-ci les incite, consciemment ou inconsciemment, à des pratiques de médecine défensive qui sont contre-productives et pourtant semblent cautionnées de fait par les instances de régulation et de contrôle du fait de leur silence !

Il y a donc de mauvaises expertises, parfois produites par des experts de grande notoriété, mais il y a aussi de mauvais experts dont on découvrira le profil type dans la postface du professeur Nisand !

L'objet de ce livre est de dénoncer de telles pratiques et de proposer une discussion médico-juridique des cas cliniques présentés à partir du modèle de l'expertise médicale fondée sur les faits, qui gagnerait à être adopté pour la rédaction d'abord puis pour l'analyse a posteriori de toute expertise médicale, en vue de sa validation ou non.

Ch. C : La quête de crédibilité, voire de vérité, est née de mon expérience de juge dans des affaires de responsabilité médicale. En cette matière, le juge ne peut fonder sa décision sur sa propre analyse des faits, encore moins sur son intuition ; il a besoin des lumières d'un « technicien », comme le dit le code de procédure civile. Il va donc ordonner une ou des expertises. Elles peuvent être limpides, claires, logiques, mais aussi touffues, embrouillées voire inextricables et mon expérience me l'a fait vivre. Comme l'a écrit le président JL Gillet dans la préface, le juge a trois types de réaction face à une expertise médicale : souvent être édifié, parfois être perplexe, rarement être perdu. Il fallait dépasser ces réactions et essayer d'aller plus loin : l'intérêt est quasiment d'ordre public car il concerne l'office du juge : celui-ci a pour mission sociale de trancher des litiges, donc de condamner comme de ne pas condamner un médecin comme toute autre partie mais ne peut et ne doit le faire que sur la base d'une décision charpentée et aussi fondée que possible. S'il est édifié, il va reprendre le

*Professeur émérite de gynécologie obstétrique

**Premier président honoraire de la Cour d'appel de Grenoble

***Gynécologue obstétricien, Vice-Président du SYNGOF

raisonnement et les conclusions de l'expert, mais s'il est perplexe, ou pire perdu, il ne peut se contenter de reprendre des conclusions qu'il ne comprend pas, voire d'y substituer une décision arbitraire personnelle parce qu'il est perdu, ce qui est la plus mauvaise des solutions sur le plan social.

Il fallait donc rechercher si une méthode pouvait permettre d'apprécier les conclusions d'une expertise avec le plus d'objectivité possible, de dire si elle approche la « vérité » et c'est ce qui a motivé l'écriture de ce livre. Le professeur Claude Racinet et moi-même avons partagé ce même objectif qui selon JL Gillet laisse un parfum d'optimisme, ce que nous espérons.

Fx. B de L : Pourquoi avoir sollicité un haut magistrat pour collaborer à ce livre ?

C. R : J'ai pensé qu'un livre sur la qualité intrinsèque de l'expertise médicale, domaine encore jamais abordé, était certes intéressant mais que, s'il était exclusivement confiné à la sphère médicale, n'aurait qu'une crédibilité insuffisante donc une efficacité problématique dans l'administration de la justice. Il m'a paru indispensable d'obtenir la collaboration d'un haut magistrat riche d'une grande expérience et d'une notoriété reconnue, commentant chaque décision expertale développée dans le livre en toute indépendance, pour apporter la caution indispensable du décideur en justice, elle-même confortée par l'avis du préfacer haut magistrat de la Cour de Cassation.

Fx. B de L : Pourquoi avoir accepté de cosigner un livre sur l'expertise médicale ?

Ch.C : À notre époque, il est évident que la pluridisciplinarité est une manière d'approcher la connaissance, mais la vie moderne ne favorise pas toujours les rencontres et les croisements d'expériences. Je ne suis pas sûr que l'analyse de la méthode employée par le juge et la recherche de la logique de son raisonnement eût suscité de l'intérêt autre qu'académique. Pour rendre une recherche vivante il valait mieux partir de cas pratiques. Or un hasard bienveillant a voulu que je sois accroché par une conférence donnée par le professeur Racinet au cours de laquelle il a exposé la méthode des niveaux de preuve en médecine. J'étais alors saisi par la possibilité de transposer dans le travail judiciaire et je supputais que la méthode pouvait être utilisée pour apprécier des conclusions d'expertise. La recherche partagée ne pouvait être va-

blement exposée qu'à partir de cas pratiques et il avait toute la panoplie de cas signifiants et significatifs, d'autant plus parlants que la dimension humaine en était dramatique, tant du côté des victimes que des médecins potentiels condamnés sur la base de conclusions contestables. La difficulté d'approcher une vérité scientifique allait de pair avec celle d'établir un bon jugement. C'est l'origine de notre recherche partagée avec modestie mais aussi l'exigence d'une recherche sécurisée par des exigences de niveau de preuves. Or la justice dépend des preuves apportées et de leur force. Les analyses faites dans le livre le démontrent amplement.

Fx. B de L : Quelles sont les leçons que pourront tirer les lecteurs de ce livre ?

C. R : On peut penser que le lectorat de cet ouvrage sera très large et hétérogène, le point qui les réunit étant celui de la responsabilité médicale liée à des complications dans la gestion des problèmes de santé.

Les magistrats, instruits de cette démarche méthodologique d'analyse de l'expertise, pourront en exiger l'application dans la mission adressée à l'expert et seront plus aptes à vérifier la qualité méthodologique, c'est-à-dire intrinsèque de l'expertise qui leur est soumise. Les avocats des diverses parties pourront également s'appuyer sur la méthodologie développée dans ce livre pour exiger de l'expert – si nécessaire – qu'il fournisse un argumentaire basé sur le niveau des preuves avancées. Les experts eux-mêmes, parfois négligents dans le domaine de l'expertise judiciaire alors qu'ils ne peuvent se permettre cette négligence dans le domaine des publications scientifiques, seront de plus en plus convaincus de l'adoption de la méthode fondée sur les faits. In fine les praticiens eux-mêmes, tous justiciables en puissance, seront rassurés sinon convaincus par les propositions concrètes que nous formulons ainsi que celles développées par le Président du CNGOF dans sa postface.

Ch.C : Je partage entièrement cet avis. J'ajoute que côté juges, la méthode proposée permettra de nourrir les délibérés d'un tribunal collégial par l'examen des données de fait et des conclusions des experts à la lumière de cette méthode qui renforcera le raisonnement des acteurs de ce délibéré en ajoutant à leur compréhension et à leur sens de la logique. L'autre leçon est qu'avant de délibérer, il a fallu instruire et qu'à ce niveau chaque juge convaincu pourra affiner ses missions d'expertise en demandant à l'expert de dire les niveaux de preuve de ses affirmations, ce qui renforcera comme dit ci-dessus la sécurité de tous : le livre permettra à tout juge lecteur d'y réfléchir.

Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus déjà sur la sellette ?



E. PAGANELLI*

Le cancer du col de l'utérus est le cancer à papillomavirus le plus répandu. Tous les ans, en France, on estime à près de 3000 nouveaux cas et environ 1100 femmes en meurent¹. Ce cancer est, parmi les cancers dus aux papillomavirus, le seul à faire l'objet d'un dépistage de routine. Celui-ci repose sur un frottis cervico-utérin, effectué tous les trois ans, après deux frottis à un an d'intervalle, et s'adresse à toutes les femmes de 25 à 65 ans. Il n'existe pas de dépistage de routine pour les autres cancers dus aux papillomavirus.

Le papillomavirus est en effet responsable de nombreux cancers et d'autres maladies touchant l'homme et la femme. Académies, Collèges, Sociétés et Syndicats médicaux réunis au sein d'un collectif lançait un appel le 20 mars dernier pour un dépistage et une vaccination universelle contre le papillomavirus, soutenu par des personnalités médicales et 6 associations de parents et de dépistage. Ils estiment que si la France a réalisé un premier pas avec la généralisation du dépistage du cancer du col de l'utérus, l'urgence est aujourd'hui :

- D'augmenter la couverture vaccinale des populations déjà ciblées en rétablissant activement la vérité scientifique et donc la confiance vis-à-vis de ces vaccins actifs et très bien tolérés.
- De lancer la vaccination universelle gratuite ou remboursée, sans distinction de sexe ou de risque, pour protéger filles et garçons, réduire les inégalités et participer, avec les autres pays, à l'élimination des cancers HPV induits, en suivant la recommandation de l'OMS ;
- Et d'organiser un dépistage efficace (accès, avec utilisation des tests HPV).

De leurs cotés, plusieurs médecins, biologistes et patients réunis au sein du collectif « HPV » réclament dans un communiqué publié le 19 avril dernier le passage immédiat au test HPV, s'émeuvent du « retard pris

Le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus est inscrit depuis 2018 dans le cadre d'un programme national organisé. Ce dépistage est déjà sur la sellette, bousculé par les partisans du passage immédiat au test HPV fait chez un professionnel de santé ou en auto-prélèvement.

en France dans la mise en place du test viral HPV » et dénoncent « l'attentisme des autorités ».

Partisans du dépistage du cancer du col de l'utérus, le Syndicat des Médecins Pathologistes Français met en garde contre le passage immédiat au test HPV et dénonce dans son communiqué du 30 avril un « frottis bashing ». Comme il le souligne : « on voit paraître, de-ci de-là, des articles de presse et des avis circonstanciés en faveur d'une mise en place sans délai d'un dépistage du cancer du col de l'utérus par détection primaire de papillomavirus humain (HPV pour Human Papilloma Virus). On nous dit que le dépistage par le test HPV est un test très sensible : c'est vrai. On nous dit que cette très grande sensibilité, « qui atteint 99% (faux) quand celle du frottis ne dépasse pas 60% (toujours faux), ce qui signifierait que sur 100 femmes qui ont un cancer avéré, 40 présenteraient pourtant un frottis normal » (raccourci pernicieux et encore faux), justifie le choix d'un dépistage primaire par le test HPV. Ces chiffres proviennent d'une exploitation partielle et d'une manipulation des données publiées dans la littérature scientifique, par mélange d'études réalisées dans des pays différents avec des pratiques différentes et sur des populations différentes. On nous laisse croire que le test HPV est un meilleur test diagnostique : c'est faux, à nouveau ! ».

La HAS espère pouvoir diffuser au plus vite son travail portant sur l'évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions pré-cancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno-marquage p16/Ki67. Ce travail repose sur une analyse scientifique rigoureuse et l'avis de plus de 60 experts (entre les membres du groupe de travail et de relecture). Elle espère permettre des propositions nouvelles de dépistage du cancer du col et améliorer le dépistage du cancer du col.

¹ <https://www.papillomavirus.fr/le-depistage-du-cancer-du-col-de-luterus/>

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

Décisions administratives et judiciaires

nous 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

Accouchement : Qualification d'acte de soins et appréciation du risque ayant entraîné le dommage

Maître O. LECA*

Si l'accouchement par voie basse constitue un processus naturel, les manœuvres obstétricales pratiquées par un professionnel de santé lors de cet accouchement caractérisent logiquement un acte de soins au sens de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique.

Nous le savions déjà puisqu'il était jugé en début d'année que le non-respect du devoir d'information du professionnel de santé lors d'un accouchement causait à celui auquel l'information était due, lorsque l'un de ces risques s'est réalisé, un préjudice moral distinct des atteintes corporelles subies résultant d'un défaut de préparation à l'éventualité que ce risque survienne.

Cass. 1^{re} civ., 23 janvier 2019 n°18-10706

Dans cette affaire, l'ONIAM cherchait à se tenir loin de son obligation de prise en charge au titre de la solidarité nationale, en soutenant que le préjudice de la plaignante était survenu à l'occasion, non pas d'un acte médical mais d'un acte naturel.

Plus précisément, c'est au cours d'un accouchement, en raison d'une dystocie des épaules de l'enfant à naître, qu'un gynécologue obstétricien avait effectué des manœuvres d'urgence obstétricales.

Le nouveau-né ayant présenté une paralysie du plexus brachial droit ; la mère, agissant tant en son nom personnel qu'en sa qualité de représentante légale de son fils mineur, a assigné l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (l'ONIAM) en indemnisation.

L'expertise n'avait mis en évidence de faute du praticien, et l'ONIAM était donc invité à mettre à exécution son régime de réparation.

L'Office se pourvoit en cassation contre l'arrêt de la Cour d'appel d'Aix-en-Provence qui contestait l'imputabilité directe et certaine du dommage aux actes médicaux réalisés et reconnaissait le caractère anormal du dommage au regard du risque pris.

La décision de la Cour de cassation est d'abord intéressante concernant l'imputabilité du dommage, à un acte de soins.

Sur ce point, elle retient que les experts avaient retenu que :

- l'enfant ne présentait pas, au cours de sa vie intra-utérine et au moment précis de sa naissance, d'anomalies qui auraient pu interférer sur la paralysie obstétricale et sur le déroulement de l'accouchement ;
- la dystocie des épaules est une complication à risque majeur pour l'enfant, telle la lésion du plexus brachial, et que, pour faire face à la dystocie, les manœuvres les plus fréquemment utilisées sont celles qu'a réalisées le praticien ;
- ces manœuvres, au cours desquelles une traction est exercée sur les racines du plexus et sur la tête fœtale, ont engendré la paralysie du plexus brachial, sans faute du praticien.

La Cour de cassation conclut donc que la cour d'appel n'a pu qu'en déduire que les préjudices subis par l'enfant étaient directement imputables à un acte de soins, ouvrant ainsi droit à réparation par l'ONIAM.

* Maître Olivier LECA, Avocat, 20 avenue de Wagram - 75008 Paris
T. 01 47 35 84 99 - www.leca-avocat.fr - cabinet@leca-avocat.fr

Cass. 1^{ère} civ. 19 juin 2019 n°18-20883

Il est de fait tout à fait normal que l'acte dit naturel de l'accouchement par voie basse retrouve sa qualification d'acte de soins, dès l'intervention d'un professionnel de soin.

Ce qui était anormal dans cette affaire, c'est bien le dommage subi par l'enfant.

Aux termes de l'article L. 1142-1 II, l'ONIAM ne doit réparer au titre de la solidarité nationale, que les dommages qui « ont eu pour le patient des conséquences anormales au regard de son état de santé comme de l'évolution prévisible de celui-ci et présentent un caractère de gravité ».

En l'espèce, la Cour d'appel, après avoir énoncé que le risque issu des manœuvres en cause – soit la paralysie

du plexus brachial – est notablement moins grave que le décès possible de l'enfant, reconnaît que « si l'élongation du plexus brachial est une complication fréquente de la dystocie des épaules, les séquelles permanentes de paralysie sont beaucoup plus rares, entre 1% et 2,5% de ces cas, de sorte que la survenance du dommage présentait une faible probabilité et donc que l'anormalité du dommage était caractérisée ».

Les critères d'imputabilité directe et d'anormalité du dommage étant remplis, la Cour de cassation rejette le pourvoi de l'ONIAM.

Ce volet de la décision peut être rapproché de la décision du Conseil d'Etat ci-dessous commentée.

La mise en œuvre de la solidarité nationale : la probabilité de 3% de risque d'AVC post-opératoire est faible et considérée comme anormale

Maître O. LECA

Le raisonnement est identique à celui de la Cour de cassation, sans toutefois que nous puissions dégager un critère seuil de la qualification d'anormalité du dommage.

Pour le Conseil d'Etat, doit être considérée comme faible, et justifie donc la mise en œuvre de la solidarité nationale, la probabilité de 3% de risque d'un accident vasculaire cérébral (AVC) lors du remplacement d'un défibrillateur chez un patient en fibrillation auriculaire non anti-coagulé, comme c'était le cas de l'intéressé.

CE, 4 février 2019 n° 413247

Dans cette affaire, un patient avait subi le 28 janvier 2011 au centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen une intervention en vue de remplacer le défibrillateur cardiaque implantable dont il était porteur.

Il avait ensuite été victime d'un AVC avec des séquelles entraînant un déficit fonctionnel évalué à 90%. Estimant que ces dommages étaient liés aux conditions de sa prise en charge au CHU de Caen, le patient a, après rejet par celui-ci d'une demande préalable d'indemni-

sation, saisi le tribunal administratif en se fondant notamment sur une expertise réalisée à la demande de son assureur.

La cour administrative d'appel de Nantes a annulé le jugement du tribunal administratif, rejeté les demandes indemnitaires dirigées contre le CHU et, estimant que les conditions d'une indemnisation au titre de la solidarité nationale sur le fondement du II de l'article L. 1142-1 du Code de la santé publique n'étaient pas remplies, mis hors de cause l'ONIAM.

CAA Nantes, 9 juin 2017, n° 14NT01651

Le patient et la CPAM ont formé un pourvoi en cassation.

Le Conseil d'État accède à leur demande en tranchant les faits, plus que le droit.

En retenant qu'une telle probabilité n'était pas une probabilité faible, de nature à justifier la mise en œuvre de la solidarité nationale, la cour administrative d'appel a entaché son arrêt d'une erreur de qualification juridique.

Absence de lien de causalité entre la prise d'antirétroviraux pendant la grossesse et les troubles du comportement de l'enfant

Maître O. LECA

dans un arrêt du 18 mars 2019, le Conseil d'État se prononce sur l'éventualité d'un lien de causalité entre la prise d'antirétroviraux pendant la grossesse et les troubles du comportement de l'enfant.

CE 18 mars 2019 n°418458

Dans cette affaire, la mère d'un enfant atteinte du VIH et qui avait absorbé des antirétroviraux au cours de sa grossesse, a été suivie dans un Centre hospitalier.

Au cours de son développement, l'enfant de cette dernière a présenté des troubles du comportement autistiques. Après deux expertises, elle a saisi le juge administratif d'une requête tendant à la condamnation du centre hospitalier à réparer les préjudices subis par elle-même et son fils. Les juges du fond ayant rejeté sa requête, un pourvoi en cassation a été formé.

CAA Bordeaux, 28 déc. 2017, n° 15BX03099

En vain, car le Conseil d'Etat retient que la Cour d'appel n'a commis aucune erreur de droit.

Il doit d'abord être rappelé que par une lettre du 4 juin 1999, adressée à l'ensemble des médecins en activité, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé avait bien demandé que les femmes séropositives au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) soient informées du fait que l'absorption de médicaments antirétroviraux pendant la grossesse exposait l'enfant à naître à un risque accru de développer des atteintes mitochondriales provoquant des troubles neurologiques.

De plus, il était acquis que le Centre hospitalier avait bien connaissance de ce que la patiente prenait un traitement antirétroviral en raison de sa séropositivité au VIH, et celui-ci n'établissait pas lui avoir délivré une telle information.

Cependant le Conseil d'Etat relevait qu'au vu des conclusions de l'expert neurologue, d'une part, que les troubles autistiques manifestés par le fils de la requérante ne permettaient pas de caractériser une maladie mitochondriale et, d'autre part, qu'il n'était pas établi scientifiquement que la prise de médicaments antirétroviraux pendant la grossesse aurait exposé l'enfant à naître à un risque accru de développer de tels troubles. Fort logiquement, aucun défaut d'information fautif, ni même lien de causalité entre l'absence d'information et la prise de médicaments antirétroviraux, avec l'existence des troubles chez l'enfant n'avait pu être caractérisé.

Le Centre hospitalier était donc dégagé de toute responsabilité.

Indemnisation du préjudice moral résultant des circonstances de l'annonce du décès d'un patient

Maître O. LECA

Le 12 mars 2019, le Conseil d'Etat fait franchir un nouveau cap à l'obligation d'information des professionnels de soins vis-à-vis de leur patient, et de leur famille.

Il procède en effet, à une distinction entre le préjudice moral résultant des circonstances de l'annonce par un centre hospitalier du décès d'un patient, du préjudice d'affectation découlant de son décès.

CE 12 mars 2019, n°417038

Dans cette affaire, un patient a été admis au service des urgences d'un centre hospitalier à 23h30, puis une infirmière a constaté son décès le lendemain à 7h45.

Reprochant au centre hospitalier des défaillances dans la prise en charge du patient ainsi que dans les conditions dans lesquelles son décès leur a été annoncé, son épouse et ses deux fils ont saisi le tribunal administratif de Marseille d'une requête tendant à la condamnation

de l'établissement à la réparation de leurs préjudices. Par jugement du 22 décembre 2014, le tribunal administratif a rejeté leur demande. Par un arrêt du 9 novembre 2017, la cour administrative d'appel de Marseille a rejeté l'appel formé la famille contre ce jugement. Un pourvoi est formé par cette dernière.

Le Conseil d'Etat prend une décision favorable à la famille.

Le retard par le centre hospitalier dans l'annonce du décès d'un patient à sa famille cause nécessairement un préjudice à cette dernière.

Il s'agit d'une souffrance morale distincte du préjudice d'affection éprouvée par l'épouse du défunt ainsi que ses deux fils, du fait du manque d'empathie de l'établissement et du caractère fautif de cette annonce.

Le préjudice moral résultant des circonstances de l'annonce du décès doit donc être indemnisé.

Un certain nombre d'associations

d'actes ne sont plus compatibles depuis le 11 mai 2019

i

Il s'agit en particulier de l'association :

- coloscopie (JLQE002) + biopsie (JKHA002)
- coloscopie (JLQE002) + frottis (JKHD001)
- échographie de surveillance de pathologie gravidique (YYYY088) + écho du col (JQQJ037)

En réalité, les 2 premières associations d'actes ne sont pas autorisées depuis longtemps. Or cette précision avait disparu des fiches CCAM dans leur précédente version, mais restait valable dans la version CCAM appareil par appareil, mentionnée dans une petite annotation peu visible et qu'il fallait vraiment chercher. Nombre de contrôleurs de la sécurité sociale n'étaient pas au courant, raison pour laquelle jusqu'à il y a peu les 2 cotations étaient acceptées par beaucoup de CPAM. Suite à notre intervention auprès de la caisse des Hauts-de-Seine, cette précision a été clairement notifiée sur la fiche de la coloscopie.

On ne peut donc coter que JLQE002 (= 49,82 € en S1/OPTAM/OPTAM-CO, et 36,97 € pour S2).

Toutefois, nous vous invitons à négocier avec votre caisse la tolérance de cette association jusqu'au 11 juin, date de réception de notre newsletter sur le sujet, en expliquant qu'avant ce jour vous n'aviez pas été avertis de cette incompatibilité, ni par votre caisse, ni par l'émetteur de votre logiciel. Or ces refus pénalisent vos patientes.

L'Assurance Maladie, dans le cadre de ses actions de gestion du risque visant à détecter des anomalies de

facturation, a mis en évidence un certain nombre d'associations d'actes non autorisées. La dernière version de la CCAM, effective depuis le 11 mai 2019, intègre ces blocages par la mise en place à priori d'incompatibilités d'associations qui deviennent impossibles dans les logiciels.

Nous avons été consultés avant la mise en place, et avons refusé en particulier le blocage pour les 2 échographies fœtales et col, au motif qu'il s'agit d'actes ne s'adressant pas au même patient : le fœtus et la mère. Nous n'avons pas été entendus par le DG de la CNAM qui décide en dernier ressort. Nous n'en resterons pas là.

Notons également que le SYNGOF au sein du BLOC peut défendre auprès de la CHAP (Commission de Hiérarchisation des Actes et des Prestations) l'association de certains actes quand ils représentent chacun un objet différent.

Pour espérer modifier la nomenclature, le syndicat remonte ses remarques au Conseil National Professionnel, ce dernier le porte auprès de la HAS et de la DGOS qui le soumettent à la CHAP. Il revient à la CHAP de finaliser le dossier pour que l'Assurance Maladie puisse ensuite le financer.

Nous vous invitons à nous remonter les problèmes de cotations que vous rencontrez pour que nous puissions les instruire et les porter auprès du CNP.

Rappel : cotation des actes réalisés en urgence

Pour les actes cliniques en urgence :

Dimanche et jours fériés : F = 19,06 €

CS+MPC+MCS+F= 49,06 €

Nuit de 20h à 8h : 25,15 €

CS+MPC+MCS+MN = 55,15€

Pour les consultations réalisées en urgence dans les 48h sur appel du médecin traitant :

MCU = 15 €

CS+MPC+MCS+MCU = 45€ ou APC+MCU = 65 €

Pour les actes d'anesthésie, de chirurgie et d'obstétrique réalisés sur plateau lourd en urgence :

Dimanche / jours fériés : F = 40 €

Nuit : • Entre 20H et 0H : U = 50 €

• Nuit profonde (entre 0h-08h) : S = 80 €

Majoration pour actes chirurgicaux réalisés en urgence vitale ou d'organe dans un délai de 6H après l'admission : O = + 80 €

La liste des actes concernés est limitative et sera modifiée dans le prochain avenant 7.

Propos de lecture

Présentation du livre de Sophie Paris Chois

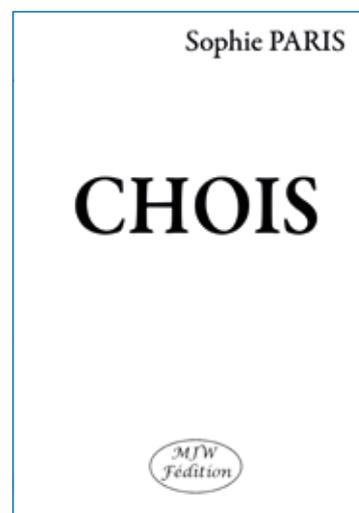
E. PAGANELLI*

é

crit dans le cadre d'un doctorat en sciences humaines et sociales, "Chois" est un ouvrage personnel qui adopte une forme littéraire pour mieux faire entendre son message. Il a pour vocation d'ouvrir le débat afin d'élargir la notion de viol et de harcèlement sexuel commis sur les mineurs. En favorisant la prise de conscience sur un sujet encore trop tabou dans notre société, Choix pourrait permettre

de mettre en place des pratiques gynécologiques, qui touchent l'intimité, toujours plus respectueuses dans le but d'une meilleure prise en charge de la patientèle susceptible d'avoir subi des violences sexuelles.

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



Paru le 21 janvier 2019
chez MJW ÉDITION
286 pages - 22 euros



Suivez le SYNGOF sur Facebook

Conseil d'Administration

du SYNGOF

Président

Docteur de ROCHAMBEAU
Hôpital privé Marne Chanteraine
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 Velveau - 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 GRISEY
Hôpital privé de Parly 2 - LE CHESNAY

Docteur GUIGUES
2 bis av. du CANADA - CAEN

Professeur HOROVITZ
36 rue Robert Laurent - MERIGNAC

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 - MELUNW

Docteur TEFFAUD
Polyclinique de l'Atlantique
ST HERBLAIN

Docteur THIEBAUGEORGES
Clinique Sarrus Teinturiers
TOULOUSE

Petites annonces

Toutes les annonces doivent être adressées à :

SYNGOF

6 rue Pétrarque
31000 TOULOUSE

ou passez directement votre annonce sur le site :

<http://www.syngof.fr>

Ventes et Associations

■ HONFLEUR Normandie

Cause départ retraite fin 2020, cède gratuitement patientèle de gynécologie-obstétrique, grand estuaire de la Seine, tenue plus de 30 ans. Gros potentiel d'activité (CA supérieur à 300 000 €). Possibilité temps partiel hôpital.

Tél. : 02 31 98 84 84 // 06 13 24 70 25

■ VERSAILLES Île-de-France

Pour raisons familiales, cession de patientèle située au Chesnay (78), juste à côté de Versailles. Le cabinet est situé dans l'enceinte même de l'Hôpital privé de Parly2, groupe Ramsay Générale de santé. Tout est possible sauf la cancérologie : AMP, obstétrique type 2a, chirurgie, recherche clinique. Secrétariat, aide opératoire, échographe Voluson E8, table Medimatic, petit matériel, dossiers informatisés, bureau refait à neuf, meubles USM. Cession possible d'un appartement en face du château. CA > 300 k€

Tél. : 06 18 47 38 43

■ LE PORT La Réunion

Cherche associé gynécologue obstétricien avec possibilité de garde 1 sur 6 dans petite maternité de 1500 accouchements avec plateau chirurgical complet. Clientèle fidèle avec possibilité de reprise du cabinet et de la clientèle.

Tél. : 02 62 49 78 68 // 06 92 95 96 59

■ ERMONT Île-de-France

Cause départ en retraite : cherche successeur, important chiffre d'affaires dans une clinique à 20 km de Paris. Possibilité de chirurgie, accouchement, échographie, PMA. 9 gynécologues. 1 garde tous les 8 jours environ sur place.

Tél. : 01 30 72 33 24 // 06 10 13 63 65

■ TOULOUSE Occitanie

Dans une importante clinique neuve et récente du grand Toulouse en plein essor, proposition d'intégration au sein d'une équipe de gynécologues obstétriciens aux activités diversifiées (obstétrique, PMA, chirurgie, cancéro...). Cherchons praticien qualifié, dynamique, volontaire et motivé pour le développement de projets professionnels multiples.

Tél. : 06 09 67 76 37

Remplacements

■ LE RAINCY Île-de-France

Recherche un(e) remplaçant(e) pour le jeudi et parfois le samedi, certains congés dans un cabinet de gynécologie-obstétrique, échographies souhaitées, colposcopie, infertilité. A partir de juin 2019. RER E à 100 m du cabinet.

Tél. : 01 43 00 37 96 // 06 83 43 99 83

■ ROUEN Normandie

Gynécologue obstétricienne secteur 2 cherche remplaçant(e) fixe, 1, 2 ou 3 jours par semaine (mercredi, lundi et/ou samedi) et éventuellement 1 semaine par vacances scolaires, à partir de septembre, pour consultations de suivi de grossesse (personnalisé) et gynécologique. Durée indéterminée. Possibilité échographies fœtales et gynéco (Voluson E10 B19). Possibilité gardes. Au sein d'une clinique niveau 2A (2500 accouchements/an) et d'un groupe de huit obstétriciens exerçant sur place au même étage.

Tél. : 06 66 54 09 18

■ STAINS Île-de-France

Gynécologue obstétricienne installée en clinique à Stains, cherche un(e) remplaçant(e) pour des consultations (ou gardes si intéressé), jours réguliers en semaine ou période de vacances scolaires. Activité consultation de gynécologie ou suivi de grossesse, échographie pelvienne ou datation Colposcopie possible (non obligatoire). Rémunération 60/40.

Tél. : 06 12 60 10 93

■ CHAMPIGNY SUR MARNE Île-de-France

Avec le nouveau semestre qui commence, poste de remplacement de nouveau vacant à mon cabinet, le lundi après-midi et/ou le mercredi journée entière ou demi-journée, pour consultation de gynécologie médicale, suivi de grossesse.

Tél. : 06 68 13 05 23

■ VALENCIENNES Hauts-de-France

Gynécologue obstétricien à Valenciennes cherche remplaçant(e) le samedi. Consultation plus échographie. 1000 euros par jour.

Tél. : 06 80 21 21 85

■ SAINT MAUR DES FOSSÉS Île-de-France

Gynécologue Obstétricien et Échographiste recherche remplaçant, pour des vacances ponctuelles, dans un cabinet high-tech, avec du matériel de pointe (voluson E10, hystérocopie diagnostic, colposcopie, téléconsultation) au sein d'une équipe sympathique (SF, gynécologues, ostéopathe/psychologue mère enfant/diététicienne/sophrologue), dans l'Est parisien. Patientèle importante.

Tél. : 01 83 75 02 50 // 06 20 32 05 71

Retrouvez les petites annonces sur

www.syngof.fr

adhésion au syngof

A faire parvenir à
SYNGOF 6 rue Pétrarque - 31000 TOULOUSE
Tél. 06 08 11 70 06 Email : syngof@gmail.com

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 GYNELOG"

Date, cachet et signature



LES ANNONCES DE RECRUTEMENT

ÎLE-DE-FRANCE



LA CLINIQUE DE TOURNAN

est un établissement d'hospitalisation médico-chirurgical et obstétrical privé conventionné de 171 lits et places situé à proximité de Paris et Marne-la-Vallée.

Nous recherchons



Un gynécologue-obstétricien

Ce poste est à pourvoir dans les meilleurs délais dans l'optique de remplacer un départ en juin 2020. Pas d'apport financier pour l'installation. Cette dernière est possible en cabinet de consultation sur site. Choix possible sur le statut libéral entre secteur 1 et 2.

COORDONNÉES

Brosson Jean Luc – Directeur
Jl.brosson@groupestgatiens.com
01 64 42 42 10
01 64 42 44 99

La maternité de la Clinique de Tournan, de niveau 1, réalise actuellement près de 650 accouchements par an. Le service comporte 24 lits de maternité, 5 salles de naissances et une équipe pluridisciplinaire : Gynécologues obstétriciens, pédiatres, anesthésistes réanimateurs, sages-femmes libérales, une équipe de sages-femmes et auxiliaires de puériculture et de soins de support (ostéopathe, psychologue, diététicienne), ainsi qu'un pôle de consultations permettant d'assurer le suivi global de chaque grossesse. La maternité fait partie du réseau périnatal Naître dans l'Est Francilien (NEF). Elle participe également au programme PRADO (Programme de Retour À Domicile) mené en collaboration avec la CPAM.

OCCTANIE



**POLYCLINIQUE BOYÉ
CROIX SAINT-MICHEL**

Clinique humaine à taille humaine

LA CLINIQUE CROIX SAINT MICHEL recrute UN GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN

La Clinique Croix Saint Michel est une clinique MCO de 100 lits, indépendante, actionnariat familial, certifiée en catégorie A, située en Occitanie dans une ville de 65 000 habitants à 2h de la mer et de la montagne et à 45 mn de l'aéroport Toulouse Blagnac.

Le service propose :

- Un service de 16 lits de maternité.
- 2 salles de pré-travail.
- 3 salles d'accouchement.
- 1 salle physiologique pourvue d'une baignoire de relaxation.
- 1 salle de césarienne dans le bloc opératoire à proximité immédiate avec la SSPI.
- 1 salle de réanimation du nouveau-né.

Description de l'activité :

- Réaliser les accouchements et le suivi de grossesse.
- Possibilité d'activité chirurgicale.
- Participer aux tours de gardes avec vos confrères.
- Une activité diversifiée de consultation, chirurgie gynécologique et obstétrique, en ambulatoire et hospitalisation complète. Participation si possible à l'activité d'orthogénie.
- Plateau technique en anesthésie réanimation complet avec techniques anesthésiques plurielles.
- Équipement radiologique : IRM et scanner, avec imagerie interventionnelle, mammographie ...

Elle accueille une maternité de niveau 1 qui réalise près de 700 accouchements par an. Une convention est signée avec la Maternité de niveau 2 du centre hospitalier de la ville.

Effectif médical :

- 4 gynécologues obstétriciens.
- 3 gynécologues médicaux.
- 3 sages-femmes libérales ayant accès au plateau technique.
- 3 pédiatres exclusifs.
- 4 anesthésistes.
- 2 chirurgiens viscéraux.

Proposition :

- Départ à la retraite d'un gynécologue médical historique anciennement gynécologue obstétrical installé disposant d'une patientèle médicale et obstétricale. À transmettre sans rachat.
- Inscription obligatoire au Conseil de l'Ordre. Exercice libéral.
- Poste à pourvoir pour janvier 2020 remplacement possible avant installation.
- Accompagnement à l'installation.



PERSONNE À CONTACTER :

Mme MALOU Patricia – Directrice Générale
Secrétariat : 05-63-21-35-09 – Ligne directe : 05-63-21-33-01
Mail : direction@clinique-croix-saint-michel.fr
http://www.clinique-croix-saint-michel.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE RECRUTE

UN GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN, TEMPS PLEIN POSTE SUSCEPTIBLE D'ÊTRE VACANT SOUS 6 MOIS

STATUTS POSSIBLES

Praticien Hospitalier, Assistant spécialiste, Praticien contractuel.

L'ÉTABLISSEMENT ET SON ENVIRONNEMENT

Situé au sud de la Charente Maritime, à 1h de Bordeaux et 30 minutes de l'océan, le CH de Saintonge est un établissement de recours doté de 5 pôles d'activités cliniques et 1 pôle médico-technique. Il a une capacité d'accueil de 881 lits et places, sur un bassin de population de plus de 300 000 habitants. Il est par ailleurs établissement support du GHT de Saintonge pour le territoire Sud et Est de Charente Maritime.

LE SERVICE

Vous viendrez renforcer l'équipe médicale composée de 11 praticiens :

- 1 praticien exerçant une activité de gynécologie médicale.
- 2 praticiens exerçant une activité d'échographie gynécologique.
- 8 praticiens exerçant une activité de gynécologie-obstétrique / chirurgie gynécologique dont 3 praticiens assurant les interventions de chirurgie carcinologique.

Le service est agréé pour l'accueil des internes :

- 1 interne de spécialité.
- 2 internes de médecine générale.

Activités du service :

- Maternité de niveau 2B.
- 1450 accouchements par an.
- 8300 échographies par an.
- 2020 actes chirurgicaux gynécologiques.
- 24 lits d'obstétrique.
- Une unité de néonatalogie de 14 lits dont 3 de soins intensifs.



LES MISSIONS

Vous exercerez les missions suivantes :

- Assurer une activité programmée de chirurgie gynécologique.
- Assurer une activité de consultations gynécologiques et échographies.
- Assurer 1 jour/semaine le fonctionnement d'un CPP situé à 40 km du site principal (véhicule de fonction disponible).
- Participer aux staffs et réunions du service.
- Assurer la formation des internes.
- Concourir à la politique qualité, à la gestion des risques et à l'évaluation des pratiques professionnelles.

LA PERMANENCE DES SOINS

Vous devrez assurer la continuité et la permanence des soins en participant à la garde sur place qui est partagée entre 8 praticiens du service (salle d'accouchement et chirurgie gynécologique en urgence).

PROFIL RECHERCHE

- Inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins en France indispensable.
- DIU d'échographie gynécologique et obstétricale souhaité.

POUR TOUT RENSEIGNEMENT, VOUS POUVEZ CONTACTER :

- Le président de CME, **Monsieur le Docteur Jean-Sébastien BORDE - 05 46 95 10 76**
- Le chef de service, **Monsieur le Docteur Jean-Philippe FILET - j.filet@ch-saintonge.fr**
- La Directrice des Affaires Médicales, **Madame Laurence Couloudou - l.couloudou@ch-saintonge.fr**
- Le service des Affaires Médicales, **aff-medicales@ch-saintonge.fr**



LE CENTRE HOSPITALIER DE ROCHEFORT RECRUTE UN GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN DANS LE CADRE DE LA CONSTITUTION D'UNE ÉQUIPE COMMUNE AVEC LE GROUPE HOSPITALIER DE LA ROCHELLE

Situé à 25 minutes de La Rochelle et à proximité des îles de Ré et Oléron, le CH de Rochefort dispose d'une maternité de niveau 2A (1 200 accouchements en 2018) avec un plateau technique complet.

>> PROFIL RECHERCHÉ <<

Profil polyvalent en gynécologie et obstétrique.

Praticien inscrit au conseil de l'ordre des médecins français.

>> STATUT DE RECRUTEMENT & RÉMUNÉRATION <<

Statut : assistant ou praticien contractuel avec possibilité de titularisation assortie d'une Prime d'Engagement de Carrière Hospitalière (PECH).

Quotité de temps : poste à temps plein sur Rochefort, avec perspective d'activité médicale et/ou chirurgicale sur le site de La Rochelle (avec prime d'exercice territorial).

POSSIBILITÉ DE LOGEMENT TEMPORAIRE EN DÉBUT D'EXERCICE | POSTE À POURVOIR IMMÉDIATEMENT.



PERSONNES À CONTACTER

Dr Adrienne GARRIGUE
Responsable de service Rochefort
adrienne.garrigue@ght-atlantique17.fr
Tél. > 05 46 88 54 68

Dr Yannick THIROUARD
Responsable de service La Rochelle
yannick.thirouard@ght-atlantique17.fr

M. Fabien CHANABAS
Directeur des Affaires Médicales
de La Rochelle - Rochefort
fabien.chanabas@ght-atlantique17.fr
Tél. > 05 46 45 50 87



recrute UN GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN

L'Hôpital du Gier cherche à compléter son équipe de trois praticiens permanents et de remplaçants réguliers.

**Titulaire (PH) ou contractuel,
temps plein ou temps partiel.**

PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Établissement public de santé, dynamique et convivial, situé à Saint-Chamond (42 - Loire), en zone urbaine dans la Vallée du Gier.

Son positionnement entre Saint-Etienne (20 mn) et Lyon (40 mn) permet une accessibilité aisée par le réseau autoroutier, aéroportuaire, ou ferroviaire et est à proximité des universités et grandes écoles. L'établissement dispose de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales. Très bonne confraternité dans l'établissement.

DESCRIPTION DU POSTE

Maternité de niveau 1 réalisant entre 700 et 800 accouchements par an. Les gynécologues-obstétriciens assurent la prise en charge des patientes dans le cadre de consultations de gynécologie et d'obstétrique. Acquisition d'un nouvel échographe en 2019. L'équipe assure également la gestion des salles de naissance et les prises en charge en urgence. Possibilité de développer une activité chirurgicale. Permanence des soins assurée en astreinte ou en garde. Anesthésiste-réanimateur présent en garde 24h/24. Pédiatre en astreinte. Coopération possible avec le CHU de Saint-Etienne. L'établissement est membre du réseau de périnatalité ELENA. Possibilité de financement de formation continue par l'établissement.



RENSEIGNEMENTS ET CANDIDATURES

Dr Amor HAMOUDA, Chef de service de la maternité
04 77 31 19 35 - a.hamouda@hopitaldugier.fr

M. Cédric COUTRON, Directeur des affaires médicales
04 77 31 19 01 - c.coutron@hopitaldugier.fr





**ACTIONS
SANTÉ
FEMMES**

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