

“

Des cahiers du SYNGOF à la revue SYNGOF

2021 sera pour notre syndicat l'année d'une nouvelle image, ce qu'on appelle son identité visuelle.

C'est le fruit d'une réflexion du conseil d'administration, murie tout au long de l'année 2020. Les couleurs, le logo, les moyens de communication qui ont été retenus épousent le dynamisme de notre époque.

Communication numérique plus que papier : l'écrit reste notre principale arme. Communication mensuelle plus que trimestrielle, car l'enchaînement des engagements du SYNGOF doit être porté à la connaissance de tous ses membres au plus près de nos actions. Nous avons donc adopté un rythme de newsletters mensuelles, voire plus fréquentes si l'actualité l'impose.

Nous avons souhaité garder toutefois un rendez-vous annuel sous forme de revue Papier dont vous découvrirez le premier numéro : la revue « SYNGOF » sera annuelle, elle s'ouvrira sur le compte rendu de notre assemblée générale annuelle, statutaire. Elle sera le lieu de publication d'éléments importants qui ont marqué l'année précédente ou que l'on pressent importants pour l'année à venir. Elle pourra être le lieu de débats, d'exposés de dossiers complexes.

Elle sera ce que vous voudrez en faire, la collaboration de chacun est indispensable à notre aspiration d'en faire une image fidèle de notre syndicat.

Je vous souhaite une bonne lecture.

Amicalement

Bertrand de Rochambeau
Directeur de la Publication

”

FAISONS LE POINT

06. Compte rendu de l'Assemblée Générale du 26 mars 2021
11. Résultats des élections URPS : AVENIR SPÉ - LE BLOC, premier syndicat des médecins spécialistes
12. Ségur de la santé - Communiqué d'Action Praticiens Hôpital

NOS COMBATS

Engagement syndical

14. Don d'ovocytes : ouvrons la pratique des différentes activités de PMA à tous les centres, sans distinction public ou privé - Tribune du Pr Michaël GRYNBERG
17. Le CNP GO GM : Genèse d'un rapprochement pour une meilleure représentation des deux spécialités - Interview du Dr Arnaud GRISEY

Pratique quotidienne

19. Place du gynécologue dans les CPTS - Interview du Dr Parvine BARDON
22. Devenir des dossiers médicaux - Explications du Dr Odile CONTY-HENRION
24. Devenir Maître des Universités en Gynécologie Médicale - Interview du Dr Parvine BARDON
29. De l'imprévoyance du médecin libéral - Interview du Dr Hubert SÉVIN
32. Label IHAB : Faire progresser les maternités pour améliorer le ressenti des mamans et de leur famille - Interview du Dr Christine MICHEL-ADDE

RCP

37. Qui est responsable de la Paralyse périnatale par lésion traumatique du plexus brachial ? - Analyse du Pr Claude RACINET et du Dr Henri STOFFT

BOITE À OUTILS

43. IVG médicamenteuse en ville : fiche pratique
45. Une plateforme pour améliorer la prise en charge de l'endométriose
45. Codage des actes : les nouveautés de notre plateforme eLearning
45. Des applications mobiles utiles

EN LIBRAIRIE

46. La femme... et l'homme - Raymond BELAICHE

NOUS CONTACTER

47. Conseil d'administration
48. Délégués régionaux

N°01

2021

SOMMAIRE



Édition annuelle

Directeur de la Publication :
Dr Bertrand de Rochambeau Tél. 01 64 72 74 26
bdr@club-internet.fr

Comité de Rédaction :
Docteurs de Rochambeau, Paganelli,
Rivoallan, Gravier

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 d'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 :

Emeline Barbé

Maquette P.A.O. : Réseau Pro Santé
ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 2^{ème} trimestre 2021

Imprimé en EU

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



**UNISSONS-NOUS DANS NOS DIVERSITÉS POUR
RÉUSSIR NOTRE AVENIR DANS UN SYSTÈME DE
SANTÉ EN MUTATION !**

Le SYNGOF est le seul syndicat des gynécologues médicaux
et des gynécologues obstétriciens, publics et privés.

Les enjeux sont nombreux : **rejoignez-nous !**

Vous pouvez adhérer directement en ligne en scannant ce QR CODE



ÉDITORIAL



BERTRAND DE ROCHAMBEAU

Président du SYNGOF, co-Président du BLOC

Les réponses de l'Etat face à la désertification médicale en gynécologie ? multiplier les sages-femmes qui ne sont ni médecins, ni médecins spécialistes. Laisser la pratique de la gynécologie médicale sans financement à la hauteur d'une médecine spécialisée...

Vous avez dit « déserts médicaux » ?

Le constat est patent, dénoncé depuis le début du siècle avec force et constance par le SYNGOF : les effectifs des médecins spécialistes de la femme se sont effondrés et très peu de mesures ont été prises pour corriger ce fait. Ils ont donc été programmés à la baisse, dans toutes les composantes de la profession : gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens privés comme publics. Les conséquences sont celles que l'on connaît actuellement et la situation est appelée à durer encore dix ans minimum selon les projections du CNOM.

Cela se traduit par 1/3 des départements sans maternités privées où les patientes n'ont plus le choix de leur maternité ; la disparition des maternités de proximité ;

la multiplication des médecins à diplôme hors Union Européenne dans les maternités publiques, qui ne parvient pas à faire descendre le taux de vacance des postes sous 20% ; la rareté des soins spécialisés en gynécologie médicale comme en gynécologie hyperspécialisée avec liste d'attente, retards de diagnostic, retard de traitement, difficultés croissantes d'accès aux IVG. Conséquences qui impactent directement 50% de la population française adulte : la population féminine.

Et quelle est la réponse de l'Etat : multiplier les sages-femmes qui ne sont ni médecins, ni médecins spécialistes. Créer des plateformes de coordination pour améliorer l'accès aux rares spécialistes. Multiplier les dérogations pour l'exercice des médecins formés hors UE. Décréter des compétences supplémentaires aux sages-femmes sans en assurer préalablement la formation. Laisser la pratique de la gynécologie médicale sans financement à la hauteur d'une médecine spécialisée. Laisser les gynécologues obstétriciens libéraux dans l'incertitude de leur RCP. Continuer à négliger les réseaux périnataux. Passer sous silence la dégradation des résultats périnataux en France, les mauvais résultats de la mortalité maternelle en lien avec l'organisation des soins. Enfin, entretenir par la voix d'un ministère dédié le « gynecobashing ».

La désertification médicale en gynécologie n'est pas une vue de l'esprit et n'est pas près de se résorber. Question subsidiaire : Que font les féministes, si promptes à se mobiliser devant les injustices envers les femmes ? Pourquoi ne sont-elles pas devant l'avenue de Ségur ?

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE SYNGOF

Vendredi 26 mars 2021
14h00



Dr Bertrand de ROCHAMBEAU*

Etaient présents les Docteurs :

AGOPIANTZ, BOISSELIER, BONNEAU, BRETONES, CACAULT, COICAUD, DE BIEVRE, DE ROCHAMBEAU, DU ROUCHET, FAIDHERBE, FIGNON, GARRIOT, GRAVIER, GUÉRIN, GUIGNES, HOROVITZ, LAPLACE, LEGRAND, LE PORS, LONLAS, MIRONNEAU, MOTTAIS-COSNEFROY, PAGANELLI, PEIGNÉ, RIVOALLAN, ROBION, SAINT-PAUL.

Etaient excusés les Docteurs :

BLUM, GRISEY, LAZARD, THIEBAUGEORGES.



ouverture de l'Assemblée Générale à 14h par le Président B. de Rochambeau. Réalisée par mode de visioconférence pour respecter les précautions dans cette période de confinement.

Synthèse de l'année 2020 – Bertrand de Rochambeau

Durant cette année marquée par l'épidémie de Covid-19, nous avons été à l'écoute des préoccupations de nos adhérents, tant auprès des libéraux qui ont dû adapter leur activité en cabinet durant la période de confinement qu'auprès des praticiens du public qui ont dû faire face à une montée en charge de leur activité tout en prenant part aux discussions du Ségur de la Santé.

Dès le mois de mars, nous avons communiqué au maximum pour être à l'écoute de tout le monde au moment où il a fallu que chacun trouve des repères pour faire face à l'épidémie tout en se préservant.

Face à l'impossibilité de nous réunir régulièrement, nous avons réfléchi à notre politique de communication et avons fait le choix de modifier notre manière de communiquer à l'extérieur comme à l'intérieur, en utilisant les outils numériques au maximum.

Nous avons veillé à actualiser sur le site les informations et recommandations qui sortaient et les avons relayées via la mise en place des newsletters. Nous avons même anticipé les questions que chacun pouvait être amené à se poser en termes de protection et en termes d'attitude vis-à-vis des patients. Peu de syndicats de verticalité ont autant collé à l'actualité comme nous l'avons fait.

Le syndicat a également travaillé sur le renouvellement de son image avec l'élaboration d'une nouvelle charte graphique et d'un nouveau logo et prochainement le lancement d'un nouveau site.

*

Président du SYNGOF, Co-Président du BLOC

Rapport des pôles

Gynécologie médicale : Elisabeth PAGANELLI

Le SYNGOF est le seul syndicat des gynécologues médicaux et des gynécologues obstétriciens, publics et privés. Dans cette période de transformation de notre système de santé, le SYNGOF veille à défendre et préserver les spécificités de notre exercice en tant que gynécologues libéraux, hospitaliers et aussi salariés puisque notre mode d'exercice évolue.

Le SYNGOF lutte pour le maintien de la démographie des gynécologues. L'Île-de-France a perdu en 18 mois 479 Médecins libéraux, dont 72 gynécologues médicaux, avec 84 départs contre 12 arrivées. Mais il ne faut pas oublier que la formation des gynécologues médicaux avait été supprimée pendant 16 ans et ouverte en 2003 à l'ECN.

Le SYNGOF se bat pour améliorer les conditions de travail des gynécologues médicaux :

- Défense du secteur 2.
- Revalorisation tarifaire de nos spécialités.

En 2020, les gynécologues médicaux du CA du SYNGOF ont :

- ♦ **Répondu à toutes les questions** des adhérents, des journalistes sur les sujets de leur spécialité ;
- ♦ **Adressé à leurs collègues de la FNCGM**, dès le début de l'épidémie au SARS-CoV-2, les newsletters « COVID » pour les informer rapidement des alertes et des recommandations et ont travaillé avec la FNCGM à l'élaboration de la fiche hygiène au cabinet ;
- ♦ **Participé avec le médecin référent ROR** de l'agence du numérique en Santé à l'élaboration des spécificités de l'offre de soins en gynécologie médicale hors structures. Les gynécologues proposent aux patients des soins non pratiqués par tous (IVG MED de ville, PMA, échographie, colposcopie...).
- ♦ **Participé à la création de l'e-learning IVG MED** et **participé à l'audition** visant à renforcer le droit à l'avortement, organisée le 14 décembre 2020 par Mme Laurence ROSSIGNOL, Sénatrice sur la proposition de loi ;
- ♦ **Travaillé à l'organisation de la session 2021 SYNGOF à PSF** « Où va notre profession ? Changements et avenir ? ».

Durant cette session, le sujet « **Place et intérêt du gynécologue libéral dans les CPTS** » a traité des nouvelles organisations territoriales et a démontré la place du gynécologue de ville au cœur du dispositif. Le sujet « **Téléconsultation et télé-expertise** » a présenté les nouvelles technologies en cabinet pour améliorer l'accès virtuel aux consultations et pour améliorer la coordination des soins gynécologiques de ville entre les professionnels de santé en charge de la santé de la femme.

Le SYNGOF défend par ailleurs le libre accès au gynécologue et la nécessaire coordination avec les autres professionnels de santé.

Pour clore le rapport du pôle Gynécologie Médicale, **Victoria MOTTAIS-COSNEFROY de l'AIGM** est invitée à nous présenter un diaporama sur le nombre et le devenir des GM d'après une enquête que l'AIGM (association des internes en GM) a mené.

Densité actuelle en GM :

Entre 2010 et 2019 : on compte 500 départs en retraite de GM non remplacés sur le territoire. Une enquête de l'AIGM réalisée auprès des GM installés note pour **près de 90%, un impact des départs à la retraite sur leur fonctionnement avec une augmentation de leur taux d'activité.** Depuis 2005 et surtout 2011, on observe une **augmentation progressive du nombre de postes aux ECN pour les GM (84 postes en 2020)**, l'Île-de-France regroupant la majorité des postes, ce qui montre qu'on est de plus en plus formés.

Concernant la formation des internes : **nombre d'entre eux font un ou plusieurs DIU et DI**, qui leur permettront d'augmenter leur champ d'actions quand ils seront installés, et une minorité fait des Master 2 et DES de Sciences.

Parmi les FST, **la médecine de la reproduction et l'andrologie est la plus prisée, vient ensuite l'oncologie.**

On note une modification des pratiques d'exercices : peu s'installent en ville, il y a de plus en plus d'activités hospitalières et davantage d'activités mixtes. **On recense après l'ECN beaucoup de**



postes en assistantat partagé, qui développent des pratiques nouvelles. Notons que de plus en plus d'internes sont formés à l'échographie pelvienne et à la colposcopie, ce qui est en phase avec les nouvelles recommandations.

En conclusion, il est important de maintenir le nombre actuel de postes à l'ECN, voire de les

augmenter quand c'est possible pour pallier les départs en retraite, en tenant compte des disparités régionales. Les modifications des conditions d'exercice sont intéressantes avec de plus en plus d'activités GM installées en activité mixte, ce qui permet d'avoir une meilleure répartition de l'activité et du nombre de patientes couvertes.

Gynécologie obstétrique hôpital public : Pascale LE PORS-LEMOINE

L'année 2020 a été marquée par les négociations dans le cadre du Ségur de la Santé et le rapport présenté en septembre 2020 par Madame Notat. L'union syndicale APH (AH + CPH) et JM n'a pas signé l'accord contrairement aux autres Intersyndicales de PH, du fait d'une revalorisation en trompe l'œil : certes une revalorisation de début de carrière est prévue par effacement des 4 premiers échelons (entrée 4 441,11 euros bruts pendant 5 ans) mais rien n'est prévu pour les milieux de carrière et 3 échelons sont rajoutés en fin de carrière, le dernier étant quasi inaccessible (37 à 39 ans de carrière = 8900 euros bruts). Par ailleurs, on note l'absence de toute revalorisation des gardes et astreintes, ainsi que l'absence de remédicalisation réelle de la gouvernance hospitalière.

N'ayant pas signé l'accord, APH - JM a dû passer par un référé pour réintégrer les réunions de suivi du Ségur au Conseil Supérieur des Professions Médicales (CSPM) : après une dizaine de visioconférences, beaucoup d'échanges, peu de choses ont été prises en compte : pour preuve, concernant l'attractivité : **refus de prise en compte de l'effacement des premiers échelons pour l'ensemble des PH.**

L'ordonnance visant à « favoriser l'attractivité des carrières médicales hospitalières » et celle « relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la remédicalisation des décisions à l'hôpital » ont reçu par deux fois un vote défavorable unanime des Intersyndicales de PH tandis que la gouvernance actuelle (FHF, directeurs, etc.) a exprimé un vote favorable à l'unanimité. Ainsi, malgré l'opposition très claire des praticiens hospitaliers, ces ordonnances ont été signées le 17 mars 2021 par le Président de la République. Reste la discussion des décrets d'application.

Représentation active au CNG

On ne peut être médecin hospitalier et se résoudre à l'inégalité de traitement entre les deux corps gérés, PH et directeurs : l'organigramme est quasi exclusivement administratif (seule la sous-directrice fut PH avant d'être D.A.M).

En témoignent les chiffres :

- ♦ Du côté des PH : 58 000 PH et 20 salariés gérant pour eux 130 commissions statutaires et disciplinaires, les ECN et le concours de PH. Aucune réunion Qualité de Vie au Travail (QVT) et en cas de suspension, les délais de réponse atteignent régulièrement 18 mois, 2 ans voire plus ;
- ♦ Du côté des directions : 5 300 directeurs, 12 commissions, des concours directeurs et 4 réunions QVT. En cas de suspension, l'instruction se fait dans les 4 mois.

Vos représentants au CA du CNG revendiquent vivement une remédicalisation de la gouvernance du CNG, avec la promesse de nomination d'un PH référent (la moindre des choses pour l'instruction des dossiers !) et la nomination de PH dans le cadre de missions (ce qui est effectif pour le docteur Jacques Trévidic, en charge du déploiement des conciliations locales et établissement de lien avec la médiation régionale et nationale).

Par ailleurs, plusieurs réunions concernant la carrière des PH ont eu lieu avec le CNG, en lien avec le suivi du Ségur : le concours de PH reste national, les fiches descriptives de postes deviennent réellement obligatoires et sont mis en place des entretiens entre pairs en début de carrière (année probatoire, entretien à 6 mois pour ajuster si nécessaire les besoins et les attentes), puis si besoin en cours de carrière.

Enfin, le pôle PH a participé au congrès Paris Santé Femmes 2021 et a animé deux présentations : « **Gynécologie publique : attractivité et renouvellement** » et « **Les élections professionnelles : A quoi ça sert ?** ».

En conclusion : ce fut une année syndicale très active, marquée par la COVID, une multitude de visioconférences et les espoirs en grande partie déçus du Ségur.

Malgré toutes ces actions, la difficulté persiste à mobiliser les gynécologues obstétricien(ne)s, temps plein ou temps partiel hospitaliers afin qu'ils (elles) s'engagent plus et un appel fort dans ce sens est lancé : nos Inter Syndicales ont

obtenu une augmentation des moyens syndicaux (passant de 6 à 18 ETP pour l'ensemble des 58 000 PH...), c'est mieux mais nettement insuffisant au regard des moyens attribués aux autres professions de l'hôpital.

Ceci offre néanmoins la possibilité dans le cadre des activités hospitalières, de dégager du temps afin d'agir pour la qualité et l'organisation des soins, la qualité de vie au travail et la juste reconnaissance de notre profession de gynécologues et obstétriciens au sein de l'hôpital.

**ENGAGEZ VOUS !
ADHEREZ AU SYNGOF**

Gynécologie obstétrique : Bertrand de ROCHAMBEAU

2020 s'est annoncée comme marquant la fin de notre convention (née en 2015 suite aux dernières élections URPS), avec l'arrivée d'un nouveau directeur à la CPAM : Thomas Fatome. La convention avait été négociée avec le précédent directeur Nicolas Revel et avait abouti à la création de l'OPTAM et de l'OPTAM-CO qui ont beaucoup bénéficié à nos spécialités.

Thomas Fatome a été vite absorbé par la crise sanitaire et la gestion de toutes ses équipes. Nous avons entretenu un contact régulier en vue de mettre en place des dédommagements pour les personnes qui se sont trouvées en arrêt d'activité et celles qui ont donné de leur temps et savoir-faire pour traiter les malades du Covid. Ce fut compliqué car Thomas Fatome n'avait aucune latitude, tout était décidé au niveau du ministère et les décisions prises ont été longues à s'appliquer. Certains confrères ne sont toujours pas dédommagés à ce jour.

Elections aux URPS

Les élections aux URPS auront lieu du 31 mars au 7 avril. On attend le résultat de ces élections pour redessiner le paysage syndical : le SYNGOF s'est allié avec les autres spécialités au sein de l'union syndicale AVENIR SPÉ – LE BLOC qui a repris la défense exclusive des spécialistes, et en particulier ceux des plateaux techniques des établissements, contrairement aux autres centrales pluri-catégorielles. C'est une première

depuis que la convention existe et cela constitue un renfort de poids. Il est en effet capital de gagner haut la main ces élections pour obtenir une forte représentativité face à la CNAM et au ministère, car aujourd'hui notre représentation est trop morcelée et en seconde ligne dans les négociations.

Clause de conscience IVG

Autre fait majeur de 2020 : la défense de la clause de conscience spécifique à l'IVG. Si le SYNGOF soutient les femmes dans leur droit à l'avortement, il défend la clause de conscience spécifique pour que l'IVG ne soit pas imposée au personnel médical qui ne veut pas pratiquer cet acte, et nous l'avons soutenue à plusieurs reprises en 2020.

Autorisations d'activités

Nous avons également été présents dans les discussions sur les autorisations d'activités. C'est un long travail de négociations auquel le SYNGOF a participé pour défendre nos maternités et établissements de santé. Depuis la loi de 2016, c'est le gouvernement qui décide les autorisations d'activités et la politique est particulièrement orientée vers l'hôpital public, au détriment des établissements privés.

A l'heure actuelle, un projet d'ordonnance est en cours, qui prévoit la possibilité d'attribuer des autorisations conjointes à deux entités juridiques différentes, ce qui ouvrirait la porte à une perte de contrôle des médecins sur leurs outils de tra-



vail, en particulier pour les équipements lourds comme la radiologie. Par ailleurs, la HAS a été saisie sur les indicateurs de chirurgie pour l'évaluation des établissements et de leurs équipes.

Soutien aux confrères victimes du trou de garantie

Autre sujet : les confrères ruinés pour défaut d'assurance et qui, du fait des changements de législation, se sont retrouvés momentanément non couverts pour des dommages qu'ils doivent assurer. Nos dernières actions pour demander au gouvernement d'agir n'ont pas trouvé d'écho auprès de notre précédente ministre Agnès Buzyn. Le combat continue, nous allons mettre en ligne un site spécifique pour faire témoigner les confrères victimes, pour informer et retourner l'opinion publique vis-à-vis de cette anomalie. En effet, ce n'est pas le patrimoine des confrères qui permettra de couvrir les millions d'euros de dédommagements.

Et les assurances ont mis des plafonds au-delà desquels elles ne couvrent plus. Ainsi, si le fonds de garantie prévu à cet effet ne peut intervenir, ou tout autre fond public, les patients ne pourront pas être dédommagés. Les réseaux sociaux devraient nous permettre de les interpeller pour faire bouger le gouvernement.

IBODE

Un nouveau décret est paru le 1^{er} janvier 2021 : les IBODE sont les seuls à pouvoir écarter, aspirer et coaguler dans les aides opératoires. LE BLOC a attaqué ce décret en référé-suspension au Conseil d'Etat, plaidé deux fois de suite : la décision est à présent en délibéré. Si le décret n'est pas suspendu, une démarche est d'ores et déjà prévue pour un référé en annulation. La consigne du BLOC pour le moment est de ne rien changer à vos pratiques face à un décret inapplicable.

Rapport du Trésorier et fixation de la cotisation - Antoine GRAVIER

L'année 2019 a permis de prendre en compte un certain nombre d'éléments comptables du passé qu'il a fallu régulariser afin de s'adapter aux changements profonds nécessaires du mode de fonctionnement du syndicat.

Si l'année 2020 a été plus que chaotique sur le plan de nos activités, elle a toutefois eu comme vertu de diminuer les dépenses, en particulier les frais de déplacements.

Il n'y a pas eu d'effet désastreux sur les cotisations : s'il y a une certaine érosion de ces dernières, il s'agit seulement de 70 personnes sur 700 adhésions, le pôle Public étant celui qui a le plus significativement baissé. Au global, la baisse reste toutefois relative et le déficit est à ce jour très modéré. Nous pouvons donc envisager l'avenir plus sereinement désormais.

Antoine Gravier propose des cotisations spécifiques pour les praticiens hospitaliers et pour les médecins salariés, afin de s'adapter à leur statut et rendre l'adhésion plus attractive.

Il est décidé pour 2022 :

- ♦ Une cotisation jeune praticien hospitalier à 70 euros pour les moins de 35 ans.
- ♦ Une cotisation pour les médecins salariés public/privé à 110 euros.

Le montant reste inchangé (230 euros) pour tous les autres adhérents.

L'AG est close à 16h20

RÉSULTAT DES ÉLECTIONS AUX URPS

AVENIR SPÉ - LE BLOC DEVIENT LE PREMIER SYNDICAT DES MÉDECINS SPÉCIALISTES



Dr Bertrand de ROCHAMBEAU*

Les principaux syndicats de spécialités se sont unis pour former AVENIR-SPÉ avec qui LE BLOC s'est allié pour former AVENIR-SPÉ – LE BLOC. Notre union syndicale, pour la première fois dans la vie conventionnelle, constitue une force consacrée exclusivement à la défense des seuls médecins spécialistes.

Malgré une faible participation des médecins spécialistes libéraux aux élections URPS (21,60%), expliquée par l'impact de la crise sanitaire et le nouveau mode de scrutin, vote organisé pour la première fois par voie électronique, notre union syndicale remporte ces élections haut la main.

AVENIR SPÉ - LE BLOC est aujourd'hui de manière indiscutable le premier syndicat des médecins spécialistes.

Avec AVENIR-SPÉ - LE BLOC, nous renforcerons le secteur 2 et garantirons un espace de liberté tarifaire en secteur 1, nous défendrons sans concession l'exercice libéral du spécialiste et affirmerons l'accès direct aux spécialistes libéraux.

Pour lire notre programme, rendez-vous sur le site : www.avenirspelebloc.fr

Notre alliance syndicale s'imposera à toutes les instances : gouvernementales, assurantielles (CNAM et complémentaires), régionales (ARS), fédérales (FHP, Groupes de cliniques) comme représentative et incontournable des médecins spécialistes. Nous redessinerons le paysage de la médecine spécialisée.

La tâche qui nous attend est immense : nous nous mettons au travail dès à présent pour traduire en actes le projet que nous portons avec détermination pour les cinq années à venir.

*
Président du SYNGOF, Co-Président du BLOC



3^{ÈME} COMITÉ DE SUIVI DU SÉGUR ET INJUSTICE DU RECLASSEMENT

LE MINISTRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ OUBLIE LES PH EN ACTIVITÉ !

Dr Jean-François CIBIEN*

Dr Carole POUPON**

Communiqué d'Action Praticiens Hôpital

Le lundi 12 avril 2021, le Ministre des Solidarités et de la Santé a présidé le 3^{ème} comité de suivi du Ségur et s'est félicité de la tenue des engagements du Ségur. Action Praticiens Hôpital, union d'Avenir Hospitalier et de la Confédération des Praticiens des Hôpitaux, ne partage pas cette analyse.

Extraits de la présentation de la DGOS du 12 avril sur le suivi du Ségur

Suite aux concertations du plan Ma Santé 2022, qui prévoyait la suppression des 3 premiers échelons de PH, le reclassement aurait dû être réglé au sein des « négociations » Ségur. Au contraire, sont créées une série d'injustices, puisque les mesures Ségur défavorisent :

- ♦ Tous les PH en activité, les privant d'une reprise de 4 ans d'ancienneté accordée aux PH nommés après le 1^{er} octobre 2020 ;
- ♦ Tous les PH en prolongation d'activité, les privant de l'accès aux 3 derniers échelons car leur ancienneté dans le dernier échelon n'était pas intégrée.

Que constatons-nous ?

Le Ministre annonce ce jour pour les PH en prolongation d'activité la correction de cet oubli. Mais aucune mesure nouvelle n'est prise pour ceux qui portent à bout de bras l'hôpi-

tal d'aujourd'hui et feront encore vivre celui de demain. Le Ministre campe sur une position incompréhensible, renonçant à corriger l'erreur du Ségur en vantant qu'il nous propose « une dynamique et une perspective de carrière ».

Action Praticiens Hôpital a demandé en séance que la reprise des 4 années d'ancienneté vienne corriger l'effet dévastateur de cette mesure discriminatoire pour tous les praticiens hospitaliers. Sur ce sujet comme celui de la 5^{ème} demi-journée qui étaient les deux principales revendications d'APH lors des ultimes concertations du Ségur, nous sommes rejoints par une intersyndicale signataire du protocole d'accord !

Avec encore 30% de postes vacants à l'hôpital (et jusqu'à 40% dans les spécialités à permanence des soins, celles-là même qui sont particulièrement sollicitées par la crise sanitaire),

*

* Président APH, Président AH

** Vice-Présidente APH, Présidente CPH



Aucune mesure nouvelle n'est prise pour ceux qui portent à bout de bras l'hôpital d'aujourd'hui et feront encore vivre celui de demain.

le Ségur devait mettre en place une politique pour l'attractivité des carrières médicales à court, moyen et long terme. Pourtant, dans une enquête récente, seulement 23% des internes veulent rester à l'Hôpital Public...

NON, le Ministre ne peut se féliciter des résultats du Ségur des professions médicales !

Action Praticiens Hôpital et l'ensemble des composantes s'insurgent sur des discours qui ne sont que des écrans de fumée et continueront à faire fuir les praticiens de l'hôpital. Ni le reclassement de tous les praticiens sur un principe équitable de reprise de 4 ans d'ancienneté, ni la valorisation de la permanence des soins sur le travail de nuit et de week-end, ni le

décompte du temps de travail (au minimum : 24 heures = 5 demi-journées), demandes pourtant indispensables, portées lors du Ségur par APH pour un choc d'attractivité pour devenir et rester praticiens hospitaliers, ne sont envisagés.

Comment l'État Français peut-il se satisfaire d'une réforme qui ne répond pas à la nécessaire reconnaissance du travail et de la pénibilité de l'exercice quotidien des praticiens hospitaliers ? APH demande à être reçu par le Ministre des Solidarités et de la Santé et avertit que, sans geste significatif du ministère envers les praticiens hospitaliers dans leur ensemble, appellera à une mobilisation massive des praticiens hospitaliers à l'issue de la vague actuelle de COVID.



DON D'OVOCYTES

OUVRONS LA PRATIQUE DES DIFFÉRENTES ACTIVITÉS DE PMA À TOUS LES CENTRES, SANS DISTINCTION PUBLIC OU PRIVÉ



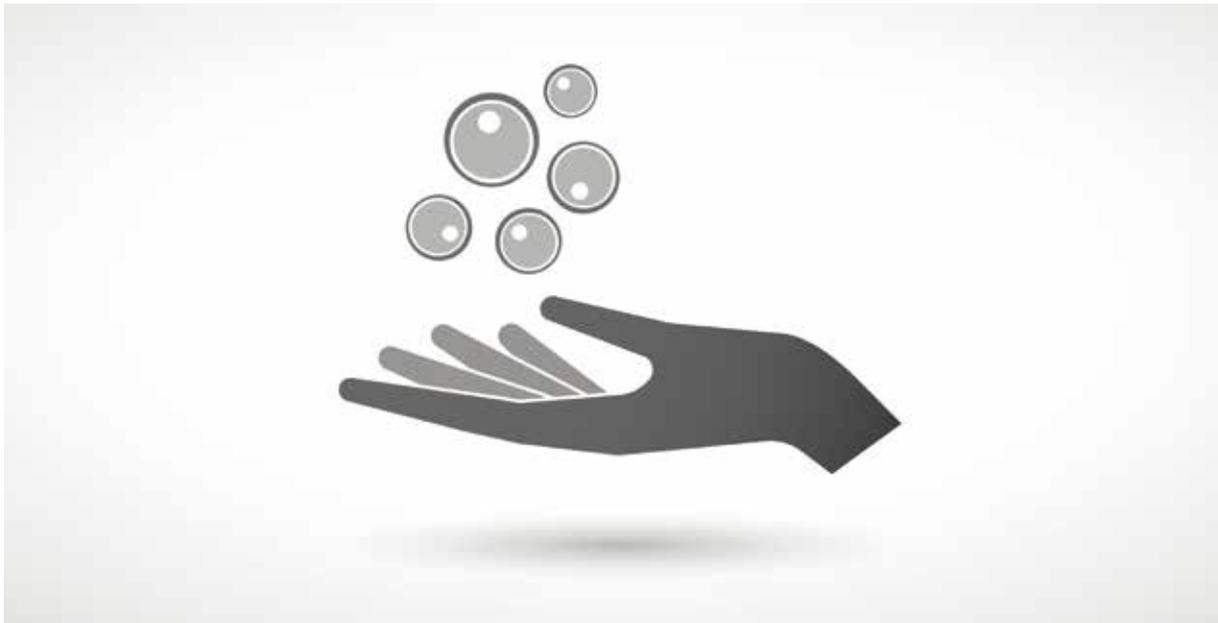
Tribune du Pr Michaël GRYNBERG*

Dans le cadre des propositions de révision de la loi de bioéthique, il est prévu que les activités de don d'ovocytes, d'autoconservation des ovocytes et d'accueil d'embryons soient réservées aux centres publics et privés à but non lucratif.

Cette discrimination prive les patients d'un accès plus rapide au don d'ovocyte et organise la pénurie de l'offre. Actuellement, le service public est en effet incapable de répondre à la demande, avec des délais qui dépassent 2 ans pour l'obtention d'un don d'ovocytes. Le SYNGOF rejoint les professionnels de l'AMP, publics et privés, qui s'accordent dans leur ensemble pour exiger qu'aucune différence ne soit faite entre les centres publics et privés pour la pratique des différentes activités d'AMP, dont l'autoconservation ovocytaire qui doit faire partie intégrante de l'autorisation FIV. Une position partagée par Michaël Grynberg, Professeur des Universités et Chef du service de Médecine de la Reproduction & Préservation de la Fertilité au sein du Centre Hospitalo-Universitaire Antoine Bécère, qui nous expose son point de vue dans cette tribune.

Les CECOS militent pour que l'activité de congélation d'ovocytes ne soit pas élargie au secteur privé. Cependant les arguments utilisés pour refuser cette ouverture, alors que les futures lois de bioéthiques vont autoriser l'autoconservation ovocytaire sans nécessité

d'un motif médical, ne sont à mon sens pas justes. Il est souvent mis en avant la crainte d'une dérive mercantile. Or, le secteur privé réalise aujourd'hui la majorité des actes d'assistance médicale à la procréation (AMP) en France. Ces centres pratiquent la congélation



d'ovocytes dans le cadre de l'AMP, sans que personne ne soit choqué. Dès lors, pourquoi les centres privés ne pourraient pas participer à une nouvelle activité dont ils maîtrisent la technique. Pourquoi les femmes ne pourraient-elles pas, comme pour l'AMP conventionnelle, avoir le choix du praticien et du centre au sein duquel elles veulent être prises en charge. Que redoute-t-on ? Que des dépassements d'honoraires soient pratiqués pour l'autoconservation d'ovocyte ? A priori, la future loi l'interdira, ce qui à mon sens est discutable. Nous serions le premier pays au monde à prendre en charge intégralement cette médecine reproductive préventive. Je pense d'ailleurs que les pouvoirs publics n'ont pas conscience du nombre de demandes auxquelles nous allons faire face, que le secteur public ne pourra jamais absorber. D'où l'importance d'intégrer le secteur privé.

Cessons de diaboliser le secteur privé

Aujourd'hui la congélation d'ovocytes est autorisée exclusivement pour les femmes souffrant de pathologies médicales, plus ou moins lourdes. Initialement, cette activité de préservation de la fertilité a été mise en place dans des contextes oncologiques. La nécessité d'interactions multidisciplinaires pour des patientes aux pathologies lourdes, a fait proposer de prendre en charge ces patientes dans des centres publics. Ceci étant,

la congélation d'ovocytes s'est rapidement étendue à d'autres indications telles que l'endométriose et d'autres pathologies gynécologiques bénignes, pour des patientes qui se rapprochent plus de celles traitées quotidiennement en AMP. Cette activité aurait donc déjà dû s'ouvrir depuis longtemps au-delà du champ des centres publics ou des rares centres privés à but non lucratifs qui en ont fait la demande. Aujourd'hui, c'est encore une fois diaboliser le secteur privé de dire qu'il va y avoir des dérives parce que ces centres gagnent de l'argent.

D'ailleurs, je pense que les CECOS n'ont plus lieu d'être en France en 2021. Ils ont été une entité extrêmement importante au tout début du don de gamètes. Ils ont eu un rôle crucial et cela a été particulièrement bien pensé par le Professeur Georges David à l'époque. Mais cinquante ans plus tard, faire reposer la congélation d'ovocytes et le don de gamètes uniquement sur les CECOS n'a plus aucun sens. Si on regarde dans tous les autres pays, les centres qui pratiquent l'AMP le font avec tout ce qu'elle comporte, notamment, les autoconservations et les dons de gamètes, tout en respectant le cadre qui régit chaque activité. Pourquoi ne pas prendre exemple sur ces pays où les taux de succès de l'AMP sont bien meilleurs qu'en France et vers lesquels nombre de nos compatriotes se tournent ?



Adaptons-nous à la PMA moderne

Aujourd'hui nous sommes prisonniers de notre système basé sur le « tout remboursement ». Cette activité d'autoconservation d'ovocytes va coûter très cher à la sécurité sociale, dont les comptes sont déjà déficitaires. Il est déjà certain que les centres publics vont être asphyxiés : les laboratoires sont dimensionnés pour faire un nombre limité de ponctions d'ovocytes. L'augmentation importante du nombre de ponctions, puisqu'il en faudra entre 2 et 3 par femme qui désire congeler ses ovocytes, va surcharger les centres qui ne pourront faire face à la demande, à moins de limiter les actes d'AMP conventionnelle. Si on veut que le secteur public soit le seul à faire la congélation, on devra accepter d'avoir des longs délais d'attente de 6 mois, un an, voire deux ans, ce qui constituera une perte de chances pour les femmes.

Acceptons que tout ne soit pas remboursé mais faisons en sorte que les patientes puissent être traitées correctement, qu'une patiente qui habite dans un petit village et qui souhaite faire congeler ses ovocytes, puisse aller dans un centre d'AMP à côté de chez elle plutôt que parcourir 200 kilomètres pour trou-

ver un centre public qui congèle mais qui ne sera pas forcément plus performant.

Restons cohérent, adaptons-nous à la PMA moderne, regardons ce qui a été fait à l'étranger et sortons d'un système où on est prisonnier de vouloir tout rembourser.

★

Michaël Grynberg est un Gynécologue Obstétricien internationalement reconnu, spécialiste en Endocrinologie de la Reproduction, Infertilité et Andrologie. Il est Professeur des Universités et Chef du service de Médecine de la Reproduction & Préservation de la Fertilité au sein du Centre Hospitalo-Universitaire Antoine Béclère.

Membre fondateur de la Société Française d'Oncofertilité dont il est actuellement président, il est coordinateur élu du groupe d'intérêt sur la Préservation de la Fertilité au sein de la Société Européenne Humaine de Reproduction et Embryologie (ESHRE).

Parmi ses nombreuses contributions dans le domaine de la reproduction on notera qu'il a été pionnier dans la technique de maturation ovocytaire in vitro en cas de résistance ovarienne à la FSH ; a rapporté le rôle de ZO-1 dans la différenciation des cellules trophoblastiques placentaires humaines ; a décrit le Follicular Output RaTe (FORT) comme moyen d'évaluer la sensibilité des follicules à la FSH ; a rapporté une régulation différentielle de l'hormone anti-Müllérienne (AMH) par l'estradiol à travers ses récepteurs α ou β ; a proposé l'administration intra-ovarienne d'AMH pour prévenir la perte folliculaire et les altérations de la fertilité après administration de cyclophosphamide.

Ses principaux axes de recherche comprennent l'amélioration de l'efficacité des techniques d'assistance médicale à la procréation, le vieillissement ovarien, la préservation de la fertilité pour motifs médicaux et non médicaux.

LE CNP GO GM

GENÈSE D'UN RAPPROCHEMENT POUR UNE MEILLEURE REPRÉSENTATION DES DEUX SPÉCIALITÉS



Interview du Dr Arnaud GRISEY*

Les spécialités de Gynécologie Médicale et de Gynécologie Obstétrique se sont rapprochées au sein d'un CNP commun : le CNP GO GM.

Le Journal Officiel du 27 mai 2020 a publié l'arrêté fixant l'identité exacte du CNP : Conseil National Professionnel de Gynécologie Obstétrique et de Gynécologie Médicale.

S.- : Pouvez-vous nous rappeler le rôle d'un CNP ?

A. G.- : Les CNP sont les interfaces entre les institutions et la profession : ministères, CNAM, Assemblée Nationale, Sénat, HAS. Ils sont interrogés sur des problèmes précis de façon ponctuelle : par exemple, un gynécologue-obstétricien peut-il remplacer un gynécologue médical en cabinet ? L'avis du CNP peut venir en complément ou en appui de celui des syndicats, du Conseil National de l'Ordre ou des sociétés savantes sur une proposition réglementaire, par exemple, ou sur l'organisation du fonctionnement des établissements de santé en période de crise sanitaire. Très souvent, le CNP choisit des experts

pour rendre l'avis le plus pertinent possible sur un acte médical particulier, par exemple l'hystérosalpingosonographie ou la chirurgie robotique. Le CNP a également un rôle important dans le suivi du parcours professionnel des médecins : formation continue et recertification. Sur un modèle plus ou moins semblable, il existe des Conseils Nationaux pour les professions du spectacle, pour les professions de l'automobile ou pour les avocats.

* *Gynécologue obstétricien, Vice-Président du CNP GO GM*

S : Normalement il y a un seul CNP par spécialité médicale. Quelle a été la genèse de ce rapprochement entre GO et GM au sein d'un CNP commun ?

A. G.- : La GO et la GM sont des spécialités différentes mais dont l'activité a beaucoup en commun dans la santé des femmes : ce sont deux ensembles dont la zone d'intersection est importante. Dans un souci d'efficacité dans sa mission, notre association a demandé à prendre le nom de CNP de GO et de GM en février 2019, lors de sa reconnaissance officielle par l'Etat. Dans les instances du CNP, les GO et les GM sont numériquement représentés en fonction des effectifs des 2 spécialités. Nous avons eu la reconnaissance du Ministre Olivier Véron sur ce dernier point.

S : Quelles sont les ambitions du nouveau CNP GO GM ?

A. G.- : La très récente signature de la convention avec l'Etat permet enfin à notre CNP de bénéficier de l'enveloppe budgétaire minimale nécessaire à son fonctionnement. Ceci nous permettra rapidement de développer la supervision de la formation médicale continue en collaboration avec l'Agence Nationale du

Développement Professionnel Continu et de poursuivre dans de meilleures conditions nos tâches de représentation des professionnels.

S : Comment cela se traduit-il concrètement dans le fonctionnement ?

A. G.- : En pratique, nous ne réfléchissons plus en tant que GO ou GM mais en tant que CNP. Il n'y a aucune lutte de chapelle au sein de l'association, l'ambiance est particulièrement agréable.

S : Quels sont les chantiers en cours et les prochaines échéances ?

A. G.- : Depuis plus d'une année, de nombreuses réunions entre la Direction Générale de l'Offre de Soins, les CNP des spécialités du bloc opératoire et d'autres institutions (ARS, FHF, FHP) ont eu lieu pour élaborer une réforme des autorisations des actes de chirurgie, établissement par établissement. Les modalités et l'organisation de la recertification des médecins est également un gros travail en cours. De façon générale, le versement du budget attendu va enfin nous permettre de nous projeter dans l'avenir et de pouvoir répondre à nos missions de façon plus efficace.

QUELLE PLACE POUR LE GYNÉCOLOGUE DANS LES CPTS ?

L'EXEMPLE DE LA CPTS'O (COMMUNAUTÉ PROFESSIONNELLE TERRITORIALE DE SANTÉ ORLÉANAISE)



Interview du Dr Parvine BARDON*

Les CPTS ont été créées pour coordonner le parcours de soins et améliorer la prise en charge des patients, tout en améliorant les conditions d'exercice des professionnels de santé.

Devant la disparition progressive de la gynécologie en libéral, les CPTS peuvent offrir de nouvelles perspectives de pratique, reconnue par les autres professionnels de santé, dans une filière de soins libérale et non plus seulement hospitalière. C'est ce que nous explique le Dr Bardon à travers l'exemple de la CPTS orléanaise qui se caractérise par sa grande taille, regroupant 16 communes de la métropole d'Orléans, soit 260 000 habitants.

S.- : Pouvez-vous nous présenter les CPTS ?

P.B.- : Les CPTS (Communauté Professionnelle Territoriale de Santé) ont été introduites par la loi de modernisation du système de santé de 2016 pour coordonner le parcours de soins et améliorer la prise en charge des patients et promues par le Plan « Ma Santé 2022 ». En tant qu'association loi 1901, la CPTS réunit les professionnels de santé libéraux d'un territoire, tels que définis par le Code de la Santé Publique et souhaitant y adhérer (gratuitement

pour notre CPTS'O, sachant que cela dépend du règlement intérieur propre à chaque CPTS). Elle bénéficie de la rémunération spécifique prévue par l'Accord Conventionnel Interprofessionnel en faveur du développement de l'exercice coordonné et du déploiement des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé.

*

Gynécologie médicale et obstétrique, trésorière de la CPTS'O

Ses missions sont l'amélioration de l'accès aux soins, l'organisation de parcours pluri-professionnels, le développement d'actions de prévention, l'accompagnement des professionnels de santé et le développement de la qualité et de la pertinence des soins.

S.- : La CPTS orléanaise est particulièrement emblématique de par sa taille. Pouvez-vous nous expliquer son fonctionnement ?

P. B.- : La région Centre-Val-de-Loire est la région la plus sous-médicalisée de France selon le répertoire partagé des professions de santé (RPPS) au 1^{er} janvier 2018. C'est pourquoi les professionnels de santé de la CPTS'O ont souhaité créer une communauté, gérée par eux-mêmes, leur permettant de communiquer entre eux, d'engager un décloisonnement entre tous les acteurs de la santé afin d'améliorer la prise en charge du patient et leurs conditions d'exercice in fine.

Dans ses statuts, la CPTS orléanaise s'est donnée les objectifs généraux suivants :

- ♦ Permettre à la population un accès à des soins de qualité et de proximité ;
- ♦ Elaborer des projets de santé à l'échelle du territoire ;
- ♦ Coordonner les relations interprofessionnelles des acteurs de santé du territoire à travers la mise en place de groupes de travail dédiés ;
- ♦ Mutualiser les moyens et les tâches qui entrent dans le cadre des soins de proximité ;
- ♦ Favoriser une formation professionnelle interdisciplinaire sur le territoire ;
- ♦ Valoriser et faciliter l'exercice libéral des professionnels de santé du territoire ;
- ♦ Faciliter l'intégration de jeunes professionnels.

Ces objectifs ambitieux nécessitent une coordinatrice, qui est notre chef d'orchestre : elle met en musique la partition d'une entité réunissant tous les professionnels de santé de la métropole qui souhaitent participer au projet de santé territorial, qu'ils exercent en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) ou seuls. L'exercice « isolé » est encore la règle mais l'adhésion à la CPTS permet justement de sor-

tir de l'isolement et d'améliorer ses pratiques. Sur 1500 professionnels de santé « potentiels », notre CPTS compte 377 adhérents dont 46 médecins généralistes et 41 spécialistes dont 18 gynécologues, ainsi que 21 sages-femmes.

S.- : En quoi les gynécologues peuvent-ils y contribuer et que peut leur apporter une CPTS ?

P. B.- : En tant que médecin de la Femme, le gynécologue pratique une médecine globale qui s'intéresse à la patiente dans son milieu de vie, dans son ressenti, à tous les âges de sa vie, ce qui explique l'attachement de nos patientes. Il se rapproche en cela du pédiatre médecin de l'enfant et du médecin spécialisé en médecine générale. Il n'est pas un technicien d'organe et connaît parfaitement sa patiente. Il est au centre du dépistage de très nombreuses pathologies : cancer, IST, diabète, pathologies cardio-vasculaires, ostéoporose... A ce titre, le gynécologue est déjà interlocuteur du médecin généraliste et de la sage-femme, et il apprend à connaître tous les professionnels de santé de proximité pour travailler en réseau au bénéfice de tous.

Dans la CPTS, le gynécologue qui a déjà l'habitude de travailler avec les sages-femmes, va découvrir les autres professionnels de santé qui interviennent autour de la patiente, avec un enrichissement mutuel des pratiques.

Je vous citerai plusieurs exemples :

Dans le groupe de travail périnatalité : l'entretien prénatal précoce repère souvent des failles avec des risques de violences au sein du couple : avoir un réseau de professionnels de proximité, joignables immédiatement, sera une aide précieuse pour le couple et l'enfant à naître. Le pharmacien peut également avoir reçu des confidences et nous demander une prise en charge urgente. Avoir eu une formation commune sur la prise en charge des violences pourra prévenir des drames.

Concernant la prise en charge du post-partum : le gynécologue qui suit les femmes enceintes doit communiquer le plus tôt possible sur la prise en charge des mamans et des nouveau-nés à la sortie de la maternité : la



sortie précoce de la maternité, le manque de professionnels de santé rendent encore plus nécessaire de faire connaître le parcours de soins aux mamans.

La prise en charge du diabète gestationnel, après une formation pluriprofessionnelle, a été améliorée par la mise en place d'un protocole spécifique en coopération avec les MSP et tous les professionnels de santé du groupe.

La prévention du prolapsus est également multi professionnelle : le suivi gynécologique prénatal soigneux avec une prise de poids maternelle contenue, le suivi diététique, la préparation à la naissance, la rééducation post-natale, puis le suivi annuel de nos patientes tout au long de leur vie sont l'occasion du dépistage de cette pathologie avant le stade chirurgical.

Dans le groupe de travail sevrage tabagique - dépistage BPCO¹ : la CPTS'O a formé 40 professionnels de santé très variés (de la diététicienne au kinésithérapeute, en passant par le chirurgien dentiste, le pharmacien, le psychothérapeute, l'addictologue, etc..) à la prise en charge du sevrage tabagique, formation actualisée annuellement à l'occasion du « mois sans tabac ». Une formation commune qui permet de diffuser les mêmes messages scientifiques validés à chaque rencontre de la patiente. Prenons l'exemple de la femme enceinte : le message court mais répété à chaque consultation prénatale est le moyen le plus efficace pour accompagner la patiente et permettre un sevrage en douceur au plus

grand bénéfice de la patiente et de son futur bébé.

Dans la prévention de la BPCO qui concerne les femmes de plus de 40 ans, c'est la consultation gynécologique annuelle qui sera l'occasion de ce dépistage et de proposer le professionnel ressource.

Dans le groupe de travail formation : accueillir les internes de gynécologie et les internes de médecine générale (stage de gynécologie devenu obligatoire) nécessite d'être plusieurs MSU² motivés et de se partager l'accueil de l'interne. Pour les internes de médecine générale, le stage de gynécologie est couplé à celui de pédiatrie : faire ce stage en ambulatoire est plébiscité par les internes. La CPTS a travaillé sur un « welcome pack » qui aide les internes à profiter au mieux de leur stage. C'est aussi le moyen de donner envie aux futurs médecins de s'installer en libéral dans notre territoire.

S.- : En conclusion, vous diriez que le gynécologue a une place de choix dans la CPTS ?

P. B.- : Tout à fait, mais à deux conditions : il doit s'investir pour permettre un enrichissement mutuel des pratiques et participer à l'élaboration des protocoles de soins.

Ainsi les gynécologues ne disparaîtront pas : leur expertise restera reconnue par les autres professionnels dans une filière de soins libérale, et non plus seulement hospitalière, et contribuera à attirer de jeunes professionnels vers ce beau métier.

¹ Broncho-pneumopathie chronique obstructive

² Maître de Stage des Universités



DEVENIR DES DOSSIERS MÉDICAUX



Dr Odile CONTY-HENRION*

Retour sur les fondamentaux du dossier médical tout au long de l'activité professionnelle, lors des remplacements et au moment de la cessation définitive d'activité.

Le médecin est personnellement responsable du secret des informations de santé nominatives, quelles qu'elles soient, qu'il recueille ou détient à l'occasion de son activité médicale, quel qu'en soit le contenu et le support . Il est donc personnellement responsable de leur conservation. Il doit vérifier que ses collaborateurs, son personnel soient instruits de leurs obligations en matière de secret.

Le dossier médical

Le dossier patient, appelé encore dossier médical, professionnel ou fiche d'observation appartient au médecin en tant que support, mais le patient a un droit d'accès aux informations contenues dans ce dossier.

Le dossier professionnel comprend les antécédents et facteurs de risques, les conclusions de l'évaluation clinique initiale, les compte-rendus et résultats d'examens, les prescriptions effectuées, etc.

Les notes personnelles du médecin ne sont ni accessibles ni transmissibles au patient et aux tiers. Ces notes personnelles comprennent les informations recueillies par le médecin auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers et qui sont couvertes par le secret médi-

cal, ainsi que tout ce que le médecin aurait pu comprendre ou interpréter des confidences du patient, et les notes rédigées exclusivement pour son usage personnel.

C'est pourquoi un dossier remis au patient doit être expurgé de ces documents.

Il faut noter aussi lors de la remise d'un dossier médical, que si le médecin pense que la remise du dossier peut avoir de graves conséquences pour le patient, il peut demander que ce dernier le consulte en sa présence ou celle d'un autre médecin choisi par le patient, son représentant légal.

Le dossier médical ne peut pas être communiqué à une personne sous tutelle, sauf

*
Conseillère nationale, Membre élue de la région Centre Val-de-Loire, Médecin généraliste

avec l'accord ou en la présence du tuteur. Par contre, le curateur n'a pas le droit d'accéder au dossier médical.

Pour les patients mineurs, en principe, le droit d'accès à son dossier médical est exercé par les titulaires de l'autorité parentale, sauf lorsque le mineur s'est opposé à cette consultation afin de garder le secret sur son état de santé. Le médecin doit alors s'efforcer de lui présenter tous les éléments susceptibles de modifier son choix. Si le mineur maintient fermement son opposition, les parents ne peuvent accéder au dossier et le refus de la personne mineure doit être consigné par écrit. Le mineur peut également demander à ce que l'accès du titulaire de l'autorité parentale aux informations concernant sa santé s'exerce par l'intermédiaire d'un médecin.

Cessation temporaire d'activité

Le médecin doit informer sa patientèle des conditions de son remplacement : durée, coordonnées de son remplaçant, si possible sous forme d'information publique (au cabinet, dans la presse...).

Les dossiers médicaux restent à la disposition du remplaçant ou du médecin désigné par le patient.

Cessation définitive d'activité

Médecins libéraux : Le médecin doit prévenir sa patientèle quelques mois avant son départ effectif (sauf impossibilité majeure).

- ♦ **Il a un successeur :** Il transmet les dossiers à son successeur ou à son associé ou si le patient le lui demande, il le remet à ce patient.
- ♦ **Il n'a pas de successeur :** Il remet en mains propres à chaque patient son dossier médical contre récépissé ou le lui envoie par lettre recommandée avec avis de réception ou l'adresse au médecin que le patient aura désigné. Quoiqu'il en soit, il en garde une copie. Sinon, il conserve les dossiers médicaux de façon à pouvoir répondre à toute sollicitation d'un patient désirant que son dossier soit transféré au médecin de son choix.
- ♦ **Il est décédé :** La responsabilité du devenir des dossiers revient aux ayants-droits, qui n'ont pas pour autant accès à leur contenu.
 - La famille du médecin présente la clientèle à un médecin qui s'installe au lieu du cabinet médical existant ou à proximi-

té ou à un médecin déjà installé dans la commune.

- La famille garde les dossiers et répond à toute sollicitation d'un patient désirant que son dossier soit transféré au médecin de son choix.
- La famille quitte les lieux ou refuse de se charger de la garde des dossiers, ou le médecin n'a pas d'héritiers, les dossiers ne peuvent être confiés à un service public (archives départementales) ou au Conseil de l'Ordre, mais à un service d'archivage agréé (consulter la liste des hébergeurs agréés disponible sur le site de l'ASIP santé : <http://esante.gouv.fr>)
- ♦ **Il devient définitivement indisponible** (maladie, hospitalisation) et fait l'objet d'une protection des majeurs ; c'est son représentant (tuteur, curateur...) qui gère la transmission des dossiers dans les mêmes conditions que la famille.

Cependant le Conseil Départemental de l'Ordre reste l'intermédiaire obligé dans le souci de l'intérêt public et du respect de la confidentialité des données médicales confidentielles. C'est au Conseil Départemental garant de la déontologie et de la solidarité confraternelle qu'incombe la responsabilité d'assurer le relais et d'épauler les médecins et leur famille.

Médecin salarié ou hospitalier : Il prévient les patients, mais il ne peut emporter les dossiers médicaux des patients qu'il a pris en charge.

C'est l'établissement qui doit conserver les dossiers médicaux.

A savoir : un patient peut exiger la destruction de son dossier médical de son vivant : il convient de l'informer des conséquences et d'établir un procès-verbal et de garder une trace du dossier sous forme de résumé.

Conclusions

La question de la transmission des dossiers médicaux peut se révéler épineuse essentiellement pour les médecins libéraux, à une période où les successions dans les cabinets sont difficiles à assurer, mais il est du devoir du médecin de faire le nécessaire pour que le patient bénéficie de la continuité des soins à laquelle il a droit, grâce à l'obtention de son dossier médical.



DEVENIR MAÎTRE DE STAGE DES UNIVERSITÉS (MSU) EN GYNÉCOLOGIE MÉDICALE



Interview du Dr Parvine BARDON*

Devenir maître de stage des universités est une formidable opportunité d'ouverture vers les jeunes médecins. Aujourd'hui, avec des étudiants plus nombreux, les stages ambulatoires vont s'imposer et les internes de spécialités en sont très satisfaits.

A lors que les stages extrahospitaliers sont envisagés pour toutes les spécialités, nous avons recueilli le témoignage éclairant du Docteur Parvine Bardon qui, avec ses confrères de la région Centre Val-de-Loire, a été pilote dans la mise en place des MSU de spécialité gynécologie médicale.

S.- : Pouvez-vous nous rappeler ce qu'est un MSU ?

P. B.- : Un Praticien Agréé Maître de Stage des Universités - plus communément appelé MSU - est un médecin de ville qui accueille dans le cadre de stages des étudiants en médecine qui sont entre la 5^{ème} année (externat) et la fin de la 9^{ème} année (internat) afin de leur permettre de découvrir la médecine générale de premier recours. Le MSU a un rôle important, décisif et complémentaire dans la formation de l'étudiant en médecine. Il lui permet d'accéder à ce terrain d'apprentissage qu'est l'ambulatoire. La maîtrise de stage existe pour la médecine générale depuis plus de 15 ans. Son développement et celui des stages

extrahospitaliers sont aujourd'hui envisagés dans l'ensemble des spécialités ayant un exercice majoritairement ambulatoire et qui ont inscrit la possibilité de ces stages dans leur maquette de formation. Une mise en place est prévue pour les spécialités volontaires dès le semestre d'internat de novembre 2020.

*

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

S.- : En région Centre Val-de-Loire vous avez été pilote de ces stages ambulatoires dans votre spécialité de gynécologie médicale. Comment avez-vous procédé ?

P. B.- : Pour les stoges en médecine générale, c'est le département de médecine générale de la faculté qui organise tout, formation et projet pédagogique. Ce n'était pas le cas pour les médecins spécialistes puisque ce n'était pas encore officiel. Il s'agissait d'initiatives très personnelles relevant d'une volonté délibérée d'avancer dans ce domaine, il ne s'agissait pas d'une volonté officielle, la direction de la santé ne s'y intéressant que depuis peu.

Nous avons organisé plusieurs réunions en 2016 et début 2017 avec le doyen de la faculté de Médecine de Tours, Pr Diot et le professeur coordinateur de la spécialité et vice-doyen, Pr Marret. Nous avons obtenu leur soutien et leur accord.

L'ARS Centre Val-de-Loire était tout acquise à cette cause, convaincue de la nécessité de former des médecins de 2^{ème} recours dans des territoires un peu éloignés du CHU.

Il nous fallait ensuite organiser rapidement une formation pour devenir MSU en spécialités médicales autres que médecine générale. L'association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA) avait déjà obtenu l'agrément pour faire cette formation multi-spécialités. Nous avons obtenu le soutien de l'URPS-Médecins Centre Val-de-Loire et avons organisé une première formation dans les locaux de l'URPS en février 2017 : elle a réuni une douzaine de MSU dans diverses spécialités. Cette première session nous a permis de finaliser le projet pédagogique validé par le Pr Marret pour la commission d'agrément de mai 2017. Le Pr Marret s'est d'ailleurs montré très enthousiaste et l'a diffusé à certains professeurs de Gynécologie d'autres facultés, désireux de mettre en place eux-aussi des stages ambulatoires.

Nous avons été agréés MSU officiellement et notre stage a été choisi par la première interne en novembre 2017 !

A ce jour ont été formés et validés des MSU en pédiatrie, cardiologie, radiologie, dermatologie, gastro entérologie, gynécologie, psychiatrie, urologie, oncothérapie... en tout, une vingtaine de MSU de spécialités. A l'époque il a fallu « se battre » contre des idées pré-

conçues : ce n'était pas dans la maquette officielle des formations et certains professeurs craignaient que ces stages ambulatoires ne soient pas suffisamment formateurs. A présent les stages ambulatoires sont officialisés.

S.- : Comment se déroule la formation de MSU ?

P. B.- : Il s'agit d'une formation sur 2 jours qui permet d'acquérir les aspects généraux (conditions administratives et organisationnelles) et les bases pédagogiques nécessaires à la transmission de notre pratique spécifique pour acquérir la capacité d'accueillir des internes dans un cabinet de ville et construire le projet pédagogique. Le plus important est d'explicitier les aspects spécifiques de nos différentes spécialités et la manière de les transmettre par le compagnonnage pour produire le projet pédagogique destiné à obtenir l'agrément de MSU.

S.- : Et comment se déroule l'accueil des internes en ambulatoire ?

P. B.- : Le stage de 6 mois fait l'objet d'une convention entre le CHU, le professeur responsable de la spécialité, le MSU et l'interne. Nous avons constitué un quadrinôme orléanais afin que chaque jour l'interne change de praticien. Le 5^{ème} jour, l'interne est libre pour gérer sa formation théorique ou préparer sa thèse ; elle a la possibilité (mais non l'obligation) d'effectuer des gardes à l'Hôpital d'Orléans ou assister à la RCP (Réunion de Concertation Multidisciplinaire) de diagnostic anténatal ou de cancérologie, ou suivre l'échographiste de référence ou participer à une formation médicale continue (par exemple l'EPUNG). Elle s'investit ainsi pleinement dans toute la vie professionnelle du gynécologue libéral.

Sur un plan pratique, l'interne est mise en autonomie progressive : d'abord en supervision directe pendant un mois environ, puis comme j'ai un grand bureau et une salle d'examen séparée, pendant que l'interne examine la patiente, je reste dans le bureau et je profite de ce temps pour faire la lecture des résultats d'examens ou la relecture du dossier de la patiente, sauf si elle exprime le besoin que je vérifie l'examen clinique. Ensuite je laisse



l'interne effectuer le reste de la consultation à mon bureau, en étant prête à intervenir si besoin. Progressivement l'interne s'approprie le logiciel et peut effectuer les prescriptions et toutes les formalités (carte vitale, etc.).

La mise en autonomie se fait très naturellement au fil des jours. Cependant, je reste convaincue de la richesse des échanges liés à la présence du sénior au côté du junior : pour moi il s'agit d'un vrai compagnonnage, plus enrichissant pour l'interne que de la laisser toute seule et débriefer en fin de journée à toute vitesse...

S.- : Quels bénéfices y voyez-vous pour les internes ? Comment leur présence est-elle perçue par vos patientes ?

P. B.- : De ma propre expérience, je dirais que c'est un vrai succès. Notre région n'a que 5 internes de gynécologie médicale sur les 4 années de formation actuellement : nous n'étions donc pas assurés d'avoir un(e) interne à chaque semestre. Mais en pratique le stage est plébiscité et nous accueillons à chaque semestre une interne depuis novembre 2017. Nous acceptons également d'avoir des internes de médecine générale qui effectuent leur stage de gynécologie. Ainsi j'ai personnellement accompagné 2 internes par semestre, 1 jour par semaine chacun.

En libéral, nous avons une relation privilégiée et sur la durée avec la patiente, ce qui présente un aspect différent de la consultation à l'hôpital. Ce stage en ambulatoire permet à l'interne d'acquérir un savoir-être dans la relation qu'on doit avoir la patiente, c'est-à-dire être ni intrusif ni trop effacé, ne pas regarder que le côté technique, savoir poser les bonnes questions, avoir la relation juste et personnelle avec la patiente pour qu'elle puisse se confier. Les patientes apprécient beaucoup qu'on discute devant elles de leur cas de manière approfondie et qu'elles puissent participer au choix thérapeutique : c'est un point important que l'on apprend aux internes dans le cadre de ce stage.

Les internes sont surpris au début du stage par l'aspect global de la prise en charge en gynécologie de ville : c'est une vraie médecine de la Femme. Par exemple nous sommes très attachés à la prévention en général : risque

cardio-vasculaire, prévention de l'ostéoporose, dépistage de tous les cancers gynécologiques, sevrage tabagique, etc.

Contrairement aux internes de médecine générale qui terminent en autonomie complète dans leur stage de médecine générale (SASPAS), nous encadrons totalement nos internes : ils ont des échanges permanents avec le senior qu'ils n'auront pas la possibilité d'avoir par la suite.

Et cela se passe très bien avec la patiente, elles sont très contentes de voir des jeunes se former et arriver sur leur territoire, et n'ont pas de frein pour divulguer des choses intimes comme des violences conjugales ou des viols. Cela ne peut pas toujours se faire lors d'une consultation parfois rapide à l'hôpital...

S.- : En tant que région pilote des stages MSU en spécialités, quel intérêt voyez-vous dans leur généralisation à l'échelle nationale ?

P. B.- : Les internes choisissent leur stage par ordre de classement et à ce titre, notre stage étant très prisé, nous n'avons eu que des internes (filles) très motivées. Pour un territoire en sous-densité médicale comme le nôtre, ces stages sont un moyen de remédier à la désertification médicale. Cela suscite des vocations pour s'installer en ville : les internes de médecine générale que nous avons reçues pour leur stage de gynécologie médicale s'installent toutes dans la région d'Orléans et elles auront reçu une formation gynécologique de base de qualité.

Pour l'anecdote, à Bazoches-les-Gallerandes, il y a une maison de santé pluridisciplinaire créée par des généralistes et un jour par semaine ils accueillent un cardiologue et un pneumologue. Le cardiologue est l'ancien chef de service de l'hôpital, ravi de venir un jour par semaine dans la province profonde, idem pour le pneumologue : ils disent qu'ils ne se sont jamais sentis aussi utiles ! Comme quoi la médecine ambulatoire, si elle s'organise bien, peut être attirante aussi, même à la campagne.

Par ailleurs, ces stages en cabinet libéral permettent d'éviter que nos internes soient pris directement par les CHU pour les services d'AMP : il y a tellement peu de gynécologues

médicaux qu'ils sont « happés » pour faire tourner les centres d'AMP ayant plus de compétences en endocrinologie gynécologique que les internes de gynécologie obstétrique.

Pour le MSU, c'est une belle expérience. Cela fait quarante ans que je pratique la gynécologie, et notre collègue de gynécologie souhaitait mettre en place ce type de stage depuis de longues années. Nous étions en avance et avons eu beaucoup de freins au départ. Aujourd'hui cela va être encouragé et je m'en réjouis. Maintenant avec des étudiants plus nombreux, les stages ambulatoires s'imposent et les internes de spécialités en sont très satisfaits.

Un seul bémol : la rémunération d'un MSU (par la faculté qui reçoit une dotation de l'ARS) est dérisoire au regard de son investissement auprès du stagiaire : le montant est de 600 euros par mois, qui doit être divisé par le nombre de maîtres de stage (soit 150 euros/MSU pour notre quadrinôme). Or à mon sens, il est impossible de gérer tout seul un interne, il faut au moins être trois.

S : Comment devient-on MSU et qui délivre la formation ?

P. B.- : Il faut en faire la demande auprès du professeur de spécialité concernée et ensuite s'inscrire pour une formation pédagogique agréée. Cette formation est prise en charge comme un DPC hors quota, c'est-à-dire que le médecin « stagiaire » est indemnisé pour sa perte d'activité et ce DPC n'est pas décompté de son quota normal de DPC (qui est de 2,5 jours par an). L'AFPA est agréée pour toutes les spécialités. La faculté voudrait effectuer cette formation, mais nous ne sommes pas en phase avec cette idée car il nous semble que si c'est la faculté, nous n'aurons qu'un point de vue universitaire et il manquera le point de vue libéral.

S.- : Voyez-vous encore des freins à lever pour le développement des stages de spécialités ?

P. B.- : Actuellement nos institutions (université, ARS, ministère) veulent tout régenter. Or il faut laisser de l'initiative aux médecins libéraux : en général ils ont des bonnes idées car



**UNIVERSITÉ
FRANÇOIS - RABELAIS
TOURS
FACULTÉ DE MÉDECINE**

FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS



**Votre médecin a été désigné par la Faculté comme Maître de Stage.
Il a accepté d'avoir auprès de lui un jeune médecin en formation pour compléter les connaissances professionnelles de celui-ci.**

Votre médecin vous demandera si la présence de ce futur confrère ne vous gêne pas et il pourra le prier à tout moment de cesser d'assister à la consultation.

La bonne formation de ce futur médecin repose en grande partie sur votre compréhension.

Je vous remercie.

Le Doyen, Patrice DIOT





ou plus près du terrain. Si on leur met un carcan administratif, ce sera contreproductif.

L'idée est d'avoir une certaine autonomie, tant dans la formation que dans l'application, tout en étant évalué. Nous comprenons parfaitement la nécessité d'être chapeautés par le professeur coordinateur de la spécialité et tous les documents sont signés par le doyen.

Beaucoup d'Orléanais et le maire en premier souhaiteraient la création d'une antenne de la faculté de Médecine à Orléans pour faciliter les vocations de jeunes lycéens ayant peu de moyens. Jusqu'à aujourd'hui, le doyen y est opposé mais il est très favorable aux stages ambulatoires dans les territoires éloignés, car il est conscient que c'est un des moyens d'attirer

de futurs jeunes confrères dans ces territoires. De nombreuses initiatives de certaines maires sont à souligner. Par exemple, suite à la sollicitation de l'URPS, le maire d'Orléans met à la disposition des internes des logements meublés, toutes charges payées, de manière à ce qu'ils n'aient pas à payer à la fois leur logement à Tours pour la faculté et leur logement à Orléans durant la durée de leur stage. Et puis en vivant sur place durant leur stage, ils découvrent la ville et cela peut leur donner envie de s'y installer. C'est vraiment la seule façon de lutter contre la désertification. Si l'URPS a soutenu ce projet depuis plus de trois ans, c'était dans ce but.

Jusqu'à présent on pouvait devenir MSU pour 4 types de stages :

- ◆ Le stage de deuxième cycle destiné aux externes.
- ◆ Le stage dit « de niveau 1 » pour l'interne de MG durant la « phase socle », c'est-à-dire la 1^{ère} année d'internat.
- ◆ Le stage dit « de niveau 2 » ou SASPAS (Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisés) pour l'interne de MG durant la « phase d'approfondissement », à réaliser lors de la 3^{ème} année d'internat.
- ◆ Les stages ambulatoires validant la santé de l'enfant et de la femme, durant la « phase d'approfondissement », soit lors des 2^{ème} et/ou 3^{ème} années d'internat.

Source : <https://www.medecinmsu.fr/>

La nouveauté ce sont donc les stages d'internat de spécialités qui vont se généraliser (à partir du 5^{ème} semestre pour l'internat de gynécologie médicale).

Quelles obligations vis-à-vis des patientes ?

- ◆ Une affiche, fournie par la faculté de médecine, doit être accrochée dans la salle d'attente.
- ◆ Le secrétariat et/ou le MSU informe(nt) de la présence de l'interne et de la possibilité de refuser qu'elle assiste à la consultation.

DE L'IMPRÉVOYANCE DU MÉDECIN LIBÉRAL



Interview du Dr Hubert SEVIN*

En novembre 2018, le Dr Hubert SEVIN publiait un rapport sur l'assurance prévoyance du médecin libéral qui concluait à l'absence ou le mauvais contrat de prévoyance complémentaire.

Rédigé avec le soutien et l'accompagnement de la commission santé de l'URPS MLB, l'enquête menée auprès des médecins libéraux de Bretagne concluait à l'imprévoyance des médecins libéraux, c'est-à-dire l'absence ou le mauvais contrat de prévoyance complémentaire, souvent désigné à tort de « facultatif » et semblant être un frein à la prise en charge de la santé des médecins libéraux. Hubert SEVIN, médecin généraliste, par ailleurs Délégué régional de l'association SPS (Soins aux Professionnels en Santé), nous éclaire sur les conséquences de cette imprévoyance et nous livre ses recommandations pour souscrire le bon contrat de prévoyance complémentaire.

S.- : Votre étude traite de l'imprévoyance des médecins libéraux et des conséquences sur leur activité. Qu'entendez-vous par là ?

H. S.- : La formation médicale conditionne le médecin à prendre soin des autres, à s'abs-traire lui-même et à ne surtout pas penser qu'un jour, il pourrait être le patient. Or si on n'a pas de contrat de prévoyance ou si on n'a pas un bon contrat de prévoyance, on ne pourra pas se soigner correctement. Notre profession devrait enfin considérer que la démarche d'organiser sa prévoyance complémentaire est un acte de prévention "zéro" en amont de la prévention primaire, indispen-sable pour le médecin libéral.

Complexité des contrats d'assurance : soit forfaitaire soit indemnitaire

S : Au moment du choix de sa prévoyance complémentaire, le médecin est confronté à la complexité des montages des contrats. Comment s'y retrouver ?

H. S.- : Pour faire simple, il existe deux types de contrats : forfaitaire et indemnitaire. Les contrats forfaitaires sont les meilleurs car on sait pour combien on s'assure par mois en fonction de ses besoins (salaires et charges).

*

Médecin généraliste, Délégué Régional de l'association SPS*





Mais peu de contrats le sont ! La plupart des contrats souscrits par les médecins sont indemnitaires, c'est-à-dire qu'ils indemnisent en fonction d'une moyenne du bénéfice calculée sur les 3 dernières années ou parfois sur la moins bonne année d'activité. Il en résulte une indemnisation moindre.

Par ailleurs, il faut savoir que si on n'est pas à jour de ses cotisations à la CARMF (la prévoyance obligatoire), dans le cas où on a souscrit un contrat indemnitaire de prévoyance complémentaire, celle-ci ne va pas suivre car elle indemnise en fonction de ce que donne la CARMF. C'est aussi pour cela qu'il faut avoir une prévoyance forfaitaire qui est indépendante de la prévoyance obligatoire.

Privilégier les contrats collectifs

S.- : Vous recommandez les contrats dits « collectifs ». Est-il possible pour un médecin libéral de souscrire un tel contrat ?

H. S.- : Souvent les médecins prennent des contrats dits « individuels ». Ceux-ci comportent une sélection médicale et en fonction de leur pathologie, soit les médecins sont exclus, soit ils doivent payer une surprime qui est de plus en plus chère en fonction de l'âge qui avance. En fin de carrière, ces contrats sont tellement chers que les médecins les arrêtent. Or il existe des contrats qui sont sans sélection

médicale avant 53 ans, et donc sans exclusion : ce sont les contrats dits « collectifs ». Il s'agit d'une extension de contrats qui au départ sont destinés aux cadres des grandes entreprises et qui sont ouverts aux libéraux. Ils mutualisent le risque, leurs tarifs augmentent peu dans le temps car ils ne vont pas augmenter de façon individuelle avec l'âge de l'assuré, mais augmenter avec le temps en fonction de l'indice du coût de la vie. Donc même tard dans la carrière, ils restent à un coût raisonnable.

J'attire l'attention également sur l'importance de bien lire son contrat dans le détail car dans de nombreux contrats, les pathologies d'ordre psychiatrique comme l'épuisement au travail sont exclues ou ne sont couvertes que partiellement.

Réévaluer au moins tous les 3 ans son contrat de prévoyance

S : Dans votre étude, vous relevez des contrats de prévoyance complémentaire souvent insuffisants ou inadaptés à la situation des médecins ?

H. S.- : En effet, lors de leur installation, la plupart des médecins prennent une prévoyance complémentaire (à 90% environ). Mais trop souvent ils oublient de la réévaluer et restent donc sur des bases d'indemnisation d'un début d'activité qui ne prennent pas en compte

le niveau de vie à l'instant T où ils tombent malades. C'est ce qu'on appelle l'imprévoyance relative. C'est pourquoi il est fortement recommandé de réévaluer son contrat de prévoyance tous les trois ans.

Pour cela je recommande de s'appuyer sur un courtier. Le courtier fait une veille et une analyse régulières de tous les contrats d'assurance qui existent sur le marché assurantiel, pour être à même de proposer les meilleurs contrats car c'est ce qui lui permettra de forger sa réputation. Le courtier fait partie des « aidants ressources », c'est-à-dire qu'il vous suit régulièrement pour évaluer votre contrat, vous aide notamment à faire les démarches en cas de sinistre et fait l'intermédiaire entre l'assurance et l'assuré.

Il me semble important de souligner un autre point : dans un contrat de prévoyance initial il y a un délai de carence pour les risques rares mais graves, mais selon le code des assurances, quand on change de contrat de prévoyance, ce délai saute et il y a une continuité sur l'autre contrat même si ce n'est pas le même assureur. Il n'y a donc aucun risque à changer d'assureur pour avoir un meilleur contrat.

Pour tout renseignement complémentaire

Dr Hubert SEVIN

06 63 05 88 23

hubsev08@gmail.com

Qu'est-ce que l'IMPREVOYANCE ?

Le Dr Yves Léopold décrivait 3 types d'imprévoyance ou 3 niveaux pouvant conduire un médecin libéral à une absence ou une mauvaise couverture financière en cas d'arrêt de travail ou d'invalidité :

1. **L'imprévoyance totale** : absence de couverture obligatoire et facultative par défaut d'inscription à l'une et à l'autre, ou retard, voire absence de cotisation à l'une et à l'autre.
2. **L'imprévoyance technique** : absence ou retard de déclaration administrative de l'arrêt de travail auprès des organismes de gestion des prestations d'indemnités journalières, notamment de la CARMF, la déclaration auprès de la CARMF conditionnant en général les prestations complémentaires dans la plupart des contrats dits facultatifs, notamment quand ils sont INDEMNITAIRES.
3. **L'imprévoyance relative** : absence totale de couverture facultative, ou retard de cotisation auprès de celle-ci, ou contrat de prévoyance complémentaire insuffisant ou inadapté à la situation professionnelle et/ou familiale du médecin libéral au moment de l'arrêt de travail.

*

L'association Soins aux Professionnels en Santé (SPS) a pour origine le rassemblement d'un groupe d'experts souhaitant partager et défendre la santé des professionnels de santé.

Créée en novembre 2015, SPS est une association nationale reconnue d'intérêt général :

- qui vient en aide aux professionnels en santé en souffrance au travail ;*
- et qui agit en prévention pour le mieux-être.*

SPS réalise des enquêtes, met en œuvre des actions et développe des outils innovants pour améliorer la qualité de vie des professionnels en santé, prévenir et protéger leur santé, optimiser leur activité et la prise en charge des patients. Plus d'informations : www.asso-sps.fr

LABEL IHAB

FAIRE PROGRESSER LES MATERNITÉS POUR AMÉLIORER LE RESSENTI DES MAMANS ET DE LEUR FAMILLE



Interview du Dr Christine MICHEL-ADDE*

La maternité du pôle Santé Léonard de Vinci à Chambray-lès-Tours vient d'obtenir sa labellisation IHAB. Retour d'expérience sur les étapes qui ont conduit à un changement des pratiques pour le plus grand bonheur des mamans et des équipes soignantes !

Elaboré par l'OMS et soutenu par l'Unicef, le label international IHAB porte sur la qualité des soins apportés aux nouveau-nés et aux familles dans le sens d'une prise en charge individualisée, conduite dans un esprit de bienveillance et de partenariat entre l'équipe médicale, l'équipe paramédicale et les familles.

S.- : Quelle est la vocation de ce label IHAB ?

Ch. M. - : Initialement ce label avait été créé pour promouvoir l'allaitement maternel dans le monde, mais il a été élargi depuis quelques années à l'accueil général du nouveau-né, y compris l'alimentation artificielle. Le label repose sur 12 recommandations (cf. page 36) parmi lesquelles une partie porte sur la promotion de l'allaitement maternel et l'accompagnement à l'allaitement, et une autre partie porte sur l'accompagnement de la mise en place de l'alimentation au biberon.

S : Votre établissement vient d'être labellisé IHAB. Quelles démarches avez-vous dû accomplir pour obtenir la labellisation ?

Ch. M. - : Nous avons pris la décision d'entamer les démarches pour la labellisation en 2013, avec l'objectif de nous améliorer dans notre prise en charge des familles. De 2013 à 2018, l'ensemble du personnel médical et paramédical a reçu des formations théoriques

★

Pédiatre néonatalogiste à Chambray-lès-Tours

avec des organismes extérieurs, complétées par des formations pratiques au lit des mères. Ensuite, nous avons mis en place des groupes de travail pour essayer de changer nos pratiques en suivant les 12 recommandations. Nous avons également veillé à informer le personnel non soignant pour leur transmettre l'état d'esprit. Cela a abouti en septembre 2018 à une première visite des experts de l'association IHAB en vue d'une labellisation. Hélas cette visite fut extrêmement douloureuse pour nous car les experts nous ont dit qu'en fait nous n'avions pas compris ce qu'était l'état d'esprit IHAB... Nous avons essayé d'appliquer les recommandations telles qu'elles étaient écrites mais nous n'étions pas allés jusqu'à faire vraiment de la philosophie IHAB notre propre philosophie.

Le comité d'attribution des labels qui se réunit en décembre nous a quand même accordé 6 recommandations sur les 12 et nous a laissé un an pour compléter les 6 recommandations qui nous manquaient et qui reflétaient l'état d'esprit très bienveillant et à l'écoute des familles. Nous avons décidé de relever le défi et je dois dire qu'il y a eu à ce moment là un élan de l'ensemble du personnel. Ce qui avait manqué dans les 6 premières années c'est que nous n'avions pas réussi à emmener tout

le monde avec nous. Nous avons un comité de pilotage avec une dizaine de personnes qui étaient actives mais nous n'avions pas réussi à convaincre l'ensemble du personnel. La visite des experts a permis une prise de conscience de l'ensemble du personnel ; tout le monde a été convaincu du bienfait et de l'intérêt de changer nos pratiques et s'est lancé dans ce défi.

S : Quelles ont été les nouvelles étapes ?

Ch. M. - : Nous avons visité d'autres maternités labellisées pour nous imprégner de cet état d'esprit IHAB. Nous avons fait des petits groupes de 5-6 personnes avec un représentant de toutes les professions : sages-femmes, auxiliaires, infirmières, gynécologues, pédiatres. Ensuite nous avons fait une analyse de ce que nous avons observé et avons mis en place des groupes de travail sur les 6 recommandations qui posaient problème, et là encore des groupes de travail panachés avec des représentants de toutes les professions. Tout le personnel a repris des formations théoriques complétées par des formations pratiques. Nous nous sommes appuyés sur une sage-femme consultante en lactation, qui est arrivée dans notre équipe en 2016, pour qu'elle nous forme en interne. Nous avons revu tous



nos protocoles médicaux et tous nos outils papiers (feuilles de surveillance notamment). En parallèle nous avons été soutenus par la Direction qui a engagé des travaux. Notre maternité était en effet répartie sur deux étages et des travaux ont été réalisés afin de mettre la maternité sur un seul étage pour davantage de fluidité et pour créer une unité Kangourou (le bébé n'est pas séparé de ses parents), ce qui a également nécessité des investissements matériels. Auparavant l'unité de néonatalogie était séparée de la maternité ; à présent les 6 lits de néonatalogie sont transformés en 6 lits d'unité Kangourou, ce qui permet d'apporter des soins même aux nouveau-nés qui ont besoin de soins particuliers, tout en étant près des parents et en partenariat avec eux.

S : Quand on connaît les difficultés actuelles des hôpitaux et en particulier des maternités, toute cette réorganisation n'a-t-elle pas été trop complexe à mettre en place ?

Ch. M. - : Je dois dire qu'il y a eu une vraie décision de la Direction d'aller au bout du projet et de mettre tous les moyens financiers pour y parvenir, que ce soit en termes de travaux ou en termes de personnel. Nous avons fait appel à du personnel remplaçant pour assurer les plannings quand tout le monde était en formation. La décision a été prise en janvier 2019 et la visite de labellisation a eu lieu en novembre 2019 : tout a été fait en 10 mois. Nous avons obtenu la labellisation avec les félicitations des experts qui ont été impressionnés par ce que nous avons réussi à mettre en place en un court délai. Je pense que c'est venu d'une motivation de tout le monde : la Direction, l'ensemble des équipes, ce qui a permis un véritable élan.

S : Combien de maternités sont labellisées IHAB en France ? La labellisation est-elle régulièrement réévaluée ?

Ch. M. - : On compte 44 maternités labellisées IHAB en France, ce qui représente entre 6 et 7% des naissances, parmi lesquelles des grands centres comme le CHU de Lille. Il est de plus en plus question du label IHAB dans tous les congrès, qui commence à se présenter comme la référence des soins portés aux nouveau-nés et à la famille.



Il y a une réévaluation tous les 4 ans et un suivi annuel avec transmission de documents pour être à niveau avec les recommandations.

S : Avez-vous observé une évolution des demandes pour être admises dans votre maternité depuis la labellisation ?

Ch. M. - : Pour l'instant, il est encore un peu tôt pour observer une augmentation des naissances dans notre maternité. Par contre nous avons un retour très positif des mamans, soit oralement soit dans le questionnaire de satisfaction qui est remis en fin d'hospitalisation, notamment des parents qui ont un 2^{ème} ou 3^{ème} enfant et qui notent la différence de prise en charge par rapport aux années précédentes. C'est très gratifiant pour les équipes !

S : Cela suscite-t-il des vocations au personnel soignant pour rejoindre votre maternité ?

Ch. M. - : Il est également trop tôt pour l'observer mais nous avons par exemple un nouveau pédiatre qui vient d'arriver et le fait que nous soyons dans cette démarche IHAB lui convient tout à fait. Cela a surtout apporté une satisfaction au travail pour les équipes médicales et paramédicales. Elles disent qu'elles ne pourraient pas revenir à un ancien fonctionnement.





L'évaluation IHAB

Lorsque les services estiment respecter toutes les recommandations demandées, l'établissement demande une évaluation des pratiques auprès de l'IHAB France.

Des évaluateurs désignés par l'IHAB France visitent alors l'établissement et rédigent un rapport qui sera présenté au comité d'attribution.

Les évaluateurs

IHAB France recrute et compose des équipes de 4 évaluateurs dont un évaluateur en cours de formation. Parmi eux, le responsable d'évaluation est chargé de la coordination : planification de la visite en lien avec IHAB France, recueil des documents écrits, organisation sur place et rédaction du rapport.

L'évaluateur est un expert reconnu dans le domaine de la périnatalité et de l'allaitement du fait de sa formation et de son expérience. Il a suivi une formation spécifique sur l'IHAB et la conduite de l'évaluation.

L'évaluateur est tenu au respect de la confidentialité des informations dont il a connaissance à l'occasion de sa mission. Il s'engage à déclarer les liens éventuels d'intérêts pouvant interférer avec sa mission.

Préparation de l'évaluation des pratiques

Confidentialité : L'IHAB France ne communique pas le nom de l'établissement avant l'évaluation et la réunion du comité d'attribution.

Des documents écrits sont étudiés au préalable : la politique et la charte, le programme de formation du personnel en rapport avec la démarche IHAB et l'organisation de la Pratique Clinique Supervisée, les informations transmises à toutes les femmes enceintes, que ce soit par oral ou par écrit.

Le recueil des statistiques est indispensable et doit comprendre les données portant sur les années antérieures.

D'autres documents sont nécessaires pour l'évaluation : la liste du personnel, les formations reçues par chaque catégorie de professionnels, etc.

Des outils sont proposés par l'IHAB France pour faciliter la démarche et la collecte des données comme par exemple :

- Liste des Formations en rapport direct avec la démarche IHAB ;
- Récapitulatif formation par catégorie professionnelle ;
- Relevé des heures de formation du personnel.

Déroulement de l'évaluation

Les évaluateurs rencontreront en début d'évaluation :

- ♦ Le directeur de l'établissement (brièvement).
- ♦ Le directeur des Soins et le directeur Qualité.

Le processus d'évaluation comporte 4 volets :

- ♦ Des entretiens avec des femmes enceintes et des mères.
- ♦ Des entretiens avec le personnel soignant de toutes catégories, et le personnel non soignant.
- ♦ Des périodes d'observation dans les services, de jour et de nuit.
- ♦ L'examen des documents écrits.

Les entretiens avec les mères et les membres du personnel, ainsi que l'observation, respectent la dignité et l'intégrité des personnes. Le consentement et le caractère confidentiel des déclarations sont préservés.

En fin d'évaluation, les évaluateurs transmettront leurs observations aux équipes évaluées lors d'une réunion de synthèse (comité de pilotage, cadres et personnel).

Eventuellement, des actions correctrices peuvent être mises en œuvre rapidement, et leur résultat sera communiqué au responsable de l'évaluation avant la réunion du Comité d'attribution.

IHAB France pratique une logique participative afin de couvrir le frais des évaluations (déplacement, hébergement et indemnisation des évaluateurs, remises des labels, etc).

Source : <https://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>





IHAB

INITIATIVE HÔPITAL AMI DES BÉBÉS - FRANCE

LES 12 RECOMMANDATIONS

Juin 2016

1. Adopter une politique d'accueil et d'accompagnement des nouveau-nés et de leur famille, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique, qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement.

Informar les femmes enceintes hospitalisées à risque d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade des bénéfices de l'allaitement et de la conduite de la lactation et de l'allaitement.

4. Placer le nouveau-né en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.

Pour le nouveau-né né avant 37 SA, il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet.

5. Indiquer aux mères qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment mettre en route et entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né ou s'il ne peut pas téter.

Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né.

6. Privilégier l'allaitement maternel exclusif en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.



Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

7. Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.

8. Encourager l'alimentation « à la demande » de l'enfant.



Observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade pour déterminer sa capacité à téter. Proposer des stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.

9. Pour les bébés allaités, réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières.

10. Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau.

11. Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

12. Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.

Les critères relatifs aux nouveau-nés prématurés et/ou malades sont applicables aux services de maternité et de néonatalogie. L'icône  ne concerne que la néonatalogie.

QUI EST RESPONSABLE DE LA PARALYSIE PÉRINATALE PAR LÉSION TRAUMATIQUE DU PLEXUS BRACHIAL ?

ARGUMENTAIRE POUR L'EXPERTISE EN RESPONSABILITÉ MÉDICALE



Pr Claude RACINET* en collaboration avec le **Dr Henri STOFFT****

La paralysie périnatale par lésion traumatique du plexus brachial (PPPB) constatée chez le nouveau-né dans les suites immédiates de sa naissance est toujours un thème récurrent de procédure judiciaire à l'encontre des soignants (obstétricien et/ou sage-femme), classé au 3^{ème} rang des plaintes pour complications liées à la pratique obstétricale.

Pour cette paralysie initialement désignée par le qualificatif d'« obstétricale », plusieurs auteurs et sociétés ont suggéré d'utiliser plutôt un critère chronologique (« périnatale ») qui a l'avantage de laisser la discussion ouverte sur son mécanisme de production.

La PPPB se présente comme une parésie/paralysie du membre supérieur, dont la mobilité passive est plus grande que la mobilité active, et dont la forme la plus fréquente est la paralysie d'Erb qui résulte d'une lésion d'étirement (\pm compression) des racines nerveuses cervicales C5 et C6.

La PPPB est fortement associée à une dystocie des épaules cliniquement apparente (DDE), avec laquelle elle partage des facteurs de risque communs. Elle a longtemps été

considérée comme le résultat de manœuvres entreprises pour corriger la DDE, jusqu'à ce que l'on constate qu'une moitié des PPPB se constituait en l'absence de DDE, parfois même au décours d'un accouchement totalement spontané.

*

* Professeur émérite de Gynécologie-Obstétrique, Université Grenoble-Alpes, RHEOP Isère (Registre des Handicaps de l'enfant et Observatoire périnatal)

** Gynécologue-Accoucheur et Historien de l'Obstétricie

Cet article s'appuie sur quatre documents de base récemment actualisés, dont le niveau de preuve est optimal par rapport à la littérature antérieure :

- ♦ RCOG, Guidelines N° 42, Mars 2012.
- ♦ ACOG. Neonatal brachial plexus palsy. *Obstet Gynecol*, Avril 2014; 123 (4) :902-904.
- ♦ Chauhan SP. Shoulder dystocia and neonatal brachial plexus palsy. *Seminars in perinatology*, June 2014;38 (4).
- ♦ CNGOF: Shoulder dystocia: Guidelines for clinical practice. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016, Aout 203 :156-61.

...Mais aussi sur le mémoire de Jacquemier présenté à l'Académie de Médecine en 1852 et rapporté par Stofft dans les Cahiers du SYNGOF, n°41, Mars-Avril 2000, qui rappelle les bases physiopathologiques toujours actuelles mais encore souvent méconnues.

...Et le travail à forte incidence médico-légale de Sandmire HF et Demott RK qui explique clairement pourquoi la responsabilité des manœuvres obstétricales est rarement en cause.

Nous rapportons aussi des extraits du livre de Racinet C et Catteau C (La qualité de l'expertise médicale en question, Sauramps Éditions, 2019).

Nous réfuterons certaines idées fausses sur la physiopathologie et la classification de la PPPB et ne développerons que les points qui ont comporté une évolution significative des connaissances et des idées et que tout expert judiciaire ou non devrait intégrer dans son argumentaire.

Quelle incidence ?

L'incidence de la PPPB est remarquablement stable depuis le début en 1964 des 40 publications considérées comme méthodologiquement fiables portant sur 16.146.311 naissances vivantes et rapportant 23.783 cas de PPPB, soit 0,15% des naissances caucasiennes.

Une des publications nord-américaines (Foad 2008 in Chauhan) portant sur les 2/3 des naissances colligées, prend en compte la tendance temporelle et rapporte une baisse de 23,5% de la fréquence de la PPPB (de 0,17% à 0,13%) en comparant les années 1997 et 2003. Cette baisse était associée à une baisse similaire de 26% du taux de DDE et de 25% du taux des enfants >4500g nés par voie basse et à une augmenta-

tion de 36,1% du taux de césarienne (passant de 20,9% à 28,4%).

Ces chiffres suggèrent, sans le prouver formellement, une amélioration de la prise en charge des macrosomes par une extension des indications de césarienne.

Cependant nous remarquons que la césarienne ne protège pas complètement puisque sur près de 250.000 césariennes, on dénombre 83 PPPB soit 0,03% des naissances vivantes. Les informations fournies sont insuffisantes pour identifier la cause précise de la PPPB : étirement chronique du plexus par malposition de la tête foetale ? Ou difficultés lors de l'extraction foetale à travers l'hystérotomie (reposant le problème de la responsabilité obstétricale) ?

Les injonctions répétées des sociétés savantes pour éradiquer les manœuvres en force faites pour corriger une DDE ont probablement joué un rôle bénéfique, qui n'a cependant pas suffi à faire régresser l'incidence de la PPPB de façon significative, ceci tendant à accréditer l'opinion qu'elle est surtout liée aux aléas mécaniques de l'accouchement des épaules qui perdurent au fil du temps.

Depuis 1984, 24 études (après exclusion de cinq études pour résultats aberrants ou données biaisées) ont rapporté près de 5200 cas de PPPB dont 46% n'étaient associés ni à une DDE cliniquement évidente ni à une macrosomie (soit 0,09% des naissances). Cette proportion se retrouve à toutes les périodes et dans tous les pays, ce qui est en faveur d'un phénomène mécanique incontournable de l'accouchement par voie basse échappant aux tentatives de prévention et qui représente une fraction incompressible des PPPB.

La majorité des PPPB disparaît dans la première année. La persistance au-delà de 12 mois a été étudiée dans 15 articles qui indiquent une variation de 3 à 33% avec une moyenne de 15%. Cette persistance était réduite de moitié dans le groupe sans DDE associée (sauf pour Gherman 2006, qui notait l'inverse).

Facteurs de risque et prévention

La PPPB, comme la DDE, est une complication imprévisible de l'accouchement. De nombreux facteurs de risque isolés ou associés ont été évoqués (macrosomie, malposition foetale, in-

duction du travail, anomalies du travail, extraction instrumentale, diabète...). Même si leur liaison paraît forte pour certains, aucun n'a atteint une valeur prédictive positive cliniquement intéressante, en dehors du seul facteur fortement associé qu'est la DDE (complicquée par 4 à 23% de PPPB) mais dont la reconnaissance est trop tardive pour être susceptible d'induire une éventuelle prévention de la PPPB. Malgré le manque de puissance des facteurs de risque, il est recommandé par le CNGOF de prendre en compte trois situations où l'on pense pouvoir réduire le risque de DDE donc de PPPB par une césarienne :

- ♦ Macrosomie fœtale avec poids estimé excédant 5000g chez les femmes sans diabète (Grade C) ou 4500 g chez les femmes avec diabète (Grade C) ;
- ♦ DDE antérieure surtout si elle était compliquée d'un sévère traumatisme néonatal (accord professionnel) ;
- ♦ En cas d'indication d'extraction fœtale urgente, choix préférentiel de la césarienne au lieu d'une extraction instrumentale par voie vaginale si le poids fœtal est estimé supérieur à 4000g et si la présentation fœtale est située à la partie haute ou moyenne de l'excavation (Grade C).

Même dans ces trois situations la survenue d'une PPPB est relativement rare : l'absence de prise en compte d'un facteur de risque est donc acceptable (après une discussion argumentée et tracée dans le dossier) avant de retenir systématiquement une responsabilité obstétricale, car l'alternative de la césarienne se heurte aux nombreux faux positifs du diagnostic anténatal de la macrosomie et aux risques propres de l'intervention pour la mère et le nouveau-né. Chaque cas analysé doit faire l'objet d'une étude personnalisée de la balance bénéfique/risque.

Mécanismes de production de la PPPB

Rappel physiologique et biomécanique

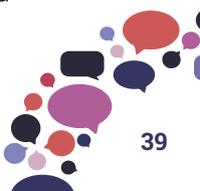
Au stade de l'expulsion, le fœtus est propulsé à travers la filière pelvi-périnéo-vulvaire par des forces endogènes (contractions utérines et poussées maternelles) dont l'intensité peut atteindre jusqu'à 400 N (newtons) soit près de 41kgf (kg-force) en fonction des contraintes mé-

caniques de la confrontation foeto-pelvienne. Au cours de celle-ci, le fœtus va décrire les mouvements cardinaux (descente, flexion, rotation) lui permettant de franchir successivement les différents détroits osseux du pelvis (supérieur, moyen et inférieur) sur lesquels sa progression peut être bloquée ou simplement retardée (in Sandmire). Après la sortie de la tête, l'obstétricien peut intervenir si utile pour aider l'expulsion fœtale par des manœuvres manuelles en exerçant une traction sur la tête (forces exogènes) tout en respectant les axes empruntés lors d'un dégagement spontané. L'intensité des forces exogènes est théoriquement très inférieure à celle des forces endogènes si les recommandations de prudence sont respectées (traction « douce » dans l'axe vertébral cervico-thoracique sans inclinaison forcée vers l'anus et n'excédant pas 47 N soit près de 5 kgf). Si un obstacle bloque la progression d'une épaule, il a été démontré expérimentalement que la rupture des nerfs du plexus brachial homonyme peut se produire dès que la force exercée endogène ou exogène dépasse 20kgf (Thèse de Métaizeau, Nancy 1979).

La prudence des tractions est difficile à respecter en cas de résistance à la progression et ne peut être vraiment acquise que par des exercices préalables de simulation. En cas de doute sur son respect l'examen d'un enregistrement vidéo de la naissance (fiable si daté et identifiable, et excluant toute prise de vue des assistants médicaux) est un document précieux, souvent enregistré par le mari ou une amie, pour apprécier « de visu » la réalité d'une traction de force contenue donc acceptable et dont l'échec conduit au diagnostic de la DDE cliniquement confirmée.

Dystocie des épaules et PPPB

- ♦ Le facteur causal essentiel de la DDE est la macrosomie fœtale avec, à poids fœtal égal, augmentation du risque chez les mères diabétiques, qui peut contribuer à un arrêt de progression des épaules ou à un passage retardé en force, alors que la tête poursuit sa progression, ceci expliquant l'étirement voire la rupture de certaines racines du plexus brachial.



- ♦ Un autre facteur est le défaut de rotation du plan des épaules :
 - Soit à l'entrée du bassin par inertie utérine avec stagnation de la tête dans l'excavation pelvienne (circonstance devenue rare avec la direction du travail).
 - Soit essentiellement, et paradoxalement, par une phase expulsive « explosive » qui explique le retard des épaules à suivre la rotation céphalique et leur accrochage brutal mais transitoire à un relief osseux (« propulsion entravée » par le promontoire) : ce mécanisme est évident lorsque la PPPB survient après un accouchement spontané d'un fœtus en général non macrosome chez une multipare (tout à fait comparable à la paralysie survenue chez le motard qui chute et dont l'épaule est violemment et temporairement freinée par la glissière qui borde l'autoroute).

Stratégie pour l'accouchement

Il y a donc deux niveaux de DDE :

Variété haute : Arrêt du plan des épaules fœtales au-dessus du détroit supérieur donc au-dessus du promontoire et du pubis oblique ainsi la tête à stagner dans l'excavation. Cette tête progresse légèrement lors des efforts expulsifs et remonte aussitôt après ceux-ci (« turtle sign ») et peut à la limite appuyer sur le périnée sans plus mais ne peut en aucun cas s'extérioriser tant que les épaules sont bloquées au-dessus du bassin. On peut certes évoquer une DDE mais elle n'est pas cliniquement évidente. Il faut se garder de tenter l'extraction instrumentale si l'on a la notion d'une macrosomie très probable et donc privilégier la césarienne.

Variété basse : La tête s'est péniblement dégagée à la vulve qu'elle déprime et à laquelle elle reste fortement accolée, ce qui implique obligatoirement du fait de la disproportion des longueurs de la colonne cervicale fœtale (#5cm étirable jusqu'à 9cm) et de la distance promonto-coccygienne (#13cm) que l'engagement de l'épaule postérieure a déjà eu lieu, ce que Jacquemier avait constamment constaté et souligné dans les 8 cas de DDE exposés devant l'Académie de Médecine. L'arrêt se situe uniquement au niveau de la symphyse pu-

biennne. Contrairement à ce qu'avait constaté Jacquemier, le rapport du CNGOF soutient encore la possibilité que l'épaule postérieure reste au-dessus du promontoire lorsque la tête est dégagée : il s'agit en fait d'une construction, véritable artifice stylistique, qui n'a jamais été vérifiée par des données d'imagerie.

Le diagnostic clinique de la DDE résulte alors de l'échec d'une tentative de résolution par une traction douce et axiale sur la tête fœtale. Devant le manque d'objectivité de cette définition, le RCOG propose comme définition un délai de dégagement des épaules supérieur à 1 minute après la sortie de la tête (autrement dit si le délai est plus court, il n'y aurait pas de DDE) ou l'échec des manœuvres ancillaires. On parle dans cette variété de DDE cliniquement évidente.

Les manœuvres de réduction de la DDE comprennent :

- ♦ La mise en hyperflexion du bassin de la mère (position de Rosa reprise par McRoberts), associée à une pression sus-pubienne ;
- ♦ La manœuvre de rotation de l'épaule postérieure de Wood ;
- ♦ Et surtout la manœuvre de Jacquemier (abaissement du bras postérieur, dont l'épaule correspondante est déjà engagée profondément dans l'excavation).

Ces 3 manœuvres sont appliquées, successivement ou non, selon chaque cas particulier et éventuellement répétées pour les manœuvres intra-pelviennes en position de Gaskin (« all four maneuver » = mère en appui sur ses 4 membres). Elles optimisent la direction donc l'efficacité des forces endogènes et/ou réduisent le diamètre biacromial et permettent donc la terminaison rapide de l'accouchement, sans avoir cependant d'effets notables sur l'incidence de la PPPB. En effet, lorsque la DDE est cliniquement manifeste, le plexus brachial a déjà été soumis à une force de réaction exercée par la symphyse pubienne égale à celle de la pression sur la symphyse exercée par les forces endogènes (3^{ème} loi de Newton ou principe des actions réciproques).

Le plexus peut être lésé de façon très variable selon l'état du bien-être fœtal : une acidose métabolique est une condition défavorable fragilisant les tissus nerveux... Le risque d'en-

céphalopathie hypoxo-ischémique est une menace très sérieuse en cas de DDE, imposant de ce fait sa résolution rapide. Celle-ci peut être aux mieux assurée par l'abaissement du bras postérieur en priorité car il assure immédiatement une diminution importante (70%) de la tension sur le plexus antérieur et un dégagement fœtal rapide. Des lésions neurologiques cérébrales permanentes ont été décrites après une naissance obtenue 2 minutes après la DDE cliniquement évidente, mais ce risque reste faible pour devenir majeur si la durée d'extraction excède 5 minutes.

Cette urgence obstétricale majeure justifie que la sage-femme assistant l'accouchement doive elle-même, puisqu'elle a été formée pour le faire et sans perdre un instant, accomplir les gestes salvateurs tout en déclenchant les actions d'alerte prévues dans le protocole DDE qui devrait en principe avoir été mis en place. Soulignons avec force que la notion d'urgence vitale prime indiscutablement sur celle de dystocie qui théoriquement ne peut être résolue que par un médecin (mais le Code de la Santé nous précise que la sage-femme exerce indiscutablement une profession médicale).

Stratégies de prévention : organisation et entraînement par simulation

On conçoit que le constat difficilement prévisible d'une DDE commande la mise en route d'une séquence d'actions, comparable à celle déclenchée par une indication de césarienne « code rouge ». Un protocole pour DDE, des séances didactiques obligatoires pour tout le personnel des salles de naissance, le débriefing des cas de DDE, ... sont des actions à mettre en œuvre si l'on veut améliorer la communication au sein de l'équipe et la qualité des soins.

L'apprentissage - périodiquement renouvelé - des gestes par simulation sur mannequins s'applique parfaitement à cet événement rare qu'est la DDE.

La mise en place de ces actions sera vérifiée par l'expert : leur absence traduit une négligence dans l'organisation des soins au niveau de l'établissement.

Cependant les résultats de ces actions de prévention sur la fréquence de la PPPB sont contradictoires : amélioration nette chez Inglis 2006, mais reposant sur des données peu cré-

dibles, et chez Grobman 2011, en passant par l'amélioration des seules formes transitoires chez Draycott 2008 et l'absence totale d'amélioration chez McKenzie. Par contre - et cela suffit à justifier les exercices de simulation - l'adaptation néonatale à la vie extra-utérine était toujours améliorée avec diminution du risque d'encéphalopathie néonatale d'origine hypoxo-ischémique.

Principes du traitement de la PPPB

Pour l'obstétricien qui n'est pas concerné par les soins à une PPPB, on se contentera d'évoquer les principes de la prise en charge. La place de la kinésithérapie précoce et assidue est primordiale. Ces enfants ont un bon pronostic car la majorité retrouve l'usage de leur bras avant 3 mois. La persistance à 6 mois fait discuter une intervention chirurgicale. En pratique, si l'examen physique révèle une récupération incomplète à la fin du 1^{er} mois, l'aiguillage vers une équipe multidisciplinaire spécialisée s'impose, qui garantira la meilleure prise en charge possible.

La collaboration d'un co-expert en néonatalogie et/ou neuro-pédiatrie et/ou plutôt en chirurgie de la main permettra de vérifier la qualité de prise en charge post-natale.

Commentaires et Conclusion

La prévention de la PPPB est pratiquement impossible. Le seul facteur de risque dont la liaison avec la PPPB est forte, à savoir la macrosomie fœtale, est en effet de diagnostic incertain et ne présente une balance bénéfice/risque favorable qu'en cas de macrosomie authentique et majeure autorisant alors la césarienne de précaution.

Quant à l'accouchement proprement dit, les données exposées sont de plus en plus convaincantes : la PPPB après accouchement par voie basse est très rarement liée à des manœuvres obstétricales d'extraction fœtale, sauf dans le cas d'une traction céphalique exagérée associée à une incurvation forcée du cou sur l'anus maternel, qui majore un risque déjà initié, créant une perte de chance qu'il conviendra d'apprécier le plus objectivement possible lors d'une expertise avant de conclure ou non à la responsabilité de l'opérateur.



Inversement, les rares PPPB après césarienne abdominale, ne pouvant être expliquées par des difficultés d'accommodation thoraco-pelvienne, peuvent l'être par une technique d'extraction en force ou inadéquate donc mettant en jeu la responsabilité médicale, sauf à prouver par un contexte évocateur une malposition chronique in utero étirant un plexus ?

Rappelons enfin que la forme clinique fréquente mais encore très sous-estimée de la PPPB sans DDE préalable, souvent après un accouchement ultra-rapide parfois totalement spontané, prouve à l'évidence que les forces maternelles expulsives incontrôlables car réflexes sont si puissantes qu'elles résolvent toutes seules une DDE réelle mais finalement transitoire.

La PPPB continuera à alimenter les procédures en responsabilité médicale car, ne pouvant être éradiquée, sauf à prôner la césarienne pour toutes ce qui en fait est contre-productif, elle continuera à se manifester très régulièrement. Si elle peut certes résulter de plus en plus rarement d'une faute professionnelle, elle est dans la très grande majorité des cas la conséquence d'un aléa mécanique de l'accouchement.

Cette conclusion commande la prudence de l'expert puis du juge dans l'analyse du cas soumis et les appelle à la rigueur dans la recherche de la causalité du dommage, bien réel certes mais trop souvent abusivement relié à la pratique de manœuvres obstétricales pratiquées après sa réalisation consommée.

Remerciements pour leur lecture critique à :

Charles CATTEAU, Premier Président (H) de la Cour d'Appel de Grenoble

François MOUTET, PU-PH (H) en chirurgie de la main, CHU Grenoble-Alpes



IVG MÉDICAMENTEUSE EN VILLE

FICHE PRATIQUE

A l'occasion du 40^e anniversaire de la loi Veil, un programme national d'action pour améliorer l'accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire a été présenté : l'élargissement et l'harmonisation de la prise en charge financière de l'IVG constituent une des principales mesures pour assurer sa gratuité complète comprenant les actes afférents, quel que soit le lieu de réalisation de l'IVG.

Précédemment, le forfait de l'IVG en ville ne couvrait pas les mêmes actes que le forfait de l'IVG en établissement de santé. Les femmes ne bénéficiaient donc pas de la même prise en charge sur l'ensemble du territoire. L'arrêté du 26 février 2016 refond totalement les actes issus de l'arrêté du 23 juillet 2004 en fixant les tarifs de prise en charge à 100% de l'ensemble des actes entourant l'IVG.

Conditions à remplir pour pratiquer l'IVG en ville

Seule l'IVG médicamenteuse peut être réalisée en ville en libéral, en centre de santé ou centre de planification ou d'éducation familiale et par un médecin.

Elle ne peut avoir lieu que dans le cadre d'une convention, conforme à une Convention-type fixant les conditions dans lesquelles les médecins réalisent les IVG par voie médicamenteuse validée par décret conclue entre le praticien ou un centre de planification ou d'éducation familiale ou un centre de santé,

d'une part, et un établissement de santé, public ou privé, d'autre part.

Actes et examens couverts par le forfait de prise en charge de l'IVG en ville

Pour les praticiens, centres de santé ou centres de planification ou d'éducation familiale pratiquant les IVG médicamenteuses dans le cadre d'une convention passée avec un établissement de santé, les tarifs limites des soins à compter du 18 décembre 2019 sont fixés comme suit :

Code Prestation	Libellé (ou regard de l'arrêté)	Tarifs actuels	Tarifs à partir du 18/12/2019
IC ou ICS	Consultation de recueil de consentement	Inclus forfait	25,00 €
FPB	Investigations biologiques préalables à l'intervention	Non compris	69,12 €
IPE	Vérification échographique pré IVG	Non compris	35,65 €
FHV	Forfait consultations de ville	100,00 €	50,00 €
FMV	Forfait médicaments de ville	87,92 €	83,57 € (uniquement en métropole*)
FUB	Contrôles biologiques ultérieurs	Non compris	17,28 €
IC ou ICS ou IV	Consultation de contrôle : • sans échographie de contrôle ultérieure • avec échographie de contrôle ultérieure	Inclus forfait	25,00 € ou 30,24 €

* Pour les DOM ou Drom, le FMV est : à la Réunion de 105,63 €, en Guyane de 111,98 €, en Martinique et Guadeloupe de 110,56 €, à Mayotte de 113,66 €.

Le forfait global est découpé en trois phases pour le médecin :

1. Recueil de consentement.
2. Réalisation de l'IVG.
3. Consultation de contrôle.

Ce découpage en trois phases offre une souplesse supplémentaire pour la facturation lorsque toutes les séquences ne sont pas réalisées par le même professionnel ; pour au-

tant, ce découpage n'a pas d'incidence sur la facturation, qui peut être faite en une seule fois.

La prise en charge des actes associés à l'IVG est étendue aux investigations biologiques et échographiques préalables à l'IVG et de contrôle.

Les échographies peuvent être réalisées par le médecin qui effectue l'IVG, ou par un autre médecin.



En résumé

- ◆ Un médecin qui effectue une IVG facture une ICS, puis le FHV et le FMV, puis une ICS (ou IVE en cas d'échographie lors de la consultation de contrôle).
- ◆ Les honoraires versés au médecin (sans échographie de contrôle) sont de 183,57 €. La différence par rapport au tarif précédent est liée à la baisse du prix des médicaments associés à l'IVG.
- ◆ Le médecin prescrira les codes IPE et FPB avant l'IVG, et FUB après l'IVG.

Des fiches réglementaires ont été diffusées aux éditeurs de logiciels pour qu'ils intègrent l'évolution de ces codes mais la facturation peut d'ores et déjà être engagée en papier (cette facturation papier est obligatoire pour les mineures).

Comment s'explique l'abaissement du forfait pour un médecin qui réalise des IVG à son cabinet, sans échographie, de 187,92 € à 183,57 € ?

Le forfait se décompose de la façon suivante :

- ◆ Consultation de recueil de consentement : 25 €.
- ◆ Forfait lié à la prise de médicaments : 133,57 € (coût des médicaments + coût de deux consultations).
- ◆ Consultation de contrôle : 25 €.

L'abaissement du forfait est lié à la baisse de prix des médicaments associés à l'IVG (4,35 €) : 83,57 € (au lieu de 87,92 € précédemment).

UNE PLATEFORME POUR AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMÉTRIOSE

Ziwig est une plateforme gratuite pour les patientes et les médecins. Ziwig Health accompagne les professionnels de santé. Optimisez votre temps de consultation et accédez, en un seul coup d'œil, à l'historique de vos patientes, dans un dossier interactif, structuré et synthétique.



Pour s'inscrire : <https://endo.ziwig.com/main/home>

CODAGE DES ACTES : LES NOUVEAUTÉS DE NOTRE PLATEFORME ELEARNING

Notre spécialité regroupe à la fois des actes effectués en gynécologie médicale, en gynécologie obstétrique et en chirurgie. Ce qui entraîne un éventail de cotations extrêmement variées dans notre spécialité à ce jour. Nous avons conçu un outil d'apprentissage en ligne (eLearning)



via une plateforme dédiée aux formations professionnelles <https://syngof.fr/e-learning/>. Cet outil propose des QCM à choix unique ou multiples, accompagnés d'explications didactiques. Plusieurs parcours sont proposés : cotation Gynécologie, cotation Obstétrique, et cotations en orthogénie. Cette version se veut avant tout ludique et didactique, et nous souhaitons vivement continuer de l'agréments au fur et à mesure de l'évolution de la CCAM. Bonnes cotations à toutes et tous ! *La plateforme est réservée exclusivement aux adhérents du SYNGOF et du BLOC. L'accès est gratuit : en vous connectant à partir du site du SYNGOF, vous pourrez vous identifier afin de créer votre espace personnel avec un identifiant et un mot de passe personnalisés.*

DES APPLICATIONS MOBILES UTILES

ACTES MÉDICAUX



Cette application permet d'accéder à la Classification commune des actes médicaux français (CCAM) ainsi qu'à la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) depuis son mobile et à diverses autres informations : tarif Secteur 1 / adhérent CAS, tarif Hors Secteur 1, hors adhérent CAS, remboursement sous conditions, accord préalable, exonération du ticket modérateur, code regroupement...

En mode offline, l'application permet de faire des recherches sans connexion internet.

Disponible sur GooglePlay

AVISPLAIE



Lancée par Suite de Soins, réseau spécialisé dans le domaine de la cicatrisation des plaies, cette application vise à aider les professionnels de santé à résoudre les retards de cicatrisations. L'application AvisPlaie permet aux différents acteurs de santé (infirmiers libéraux, médecins de ville et hôpitaux...) de contacter les infirmières du réseau possédant un D.U plaies et cicatrisation, afin d'obtenir un second avis. Il suffit de prendre la plaie en photo, de remplir un questionnaire pour donner des détails supplémentaires sur le patient et sa plaie. Les infirmières Suite de Soins répondront en moins de 12 heures suivant l'envoi. Afin d'assurer la sécurité et la confidentialité des données, toutes les photos et informations diverses sont stockées sur un hébergeur de santé agréé par le ministère de la Santé. Disponible sur AppStore et GooglePlay



LA FEMME... ET L'HOMME

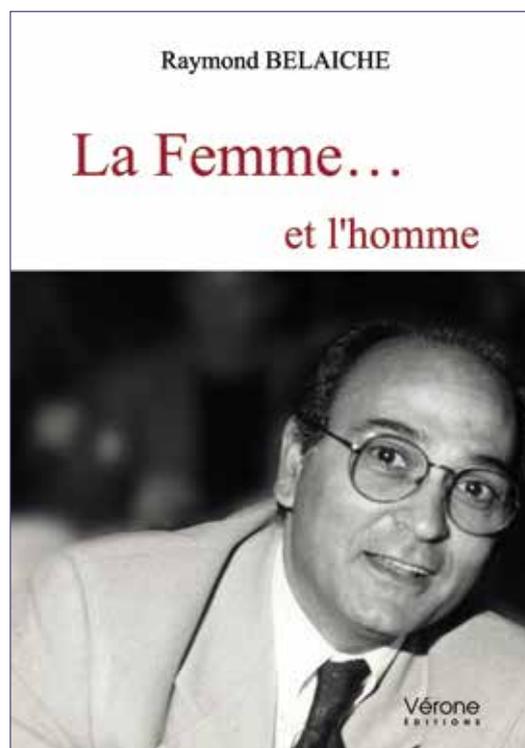
Gynécologue et obstétricien, Raymond Belaiche voue sa vie professionnelle aux femmes, avec un amour et un respect profond pour leur rôle irremplaçable et si peu reconnu. C'est de ce rôle dont il est question dans cet essai.

Cet ouvrage est une réflexion sur la femme, l'homme, l'amour, le sexe, la reproduction, la grossesse, la naissance, la filiation et la vie.

Raymond Belaiche a voulu situer nos origines dans l'univers, le début de la vie depuis la première cellule, l'influence sur notre filiation, les mythes fondateurs, l'éthique garante de nos valeurs morales et enfin l'influence de la femme dans cette aventure.

L'origine de l'Humanité appartient à la femme, et la reproduction humaine, quelle qu'elle soit, dépendra toujours d'elle.

Il y a hélas un long chemin à parcourir pour obtenir, au-delà de l'égalité des sexes, la sérénité d'être une femme à part entière et la fin de la barbarie exercée à leur rencontre.



Paru en décembre 2020 chez Vérone Editions
Tarif : 16 euros
168 pages

Conseil d'administration

Président

Docteur de ROCHAMBEAU

Hôpital privé Marne Chantereine
BROU-SUR-CHANTEREINE

Présidents d'honneur

Docteur COUSIN

Professeur GIRAUD

Docteur ROZAN

Vice-Présidents

Pôle Gynécologie Obstétricale

Libérale

Docteur PEIGNÉ

Polyclinique du Beaujolais
ARNAS

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

Docteur ROBION

11 Quai Alsace-Lorraine
77000 - MELUN

Secrétaire Générale

Docteur PAGANELLI

Secrétaire Général Adjoint

Docteur RIVOALLAN

Secrétaire Général honoraire

Docteur MISLER

Trésorier

Docteur GRAVIER

Membres de droit

Docteur BELAICHE

Professeur COLETTE

Professeur GIRAUD

Membres du Bureau

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 PEIGNÉ

Tél. 06 80 15 94 71

Docteur RIVOALLAN

Tél. 02 98 95 84 84

Membres

Docteur AGOPIANTZ

CHU de Nancy
VANDŒUVRE-LÈS-NANCY

Docteur BASTIAN

Place du Grand Jardin - VENCE

Docteur BLUM

10 rue du Rhône - MULHOUSE

Docteur BOHL

1-3 av Carnot - SAINT-MAX

Docteur BONNEAU

2 bd du Roy
LES PAVILLONS/BOIS

Docteur CACAULT

71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

Docteur CAMAGNA

1 rue Velpeau - ANTONY

Docteur COICAUD

45 Bd George V - BORDEAUX

Docteur DARMON

18 rue des remises
ST MAUR DES FOSSES

Docteur DE BIEVRE

6 rue St Fiacre - MEAUX

Docteur DEFFARGES

59 rue de la Chataigneraie
BEAUMONT

Docteur DENJEAN

7 av. Pierre Verdier - BEZIERS

Docteur DREYFUS

25 rue Garibaldi - LYON

Docteur GARRIOT

7 rue J J Bernard - COMPIEGNE

Docteur 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

Conseil d'administration

Auvergne - Rhône-Alpes

Dr Jean Valère DEFFARGES

59 rue de la chataignerai
63110 BEAUMONT
email : virval@wanadoo.fr

Dr Jean Michel DREYFUS

25 rue Garibaldi
69006 LYON
email : dreyfusjm@yahoo.fr

Dr Emmanuel PEIGNÉ

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

Bourgogne - Franche Comté

Dr Philippe MIRONNEAU

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

Bretagne

Dr Catherine GUÉRIN

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

Dr Pascale LE PORS-LEMOINE

CH de St Malo
35400 ST MALO
email : p.lepors@ch-stmalo.fr

Dr Jacques RIVOALLAN

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

Centre - Val de Loire

Dr Gérard LONLAS

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

Dr Elisabeth PAGANELLI

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

Corse

Dr Harold JELEN

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

Grand Est

Dr Georges-Fabrice BLUM

10 rue du Rhône
68100 MULHOUSE
email : gfbfum@evhr.net

Dr Marc BOHL

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

Hauts-de-France

Dr François BOYER DE LATOUR

1 bd Schweitzer
02100 SAINT QUENTIN
email : fxdelatour@gmail.com

Dr Benoit GARRIOT

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

Île-de-France

Dr Mireille BONNEAU

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

Dr Jean Alain CACAULT

71 bd Commandant Charcot
92200 NEUILLY
email : ja.cacault@wanadoo.fr

Dr Olivier CAMAGNA

1 rue Velpéau
92160 ANTONY
email : oliviercamagna@gmail.com

Dr Franklin DARMON

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

Dr Pascal DE BIÈVRE

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

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU

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

Dr Arnaud GRISEY

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

Dr Nelly HOMASSON

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

Dr Joëlle ROBION

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

Normandie

Dr Béatrice GUIGUES

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

Nouvelle Aquitaine

Dr Marianne COICAUD

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

Dr Antoine GRAVIER

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

Pr Jacques HOROVITZ

36 rue Robert Laurent - 33700
MERIGNAC
email : jacques.horovitz@yahoo.fr

Dr Jean Pierre LAPLACE

Maternité Bordeaux Nord
33300 BORDEAUX
email : drjplaplace@bordeauxnord.com

Occitanie

Dr Régis DENJEAN

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

Dr Jacques FAIDHERBE

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

Dr Jean MARTY

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

Dr Olivier THIEBAUGEORGES

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

Pays de Loire

Dr Olivier TEFFAUD

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

PACA

Dr Jean-Marc BASTIAN

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

Dr Alexandre LAZARD

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

Dr Daniel LEGRAND

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

Adhésion au SYNGOF

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

Je soussigné(e)

Nom _____

Prénom _____

Né(e) le _____ à _____

Date de votre installation _____

Tél mobile _____

e-mail _____

Adresse professionnelle _____

Nom et adresse de la maternité où vous exercez : _____

N° RPPS _____

Inscrit à l'Ordre des Médecins de _____ N° _____

Sollicite mon admission au SYNDICAT NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE FRANCE

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

- AVENIR HOSPITALIER AVENIR SPÉ LE BLOC C.S.M.F. F.M.F. U.F.M.L.
 AUTRES.....

Nom de votre compagnie d'assurances :

Tarif 2021

Secteur d'activité : Secteur 1 Secteur 2 Non conventionné
 OPTAM OPTAM-CO NON

J'exerce en Gynécologie médicale Gynécologie obstétrique Gynécologie obstétrique et chirurgie gynécologique

Je suis Médecin libéral Praticien Hospitalier Retraité(e) actif Chef de clinique Interne Retraité(e)

Type d'exercice : Privé Public Privé et Public

Cotisations 2021

Membre actif	230,00 euros
Assistant chef de clinique	150,00 euros
1 ^{re} année d'installation	150,00 euros
Retraité	70,00 euros
Interne	10,00 euros

- 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 global en une seule fois de tous les membres.

Date, cachet et signature

Retrouvez les annonces de remplacements
ou de cession de cabinet sur le site du SYNGOF

<http://www.syngof.fr>

ou en scannant ce QR Code



SCAN ME

Vous pouvez passer une annonce onglet « soumettre une annonce »

Ou adresser votre annonce à :

SYNGOF - 6 rue Pétrarque - 31000 TOULOUSE

ANNONCES DE RECRUTEMENT

LE GROUPEMENT HOSPITALIER CARNELLE PORTE DE L'OISE À BEAUMONT recherche

Un gynécologue obstétricien

Praticien Hospitalier Contractuel ou Assistant des Hopitaux.

Durée hebdomadaire des obligations de service hospitalier : 6 demi-journées par semaine.

L'hôpital René Dubos, situé à 30 km de Paris, est l'établissement support du GHT NOVO
(Groupe Hospitalier de Territoire du Nord-Ouest Vexin Val d'Oise).

Maternité de niveau 2 A.

Service de Gynécologie-Obstétrique GHCP.

Ce service fait partie intégrante du pôle Femme-Enfant avec les services de néonatalogie et de pédiatrie et est animé par une équipe pluriprofessionnelle composée de gynécologues-obstétriciens, sages-femmes, anesthésistes, pédiatres, infirmières et auxiliaires de puériculture.

CARACTÉRISTIQUE DES FONCTIONS

- Participation active à la permanence des soins selon planning de garde élaboré 3 mois à l'avance (4 à 5 gardes de 24h par mois). Urgences gynécologiques, urgences obstétricales, accouchements dystociques (césariennes, extractions instrumentales).
- Staff quotidien à 8h30 permettant une revue des dossiers de la garde, des patientes entrantes et des grossesses à haut risque.
- Visite dans les secteurs d'hospitalisation de GHR et gynécologie.
- Visite dans le secteur des suites de couches sur appel de la sage-femme d'hospitalisation.
- Visite de sortie des patientes hospitalisées en secteur ambulatoire.
- Établissement du compte rendu d'hospitalisation dans les 8 jours suivant la sortie.
- Chirurgie gynécologique programmée et urgente, établissement du compte rendu opératoire.
- Participation à l'activité d'orthogénie, consultations et pratique des IVG médicamenteuses et IVG chirurgicales, prévention des IST, contraception.
- Participation au staff hebdomadaire d'obstétrique et de chirurgie gynécologique (le vendredi matin) avec présentation de dossiers de grossesses pathologiques, discussion des voies d'accouchement et discussion des indications opératoires.
- Participation active aux projets médicaux du service.
- Staff médico-psycho-social bimensuel.
- Coopérations avec le CHRDP de Pontoise (GHT) dans le domaine du diagnostic prénatal : Participation aux staffs du Centre de Diagnostic Prénatal Léonard de Vinci, exercice éventuel dans les 2 services dans le cadre d'une convention.
- Participation aux ateliers (chirurgie gynécologique, diagnostic prénatal) organisés régulièrement par le CHRDP.
- Participation à l'élaboration et à la mise à jour des protocoles médicaux.
- Participation aux Revues Morbidité Mortalité (RMM).
- Consultations et échographies gynécologiques et obstétricales.
- Participation aux actions du Réseau Périnatal du Val d'Oise.

OBJECTIFS ET ACTIONS

- Participation au Projet médical Partagé au sein de la GHT.
- Contribution à l'augmentation de l'activité du service.



CONTACTS

Dr Sandrine COLLIAUT-ESPAGNE,
Chef de service de Gynécologie-Obstétrique
Chef de Pôle adjoint Pôle Femme Enfant de Territoire
sandrine.colliaut@ght-novo.fr
abdoul.ba@ght-novo.fr

Centre Hospitalier de Narbonne

www.ch-narbonne.fr

Hôpital
coeur de ville



Le Centre Hospitalier de Narbonne, principal établissement public de santé desservant l'Est du département de l'Aude (à 1h de Montpellier et 1h30 de Toulouse).

Établissement de 550 lits et places installé dans un bassin de population en forte croissance démographique 52 855 habitants pour Narbonne (+ 3,16 % entre 2010 et 2014) et 125 000 habitants pour la communauté d'agglomération.

recrute Gynécologue Obstétricien

LE PÔLE MÈRE ENFANT

- 24 lits en chambre particulière de Gynécologie Obstétrique.
- 1 nurserie neuve centrale avec 3 baignoires.
- 16 lits de Pédiatrie.
- Garde sur place d'Anesthésie.
- Un Service de Réanimation de 8 lits et 4 lits de Surveillance Continue en H24.
- 2 à 3 Accouchements par jour et pic ponctuel jusqu'à 8 accouchements par jour.
- 2 salles de pré travail.
- 1 salle d'examen d'admission.
- 3 salles d'accouchements identiques.
- 4^e salle d'accouchements et d'interventions chirurgicales.
- 2 salles de réanimation bébés comprenant chacune 2 tables de réanimation néonatale et incubateurs.
- Télésurveillance du rythme cardiaque fœtal dans toutes les salles centralisée sur le bureau central des sages-femmes.
- Taux de césarienne : 19,4 %.

LE CANDIDAT

- Le profil du candidat est celui d'un gynécologue obstétricien salarié.
- Le candidat participe pleinement au fonctionnement du service dans tous ses aspects.
- Il sait travailler en équipe dans un esprit de collégialité et de partage des tâches.
- Il entretient des rapports confraternels avec ses collègues libéraux.
- Il veille à sa formation continue.

Organisation des horaires du service en journée

- Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 (organisation en demi-journées).
- Le samedi matin de 8h30 à 12h30.

Organisation des horaires de la permanence des soins

- Astreintes.
- Nuits de 18h30 à 8h30.
- Samedi après-midi : 12h30 - 18h30.
- Dimanches et fériés en journée : 8h30 - 18h30.

Collaboration / coopération avec d'autres établissements :

Dans le cadre du GHT, coopération avec le Centre Hospitalier de PERPIGNAN. Avec le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier : CROP pour transferts pédiatriques. Narbonne se situe dans le Sud de la France, à 100 km de la frontière espagnole et fait partie du département de l'Aude et de la région Occitanie.



Soleil et Qualité de vie sont au Rendez-Vous.

Candidature à : direction@ch-narbonne.fr - Tél. : 04 68 42 60 01 (ou 02)

OCCITANIE



hôpital
d'albi

CENTRE HOSPITALIER D'ALBI

Recherche **UN ASSISTANT**
spécialiste en gynéco obstétrique

Maternité niveau IIA, 1400 accouchements.

Locaux neufs.

Équipe mixte et soudée : 5 PH, 2 postes assistants, 2 postes d'internes.

Activité chirurgicale importante : Oncologie gynéco et sénologique, chirurgie fonctionnelle, endométriose.

Profil : Obstétrical et ou chirurgical avec participation aux gardes de gynéco-obstétrique.

Gardes sur place.

Albi : Ville universitaire 70 km de Toulouse. 60 000 habitants. Nombreux festivals (musiques actuelles, danse, jazz), ville touristique (patrimoine architectural d'exception), qualité de vie remarquable.



Contact : **Dr Catherine CHAIZE**, Chef de pôle
05 63 47 42 30 - catherine.chaize@ch-albi.fr
Dr Alain DENAX, Chef de service
05 63 47 47 30 - alain.denax@ch-albi.fr



La Clinique DURIEUX se situe au Sud de l'île de la Réunion à 500 mètres d'altitude. À 15 minutes des plages, 20 minutes « des hauts », campagne bucolique, et proche des plus beaux lieux emblématiques de la Réunion : Volcan, Cirque de Cilaos, Dimitile, Sud Sauvage...

En 2020 la Maternité DURIEUX a augmenté son nombre d'accouchements de 900 accouchements en 2019 à 1072 en 2020 en raison d'une démographie constante dans le territoire Sud et de ses atouts en termes de prise en charge à valeur ajoutée se différenciant du CHU SUD.

En moyenne 3 accouchements par jour, maternité déjà attractive et en rénovation complète de son secteur hébergement (uniquement des chambres particulières et VIP) afin de proposer un confort inégalé et accueillir davantage de patientes satisfaites. Le Secteur BO est également en rénovation.

Votre installation est pour l'ensemble des praticiens du cabinet garante de la continuité de conditions de travail exceptionnelles.

LA CLINIQUE DURIEUX RECHERCHE GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS

Nombreux jours off permettant de profiter des beautés de notre île (randonnées, snorkeling en lagon...). Honoraires attractifs en fonction de l'activité. Consultations au sein de la structure. Possibilité d'une installation en exercice libéral ou autre au sein de la clinique Durieux ou collaborateur / associé au sein d'un cabinet déjà constitué.

Possibilité d'un contrat de salarié en CDD ou CDI à définir avec le candidat.e.

ENVOYER LES CANDIDATURES À

direction@cliniquedurieux.fr
www.cliniquedurieux.com
<https://www.facebook.com/MaterniteDurieux>



OUTRE-MER



Centre
Hospitalier
de Bastia

CHERCHE

UN GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN

Établissement de santé de proximité, de recours et de référence pour le Grand Bastia et la Haute-Corse.

Poste d'obstétrique avec activité de salle de naissance, suivi de grossesses pathologiques, échographies morphologiques, DAN.



MATERNITÉ

Niveau 2B, 1000 accouchements par an, activité variée (grossesses physiologiques et à haut risque, membre actif du CPDP de Nice, réalisation de gestes anténatals (biopsie de trophoblaste, amniocentèse).

Équipe chirurgicale gynécologique jeune et dynamique de 3 chirurgiens gynécologues et une plasticienne avec agrément en cancérologie pelvienne, sénologique et reconstruction mammaire.

PLATEAU TECHNIQUE PERFORMANT

Nouveau bloc obstétrical, nouveau bloc opératoire, service de soins intensifs, 3 salles d'échographie équipées de 2 Voluson E8 et 1 Samsung.

Pédiatre et anesthésiste sur place.

Bureaux de consultation nominatifs, bien équipés (avec vue sur mer).

Projet de développer un service de PMA dans les 2 ans (projet validé par l'ARS, en cours de structuration).

COMPÉTENCES REQUISES

- Suivi de grossesses pathologiques, échographies T1 et morphologiques, consultations gynécologiques tout venant.
- La qualification en PMA serait un plus.
- Possibilité d'avoir 1/2 vacation au bloc.

PROFIL RECHERCHÉ

- PH ou PHC temps plein ou partiel.
- Possibilité de venir en remplacement.

AVANTAGES

- Prise en charge billet A/R du continent et logement pour venir découvrir le service.
- Logement pendant 3 mois à la prise de poste.



Dr Amandine FAUX, Gynécologue obstétricienne,
chirurgie cancérologique et mammaire

☎ 06 73 45 44 64 ✉ amandine.faux@ch-bastia.fr

Frédéric EBENDINGER, Directeur des affaires médicales

☎ 04 20 00 40 58 ✉ affaires.medicales@ch-bastia.fr



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

