

LES
CAHIERS

SYNGOF

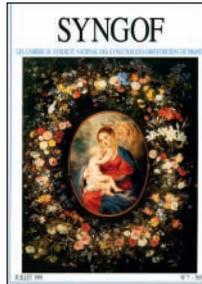
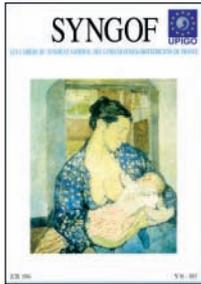
Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



100

Mars
2015

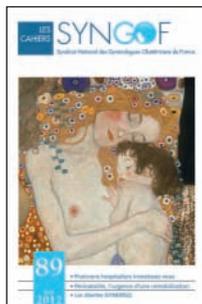
- Agenda d'accessibilité programmée
- La revue Syngof au fil des ans
- Maîtrise du risque opératoire lié à la conisation



Les Cahiers SYNGOF jour après jour



vous informent



2 Éditoriaux

F.X. BOYER de LATOUR, B. de ROCHAMBEAU

INFORMATIONS SYNDICALES

4 AG du 6mars 2015

J. MARTY

11 Manifestation du 15 mars

13 Agenda d'accessibilité programmée

E. PAGANELLI

16 M. Santé : Dynamite, dynamite ? D'Hippocrate à la santé connectée...

P. BARDON

19 Quels arguments en faveur de l'accès à la contraception orale sans prescription

A. CRASTES BILLEBEAU

23 Formation des secrétaires médicales sur 2 jours

P. BARDON

25 Périnatalité : écoutez enfin les professionnels

P. LE PORS-LEMOINE

27 La revue Syngof au fil des ans : "Naître et ensuite"

R. BELAICHE

COLLOQUE NATIONAL GYNÉCOLOGIE ET SOCIÉTÉ

29 Les résumés des interventions du Colloque (2^{ème} partie)

Présentation E. PAGANELLI

GYNERISQ

36 Maîtrise du risque opératoire lié à la conisation : Analyse de la base REX sur les EPR survenus à l'occasion des conisations

B. de ROCHAMBEAU

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

41 La naissance en l'an 2000. Vue en 1980...

B. SEGUY

VOS RUBRIQUES

46 Conseil d'administration

47 Propos de lecture

48 Délégués régionaux

50 Petites annonces

51 Le coin des cinéphiles du siècle dernier

52 Agenda

100

mars



The Bridgeman Art Library

Mother and Child in Holland Park (oil on canvas) 1988.

*Holzhandler Dora (contemporary Artist)
RONA Gallery, London UK*

Directeurs de la Publication : Drs François-Xavier Boyer de Latour, Bertrand de Rochambeau
Comité de Rédaction : Professeurs Bernard et Horovitz.

Docteurs Boyer de Latour, de Rochambeau, Favrin, Faidherbe, Rivoallan, Rozan.

Publicité : Dr François-Xavier Boyer de Latour
Tél. 03 23 64 53 59

Email fxdelatour@gmail.com

Dr Bertrand de Rochambeau. Tél. 01 64 72 74 26

Email : bdr@club-internet.fr

Siège social : Syngof, 25 rue du Tendat

81000 ALBI - Tél. 04 67 04 17 18

e.mail : syngof@syngof.fr

Site internet : <http://www.syngof.fr/>

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les "copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective" et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et 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 :

Nadine Prugny

Maquette P.A.O. : Nadine Prugny

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2015

Imprimé en France

SOUJIE Imprimeur - 34110 FRONTIGNAN

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

Magazine adressé à titre gratuit aux adhérents du Syngof.



FRANÇOIS - XAVIER BOYER DE LATOUR
DIRECTEUR DE PUBLICATION



erci Mme Touraine

Depuis plus de 30 ans que j'exerce la médecine, jamais je n'avais vu cela : un ministre capable de fédérer contre lui tous les organismes représentant les médecins :

- Tous les syndicats médicaux qui ont réussi à mettre de côté leurs querelles (ce qui n'est pas un mince exploit)
- L'Ordre des médecins
- Toutes les URPS
- Les internes et les chefs de clinique
- L'académie de médecine
- et même plus largement les kinésithérapeutes, les infirmières, les responsables de l'hospitalisation privée etc.

C'est pour cette union que je n'avais jamais vue, que j'ai tenu à remercier Mme Touraine. Quelque part, nous sentir unis a un côté encourageant pour l'avenir de notre profession.

Cette loi va, en effet, beaucoup plus loin que le médiatique tiers payant pour tous, elle constitue un pas de plus vers la disparition programmée et voulue de la médecine libérale en France, et c'est pour cela qu'elle a réussi ce tour de force de réunir contre elle l'ensemble de professionnels médicaux français.

Par dogmatisme Mme Touraine refuse de retirer, voire même de négocier cette loi, et nous nous heurtons à une idéologue incapable de reconnaître ses erreurs. Notre manifestation ne changera rien à son attitude. Notre seul espoir réside dans les urnes qui vont bientôt parler. Espérons que les résultats de ces élections amèneront l'Élysée et Matignon à réfléchir, et que Mme Touraine ne soit plus notre ministre dans quelques semaines. Nous la quitterons sans regret...



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION

“L’espoir changea de camp, le combat changea d’âme”

Quand, au cœur de la bataille, l’espoir change de camp alors le combat change d’âme. Tous les stratèges connaissent cet enchaînement inéluctable et il est très difficile de gagner dans ces conditions. Après la manifestation monstre du 15 mars qui a vu se mobiliser l’ensemble du monde de la santé pour s’opposer au modèle d’étatisation de la santé proposé par le gouvernement quelque chose s’est brisée dans la détermination de la ministre. Les amendements proposés par le gouvernement à la commission des affaires sociales de l’Assemblée nationale marquent un recul significatif dans le texte.

Certes, le service public hospitalier est affirmé dans son unité et sa vocation à soigner au tarif unique administré, sans place pour une activité libérale des médecins qui y exercent ce qui signifie la fin du secteur privé à l’hôpital public et l’exclusion des établissements privés du service public hospitalier.

Les établissements privés à but lucratifs réalisant l’accueil des urgences seront associés au service public par un contrat spécifique qui nécessite l’accord de la CME et leurs praticiens s’imposeront, comme le prévoit déjà les accords conventionnels de soigner ces patients aux tarifs opposables. Le reste de l’activité pouvant être exercé en secteur à honoraires libres.

L’organisation des soins de proximité reste à l’initiative du monde libéral sans contraintes tarifaires spécifiques ; Les ARS gardent leur rôle d’organisateur, de payeur, de facilitateur. Les établissements de santé privés comme publics sont amenés aussi à jouer un rôle pourvu que leur CME émette un avis favorable aux contrats passés avec les ARS.

Pour le tiers payant, la volonté de la ministre se heurte aux difficultés liées à la multitude des financeurs et à la faiblesse des tarifs qui feront l’objet du tiers payant, vidant d’une grande partie de son sens ce qu’elle vente comme une grande avancée sociale réclamée par la nation. Nation qui n’a pas encore compris que la coquille est à moitié vide !

Ces amendements sont soumis aux parlementaires dans une procédure accélérée avec un seul aller-retour entre les 2 chambres. La loi qui en sortira comme l’avenir du gouvernement sera aussi fonction des résultats des élections départementales qui ne devraient pas être favorables au gouvernement. Si l’importance du désaveu est telle que le gouvernement s’en trouve menacé, cette loi qui n’est pas essentielle à la nation pourrait ne jamais voir le jour.

Assemblée Générale Ordinaire

6 mars 2015

Au moment où la discussion sur la légitimité des dépassements continue, il est bon d'enregistrer de la mutualité que les tarifs opposables sont insuffisants, ce qui justifie des compléments d'honoraires. La Mutualité se dit en capacité de les financer.

J. MARTY*

é

étaient présents les Drs :
BLUM, BONNEAU, DE BIEVRE, DE ROCHAMBEAU, CACAULT, DENJEAN, DREYFUS, GUERIN, GUIGUES, HOMASSON, HOROVITZ, LAPLACE, LEBOEUF, LEGRAND, MARTY, PAGANELLI, PEIGNÉ, RIVOALLAN, ROUGÉ, THIEBAU-GEORGES, VERHAEGHE.

Étaient excusés les Docteurs :
BASTIAN, BOHL, BOYER DE LATOUR, DARMON, GERAUDIE, GRAVIER, JELEN, LE PORS, MIRONNEAU, SEGUY.

L'Assemblée générale est ouverte par le Président le Docteur Jean MARTY.

Approbation du PV de l'AG précédente

Le procès-verbal de l'assemblée de 2014 est adopté à l'unanimité.

Rapport du Pôle gynécologie médicale E. PAGANELLI

270 gynécologues médicaux à jour de leur cotisation sur 1449 adhérents au SYNGOF (90% de libéraux).

Etat des lieux de la gynécologie médicale et propositions :

48 postes en 2014 à l'internat. Les nouveaux gynécologues médicaux formés par un DESC s'orientent vers une hyperspécialisation par rapport aux gynécologues médicaux formés par le CES (formés entre 1975 et 1984) pour répondre à des besoins sanitaires modernes pour les femmes comme la contraception, les dépistages gynécologiques, l'orthogénie et le suivi de grossesse.

Les gynécologues médicaux en petit nombre s'orienteront vers une offre de soins de deuxième recours. L'accessibilité à un gynécologue

médical est mesurée par sa proximité et sa disponibilité.

Le faible nombre de gynécologues médicaux formés par an ne permet pas proximité et accessibilité. Le CDGM, Comité de défense de la gynécologie médicale, dans son courrier adressé aux syndicats médicaux le 25 février 2015 écrit pourtant : "les femmes ne peuvent renoncer au droit de consulter quand elles le veulent un gynécologue médical. Le CDGM n'y renoncera pas. Il s'agit là non seulement du présent mais de l'avenir, particulièrement préoccupant pour les jeunes ; Le CDGM participera dans la continuité de son action pour la santé des femmes et la gynécologie médicales à la journée du 15 mars" :

- pour l'augmentation du nombre de postes de GM,
- pour le respect du libre choix.

Mais comment envisager d'être totalement en accès direct pour toutes les femmes ? Il faut alors réfléchir à de nouvelles modalités de fonctionnement des cabinets médicaux des gynécologues, comme salarier des sages-femmes pour nous aider dans

L'accès aux données de santé reste préoccupant car il n'y a pas de concertation à ce sujet.

* Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

Si vous êtes adhérent au SYNGOF vous pouvez bénéficier du comité des experts Gynerisq. Si vous avez un sinistre n'hésitez pas à nous contacter.

Les assurances seront beaucoup plus vigilantes à votre dossier si le SYNGOF vous soutient.

les soins gynécologiques avec un schéma similaire au manip-radio/radiologue, ou l'orthoptiste/ophtalmologue.

Messages des gynécologues médicaux du SYNGOF et propositions :

"J'ai appris que vous vous occupiez du versant GM au Syngof, je tenais à vous faire quelques réflexions: nous sommes les oubliées de la médecine avec les pédiatres! Nos revenus moyens sont la moitié de ceux des médecins généralistes. Nos CS durent entre 15 et 30 mn pour 28€ de base. La pose du stérilet, non revalorisée depuis 30 ans, est une honte pour tous les risques que cela comporte"
Dr X (Reims).

"Merci de demander une cotisation Syngof réduite de moitié pour les GM".
Que répondre ?

Les CS de prévention, le suivi des grossesses normales, les CS de contraception étant aussi faites par les médecins généralistes et les sages-femmes, les tarifs ont peu de chance d'évoluer vers le haut. Voir de baisser...

Je propose d'organiser par le SYNGOF des formations sur le bon usage de la CCAM, et du C2 de consultant. Des dates vont être proposées à Paris avec des membres du Bureau.

Le colloque au Sénat le 14 novembre 2014 :

Merci au Syngof d'avoir permis l'organisation du Colloque au Palais du Luxembourg avec l'AIGM (Association des internes en gynécologie médicale).

Nous avons abordé les sujets intéressant l'avenir de la profession comme

l'organisation d'une maison médicale avec un gynécologue médical ; la promotion de l'exercice libéral de la gynécologie grâce au stage en cabinet médical, la faisabilité de l'IVG médicamenteuse dans nos cabinets.

Nous avons constaté le haut niveau d'hyperspécialisation des gynécologues médicaux comme ceux qui travaillent en stérilité pour les dons d'ovocytes.

Par contre, la Journée au Sénat n'a pas permis de session sur les cotisations et les tarifs des consultations car c'est un sujet non abordable quand nous sommes acceptés par un sénateur pour un colloque dans ce lieu. Et pourtant le représentant des internes en médecine générale a reproché à nos intervenants de parler argent! L'hôpital aussi parle argent et les communiqués actuels de MG France communiquent aussi sur les tarifs de leurs consultations.

Le SYNGOF participe à la commission de qualification des gynécologues médicaux.

Les conditions et modalités pour la qualification d'un médecin généraliste comme gynécologue médical par le Professeur JL POULY mérite que le SYNGOF reste vigilant.

Il n'existe pas de commission spécifique de qualification pour la GM au niveau du CNOM. Le rôle est assuré par la commission de qualification en gynécologie obstétrique.

La commission qualifie des demandes assimilées à des validations des acquis d'expérience (VAE).

Résultat de l'enquête en ligne de la FNCGM (Fédération nationale des

Collèges de gynécologie médicale) sur la Loi santé de la ministre M. Touraine.

Sur 2260 réponses de GM 8,4% sont d'accord pour le tiers payant, 91% ne le sont pas et 16,4% sont pour un tiers payant à guichet unique et 83,6% ne sont pas pour un tiers payant à guichet unique.

Sur 452 réponses de GM 58% sont d'accord pour réécrire la loi, 3% ne le sont pas et 38,5% n'ont pas lu le projet de loi santé.

Sur 452 réponses de GM 81% sont pour la grève du 15 mars.

Présent, avenir :

Les gynécologues médicaux doivent investir le SYNGOF. Ils peuvent cotiser par leur collège de la FNCGM et obtenir une réduction de leur cotisation. Leurs cotisations permettent leur défense, leur représentation auprès des différentes institutions, l'organisation de colloque, et de formations.

Les gynécologues médicaux doivent réfléchir à de nouveaux modes d'exercice: travailler seul, isolé, dans la rue de son choix n'est plus envisageable.

Les nouveaux textes de l'accessibilité des cabinets, les tarifs constants de la consultation de base, la rareté des effectifs, l'aide financière de l'état aux maisons médicales et aux innovations, la télémédecine, les agréments de soins imposent de nouveaux modes d'exercice de la gynécologie médicale.

Le SYNGOF est prêt à réfléchir, à aider les gynécologues médicaux dans cette évolution, à faciliter les

installations dans les maisons médicales avec des sages-femmes et des médecins généralistes, des internes en formations et à négocier de nouveaux modes de financement.

Rapport du pôle gynécologie obstétrique B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de Rochambeau explique à l'Assemblée que le SYNGOF est resté concentré sur l'opposition au projet de Loi de Santé qui promet une réforme profonde de l'activité des gynécologues avec 3 grands principes dont 2 concernent directement la profession.

Le premier est la réforme du service public hospitalier avec l'autorisation de l'activité d'urgence, service public dans les établissements privés à la condition d'accepter le tarif opposable pour tous les actes réalisés dans ces établissements.

Suite à cette opposition franche de l'ensemble de la profession, des groupes de travail ont été mis en place par le ministère mais avec si peu d'avancés que les représentants syndicaux, dont nous faisons partie avec le Bloc, ont claqué la porte.

Le deuxième point est l'organisation territoriale de santé publique puisque la loi prévoit que les ARS vont organiser le premier et le deuxième recours et la gynécologie obstétrique fait partie de ces deux recours. Là aussi opposition franche et massive de l'ensemble des spécialités, y compris la médecine générale. La gestion administrative de l'hôpital va être transposée sur la médecine libérale de proximité par les pleins pouvoirs donnés aux ARS. La finalité est de permettre aux hôpitaux d'avoir un flux de patients gérés par les ARS. Une commission a été mise en place et a émis des propositions pour organiser des contrats d'exercice entre les ARS et les praticiens libéraux. Comme les ARS ne connaissent pas les praticiens libéraux pris indivi-

duellement, elles proposent une structure juridique avec laquelle discuter territoire par territoire. Il s'agit des maisons de santé et autres structures pluridisciplinaires en cours de développement. Les médecins se voient imposer une organisation très administrative de l'activité des spécialistes en ville. Il y a eu un travail important de fait par la commission dédiée à ce sujet en vue de sécuriser la liberté de propositions et d'actions des médecins. Le SYNGOF attend de voir si cela va déboucher sur des amendements à la loi.

Deux réflexions sont possibles : on peut rester en dehors du système ou bien nous pensons que c'est une évolution de notre société où les payeurs (SS et complémentaires santé) ont un droit de regard sur notre travail et notre organisation. Il est possible que là nous ayons un rôle à jouer dans cette évolution en participant aux discussions et en imposant notre savoir-faire.

Le syndicat est devant un vrai choix stratégique. Il faut se donner les moyens d'être présents, être représentatif, avec des financements. Nous sommes représentatifs avec LE BLOC mais tant qu'on n'a pas signé la convention on n'a pas de financement suffisant pour déléguer nos représentants et les choses risquent de se jouer sans nous. Les enjeux sont très importants et cela va être un long combat. C'est dommage car les administrations nous écoutent car elles ne connaissent rien à la médecine.

On a un vrai choix à faire.

Le dernier point c'est le tiers payant généralisé et obligatoire. Il semblerait que le terme obligatoire tende à disparaître et la ministre joue sur la date de mise en application. Les dernières informations disent que le tiers payant sera mis en place en 2017 avec un guichet unique pour un tiers payant social.

Il faut être conscient que les 5 000 gynécologues libéraux ne pèsent rien dans les discussions face aux 55 000 spécialistes et autant de généralistes.

Nous participons au mouvement de toutes les spécialités avec manifestation à Paris le 15 mars contre la loi de Santé (cf. page 11).

L'accès aux données de santé reste préoccupant car il n'y a pas de concertation à ce sujet. La loi prévoyait initialement un accès contraint à un contrôle étatique aux données de santé que nous générons. La dernière mouture a inversé cette tendance et l'accès pourrait être plus facile à toute administration ou aux acteurs privés. Nous sommes partisans de cette ouverture pour les médecins et leurs organisations, cela nous permettrait d'améliorer nos pratiques et nos risques. Une opposition farouche à cette ouverture risque de bloquer cette dernière évolution ; il y a peu de communication actuellement sur ce sujet, il réapparaîtra dans les discussions parlementaires.

Intervention de Jean MARTY : Il précise que la FHP qui soutenait les médecins en janvier les avait laissés tomber la veille de la grève. Là elle soutient de nouveau les médecins pour le défilé du 15 mars contre la loi santé et les méthodes de Marisol Touraine. Dans la première mouture de la loi existait un lien entre la participation au service public hospitalier et l'attribution des autorisations de soins. La FHP a obtenu le maintien des urgences dans les établissements privés qui en avait l'autorisation, puis l'abandon de ce principe de dépendance des autorisations de soins au statut de l'établissement.

Mais la FHP a mené ses discussions sans nous pour faire glisser dans la loi des mesures anti compléments d'honoraires et faire disparaître les restes à charge pour les patients qui n'existent pas à l'hôpital public en dehors du secteur privé de certains PH. La FHP espérait ainsi pouvoir contraindre les médecins avec l'appui de la Ministre. Le SYNGOF, LE BLOC et tous les syndicats ont fait obstacle à cette maladresse de la FHP.

Il est vrai que la perte année après année des parts de marché en obsté-

trique et en chirurgie est préoccupante et qu'il faut y remédier.

Mais il faut que la FHP accepte enfin une négociation préalable avec les médecins sur leur relation interne. Il faut sortir du flou pour la répartition des charges d'investissements: c'est la définition de ce que finance le GHS, le mode de calcul des redevances. La FHP doit admettre que les GHS financent le matériel chirurgical. Elle doit accepter l'actualisation du mode de calcul de la redevance, et négocier avec nous ses tarifs des chambres particulières si elle souhaite un accord sur nos tarifs de compléments d'honoraires.

Nous ne pouvons pas laisser la FHP nous engager sur une maîtrise de nos seuls honoraires.

Discussion sur les mutuelles J. MARTY

La discussion sur une offre de soins sans reste à charge comme le souhaite la FHP ouvre sur le sujet des assurances complémentaires santé qui sont les seuls organismes en capacité du remboursement des compléments d'honoraires.

Cette discussion avec les complémentaires suscite des craintes légitimes des praticiens. La plus importante est la perspective de perdre la liberté d'adapter nos tarifs à l'évolution médicale et économique. C'est le risque d'être à nouveau piégé comme nous l'avons été avec les tarifs opposables des secteurs I.

Mais au moment où la discussion sur la légitimité des dépassements continue il est bon d'enregistrer de la mutualité que les tarifs opposables sont insuffisants, ce qui justifie des compléments d'honoraires. La Mutualité se dit en capacité de les financer.

De plus le danger est que la FHP mène la négociation sur nos honoraires elle-même sans les médecins concernés. Elle a eu ses premiers contacts avec la Mutualité sur le sujet.

Nous enregistrons que la Mutualité ne veut pas de conventionnement individuel pour nos spécialités. Mais elle envisage un contrat ouvert sur le mode de financement d'un nombre défini d'actes.

Comme cette démarche se fonde sur l'insuffisance des tarifs sécu, reconvenue par la Mutualité, cette contractualisation doit intéresser les médecins indépendamment de leur secteur conventionnel I et II.

Données de santé: La loi santé comporte plusieurs articles sur l'Open Data. C'est-à-dire la mise à disposition aux agents économiques d'information médico-économiques. Cette diffusion serait de plus en plus fréquente dans les autres pays et ouvrirait des perspectives de croissance économique. Beaucoup de confrères dénoncent la braderie du secret médical pour s'opposer à cette mise à disposition des chiffres.

Nous devons en fait nous opposer à l'exploitation de ces données au détriment des patients et à la divulgation de nos données professionnelles. Mais nous devons aussi nous garder de laisser l'information médico-économique dans les seules mains de la sécu et des administratifs qui les exploiteront contre nous sans que nous ne puissions en utiliser aucune pour prouver la pertinence de nos résultats.

Notons que déjà les hôpitaux refusent de communiquer ce que leur paie la sécu et les chiffres d'activité de ses soignants pour s'épargner les comparaisons entre les secteurs publics et privés. En secteur privé ces données paradoxalement sont accessibles.

Il est essentiel de convaincre nos confrères que l'égalité d'information entre les représentants des médecins et l'administration doit être un impératif légal. La capacité d'un chaînage des actes pour appréhender le mode des prises en charge par le cumul des actes est essentielle. Seule l'exploitation doit être strictement encadrée sur les critères du respect des individus patients et professionnels.

Rapport du pôle gynécologie obstétrique Hôpital public P. LE PORS

L'actualité syndicale est particulièrement chargée en ce début 2015.

Fortement impliqué dans le mouvement des médecins libéraux, le SYNGOF l'est aussi auprès des praticiens hospitaliers et au sein de l'intersyndicale Avenir Hospitalier.

- Arrêté sur la permanence des soins (8 novembre 2013): l'application reste difficile dans de nombreux établissements, mais la situation évolue... le point va être fait par la DGOS, et débattu dans chaque Commission Paritaire régionale... faire part des dysfonctionnements à voir délégués régionaux Avenir Hospitalier.
 - Temps de travail: l'attachement à un statut unique de PH ne doit pas empêcher de prendre en compte les spécialités à forte contrainte de travail en raison du travail posté et en permanence de soins: ceci ne saurait concerner que les seuls urgentistes.
 - Mission attractivité des carrières médicales hospitalières.
- Avenir Hospitalier est tout particulièrement investi:
- "Le Rapport Qui Pique" (Lire sur syn-gof.fr) publié le 21 janvier 2015 par le Snphar-e, syndicat constitutif, comme le SYNGOF, d'Avenir Hospitalier,
 - Dérive managériale à l'hôpital: nécessité de "protection fonctionnelle" des PH y compris dans les conflits direction/PH (lire "le secret d'hypocrite" JJ Tanquerel),
 - Travail et dialogue DGOS, Centre National de Gestion (des PH et directeurs!!), CNOM (faire respecter les droits et devoirs du métier de médecin),
 - Travail au sein de la commission Le Menn chargée par la ministre de la santé de formuler des propositions

concrètes et immédiatement opérationnelles visant à améliorer l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital,

- Remettre le projet médical au centre des réorganisations ou restructurations, revaloriser le rôle du corps médical dans la gestion de l'hôpital en réformant la gouvernance établie par la loi HPST...
- Pallier le déficit démographique immédiat (!! 2015-2022... meilleur accueil des jeunes praticiens, accélération des débuts de carrière, mais aussi incitation à prolongation d'activité en fin de carrière, 14^{ème} échelon, amélioration des conditions de cumul emploi-retraite,
- Reconnaître les missions de recherche et enseignement (valences),
- Respecter la formation continue, DPC et FMC.

Formation des spécialistes J. HOROVITZ

Le rapport Couraud-Pruvot concernant la restructuration du troisième cycle des études va modifier dans un proche avenir la formation des spécialistes. Il est prévu que la formation des futurs DES chirurgicaux y compris ceux de gynécologie-obstétrique se fasse sur 5 ans sans post-internat systématique puisque la dernière année de formation sera une année de mise en responsabilité. Ce nouveau DES de gynéco-obstétrique permettra à l'étudiant d'être à même de s'installer sans avoir à faire de clinicat ou de post-internat comme cela se fait le plus souvent actuellement. Le nombre de poste de CCA étant amené à diminuer.

Les clinicats seront réservés aux internes qui s'orienteront vers la carrière hospitalo-universitaires. Cette réforme proposant une réduction de la formation à 5 ans risque de poser de sérieux problèmes pour une bonne formation des futurs gynécologues-obstétriciens.

Elections des administrateurs J. MARTY

Se présentent au Conseil d'Administration les docteurs :

Georges-Fabrice BLUM
Marc BOHL
Régis DENJEAN
Jean-Michel DREYFUS
Jean-Pierre FRANQUEBALME
Antoine GRAVIER
Nelly HOMASSON
Jean MARTY
Elisabeth PAGANELLI
Emmanuel PEIGNÉ
Jacques RIVOALLAN
Bertrand de ROCHAMBEAU
Bernard SEGUY
Olivier TEFFAUD

La liste est mise aux votes.

Tous les candidats sont élus à l'unanimité des membres présents et représentés.

Synthèse pour le SYNGOF J. MARTY

Tarifification :

La tarification change chaque année le 1^{er} mars mais cette année nous n'avons pas encore reçu les tarifs pour l'hospitalisation privée. Tout est bloqué. De ce fait les honoraires des actes hospitaliers réglés en tiers payant le seront en retard, ce qui illustre bien les problèmes auxquels nous risquons d'être confrontés si le tiers payant était généralisé.

NB: depuis le CA les tarifs des cliniques sont parus avec une baisse de 2,5% pour une baisse des tarifs hospitaliers publics de 1%.

Le contrat d'accès aux soins (CAS) :

Nous avons reçu beaucoup de courriers de confrères qui avaient adhéré à ce CAS. La caisse remet en cause les compléments d'honoraires pour ceux-ci et les revoit à la baisse. Le nombre de patients auxquels ils peuvent appliquer ces compléments est aussi réduit. C'est une des dispositions prévues dans l'avenant 8. Le

taux moyen des dépassements et surtout le nombre de dépassements autorisés sont réduits lors d'augmentations du tarif opposable.

Ce contrat d'accès aux soins est bien un piège pour résorber les compléments d'honoraires.

Certains médecins en CAS exerçant dans la même clinique à Amiens se retrouvent ainsi avec des autorisations et des modifications différentes.

Problèmes de RCP :

L'aide à l'assurance pour ceux qui font de l'AMP n'est toujours pas réglée. Nous allons mettre dans la revue le texte manuscrit du directeur adjoint du cabinet qui m'a assuré que le courrier allait être envoyé afin que nos confrères bénéficient de l'aide à l'assurance. Cela traîne depuis 2 ans.

Assurance après 60 ans :

Les médecins qui ont un ou deux sinistres se voient soit résiliés par leur assureur Branchet ou AXA soit avec une prime aux alentours de 40 000 €. Les autres assureurs refusent de les assurer très peu de temps avant leur retraite car le dernier assureur assumera 10 ans d'assurance subséquente pour les déclarations de sinistres différées.

La solution pour eux est le BCT (Bureau central de tarification) qui impose aux assureurs de prendre ces confrères. Nous devons remarquer que ceux-ci reconnaissent avoir bénéficié de prime à un tarif raisonnable.

Le plus gros problème de responsabilité reste toujours le trou de garantie pour les sinistres qui ont eu lieu entre 2002 et 2012. Nous avons noté que les sinistres les plus graves sont à hauteur d'une indemnisation de 11 millions d'euros donc largement supérieurs au montant couvert par les assureurs de l'époque.

Notre action est double: d'une part nous continuons, avec Gynerisq et Claude RACINET, à démontrer autant que possible que les conditions d'accouchement et le handicap de l'enfant ne sont pas toujours liés.

D'autre part nous sommes en train d'essayer de faire reconnaître par la

loi que ces situations de dépassement du plafond d'assurance doivent entrer dans le registre des indemnités prises en charge par l'ONIAM. Ce fonds pourrait intervenir au moment où le juge chiffre réellement l'indemnisation au-dessus du plafond de garantie et doit appeler à la cause le fonds d'indemnisation des risques médicaux et non à partir de la déclaration du sinistre. Le ministère de la santé serait d'accord mais il y aurait un frein au ministère des finances. Cela nous oriente vers la recherche du dépôt d'une proposition de loi par les parlementaires que nous allons essayer de sensibiliser.

Rapport du trésorier et fixation de la cotisation J. MARTY

À la fin de l'année 2014, le nombre d'adhérents s'élève à 1 449, contre 1 617 en 2012.

Ce chiffre se décline en 1077 privés, 92 publics, 245 privés/publics et 35 retraités.

Le bilan comptable fait ressortir un exercice bénéficiaire de 58 901 €. L'exercice comptable est marqué par les éléments suivants :

- Une augmentation des entrées de 10 202 €, du fait de l'augmentation du chiffre d'affaires des formations.
- Une augmentation 44 422 € des charges externes ;
- L'augmentation la plus importante, vient du poste gestion et conseil mais aussi du poste voyages et déplacements.

La trésorerie s'inscrit en hausse de 11 056 €, cette évolution est engendrée par le résultat de l'exercice.

Lecture du rapport du commissaire aux comptes qui précise qu'il n'a pas d'observation à faire sur la tenue de la comptabilité.

Lettre annexe pour les membres du CA concernant l'indemnisation des administrateurs qui perdent leur

journée de travail en participant à des réunions pour le SYNGOF.

Le Commissaire aux comptes demande que ces indemnités soient expressément prévues dans les statuts du syndicat.

La remarque est faite que cette indemnisation existe depuis de nombreuses années, déjà sous la présidence de Guy Marie COUSIN, et le commissaire aux comptes n'avait pas fait alors de commentaires.

Le Dr MARTY informe l'AG que cette modification des statuts aura lieu par une **AG extraordinaire avant le prochain CA du 5 juin 2015** (13h30 à 14h00 le même jour).

Fixation de la cotisation.

Le trésorier propose de ne pas augmenter la cotisation pour la 4^{ème} année consécutive. Elle reste à 230 €. **Quitus est donné au trésorier à l'unanimité.**

Le Dr MARTY annonce à l'AG qu'il démissionnera lors du prochain CA. De ce fait au Conseil d'administration de juin aura lieu l'élection d'un nouveau bureau. **Les candidatures doivent lui être adressées.**

Questions diverses

Démarche qualité dans le dépistage de la trisomie 21 - O. THIEBAUGEORGES

Le CA du Syngof souligne l'importance à donner à votre démarche d'amélioration continue de la qualité de vos examens échographiques du premier trimestre. Vous devez recevoir régulièrement par l'intermédiaire de votre réseau périnatal votre médiane de mesure. Pour une bonne validité de l'évaluation du risque de trisomie 21, cette médiane devrait idéalement se situer entre 0,9 et 1,1. En France, la médiane (0.86) est inférieure au résultat attendu. Au-delà des débats possibles, il faut recommander particulièrement à ceux dont la médiane s'éloigne le plus des chiffres attendus de converger vers 0,9 à 1,1. L'amélioration des mesures

peut passer par des mesures simples : Par exemple, utiliser un grossissement suffisant (Pôle céphalique et thorax occupant tout l'écran), baisser suffisamment le gain de l'appareil et bien veiller à la qualité de la mesure de la longueur crânio caudale. L'auto-évaluation de vos clichés à l'aide des scores existants peut aussi vous aider. Vous pouvez aussi poursuivre votre formation auprès de confrères, réseaux et organismes. Cette évolution est nécessaire à la réalisation d'examen de qualité, évitant les problèmes médico légaux et répondant à l'attente des patients, voire demain des pouvoirs publics. Il faut aussi rappeler ici l'importance d'une information de qualité pour obtenir le consentement des patientes au dépistage.

Réunion du CLAHP - J.P. LAPLACE

Le Dr Laplace fait le compte rendu de la réunion du 5 février du CLAHP (structure de liaison UHP syndicats médicaux) où il représente le SYNGOF.

Le projet de loi de Santé a été évoqué ; le président GHARBI assure qu'il a obtenu au ministère la réécriture de l'article 26 qui permet aux cliniques, qui l'avaient déjà, la possibilité de garder les urgences et la possibilité des médecins d'exercer en secteur 2 pour leur activité en dehors des urgences.

Il propose élaboration d'amendements en commun lors de la discussion parlementaire.

Le décret du 27 janvier 2015 oblige les aides opératoires avec un diplôme d'IBODE applicable en 2021.

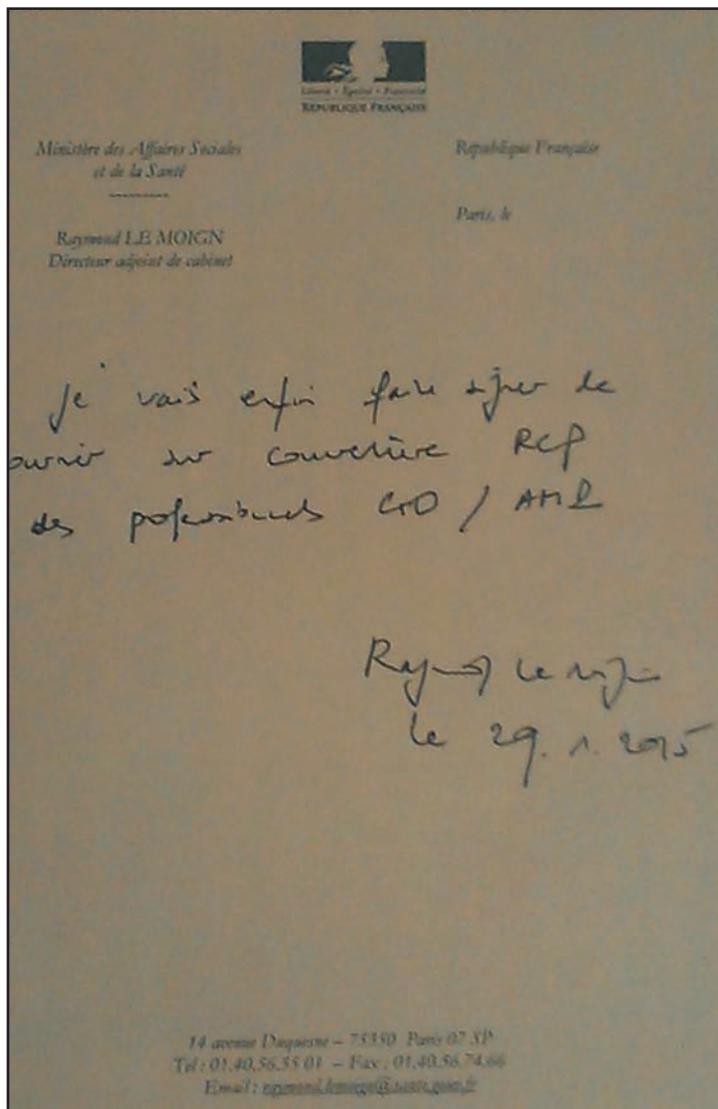
Deux commissions travaillent :

- une sur le contrat d'exercice libéral
- une autre sur l'accessibilité financière.

La proposition d'ouvrir le CLAHP à MG France et aux syndicats d'interne et de chefs de clinique est acceptée à l'unanimité des présents.

Prochain CA le 5 juin 2015

Ci-dessous le texte manuscrit du directeur adjoint du cabinet de la ministre qui m'a assuré que le courrier allait être envoyé afin que nos confrères bénéficient de l'aide à l'assurance...



Billet d'humeur

"Marre de ce pays de M... et je ne parle pas de football.

Marre de ce pays de Mascarade, quand le soir du 15 mars les infos parlent pendant 15 minutes des écarts de langage d'un millionnaire lobotomisé critiquant un notable en short et pendant 3 minutes d'une manifestation de quelques producteurs de soins.

Marre de ce pays de Mannequins qui vont mieux manger grâce à la loi de santé.

Marre de ce pays de Mutuelles qui vont aussi bien se goinfrer.

Marre de ce pays de Malades et de Médecins que l'on va mettre au régime.

Marre de ce pays de Marisol, qu'elle s'en aille avec sa loi pendant que nous soignons la France".

Un adhérent militant

Manifestation "Pour la Santé de Tous"

Ce dimanche 15 mars 2015, 50 000 professionnels de santé ont manifesté leur farouche opposition au projet de Loi santé de Marisol Touraine. Parmi les infirmières, les dentistes, les kinésithérapeutes, et au milieu de toutes les spécialités médicales et de toutes les générations des internes aux presque retraités, le SYNGOF était représenté dans sa diversité caractéristique de la gynécologie. Nous nous sommes réjouis de défilé avec nombre d'entre vous dans une ambiance bon enfant mais déterminée. Nous avons apprécié et soutenu l'initiative du comité de défense de la gynécologie médicale faisant signer sur le trajet de la manifestation, leur pétition pour la sauvegarde de la gynécologie médicale. Elles ont eu un franc soutien de la part des manifestants.

Une telle démonstration de force en opposition à un texte libertaire portera ses fruits. Ne lâchons rien.

B. de ROCHAMBEAU*



* Vice-Président du SYNGOF, Pôle PTL

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

Je soussigné(e)

Nom _____

Prénom _____

Né(e) le _____ à _____

Date de votre installation _____

Tél _____ Fax _____

e-mail _____

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

Adresse professionnelle _____

Nom et adresse de la maternité où vous exercez : _____

Inscrit à l'Ordre des Médecins de _____

N° _____

sollicite mon admission au

SYNDICAT NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS DE FRANCE

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

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

• Nom de votre compagnie d'assurances : _____ Tarif 2014 _____

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

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

• Type d'exercice Privé Public Privé et Public

- Cotisations 2015 -

⇒ Membre actif	230,00 €
⇒ Assistant chef de clinique	150,00 €
⇒ 1 ^{ère} année d'installation	150,00 €
⇒ Retraité	70,00 €
⇒ Interne	50,00 €

• 20% de réduction sur le tarif "membre actif" pour groupe supérieur ou égal à 5 associés ou membres d'une même équipe hospitalière sous réserve d'un paiement global en une seule fois de tous les membres.

• 20% de réduction sur le tarif "membre actif" pour les gynécologues médicaux inscrits à un Collège de Gynécologie Médicale pour un groupe supérieur ou égal à 5 cotisants sous réserve d'un paiement en une seule fois de tous les membres.

Je souhaite adhérer à l'ASSOCIATION GYNÉLOG : 20 € (ne donne pas droit au logiciel)
 Règlement séparé à l'ordre de "ASSOCIATION GYNELOG"

Date, cachet et signature

Agenda d'accessibilité programmée

E. PAGANELLI*

Pour les cabinets médicaux

Les cabinets médicaux relèvent de la 5^{ème} catégorie qui est plus souple :

- Accessibilité d'une portion du local seulement,
- Possibilité de mesures de substitution.

Elisabeth PAGANELLI

L'ordonnance n°2014-1090 du 26 septembre 2014 relative à la mise en accessibilité des établissements recevant du public, des transports publics, des bâtiments d'habitation et de la voirie pour les personnes handicapées instaure les Ad'AP (*Agenda d'Accessibilité Programmée*).

Ceux-ci vont permettre à tout gestionnaire/propriétaire d'Etablissement Recevant du Public (ERP) de poursuivre ou de réaliser l'accessibilité de son établissement après le 1^{er} janvier 2015.

Il s'agit d'un document de programmation budgétaire des travaux d'accessibilité.

La 1^{ère} des choses à faire sera d'établir un diagnostic d'accessibilité.

L'Ad'AP suspend les sanctions en cas de non-respect des règles d'accessibilité.

Tout **établissement recevant du public (ERP)** qui n'est pas aux normes au 31 décembre 2014 doit faire l'objet d'un agenda d'accessibilité programmée. Il faudra alors déterminer quels travaux seront à réaliser, quand ils seront programmés et comment ils seront financés.

La préparation d'un Ad'AP concerne tous les ERP.

Le Décret n°2014-1327 du 5 novembre 2014 relatif à la mise en accessibilité des établissements recevant du public

La première des choses à faire sera d'établir un diagnostic d'accessibilité.

pour les personnes handicapées précise les modalités de l'Ad'AP. **Celui-ci devra être déposé avant le 27 septembre 2015 par les établissements qui ne seront pas aux normes le 1^{er} Janvier.** Tout non-dépôt ou dépôt après cette date est sanctionnable d'une amende administrative.

L'arrêté du 8 décembre 2014 introduit des modifications et des atténuations dans les règles d'accessibilité. Ces nouvelles règles apportent des modifications substantielles et équilibrées, allégeant les obligations sans nuire à la qualité d'usage tout en prenant mieux en compte les différents types de handicap.

Ont été également publiés les formulaires suivants :

- Cerfa n°13824*03 : Nouveau document de demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un ERP pour un Ad'AP portant sur un seul ERP et sur 1, 2 ou 3 années,
- Cerfa "Dossier spécifique" : si les travaux sont soumis à permis de construire,
- Cerfa n°15246*01 : demande d'approbation d'un Agenda d'accessibilité programmée pour un Ad'AP portant sur un seul ERP et sur 4-9 années ou un Ad'AP portant sur plusieurs ERP,
- Cerfa n°15247*01 : pour un Ad'AP portant sur un établissement recevant du public non conforme au 31 décembre 2014 mais qui devient accessible avant le 27 septembre 2015.

Ce qui est prévu pour les établissements de 5^{ème} catégorie

Durée et modalités

La durée de l'Ad'AP sera de 3 ans maximum

Formulaire à remplir

- Si les travaux ne sont pas soumis à permis de construire ou permis d'aménager : Cerfa 13824*03 (demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant du public en complétant la partie

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

"Demande d'approbation d'un Ad'AP pour un ERP isolé sur une seule période").

- Si les travaux sont soumis à permis de construire ou permis d'aménager : dossier spécifique permettant de vérifier la conformité des établissements recevant du public aux règles d'accessibilité et de sécurité contre l'incendie et la panique en complétant la partie "Demande d'approbation d'un Ad'AP pour un ERP isolé sur une seule période".

Lieu de dépôt : en MAIRIE de la commune d'implantation de VOTRE établissement. La commission pour l'accessibilité de la commune d'implantation ou la commission intercommunale compétente doit être informée, via la mairie, de votre dépôt d'agenda d'accessibilité programmée.

Finalisation de l'Ad'AP :

- Si votre Ad'AP est approuvé (par arrêté ou tacitement) ainsi que l'autorisation de travaux ou le permis de construire, vous pouvez commencer les travaux.
- Si votre Ad'AP est refusé, vous aurez un délai pour déposer un nouveau dossier.

En fin d'Ad'AP, vous avez l'obligation de transmettre en préfecture du département une attestation d'achèvement des travaux. Un exemplaire est à déposer en mairie. Il sera transmis à la commission pour l'accessibilité de la commune ou à la commission intercommunale compétente.

Le dispositif dérogatoire

L'Ad'AP pourra s'étaler sur 2 périodes de 3 ans maximum chacune, en cas de situation financière délicate avérée, attestée par un commissaire aux comptes ou un expert-comptable.

Le lieu de dépôt sera la préfecture du département d'implantation de l'établissement.

Un Ad'AP ne peut être approuvé que si des travaux d'accessibilité sont menés sur chacune des années mobilisées.

Si votre Ad'AP est approuvé (par arrêté ou tacitement), avant de réaliser vos travaux (2 conditions alternatives) :

- Si les travaux ne sont pas soumis à permis de construire ou à permis d'aménager, vous devez déposer une demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un ERP (formulaire Cerfa n°13824*03).
- Si les travaux sont soumis à un permis de construire ou à un permis d'aménager, vous devez déposer un dossier spécifique permettant de vérifier la conformité des ERP aux règles d'accessibilité et de sécurité contre l'incendie et la panique.
- Si votre Ad'AP est refusé, vous aurez un délai pour déposer un nouveau dossier.

Des obligations de suivi sont mises en place :

- A la fin de la première année : point de situation des actions effectuées.
- A mi-parcours : bilan des actions exécutées.
- En fin d'Ad'AP: attestation d'achèvement des travaux.

Si vous ne pouvez pas financer les travaux de mise en accessibilité

Vous pouvez demander : Une prorogation de 3 ans du délai de dépôt de l'Ad'AP. Elle est à déposer en préfecture ou une dérogation aux règles d'accessibilité pour disproportion manifeste par le biais du Cerfa n°13824*03.

Ce qui est prévu pour les établissements de 1^{ère} à 4^{ème} catégorie

Durée et modalités

La durée de l'Ad'AP sera de 3 ans maximum

Formulaire à remplir

- Si les travaux ne sont pas soumis à permis de construire ou permis d'aménager : Cerfa 13824*03 (demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un établissement recevant du public en complétant la partie "Demande d'approbation d'un Ad'AP pour un ERP isolé sur une seule période").
- Si les travaux sont soumis à permis de construire ou permis d'aménager : dossier spécifique permettant de vérifier la conformité des établissements recevant du public aux règles d'accessibilité et de sécurité contre l'incendie et la panique en complétant la partie "Demande d'approbation d'un Ad'AP pour un ERP isolé sur une seule période".

Lieu de dépôt : en mairie de la commune d'implantation de votre établissement. La commission pour l'accessibilité de la commune d'implantation ou la commission intercommunale compétente doit être informée, via la mairie, de votre dépôt d'agenda d'accessibilité programmée.

Finalisation de l'Ad'AP :

- Si votre Ad'AP est approuvé (par arrêté ou tacitement) ainsi que l'autorisation de travaux ou le permis de construire, vous pouvez commencer les travaux.
- Si votre Ad'AP est refusé, vous aurez un délai pour déposer un nouveau dossier.

En fin d'Ad'AP, vous avez l'obligation de transmettre en préfecture du département une attestation d'achèvement des travaux. Un exemplaire est à déposer en mairie.

Il sera transmis à la commission pour l'accessibilité de la commune ou à la commission intercommunale compétente. Quand l'ampleur des travaux l'exige, vous pouvez mobiliser une seconde période.

L'Ad'AP pourra s'étaler sur 2 périodes de 3 ans maximum chacune, uniquement quand l'ampleur des travaux empêche leur réalisation en 3 ans.

Le lieu de dépôt sera la préfecture du département d'implantation de l'établissement.

Un Ad'AP ne peut être approuvé que si des travaux d'accessibilité sont menés sur chacune des années mobilisées.

Si votre Ad'AP est approuvé (par arrêté ou tacitement), avant de réaliser vos travaux (2 conditions alternatives) :

- Si les travaux ne sont pas soumis à permis de construire ou à permis d'aménager, vous devez déposer une deman-

de d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un ERP (formulaire Cerfa n°13824*03).

- Si les travaux sont soumis à un permis de construire ou à un permis d'aménager, vous devez déposer un dossier spécifique permettant de vérifier la conformité des ERP aux règles d'accessibilité et de sécurité contre l'incendie et la panique.
- Si votre Ad'AP est refusé, vous aurez un délai pour déposer un nouveau dossier.

Des obligations de suivi sont mises en place :

- A la fin de la première année : point de situation des actions effectuées.
- A mi-parcours : bilan des actions exécutées.
- En fin d'Ad'AP: attestation d'achèvement des travaux.

Si votre établissement se trouve dans une situation financière délicate avérée (attestée par un commissaire aux comptes ou un expert-comptable), une 3^{ème} période peut s'ouvrir.

Si vous ne pouvez pas financer les travaux de mise en accessibilité sur 9 ans (3 périodes de 3 ans)

Vous pouvez demander : une prorogation de 3 ans du délai de dépôt de l'Ad'AP. Elle est à déposer en préfecture ou une dérogation aux règles d'accessibilité pour disproportion manifeste par le biais du Cerfa n°13824*03.

Ce qui est prévu pour les patrimoines de plusieurs établissements.

Durée et modalités

La durée de l'Ad'AP sera de 1 à 3 périodes de 3 ans maximum chacune (sous conditions pour les périodes 2 et 3).

Formulaire à remplir : le Cerfa "Agenda d'accessibilité programmée"

Lieu de dépôt :

- Dans le cas d'ERP dans un seul département : en préfecture du département d'implantation de vos établissements / installations.
- Dans le cas d'ERP implantés sur plusieurs départements : dans une seule préfecture (celle du siège, ou celle du département de domiciliation pour une personne physique).

Les commissions pour l'accessibilité de chaque commune d'implantation ou les commissions intercommunales compétentes doivent être informées, via la mairie, de votre dépôt d'Ad'AP.

Finalisation de l'Ad'AP :

Si votre Ad'AP est approuvé (par arrêté ou tacitement), avant de réaliser vos travaux (2 conditions alternatives) :

- Si les travaux ne sont pas soumis à permis de construire ou à permis d'aménager, vous devez déposer une demande d'autorisation de construire, d'aménager ou de modifier un ERP (formulaire Cerfa n°13824*03).
- Si les travaux sont soumis à un permis de construire ou à un permis d'aménager, vous devez déposer un dossier spécifique permettant de vérifier la conformité des ERP aux règles d'accessibilité et de sécurité contre l'incendie et la panique.

Si votre Ad'AP est refusé, vous aurez un délai pour déposer un nouveau dossier complété.

Des obligations de suivi sont mises en place :

- A la fin de la première année : point de situation des actions effectuées (si agenda d'accessibilité programmée à 2 ou 3 périodes).
- A mi-parcours : bilan des actions exécutées (si agenda d'accessibilité programmée à 2 ou 3 périodes).
- En fin d'Ad'AP: attestation d'achèvement des travaux.

Tous ces documents sont à transmettre dans toutes les préfectures concernées ainsi que dans toutes les mairies concernées qui transmettront à la commission pour l'accessibilité de la commune ou de la commission intercommunale compétente.

Ce qui est prévu pour établissements répondant aux normes d'accessibilité

Si VOTRE établissement est déjà aux normes :

Vous devez transmettre en préfecture un document attestant de l'accessibilité de votre établissement (appelé "attestation d'accessibilité") avant le 1^{er} mars 2015 pour les ERP accessibles au 31 décembre 2014 (y compris par dérogation).

Cette attestation d'accessibilité vous exempte de l'obligation de dépôt d'Ad'AP.

A l'attestation accessibilité est jointe toute pièce certifiant de cette accessibilité (autorisation d'ouverture de l'ERP, attestation de conformité aux règles d'accessibilité pour les ERP construits après le 1^{er} janvier 2007, etc.).

Pour les ERP de 5^{ème} catégorie, il peut s'agir d'une déclaration sur l'honneur.

Une copie de l'attestation doit être adressée à la commission pour accessibilité siégeant à la mairie de la commune où est situé l'ERP (si cette commune a plus de 5 000 habitants).

Ces informations sont issues des fiches pratiques éditées sur le site du Ministère de l'Ecologie, du Développement durable et de l'Énergie

M. Santé :

Dynamite, dynamite ?

D'Hippocrate à la santé connectée...

Les nouvelles applications numériques pour smartphone améliorent-elles la santé du citoyen ?

P. BARDON*

L'Association Femme, médecin libéral (FML) a organisé à Paris, le 17 janvier 2015 ses 2^{èmes} Ateliers-débats

La participation d'une centaine de professionnels de santé essentiellement médecins, confirme l'intérêt de nos confrères pour ce sujet qui va changer profondément notre métier.

"L'exploitation par les concepteurs d'objets connectés de données de santé collectées sans filtre médical ni éthique est une menace pour les patients, développe le Dr Sophie Bauer, chirurgien thoracique. On nous demande de plus en plus de valider des données mesurées hors consultation (taux de glycémie, fréquence cardiaque, troubles du sommeil) dont on ne connaît pas la fiabilité. La place du médecin dans sa relation au patient est bousculée."

La journée s'est partagée en 4 ateliers :

Atelier 1 La M. Santé : opportunités et limites

Le Dr Guillaume Marchand, psychiatre et le Dr Nicolas Lafferre, généraliste, sont les cofondateurs de DMD Santé, site dédié à l'évaluation des applis de santé (1000 déjà testées, 20% de l'offre en France). Il existe 3 pôles de développement pour la M. santé ou Santé mobile : les smartphones, les outils professionnels connectés, les objets grand public.

L'exploitation par les concepteurs d'objets connectés de données de santé collectées sans filtre médical ni éthique est une menace pour les patients.

L'offre est croissante représentant un marché mondial colossal de 26 milliards d'euros dont 30% se situent en Europe. Il existe plus de 6000 applis mobiles de santé en 2012. 60% pour le grand public et 40% pour les professionnels de santé.

M. Olivier Peraldi, directeur d'une fédération d'entreprises de services à la personne est co-auteur du livre *"Quelle santé pour demain?"* Les professionnels de terrain pourraient contribuer à la réalisation des projets numériques et des expérimentations mais sont trop souvent ignorés : la dimension humaine au domicile du patient est oubliée. Il faut défendre la valeur ajoutée médicale tout en surfant sur la vague numérique.

Atelier 2 "Santé connectée : Dynamique?"

Dr Legeais, Directeur médical de la filiale Panacea Assurances de Groupe Pasteur Mutualité, chirurgien urologue, est aussi vice-président du Conseil de l'Ordre des médecins de l'Isère.

La télémédecine n'est pas de l'e-commerce. Face à l'essor considérable de ces technologies, il faut veiller à ne pas déshumaniser les soins. Le Dr Legeais met l'accent sur la nécessité de prévenir son assureur et son patient sur la pratique de la télémédecine.

Dr Gérard Apfeldorfer, avant-gardiste fondateur du site linecoaching.com a présenté cet outil destiné aux personnes en surpoids désireuses de maigrir "autrement", par une prise en charge tri axiale basée sur le remodelage alimentaire, la thérapie émotionnelle et la mise en mouvement du corps.

* Gynécologue médicale, Membre du bureau de l'association FML et du Collège de Gynécologie du Centre Val de Loire et URPS ML Centre
Site de l'Association FML : www.asso-fml.com

Atelier 3 L'application M. santé, quelle place dans la rela- tion médecin-patient ?

M. Laurent Mignon, *LauMa communication* et Vice-président du Collège des agences, conseils et prestataires de services d'Isidore explique : lorsque l'e-patient va sur internet, il ne remet pas en cause le savoir du médecin ? C'est pour en savoir plus dans 70% des cas et seulement dans 5% des cas pour vérifier l'information. L'alliance thérapeutique patient/médecin est rendue possible par l'e-Santé, à condition de préserver la dimension "relation humaine", qui est l'essence même de l'acte médical.

Le point de vue du patient :

Mme Mina Daban, est fondatrice et présidente de l'association LMC France.

L'observance est un enjeu vital et pourtant un tiers des patients ne seraient pas observants. La santé mobile et connectée apporte la possibilité de développer un réel partenariat entre patient et médecin, capital pour une bonne observance. Mme Danièle Desclerc-Dulac, présidente du CISS alerte sur la tyrannie de l'auto-mesure. Il faut éviter le traitement abusif des données et leur utilisation. Nous souhaitons que les fabricants de produits de santé mobile et les professionnels de santé prennent en compte les usagers. Le médecin doit être un accompagnant. Attention à l'open data : les données de santé doivent rester en close data.

Le point de vue du médecin :

Dr Nicolas Postel-Vinay, médecin à l'hôpital Georges Pompidou, est fondateur du site médical non commercial www.automesure.com, site propriétaire dont les données restent internes et ne sont pas diffusées. Un patient connecté bien éduqué peut surveiller au plus près son hypertension et même apprend à adapter son traitement en complète autonomie.

Le point de vue du philosophe: "Homme connecté : jusqu'où pourra-t-on aller?"

M. Bertrand Vergely, Normalien agrégé de philosophie, enseignant à l'Institut d'Etudes Politiques de Paris a fait un exposé décoiffant :

Sans vouloir séparer homme et technique, le philosophe rappelle que l'homme est d'abord un être de la nature et de la culture par sa vie intérieure. La technique enrichit notre vie, à condition de respecter la nature. Cet homme connecté peut-il être seul avec lui-même ? Au risque de faire disparaître la vie, la naissance, la mort : nihilisme.

Le projet de créer un homme connecté permettant de mettre en place une surveillance sanitaire, s'il s'inscrit dans le souci de faire progresser la prévention auprès des citoyens, a aussi le risque d'aboutir à un dispositif de surveillance sociale de moins en moins démocratique.

Il existe deux types de philosophes : ceux qui soulagent la souffrance, et ceux qui veulent supprimer la mort. Est-ce

que l'on demande au médecin de supprimer la mort ? La mort ne résistera pas à Google, selon certains... !

Atelier 4 "Santé connectée : Dynamite ?"

L'arrivée des nouvelles technologies et du numérique dans le monde de la santé transforme les pratiques médicales. Bien plus qu'une tendance passagère, la santé connectée impactera incontestablement le métier de médecin de demain.

Dr Patrice Cristofini, médecin spécialisé en Santé publique et médecine du sport, Vice-Président exécutif Santé de Huawei Europe, est à la fois médecin et dirigeant d'un grand groupe international de l'e-santé. Le Dr Cristofini confirme les enjeux majeurs mondiaux pour les acteurs industriels de la santé : il pointe les risques de l'utilisation des données, attisant les convoitises des hébergeurs. Il souhaite alerter les professionnels de santé et les usagers du risque de dérive commerciale et assurantielle.

L'usage de la e-santé ne peut se développer sans la formation des ingénieurs, des usagers et des médecins : il termine en citant Einstein "il n'y a pas d'innovants, il n'y a que des retardataires".

Dr Frédéric Prudhomme, président de l'Ordre des médecins des Yvelines rappelle le rôle fondamental de respect des données médicales et du secret médical. Il faut rester vigilant et alerter les patients sur le risque d'utilisation de leurs données. Les préoccupations sont les mêmes pour les associations de patients et les médecins. Il ne faut pas stopper le progrès mais l'accompagner.

Maître Isabelle Lucas-Baloup, avocate à la Cour de Paris, spécialisée dans le droit de la santé souligne qu'il existe un encadrement européen : le "livre vert sur la santé mobile" qui a pour objectif de rendre les patients plus responsables. Il définit ce qu'est "la santé mobile" : la santé mobile recouvre "les pratiques médicales et de santé publique reposant sur des dispositifs mobiles tels que téléphone portable, systèmes de surveillance des patients, assistants numériques personnels et autres appareils sans fil". Elle englobe également des applications concernant le mode de vie et le bien-être qui peuvent se connecter à des dispositifs médicaux ou capteurs (par ex. bracelets ou montres), ainsi que les systèmes de conseil personnalisés, les informations de santé et rappels de prise de médicament envoyés par SMS et la télémédecine pratiquée par communication sans fil.

Mais Maître Lucas-Baloup précise qu'en France, seule la télémédecine est encadrée par la loi.

Elle soulève le problème économique : comment rémunérer le médecin qui va interpréter les données qui lui sont transmises ? Elle rappelle un certain nombre d'éléments : déontologie médicale, obligation d'informer, la prise en charge

conventionnelle ou encore protection des données personnelles et enfin le dernier point qui est le problème de responsabilités encourues.

Mme Elisabeth Tome-Gertheinrichs, Déléguée générale de la Fédération de l'Hospitalisation Privée souligne que des données personnelles sont rendues publiques et traitées informatiquement, faisant de nous des proies. L'éthique est à géométrie variable. Il faut des veilleurs et il appartient aux médecins d'assumer ce rôle.

M. Christian Magnin-Feysot, président de l'Association des Représentants des Usagers dans les cliniques, les Associations et les Hôpitaux de Franche-Comté pense que La M. Santé constitue l'expression d'un progrès en matière de prévention. Cependant le colloque singulier est fini et c'est dommage : il y aura un tiers mal identifié, les données pourront être utilisées par des assureurs, ou d'autres institutions plus ou moins bien intentionnées...

En conclusion

L'utilisation des objets connectés prend une place prépondérante dans le domaine de la santé : ces objets sont introduits par les industriels. Aucun organisme officiel d'état scientifique ou médical ne s'est engagé à les certifier en France, à les recommander et à les rembourser.

Points forts :

- Amélioration de la prévention,
- Autonomisation du patient,
- Réduction des coûts du suivi de la maladie chronique.

Points faibles :

- Absence totale d'évaluation de la pertinence de ces outils : pas d'organisme certificateur,
- Risque d'isolement du patient, aggravation de l'anxiété avec risque d'hyper consumérisme médical,
- Absence de contrôle des données médicales : éclatement mondial du recueil des données : *close data* deviennent des *open data*.

En résumé, les associations de patients et les médecins sont conscients de ces dangers et souhaitent interpeller les instances ordinales, le CNIL et comité d'Ethique pour assurer au plus vite le maintien de la sécurité et de la liberté des patients connectés, souvent non avertis des risques, le côté ludique masquant le côté obscur des applications dites de santé.

Les médecins souhaitent aussi clarifier leur situation sur le plan déontologique et assurantiel pour s'engager avec confiance vers la santé numérique, atout qu'il ne peut être question d'ignorer.



Je soussigné(e) :

Nom _____ Prénom _____

Date d'installation _____

Tél. _____ Email _____

Adresse professionnelle _____

MedyCS

ADHÉSION À L'ASSOCIATION GYNÉLOG et OBTENTION DES LOGICIELS

- | | |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> Adhésion établissement annuelle à l'association (permet l'obtention par téléchargement du logiciel MédyCS) - Les établissements partenaires de Nestlé peuvent être dispensés de cette cotisation. | 5 000 € |
| <input type="checkbox"/> Obtention du logiciel MédyCS (seul) (pour UN médecin et son secrétariat). | 290 € |
| <input type="checkbox"/> Option : Module FSE Pyxvital (pour UN médecin et son secrétariat) (TVA incluse) | + 264 € |
| <input type="checkbox"/> Adhésion simple annuelle à l'association (permet uniquement de recevoir les informations sur la vie de l'association mais ne donne pas droit au logiciel). | 20 € |

A faire parvenir au trésorier de l'Association

Dr Jean MARTY Clinique Claude Bernard, 1 rue Père Colombier - 81000 ALBI
Tél. 05 63 77 79 01 - Fax 05 63 77 79 07

Date, cachet et signature

Quels arguments en faveur de l'accès à la contraception orale sans prescription ?

A. CRASTES BILLEBEAU*

1 - Introduction

En France, environ un tiers des grossesses restent non prévues et parmi elles, 35% surviennent chez des femmes n'utilisant aucune méthode contraceptive [1]. Les raisons avancées de la non-utilisation d'un moyen contraceptif résultent souvent d'un problème d'accès, notamment lié à la nécessité d'une prescription médicale : dans l'enquête COCON en 2003, parmi les femmes ayant eu une grossesse non prévue, 12% des femmes interrogées déclaraient ne pas avoir su à quel professionnel de santé s'adresser, 30% n'avaient aucune contraception disponible et dans 34% des cas, les relations sexuelles n'étaient pas planifiées [1]. L'accès à la Contraception Orale (CO) sans prescription pourrait donc aider les femmes à obtenir un moyen contraceptif fiable et ainsi potentiellement diminuer le nombre de grossesses non prévues [2]. L'ACOG (American College of Obstetricians and Gynecologists) a d'ailleurs récemment émis un avis favorable à ce type d'accès [3].

2 - La contraception orale est déjà disponible sans prescription dans la majorité des pays

Une étude menée en 2012 a constaté que la CO était disponible sans prescription de manière légale ou informelle dans près de 70% des 147 pays examinés. Dans 24% des pays (n=35) une CO pouvait être obtenue légalement sans prescription, dans 38% (n=56), celle-ci était délivrée sans ordonnance de façon informelle (prescription exigée légalement, mais obtention facile sans prescription en pharmacie ou autres points de vente), dans 8% (n= 11), la CO était légalement disponible sans prescription, mais avec nécessité d'un dépistage préliminaire des contre-indications par un professionnel de santé (médecin, pharmacien ou infirmière)

Une étude menée en 2012 a constaté que la contraception orale était disponible sans prescription de manière légale ou informelle dans près de 70% des 147 pays examinés.

et enfin dans 31% (n=45) une prescription médicale était obligatoire (Figure 1) [4].

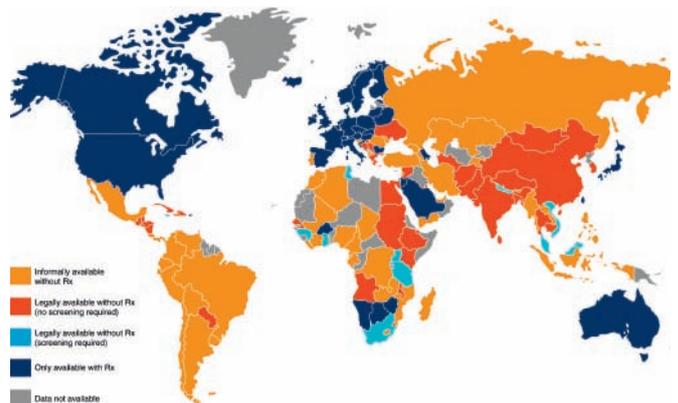


Figure 1 : Accessibilité de la contraception orale dans le monde (Grindlay, 2012)

3 - Intérêt des femmes pour l'accès à la contraception orale sans prescription : adhésion et poursuite de la méthode

La majorité des femmes américaines soutiennent l'accès à la CO sans prescription, et utiliseraient cette méthode d'accès si elle était disponible [5-8]. Dans une enquête téléphonique en 2011 réalisée auprès de 2046 femmes américaines en âge de procréer, 62% d'entre elles se déclaraient en faveur d'un accès à la CO sans prescription et 37% y auraient recours si cette méthode était disponible, parmi lesquelles 58,7% des utilisatrices actuelles, 33% des femmes

* Interne en gynécologie médicale. Membre du bureau de l'AFC (Association Française pour la Contraception)

utilisant une méthode moins efficace (comme le préservatif masculin seul) et 28% des femmes sans aucune contraception [9].

Il semblerait aussi que l'accès à la CO sans prescription permette d'augmenter la poursuite de cette méthode au long cours : une étude réalisée le long de la frontière américano-mexicaine (El Paso-Texas) a constaté que les femmes ayant obtenu leur contraception auprès d'un médecin avaient des taux d'arrêt significativement plus élevés que celles se rendant directement dans les pharmacies mexicaines pour obtenir leur contraception (OR : 1,58 IC 1,11-2,26) (Figure 2) [10].

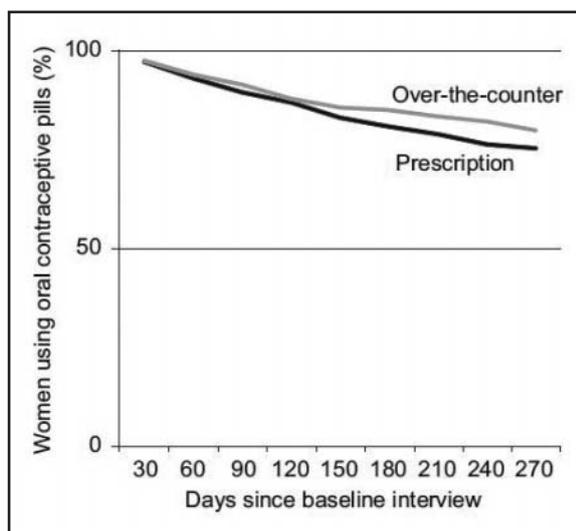


Figure 2 : Courbe de survie de Kaplan Meier sur la poursuite de la contraception orale en fonction du mode d'accès (Potter, 2011)

4 - La contraception orale sans prescription est-elle sans risque pour les femmes ?

4.1 Quels sont les risques de la contraception orale :

La CO est l'un des médicaments les plus étudiés sur le marché aujourd'hui, et nous avons maintenant plus de 50 ans de recherche documentant sa sécurité d'utilisation : elle ne présente ni risque de toxicité lié à un éventuel surdosage, ni risque de dépendance.

Néanmoins, si les microprogestatifs ont très peu de contre-indications (antécédents personnels de cancer du sein, insuffisance hépatique ou existence d'interactions médicamenteuses [11]), les contraceptifs œstroprogestatifs (COP) ont des contre-indications absolues (antécédent personnel de thrombose veineuse ou artérielle, pathologies associées à un risque de thrombose, hypertension artérielle, dyslipidémie, thrombophilie, migraines avec aura...), et il est établi que leur utilisation peut favoriser la survenue de complications thrombo-emboliques artérielles ou veineuses avec un risque relatif 3 à 7 fois plus élevé que chez les non-utilisa-

trices [12-15]. Néanmoins une grossesse expose les femmes à un risque beaucoup plus élevé de développer ce type de complication (OR variant de 5 à 60 en fonction du terme) [16].

4.2 Prévalence des contre-indications (CI) de la contraception orale chez les femmes en âge de procréer :

Plusieurs études ont montré que la prévalence des CI à la COP parmi les femmes l'ayant obtenu sans prescription directement en pharmacie était similaire à celles des femmes l'ayant obtenu auprès d'un médecin [17-18]. Cette prévalence variait entre 2,38 et 39,5% en fonction des études [19-21]. Plus récemment, une étude réalisée aux Etats-Unis dans une population de femmes vivant près de la frontière américano-mexicaine (El Paso-Texas) a rassemblé les données de femmes ayant obtenu leur COP directement sans prescription auprès d'une pharmacie au Mexique et les a comparées à celles les ayant obtenus auprès d'un médecin. Contrairement aux études précédentes, celle-ci a constaté que les femmes ayant obtenu leur COP sans prescription au Mexique avaient plus de contre-indications relatives à son utilisation que celles l'ayant obtenu auprès d'un médecin (respectivement 13,4% vs 8,6% (p = 0,006)). Par contre il n'y avait pas de différence significative concernant l'existence de contre-indication absolue entre les deux groupes (respectivement 7,4% et 5,3% (p = 0,162)). Après analyse multivariée, les utilisatrices de contraception sans prescription étaient néanmoins plus susceptibles d'avoir des contre-indications que celles ayant reçu une prescription (OR : 1,59, IC à 95% [1,11-2,29], p = 0,012) [22]. Dans l'ensemble de ces études, les contre-indications les plus fréquentes étaient de loin les migraines avec aura, l'hypertension artérielle et la consommation de tabac chez les plus de 35 ans (respectivement 17,6%, 14,5% et 4,3% dans l'étude réalisée au Mexique).

Il existe peu de données concernant la prévalence des contre-indications aux microprogestatifs chez les femmes en âge de procréer, mais celle-ci semble faible : moins de 1% (n=6/1015) dans l'étude réalisée à El Paso [22].

4.3 Capacité des femmes à déterminer elles-mêmes leurs contre-indications :

La plupart des contre-indications à l'utilisation d'une COP, à l'exception de l'hypertension artérielle, peut être détectée avec les antécédents personnels et familiaux, et pourrait donc être identifiée par les femmes elles-mêmes, notamment à l'aide d'un auto-questionnaire : une première étude menée sur 392 femmes dans l'état de Washington (n= 399) en 2004 retrouvait un taux d'accord entre la réponse de l'auto-questionnaire et l'évaluation d'un médecin variant entre 84 et 100% [23]. Une seconde étude, réalisée à la frontière américano-mexicaine a demandé à 1271 femmes en âge de procréer de renseigner un auto-questionnaire comportant une liste de 15 contre-indications potentielles à l'utilisation d'une COP. Ces informations étaient ensuite vérifiées par un infirmier diplômé d'état. La sensibilité de

% (95% CI)		Médecins		
		Contre-indication à l'utilisation d'une CO	Eligible pour l'utilisation d'une CO	Total
Patientes	Contre-indication à l'utilisation d'une CO	32.7 (30.1-35.3)	6.8 (5.4-8.2)	39.5 (36.8-42.2)
	Eligible pour l'utilisation d'une CO	6.6 (5.2-8.0)	53.9 (51.2-56.6)	60.5 (57.8-63.2)
	Total	39.3 (36.6-42.0)	60.7 (58.0-63.4)	100.0

Table 1 : Taux d'accord entre la réponse des femmes à l'auto-questionnaire pour dépister les contre-indications à l'utilisation de CO et l'évaluation par un médecin (Grossman and al-2008)

l'auto-questionnaire pour dépister une contre-indication était de 83,2% (IC à 95% [79,5-86,3%]), et la spécificité de 88,8% (IC à 95% [86,3-90,9%]). Seulement 6,6% des femmes avaient inexactement jugé qu'elles étaient éligibles pour la COP alors que ce n'était pas le cas, la plupart du fait d'une hypertension artérielle méconnue (Table 1) [24]. Dans ces deux études, en cas de divergences entre le médecin et les femmes, ces dernières avaient plutôt tendance à surestimé leurs contre-indications potentielles.

De la même façon, pour les microprogestatifs, les femmes étaient généralement aptes à déterminer elles-mêmes d'éventuelles contre-indications à l'aide de l'auto-questionnaire. La sensibilité était de 75,0% (IC à 95%: 50,6 à 90,4%), et la spécificité de 99,4% (IC à 95%: 98,8-99,7%)[25].

Il n'existe pas, à ce jour, de travaux qui abordent la nécessité d'un contrôle du bilan lipidique 3 mois après l'introduction d'une COP, alors que nous savons qu'elle peut entraîner une dyslipidémie susceptible de favoriser des accidents thromboemboliques, notamment artériels.

5 - La contraception déléguée aux pharmaciens pour garantir la sécurité d'utilisation

Il pourrait être envisagé l'existence d'une contraception dont la prescription serait déléguée aux pharmaciens qui vérifieraient au préalable à l'aide d'un questionnaire l'absence de contre-indications en mesurant notamment la pression artérielle [21]. Plusieurs études pilotes, réalisées aux Etats-Unis et en Angleterre ont montré des résultats plutôt encourageants quant à l'efficacité et la sûreté de ce dispositif [26-27].

6 - N'y a-t-il pas un risque d'assister à une diminution du dépistage en gynécologie si la prescription n'est plus nécessaire ?

Même si la prescription d'une contraception ne nécessite pas de dépistage particulier [28-29], cette consultation est souvent l'occasion de rechercher certaines pathologies, notamment un cancer du sein, du col de l'utérus ou des

maladies sexuellement transmissibles [30]. Une étude réalisée à la frontière américano-mexicaine (El Paso-Texas) en 2011 a comparé le taux de dépistage entre les femmes utilisant l'accès direct à leur contraception dans une pharmacie mexicaine et celles l'obtenant auprès d'un médecin. La prévalence du dépistage (examen pelvien, FCV examen clinique des seins et dépistage de MST) était élevée pour les deux groupes (supérieur à 88% pour FCV examen pelvien et examen clinique des seins et supérieur à 71% pour les IST dépistage). Les ratios de prévalence pour le dépistage étaient néanmoins plus élevés dans le groupe utilisateur de clinique (Table 2) [31]. Actuellement, il n'existe pas de données à long terme sur des conséquences sur la santé notamment sur le plan gynécologique.

Outcome (sample included) ^a	US clinic (%)	OTC from Mexico (%)	Prevalence ratio	χ ² p value
Pap smear within last 3 years (age 21-44 ; n=822) ^b	99.3	90.8	1.09	<.001
Ever had a pelvic examination (age 18-44 ; n = 1,018)	93.6	88.5	1.06	.004
Ever had a clinical breast examination (age 40-44 ; n = 120)	100.0	88.9	1.12	.030
Ever been screened for STIs (age 18-24 ; n = 292)	86.6	71.7	1.21	.002

^aSample included reflects age range for current clinical recommendations, bounded by the age range of our sample (18 to 44 years).
^bPap smear within the last 3 years measured at the final interview; all others measured at baseline.

Table 2 : Comparaison du taux de dépistage du cancer du col entre les femmes obtenant leur CO auprès d'un médecin et celles utilisatrices de l'OCT (Hopkins, 2011)

7 - Conclusion

La CO sans prescription en France pourrait être envisagée pour réduire les grossesses non prévues en permettant un accès plus facile à une contraception efficace et une plus grande autonomie pour les femmes sur leur vie reproductive. Néanmoins, la prévalence des contre-indications des COP chez les femmes en âge de procréer n'est pas négligeable, et même si les femmes semblent aptes à déterminer elles-mêmes leurs contre-indications, il semble actuellement déraisonnable d'opter pour un accès sans prescription à ce type de contraceptif, et ce d'autant plus au regard de la récente polémique française sur la sécurité des COP. Du fait de ses plus rares contre-indications, la contraception par microprogestatifs pourrait être une candidate potentielle à un accès sans prescription en France. Elle est actuellement peu utilisée en raison d'une tolérance gynécologique moyenne et d'un contrôle non optimal du cycle, mais permettrait aux femmes qui le souhaitent d'obtenir plus facilement un moyen contraceptif plus fiable que le préservatif avec peu de risque de complications. De plus, l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament) a déjà autorisé un produit contenant un progestatif seul pour la contraception d'urgence (Levonorgestrel) et serait potentiellement plus encline à accepter une demande d'accès direct sur ce type de molécule. Enfin, la contraception déléguée aux pharmaciens est une piste intéressante, qui permettrait de garantir un accès simplifié à la contraception tout en pouvant garantir une sécurité d'utilisation.

Références

1. Bajos N., the COCON Group and al, Contraception: from accessibility to efficiency. *Human Reproduction* Vol.18, No.5 pp. 994±999, 2003.
2. Lauren N. Lessard, Deborah Karasek, Sandi Ma, Philip Darney, Julianna Deardorff, Maureen Lahiff, et al., Contraceptive Features Preferred by Women at High Risk of Unintended Pregnancy, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 44(3), 194-200 (2012).
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee on Gynecologicover-the-counter access to oral contraceptives. *Obstet Gynecol* 2012;120:1527-31. Practice Committee Opinion no. 544.
4. Grindlay K, Burns B, Grossman D.. Prescription requirements and over-the-counter access to oral contraceptives : a global review. *Contraception* 2013 : 88:91-96.
5. Daniel Grossman , Kate Grindlay, Rick Li, Joseph E. Potter, James Trussell & Kelly Blanchard, Interest in Over-the-Counter Access to Oral Contraceptives Among Women in the United States, *Contraception* 88(4) (2013), at 544-52.
6. Landau SC, Tapias MP, Taylor McGhee B. Birth control within reach: a national survey on women's attitudes toward and interest in pharmacy access to hormonal contraception. *Contraception* 2006;74: 463-70).
7. Grossman D, Fernández L, Hopkins K, Amastae J, Potter JE. Perceptions of the safety of oral contraceptives among a predominantly Latina population in Texas. *Contraception* 2010;81:254-60.
8. Kate Grindlay, Diana G. Foster & Daniel Grossman, Attitudes Toward Over-the-Counter Access to Oral Contraceptives Among a Sample of Abortion Clients in the United States, *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* (2014, in press).
9. Daniel Grossman , Kate Grindlay, Rick Li, Joseph E. Potter, James Trussell & Kelly Blanchard, Interest in Over-the-Counter Access to Oral Contraceptives Among Women in the United States, *Contraception* 88(4) (2013), at 544-52.
10. Potter JE, McKinnon S, Hopkins K, Amastae J, Shedlin MG, Powers DA, et al. Continuation of prescribed compared with over-the-counter oral contraceptives. *Obstet Gynecol* 2011;117:551-7.
11. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 3rd edition. Geneva: WHO; 2004.
12. Wu O. and als, Oral contraceptives, hormone replacement therapy, thrombophilias and risk of venous thromboembolism : a systematic review. *The thrombosis : Risk and Economic Assessment of Thrombophilia Screening (TREATS) Study. Thromb Haemost* 2005; 94 : 17-25.
13. Lidegaard O and als, Risk of venous thromboembolism from use of oral contraceptives containing different progestogens and oestrogen doses : Danish cohort study, 2001-9, *BMJ* 2011; 343: d6423.
14. Plu-bureau and als, Hormonal contraceptives and arterial disease : An epidemiological update. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2013 ; 27 : 35-45.
15. Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, *MMRW* 59 (2010)
16. Pomp and als, Pregnancy, the post-partum period and prothrombotic defects : risk of venous thrombosis in the MEGA study. *J Thromb Haemost* 2008; 6 : 632-7.
17. Zavala AS, Perez-Gonzales M, Miller P, Welsh M, Wilkens LR, Potts M. Reproductive risks in a community-based distribution program of oral contraceptives, Matamoros, Mexico. *Stud Fam Plann* 1987;18:284-90.
18. Yeatman SE, Potter JE, Grossman DA. Over-the-counter access, changing WHO guidelines, and contraindicated oral contraceptive use in Mexico. *Stud Fam Plann* 2006;37: 197-204.
19. Shortridge E, Miller K. Contraindications to oral contraceptive use among women in the United States, 1999-2001. *Contraception* 2007;75:355-60.
20. Xu and als, Medical contraindications in women seeking combined hormonal contraception, *Am J Obstet Gynecol*, 2014, 210 : 1-5.
21. Grossman D, Fernandez L, Hopkins K, et al. Accuracy of self-screening for contraindications to combined oral contraceptive use. *Obstet Gynecol* 2008;112:572e8.
22. Daniel Grossman, Kari White, Kristine Hopkins, Jon Amastae, Michele G. Shedlin & Joseph E. Potter, Contraindications to Combined Oral Contraceptives Among Over-the-Counter Compared with Prescription Users, *Obstet Gynecol.* 117(3), 558-65 (2011).
23. Shotorbani S, Miller L, Blough DK, et al. Agreement between women's and providers' assessment of hormonal contraceptive risk factors. *Contraception* 2006;73:501e6.
24. Grossman D, Fernandez L, Hopkins K, et al. Accuracy of self-screening for contraindications to combined oral contraceptive use. *Obstet Gynecol* 2008;112:572e8.
25. White K, Joseph E. Potter, Kristine Hopkins, Leticia Fernandez, Jon Amastae & Daniel Grossman, Contraindications to Progestin-Only Oral Contraceptive Pills Among Reproductive-Aged Women, *Contraception* 86(3): 199-203 (2012).
26. NHS South East London. Evaluation of oral contraception in community pharmacy pilot in Southwark and Lambeth: final evaluation report. [cited 2012 October 9].
27. Gardner JS, Miller L, Downing DF, Le S, Blough D, Shotorbani S Pharmacist prescribing of hormonal contraceptives: results of the Direct Access Study. *J Am Pharm Assoc* 2008;48:212-21; 5 p following 2.
28. Stewart FH, Harper CC, Ellertson CE, Grimes DA, Sawaya GF, Trussell J. Clinical breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception: current practice vs. evidence. *JAMA* 2001; 285:2232-9.
29. Westhoff C, Jones HE, Guiahi M. Do new guidelines and technology make the routine pelvic examination obsolete? *J Womens Health* 2011; 20:5-10.
30. Cackovic M, Paidas MJ. Should oral contraceptives be sold over-the-counter? No. *Contemp Ob Gyn* 2008;63-74.
31. Hopkins K., Reproductive health preventive screening among clinic vs. over-the-counter oral contraceptive users. *Contraception* 86 (2012) 376-382.

Formation

des secrétaires médicales sur 2 jours

P. BARDON*

sur une proposition de l'URPS ML Centre Val de Loire pour améliorer les conditions d'exercice.

L'URPS ML Centre Val de Loire s'est fortement impliquée depuis 2012 dans la prévention de l'épuisement professionnel en organisant des ateliers départementaux en petits groupes de médecins puis un forum sur ce même sujet le 17 mai 2014. De cette expérience, il est ressorti que nos secrétaires sont nos meilleures alliées pour éviter le Burnout ! Bien au-delà de la prise de rendez-vous, elles préservent notre temps médical et notre qualité de vie et de travail. L'URPS ML Centre Val de Loire a envoyé un questionnaire ciblé sur les médecins ayant participé aux ateliers et au forum (environ 100) et leurs secrétaires pour organiser une formation adaptée aux demandes.

Actalians (ex OPCA PL) est l'organisme financeur de formation continue des employés de cabinets et nous a proposé de contacter l'organisme de formation *APTITUDES*. Avec son responsable, nous avons élaboré un programme adapté sur 2 jours soit 14 h de formation continue :

Formation secrétaires médicales

L'accueil et la communication en milieu médical

Journée 1

Tour de table et expression des difficultés rencontrées :

I - Maîtriser les enjeux de la relation Patient :

Comprendre l'importance de l'image dans la relation

- Quels sont les éléments qui me font dire qu'une personne est sympathique ou non ?
- Déterminer les actions pour créer une relation positive
- Savoir personnaliser et valoriser son patient

Le concept de l'accueil : spécificités et exigences

- L'importance du rôle accueil : rassurer, valoriser et prendre en charge

Les attentes et exigences des médecins

- En comprendre les impatiences, les exigences et les émotions

II - savoir gérer son temps :

- Les chronophages : *bien organiser son espace de travail*
- La matrice Eisenhower : savoir distinguer l'urgent et l'important
- Comment pouvons-nous mieux anticiper le temps
- Protéger le temps des médecins
- L'importance du cahier fils rouge et de la transmission des informations

III - économie de la santé

- La gestion administrative, les règles de la SS, la prise en charge financière des consultations, cliniques, hôpitaux, médicaments

IV - Sensibilisation à la communication apport théorique :

Les principes fondamentaux de la communication :

- Le poids des émotions dans la relation humaine : comment maîtriser ses émotions
- Les principes généraux : s'adapter aux trois cerveaux : reptilien, limbique et cortical : savoir rassurer, valoriser, informer
- Comment adapter sa communication à l'autre ?
- Savoir écouter, questionner et reformuler et faire valider

V - Maîtriser la relation interpersonnelle :

Approche individuelle : Auto évaluation : niveau d'assertivité

- Les comportements possibles : passivité - agressivité - fuite ou assertivité
 - L'empathie et assertivité : Savoir s'adapter en raison et sans juger
 - Savoir gérer ses propres émotions et ses propres valeurs
 - Affirmer son savoir être et maîtriser son comportement
- Savoir gérer sa propre émotivité....*

Auto évaluation : vos stresseurs professionnels

VI - Maîtriser la communication interpersonnelle :

Les attitudes d'un accueil réussi

- Maîtriser son comportement : Le sourire, Le regard, la posture
- Maîtriser sa voix, le ton, le bon débit, L'impact de la communication non verbale.

Les secrétaires ont été unanimement enchantées de leur formation et prêtes à la recommander à leurs collègues.

*Gynécologue médicale, Membre du bureau de l'association FML et du Collège de Gynécologie du Centre Val de Loire et URPS ML Centre

Le langage approprié à l'accueil

- Le formalisme - Savoir raisonner en solution plus qu'en problème

L'identification de la demande

- Ecoute active et reformulation - S'adapter aux personnes et aux situations

Le respect du secret professionnel et la discrétion en toutes circonstances

VII – La relation téléphonique :

- Les lois de l'accueil téléphonique -Piloter l'interrogation et informer avec précision
- Piloter la prise de rendez-vous : Conception des synopsis
- Etre précise, reformuler, savoir proposer un rendez-vous, solutionner positivement
- La gestion des urgences

Mise en situation

Journée 2

VIII – L'identification de la demande en face à face :

En accueil :

- Comprendre les anxiétés et stress des patients
- Etre attentive à son non verbal et à sa posture
- Savoir personnaliser la prise en charge et s'adapter aux différentes situations
- Savoir être précise et ne jamais optimiser - S'assurer d'avoir été bien compris
- Comment concilier information et secret professionnel ?
- Faire face au flux important des patients

Dans la gestion courante :

- Savoir informer des retards sans optimiser - Donner les informations claires
- Accueillir les patients pour le règlement et prendre congé du patient avec tact
- Les phrases clefs – mise en forme collective

Mise en situation professionnelle

IX – les urgences : Les vraies et les fausses : les règles

- Savoir questionner pour bien comprendre et bien réagir
- Les règles au téléphone et celle en face à face
- La et les conduites à tenir selon le degré de l'urgence
- La gestion d'une crise en salle d'attente

X – la gestion des tensions et agressivité

Avec les patients

- Les causes possibles : comprendre avant de réagir
- Savoir faire face avec calme et raison
- Comprendre avant de réagir
- Chercher et faire valider une solution acceptable pour les deux

Avec les collègues ou médecins

- Faire face aux propos désobligeants et tensions
- Oser s'affirmer sans riposter et faire preuve d'assertivité
- Savoir ne pas tenir rigueur

Mise en situation

L'accueil ou la rencontre et sa prise en charge, accueil et téléphone, accueil téléphone et médecin....

La gestion d'une situation stressante ou complexe, gestion d'une situation émotive.

A l'issue de cette formation, les 16 secrétaires formées ont reçu un livret de 50 pages à garder à portée de main. Elles ont été unanimement enchantées de leur formation et prêtes à la recommander à leurs collègues.

Voici les idées fortes qu'elles ont retenues :

- Essayer de se professionnaliser avec les outils numériques du 21^{ème} siècle.
- Etre dans l'empathie mais en évacuant l'émotion : arrêter de se mettre à la place des patients, arrêter d'être "gentille".
- Les jeux de rôle ont été très appréciés.
- Elles ont apprécié de sortir de leur isolement et de s'être rencontrées, d'avoir partagé leur repas sur place ce qui leur a permis de faire connaissance, de partager leurs expériences et ainsi de créer une dynamique de groupe.
- Elles se sont approprié des outils pour gérer le stress, éviter l'énerverment des patients en évoquant dès la prise de rendez-vous le retard possible et évaluer au plus juste l'heure de sortie du cabinet médical.
- Quand la patiente se présente au secrétariat, elle doit toujours être prioritaire sur celle qui est au bout du fil qui doit être mise en attente pour un temps raisonnable.
- Essayer absolument d'éviter les embouteillages au secrétariat avec le risque de rupture de la confidentialité.
- Sélectionner les messages urgents ou seulement importants ; faire rappeler le lendemain.
- Savoir gérer la vraie urgence.
- Favoriser l'autonomisation des patients ; ne pas les mater en leur prenant leur rendez-vous d'imagerie par exemple.
- Ne pas inciter les patientes à appeler pour tout et rien.
- Le médecin et la secrétaire doivent être sur la même longueur d'onde et avoir une seule voix, éviter tout débriefing entre 2 portes et prévoir un entretien régulier approfondi sur l'organisation du secrétariat, faire une liste écrite de procédures.

Une nouvelle réunion est déjà prévue, en avril à Orléans, pour les nombreuses secrétaires qui étaient sur liste d'attente, une réunion identique est prévue à Tours les 18 et 19 mars 2015. Devant ce succès, ces réunions seront déclinées dans chaque grande ville de notre région.

A l'heure où la formation continue de nos salariées est à l'ordre du jour, nous pensons que notre expérience peut donner envie à d'autres régions de nous suivre, car nos secrétaires bien formées sont notre meilleur rempart pour travailler dans la sérénité et l'efficacité.

Périnatalité :

écoutez enfin les professionnels

P. LE PORS*

Les Français et les Françaises entendent parler depuis des années des "petites maternités", avec d'un côté des images d'opposition populaire à telle ou telle fermeture, voire un film pour l'emblématique et célèbre maternité de la ville aux vieilles charrues... Carhaix, et de l'autre des débats raisonnés sur la sécurité/proximité.

N'y a-t-il pas dans notre pays assez de maturité pour réunir dans un seul débat les 2 aspects, dire une fois pour toutes qu'en matière de santé, c'est la sécurité qui doit primer (ce qui intègre une proximité "raisonnable"), et que les professionnels de la naissance (auxquels il arrive régulièrement d'être usagers...) y sont d'autant plus attachés qu'ils en ont chaque jour la responsabilité.

Il y a bien sur un attachement symbolique de tout territoire à sa maternité qui par essence représente la jeunesse, l'avenir... et un refus viscéral de sa fermeture dans les territoires où les jeunes couples se font rares, les naissances aussi les maternités sont "menacées" et les écoles risquent de suivre...

Certains territoires sont réellement isolés, c'est-à-dire éloignés, en temps d'accessibilité et non en kilomètres, et dans ce cas, l'investissement humain et financier doit être conforté, en discutant de la meilleure prise en charge médicale.

Il n'a échappé à aucun responsable, médical ou institutionnel que l'investissement dans l'amélioration des voies d'accès est intelligent, avec pour corollaire la diminution de temps d'accès aux soins... pas mal de parturientes décident de ce fait de faire le chemin pour accoucher dans une maternité possédant tout l'environnement de sécurité pour leur bébé et elle-même. Pourquoi la réflexion institutionnelle ne suit-elle pas ?

Il y a pourtant une dimension éthique forte à utiliser au mieux l'argent public, c'est-à-dire l'utiliser pour soigner bien.

Les "jeunes praticiens" ne s'y trompent pas en voulant exercer dans des maternités parfaitement sécurisées et refusant les fonctionnements insécures des équipes incomplètes...

La mutation politique est, on le comprend, beaucoup plus difficile vis-à-vis des électeurs. Pourtant ceux-ci sont citoyens, et pour la moitié d'entre eux contribuables !

Il y a pourtant une dimension éthique forte à utiliser au mieux l'argent public, c'est-à-dire l'utiliser pour soigner bien, pour que l'argent aille là où il y a de réels besoins (...n'est-ce pas là la stratégie nationale de santé ?) et non là où un réseau ami, un enjeu politique ont le pouvoir d'attirer un financement (dans les structures publiques de 300 accouchements, surcoût habituel de 2 millions d'euros par an pour financer l'intérim, sans compter l'infime activité d'une équipe de bloc opératoire qui veille au cas rare, mais jamais exclu, où une césarienne deviendrait indispensable).

Quelqu'un a-t-il noté que parallèlement des déficits publics majeurs des hôpitaux -et de la France- obligent à des économies drastiques, souvent réalisées par une réduction à l'emporte-pièce des personnels paramédicaux dans chaque service fut-il hyperactif ?

Ne faut-il pas enfin se résoudre à regarder en face le problème des restructurations sous l'angle médical avec fort préalable social (travaux mission Couty, pacte de confiance) ?

Les hôpitaux sont souvent les premiers employeurs d'un territoire : il faut avant toute discussion de fermeture de maternité garantir les emplois par un redéploiement vers de nouvelles activités, gériatrie en particulier où les besoins prévisibles sont immenses : c'est un préalable indispensable. Les économies viendront, non pas de suppressions sèches d'emploi, mais de la diminution des fronts de garde (quel sens cela a-t-il de garder 2 équipes complètes, gynécologues obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, sages-femmes, infirmières de bloc opératoire, de garde à 20 mn d'écart par une route à 4 voies ?) et ainsi de la disparition du recours aux intérimaires (1,8 millions d'euros annuels d'intérimaires dans l'exemple suscité !).

Ne faut-il pas regarder en face les problèmes de démographie médicale, ainsi que les évolutions sociologiques ?

*"multipare"... et Gynécologue obstétricien CH de St Malo. Vice-présidente Syngof. Vice-présidente Avenir Hospitalier

Le problème est majeur en particulier en anesthésie, gynécologie obstétrique et pédiatrie, spécialités de la périnatalité aux risques humains et médico-légaux forts !

Les "jeunes praticiens" ne s'y trompent pas en voulant exercer dans des maternités parfaitement sécurisées et refusant les fonctionnements insécurisés des équipes incomplètes, instables et à fréquence de gardes incompatible avec toute vie personnelle et sociale... leurs aînés confirment !!

Les Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) inscrits dans la loi santé sont louables dans leur but de mise à disposition concertée de l'offre de soins sur le territoire. Ils ne sauraient par contre être (dé...) tournés vers un ultime colmatage de plateaux techniques médicalement raisonnablement et économiquement (ce n'est pas un gros mot !) non défendables, mais devraient au contraire permettre une répartition médicalement argumentée des activités de soins et surtout des plateaux techniques !

La Fédération Hospitalière de France (FHF) affirme que la mise en œuvre -dans le cadre des GHT- d'équipes médicales de territoire (praticiens nommés "à cheval"... ou plutôt en voiture, sur 2 établissements, le petit et le plus gros) résoudra le problème démographique, en aidant aux recrutements de nouveaux praticiens... !

Il suffit de poser la question aux internes, et surtout de connaître leurs motivations avant tout sécuritaires pour comprendre que ceci est totalement faux.

La FHF, elle-même, le sait pertinemment, puisqu'elle demande de rajouter à la loi santé la possibilité de contraindre les PH, créant ainsi un concept de *praticien pion* mis contre son avis là où il juge les soins dangereux pour les usagers...

Mr Le Menn chargé par le ministre de la Santé de la mission attractivité des carrières médicales à l'hôpital jugera... nous n'avons plus le temps de fonder l'offre de soins sur des hypothèses fausses !!

Il faut savoir faire évoluer l'hôpital y offrir aux femmes, aux couples, à la fois la sérénité pour un travail physiologique, et la meilleure sécurité quand la naissance se complique et que toutes les compétences deviennent subitement indispensables...

L'offre libérale s'est considérablement restructurée, l'offre publique de territoire ne peut rester figée dans une présentation dystocique ! Ce travail trop long devient si dangereux que même la Cour des comptes en rend... compte !

Article publié dans *Le Quotidien du Médecin* le 12 février 2015



Polyclinique du Parc

CHOLET - PAYS DE LOIRE

La Polyclinique du Parc de Cholet (49) recherche

2 GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS

Cholet est située dans le département de Maine-et-Loire et la région des Pays de la Loire. La commune compte 54 121 habitants, bassin de population de 230 000 habitants. Elle est située à moins d'une heure de Nantes et d'Angers. A 1h30 de Paris au départ d'Angers et à 1h des Sables d'Olonne

- ⇒ La Polyclinique du Parc comprend 315 lits et places.
- ⇒ Maternité de niveau I – environ 1250 accouchements par an.
- ⇒ La Polyclinique du Parc est un établissement privé indépendant.
- ⇒ Les médecins recrutés exerceront à titre libéral en association avec les autres praticiens gynécologues.

Contact : Monsieur Denis BAUDINAUD
Directeur Général
Tél. 02 41 63 43 00

Email : secretariat-direction@polyclinique-du-parc.net

La revue Syngof

au fil des ans : "Naître et ensuite"

R. BELAICHE*

Comment a été réalisée la naissance de cette revue dédiée aux gynécologues et obstétriciens de France ?

La revue Syngof a 27 ans aujourd'hui et la parution du n°100 marque le tournant et/ou, peut-être à terme, la fin d'une belle histoire !

Comment a été réalisée la naissance de cette revue dédiée aux gynécologues et obstétriciens de France ?

Nous la qualifierions de dystocique mais "*l'enfant*" a bien grandi et va bien !

Dans les années 80, un compte rendu des conseils d'administration (CA) était adressé aux confrères sous la forme d'une lettre informative, en fait peu lue et vite abandonnée. La Confédération Syndicale des Médecins Français (CSMF), de laquelle nous étions alors très proches car majoritaire dans notre spécialité, nous hébergeait pour nos réunions du CA dans l'immeuble de l'avenue Latour-Maubourg où résidait aussi le Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Un matin de décembre 1987, en réunion de bureau présidée par le Pr Seneze, j'ai proposé que le syndicat puisse avoir un support papier afin de le faire connaître et d'attirer des adhérents.

J'étais trésorier du syndicat depuis peu et je m'étais rendu compte que nous étions en 1987 à peine 650 gynécologues obstétriciens membres de celui-ci, alors qu'il y avait près de 5500 praticiens de cette spécialité en France. Personne ne crut vraiment en 1987 au succès de ma démarche.

Le Dr Bertaud, secrétaire général, était franchement dubitatif et, bien que peu convaincus, les Prs Seneze, Colette, Dumont, Monrozies, Jamain, Bonhomme, Toulouse et le Dr Mislér, secrétaire général adjoint, m'y encouragèrent peut-être sans conviction mais avec une certaine empathie.

Mislér et Colette ont cependant toujours été à mes côtés et répondu à mes interrogations et à mes demandes d'aide.

Cette réunion de décembre 1987 s'acheva et je me suis entendu dire : "*Vas-y Belaïche, nous verrons bien !*"

A partir de ce moment-là je me suis trouvé confronté, seul, à plusieurs problèmes car je m'étais engagé dans une aven-

ture que j'avais pu trouver ludique au départ mais je ne m'étais pas rendu compte de l'ampleur du défi.

Au fond de moi-même je souhaitais obtenir, à terme, 3000 adhérents, je n'y suis pas arrivé; nous fûmes environ 2500 au meilleur moment de notre spécialité avant la perte progressive des obstétriciens.

Quels étaient ces problèmes :

- Trouver un nom à cette revue.
- Imaginer une "*première de couverture*" originale.
- Solliciter des auteurs pour écrire des articles et les mettre en page et penser une maquette attractive pour le lecteur.
- Chercher un imprimeur compétent et raisonnable sur le plan des tarifs.
- Étudier et négocier la distribution postale
- Engager les démarches administratives nécessaires à la création d'une revue professionnelle, déposer le nom de la revue et le protéger par son inscription à l'INPI.
- Enfin et surtout trouver le financement du projet.

Donner un nom à cette future revue fut relativement facile et "*Syngof*" fut accepté à l'unanimité assez rapidement lors de notre première réunion du CA et devint par la suite le label du syndicat auquel la revue était associée.

Pour le reste, le "*challenge*" était énorme et malgré le soutien moral d'un certain nombre, je me trouvais seul, sans aucune expérience de l'édition de tabloïds; le n°0 en témoigne par sa présentation et son contenu (pour ceux qui le possèdent encore, ils peuvent faire la comparaison avec les dernières éditions).

La **première de couverture** se devait d'être symbolique. J'ai alors pensé que l'image devait représenter une maternité. Ce qui fut accepté par le Comité de rédaction et qui perdure encore aujourd'hui.

Les images demandaient une certaine recherche et nécessitaient leur achat car on ne pouvait se servir que d'une iconographie qui soit dans le domaine public et autorisée à la publication. Nous avons fait appel tout d'abord aux musées puis nous nous sommes rapprochés de l'agence Giraudon spécialisée en la matière, rachetée par la suite par Bridge-

Personne ne crut vraiment en 1987 au succès de ma démarche.

* Créateur des Cahiers Syngof. Ancien trésorier, membre de droit du SYNGOF

man Art Library avec qui l'équipe dirigeante de la revue travaille encore aujourd'hui.

Enfin l'obtention d'articles nécessairement professionnels, historiques et syndicaux demandait et demande encore beaucoup d'efforts de la part du rédacteur en chef. Les auteurs ont en général de la bonne volonté mais il faut les solliciter pour que le texte parvienne, corrigé et tapé correctement, dans les temps car très vite nous avons été confrontés au facteur temps.

Le texte doit être corrigé à nouveau avant de faire le "chemin de fer" (c'est-à-dire la chronologie et la place des textes dans la revue). Il y a aussi à placer de façon immuable et itérative des pages incontournables (le compte rendu du CA, le bulletin d'adhésion, les petites annonces, la composition du bureau et les membres du conseil, les différentes commissions auxquelles participent les conseillers etc.).

Et nous nous devons de faire parvenir la revue aux confrères au lendemain... ou presque des CA.

Le choix des articles et leur contrôle par le comité de rédaction (réduit souvent à sa plus simple expression) demandaient un certain travail; les secrétaires (Bertaud et Misler au début puis par la suite Cousin, Marty) et les divers présidents (Colette, Giraud, Cousin, Marty etc.) ont largement collaboré et m'ont beaucoup aidé afin d'éditer les dernières nouvelles syndicales et les résultats des différentes entrevues avec les autorités de tutelles.

Je m'imposais de publier dans chaque revue un article sur l'histoire de l'obstétrique et de la gynécologie. Pour cela le Pr Dumont, le Dr Stofft et d'autres nous ont bien aidés. Ils furent les auteurs assidus de cette rubrique et je leur en ai toujours été reconnaissant.

Nous avons publié, du n°28 au n°39, des suppléments agrafés de 8 pages nommés "Cahiers FMC" joints à la revue et un numéro spécial en octobre 1998 : le "Livre Blanc de la Gynécologie-Obstétrique en France", une mise au point sur la spécialité.

La maquette a été revue plusieurs fois pour en arriver à cette "quasi-perfection" que nous connaissons aujourd'hui. La recherche de l'imprimeur nécessita un appel d'offres et l'étude de devis car les dépenses étaient comptées. Nous avons changé 2 ou 3 fois d'imprimeur.

Par mesure d'économie, nous sommes passés aussi, dès le numéro 50, du dos carré-collé à un agrafage par 2 points métal. Il nous a fallu aussi négocier à plusieurs reprises avec la poste pour le coût de la distribution de la revue. Ce ne fut pas une mince affaire et nous avons perdu en 2002 la "Commission Paritaire" qui nous permettait de bénéficier d'un tarif postal préférentiel pour la distribution de la revue. Les conditions d'obtention ayant changé, nous ne rentrions plus dans le cadre...

Puis il fallait trouver un budget car il n'y en avait aucun dédié à cette aventure. Les cotisations de peu d'adhérents ne suffisaient pas à générer la somme nécessaire.

J'ai donc harcelé les visiteurs médicaux, contacté les chefs de produits et après d'innombrables coups de téléphone et de sollicitations itératives j'ai pu obtenir que 12 laboratoires, 1 station thermale et 2 cliniques privées s'engagent et nous permettent d'éditer et de distribuer le premier numéro grâce à leur soutien. Cet exploit financier, extrêmement chronophage, n'a jamais pu être réalisé par la suite.

Une somme confortable avait été récoltée mais j'avais confié la réalisation et l'édition à une équipe de jeunes femmes qui nous avaient coûté très cher. Peut-être avais-je été trop naïf car peu compétent et, de plus, peu expérimenté en terme de négociation !

Le n°0 eut cependant le mérite d'exister malgré tout et parut finalement en septembre 1988. Il avait été envisagé, alors, une parution annuelle. Nous sommes arrivés à faire paraître 2 numéros en 1989 et en 1990 et dès 1991 nous arrivâmes au rythme trimestriel adopté jusqu'à ce jour malgré les nombreuses difficultés auxquelles nous avons été confrontés Nadine Prugny et moi-même.

Les numéros suivants furent mieux réfléchis et de meilleure qualité, l'expérience aidant.

Je ne pouvais pas réitérer moi-même les sollicitations des sponsors car ce premier numéro m'avait pris un temps démesuré et épuisant et il fallait aussi que je fasse de la gynécologie et de l'obstétrique dans mon cabinet.

J'ai alors délégué la vente d'espaces publicitaires à une collaboratrice, au demeurant efficace, d'octobre 1990 à février 1993, puis à diverses agences spécialisées par la suite.

Vous avez pu constater que les espaces publicitaires sont rares depuis un certain nombre d'années; les laboratoires sont peu favorables aux espaces publicitaires dans une revue syndicale et préfèrent favoriser les revues médicales à gros tirages.

Une politique d'austérité fut dès lors mise en place; le travail se faisait entre Nadine, moi-même et l'éditeur. Nous avons économisé sur le grammage du papier, abandonné le dos carré collé pour un agrafage simple tout en laissant à la revue une belle qualité (ce qui nous a été reproché par certains qui considéraient que l'aspect en était prétentieux et coûteux).

Les Cahiers Syngof sont restés, cependant, lors de ces 27 ans de parution, une revue professionnelle de qualité que nous ont envié nombre de syndicats médicaux.

Vous vous doutez combien Nadine Prugny a été importante dans toutes ces réalisations à partir du numéro 2 et combien je lui en suis reconnaissant. Elle a été une collaboratrice d'exception et une réelle professionnelle dans cette entreprise. Elle n'a pas hésité à se former à la PAO (Publication Assistée par Ordinateur) et à se tenir informée des toutes nouvelles techniques d'édition et d'être l'interlocutrice privilégiée de l'imprimeur. Qu'elle en soit remerciée, le Syngof lui doit beaucoup.

Colloque national

Gynécologie et Société

14 novembre 2014 au Palais du Luxembourg

Le colloque Gynécologie et Société le 14 novembre 2014 au Sénat a été un vrai succès pour le Syngof.

Remerciements à l'association AIGM qui a été très présente pour co-organiser le colloque.

Remerciements à Mikael Agopiantz qui m'a permis d'organiser ce congrès.

Remerciements à Jean Marty qui m'a soutenu et à Nadine qui est d'une très grande efficacité.

Remerciements à tous les intervenants et aux membres du Syngof venus assister au colloque. Nous avons eu 90 inscrits au colloque et 27 intervenants ce qui correspondait à la capacité de la salle.

Je regrette l'absence de passage dans la salle de Madame la Sénatrice qui patronnait notre colloque national pour la remercier.

Je regrette le problème lié au plan vigipirate renforcé qui nous a obligés à rebadger l'après-midi.

Je regrette que le timing n'ait pas été respecté pour les derniers orateurs.

J'ai beaucoup apprécié, comme la salle, la rencontre des différents acteurs du suivi gynécologique.

Bien sûr le Comité de défense de la gynécologie médicale présent espère que le nombre de gynécologues médicaux va persister voire augmenter.

Tout a bien été dit sur la formation des sages-femmes, des gynécologues et des médecins généralistes.

Notre présidente de la FNCGM a bien expliqué le remplacement de gynécologues par des sages-femmes pour le suivi gynécologique et la contraception.

En Lorraine, la volonté de licencier les médecins travaillant dans les centres de planifica-

tion pour les remplacer par les sages-femmes. Seul le directeur de centre reste et est un médecin qui se retrouve seul médecin dans les équipes

Lors de la table ronde: Démographie et réseaux de soins en gynécologie, nous avons pu apprendre comment devenir maître de stage, comment travailler avec intelligence comme spécialiste dans une maison de santé pluridisciplinaire et comment les universitaires gynécologues obstétriciens et endocrinologues de Nancy forment un duo dynamique.

Le repas n'était pas sponsorisé et donc libre à chacun de prendre son temps dans une brasserie ou de manger un sandwich sous la pluie.

La session AMP et société a duré plus longtemps que prévue mais nous recevions avec joie un académicien et un président de chambre honoraire à la Cour de cassation en retraite.

Nous souhaiterions que les sénateurs écoutent aussi le discours franc et dynamique de Madame Fatfouta sur le don ovocytaire.

Pas de colloque de gynécologie sans une session sur l'ivg. L'ivg médicale libérale est volontairement freinée par l'ARS en région Centre, berceau de notre ministre de la santé !

Enfin sujet passionnant et riche sur Ethique en diagnostic prénatal. Serons-nous demain face à une demande d'enfant parfait par des femmes enceintes qui pourront connaître un ensemble de maladies ou d'imperfection par une simple prise de sang adressée à des laboratoires mondiaux???

E. PAGANELLI*

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

Résumé des interventions (deuxième partie)

Les acteurs du suivi gynécologique, une interdisciplinarité nécessaire ou imposée ?

Résumé de l'intervention du Professeur Anne GOMPEL
CHU Cochin, secrétaire générale du collège des enseignants
en gynécologie médicale

La gynécologie médicale a un objectif : les soins aux femmes.

Le passé : formation des CES en 3 ans au métier de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale avec des lacunes dans certains domaines (120h/an) et des internes à la formation plus étendue à d'autres domaines dont la médecine interne en 5 ans, ces formations donnaient une compétence, pas une spécialité. Ce système a fonctionné jusque dans les années 90 où les gouvernements l'ont arrêté. Il a permis de définir sur l'ensemble du territoire un bon maillage efficace dans la prévention des cancers du col et du sein, avant l'avènement des dépistages organisés.

Depuis 2003 un DES de 4 ans forme 48 (cette année) spécialistes annuellement. La formation est large mais plus spécialisée, 80% accèdent à un post internat et actuellement une dizaine fait une thèse de science qui ouvrira sur des fonctions d'enseignement.

L'avenir : une réforme en gestation assurera un DES de 4 ans avec un post internat de 1 à 2 ans avec des stages en médecine libérale.

Pour combler le manque de gynécologues médicaux sur le territoire on voit des généralistes faire un diplôme universitaire de gynécologie et s'afficher comme gynécologues médicaux, cet abus doit être combattu. Les DU n'offrant qu'une formation théorique sans formation pratique ! Pour les sages-femmes à qui les politiques veulent voir remplir un rôle dans le suivi et les dépistages gynécologiques, le différentiel est encore plus important, car elles n'ont aucune formation, cet abus doit être dénoncé.

Le vrai problème est le défaut de formation et rien actuellement n'est fait pour le résoudre tant que chaque corporation enseignera à sa spécialité sans s'adjoindre des compétences extérieures. Qui évaluera cet enseignement et ces pratiques ? En suède ou l'interdisciplinarité fonctionne, la formation et les pratiques sont évaluées et encadrées avec une rigueur qui nous est étrangère.

Résumé de l'intervention du Docteur Bertrand de
ROCHAMBEAU

Gynécologue-obstétricien libéral, Vice-président du SYNGOF, Co-Président du CNPGO

Sages-femmes et gynécologues obstétriciens : une collaboration salvatrice pour l'obstétrique privée.

En 20 ans l'obstétrique libérale a perdu la moitié de ses "parts de marché", la tendance s'est amorcée avec le plan périnatalité et se poursuit ces dernières années. La



cause racine en est la raréfaction des gynécologues obstétriciens qui pratiquent les accouchements. Le modèle : un accouchement, un accoucheur du privé ne s'applique pas au public qui fonctionne avec moins de gynécologues obstétriciens.

Plus de la moitié des gynécologues obstétriciens libéraux ne pratiquent plus d'accouchements et ce dans toutes les tranches d'âge. Il ne reste plus que 1735 accoucheurs libéraux en France. La source se tarit et va continuer à se tarir, elle ne renaîtra que vers 2030. L'offre de consultation impacte directement le recrutement d'une maternité privée. Parce que le modèle est un accouchement un accoucheur, le nombre d'accouchements est fortement corrélé au nombre d'accoucheurs. La raréfaction des accoucheurs contraint les maternités à se regrouper pour assurer la permanence et la continuité des soins. L'offre de soins en maternité s'est ainsi concentrée ces 20 dernières années. De 1757 maternités en 1972 à 535 en 2010, cette concentration se poursuit plus rapidement en privé qu'en public. Dans 5 à 10 ans tout au plus, il ne persistera que quelques grosses maternités privées dans chaque région, où l'offre de soins est abondante. Sur l'essentiel du territoire le choix pour les patientes n'existera plus : l'accouchement public sera la seule possibilité.

Actuellement, les patientes se retournent vers l'offre publique qui décroît moins vite que l'offre privée. Les maternités publiques se sont adaptées pour accueillir cette croissance de leur recrutement. Les consultations sont assurées en ville par les gynécologues, des généralistes et par leurs praticiens de tout statut ainsi que par des sages-femmes pour les grossesses normales.

Il y a en France en 2013, 22 000 sages-femmes. Les hôpitaux emploient 12 000 équivalents temps pleins. Que font les autres qui travaillent en libéral ? Selon le rapport SS de la cour des comptes 2011 et le rapport : *Les professions de santé, DRESS 2013* : le revenu des sages-femmes libérales se répartit à 50% pour la préparation à l'accouchement, 25% de rééducation périnéale, le reste : consultations obstétricales de grossesse normales, suites de couches physiologiques, suivi de grossesse pathologique à domicile, soins infirmiers, échographies, frais de déplacement, ne représentent chacun que 5% ou moins.

Pourquoi les sages-femmes libérales font si peu d'obstétrique alors qu'elles ont été formées pour cela ? Parce que l'on ne leur a pas fait de place ! Par crainte de voir se créer des filières concurrentes. Alors que 80% des grossesses sont normales et que leur déroulement physiologique permet-

trait une activité importante aux sages-femmes. Activité que les accoucheurs du privé sont incapables par leur effectif de fournir. Parce que la nomenclature des sages-femmes favorise la préparation à l'accouchement et la rééducation périnéale et ne permet pas la rémunération de surveillance du travail et d'accouchement d'une même grossesse.

Il y a beaucoup d'intérêts à intégrer les sages-femmes au parcours libéral de "soins obstétricaux". Pour les sages-femmes: valoriser leurs compétences, exercer leur "cœur de métier", s'intégrer dans des équipes de soins dédiées à la femme et sécuriser leurs carrières en exerçant dans des maternités dynamiques. Pour les gynécologues obstétriciens libéraux: développer l'activité de leurs maternités, seule assurance de leur pérennité, retrouver l'intérêt du travail coordonné en équipe, se libérer du temps pour valoriser les autres activités de la gynécologie.

Que faut-il pour que cela fonctionne? La volonté du maintien de l'obstétrique privée. Le soutien actif de l'hospitalisation privée, comme facilitateur entre les parties. La reconnaissance mutuelle des compétences communes et particulières et l'indépendance professionnelle des acteurs au service des femmes. L'adaptation de la CCAM à cette nouvelle répartition des tâches en gynécologie obstétrique: la fin de la règle un accouchement, un accoucheur. Le développement de la rémunération d'équipes.

Résumé de l'intervention du Dr Michèle SCHEFFLER

Présidente de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale. Co-présidente du CNPGO

Les acteurs du suivi gynécologique.

Jusqu'en 2009 les acteurs du suivi gynécologique étaient les médecins généralistes, les gynécologues médicaux et les gynécologues obstétriciens.

En 2009 est prétexté un état d'urgence démographique déclinant du corps médical. Celui-ci a été en fait souhaité de concert par les gouvernances successives de l'Etat avec l'arrêt pendant 10 ans de l'enseignement de la gynécologie médicale et de l'obstétrique, celle-ci devenant aux choix de l'internat une spécialité chirurgicale.

Il est renchéri par l'assommoir de la loi des 35h introduite initialement exclusivement dans les établissements privés et entraînant pour longtemps une déstructuration majeure des équipes (arrêt d'exercice, retraite anticipée, ruines).

Dans ce contexte, la loi Bachelot introduit la possibilité de suivi gynécologique et de consultation de contraception par les sages-femmes, cette prise en charge devant se limiter au cadre strict de la physiologie.

Ainsi la loi impose des champs d'activité nouveaux aux sages-femmes :



- Sans préparation en amont de la formation initiale,
- Sans anticipation de la formation continue de 22 000 sages-femmes,
- Sans concertation entre les acteurs face à cette interdisciplinarité,
- Sans en informer les femmes.

La valeur des diplômes

Seule l'université est à même de délivrer une compétence grâce à l'obtention de diplômes. Elle exige la réussite aux examens, aux concours et à des travaux personnels pour délivrer un diplôme.

Pour cette réussite, une formation médicale initiale avec un temps théorique et un temps de formation clinique sont proposés, exigés et nécessaires :

- Médecin spécialiste en médecine générale: 9 ans,
- Médecin spécialiste en gynécologie médicale: 10 ans,
- Médecin spécialiste en gynécologie obstétrique: 11 ans.

En spécialité, ces études sont souvent prolongées de deux ans d'assistantat ou de clinat pour parfaire la formation et la prise de responsabilités conduisant à 12 et 13 ans.

La formation de la sage-femme est comparativement limitée à 5 ans d'études consacrées principalement à la formation en maïeutique. Cette formation est réalisée en école de sage-femme, indépendante de l'université.

L'étudiant accepte ce temps de formation nécessaire et en fait un choix personnel.

Même un échec en première année de PACES pour l'accès en médecine, permet au long de son cursus, à une sage-femme, à l'aide d'une passerelle, d'accéder aux études de médecine.

Cet engagement tant de l'université que de l'étudiant conduit à la valeur d'un diplôme: label de qualité, diplôme labellisé par l'Ordre des médecins pour les médecins et l'Ordre des sages-femmes pour les sages-femmes.

Doit-on remettre en cause la profession de médecin et la durée des études ?

Cette seule question pourrait faire l'objet d'un congrès et l'on pressent actuellement la nécessité d'évolution notamment dans des spécialités chirurgicales très pointues et hyperspécialisées.

La gynécologie médicale est une spécialité technique et intellectuelle nécessitant des connaissances scientifiques larges mais aussi très spécialisées, aux évolutions multiples et rapides, et avec une place importante donnée à l'expérience.

- C'est une spécialité endurante,
- Il nous semble impossible d'en réduire le temps de formation et de compagnonnage.

La loi impose, qui en dispose ?

Dans le même temps, la profession de sage-femme est reconnue profession médicale tout en ne permettant pas aux sages-femmes l'exercice de la médecine. Ainsi la sage-femme pratique des actes de sage-femme qu'il s'agisse de la contraception ou du suivi physiologique de la femme ou d'obstétrique.

Pour éviter cet imbroglio du mot "médical" et de ses adjectifs mêlant à tort les pratiques et finalement les limites d'exercice des deux disciplines, nous parlerons désormais comme l'introduit Madame la ministre de la santé dans son projet de Loi santé 2015, de pratiques avancées pour les professions non médicales et de sage-femme leur permettant de réaliser des actes jusque là réservés aux médecins. La Loi de santé 2015 prévoit d'ouvrir ainsi de nouveaux champs de compétences aux professionnels de santé telle l'IVG médicamenteuse pour les sages-femmes.

La loi impose, les structures disposent : quels sont les premiers effets de cette loi ?

En PMI et Centre de planification, les Conseils généraux et les Centres mutualistes (financeurs) ont écarté de leur consultants bon nombre de médecins (licenciements) laissant les patientes les plus fragiles (adolescentes, précaires) sans véritable choix du consultant et de sa qualification. L'interdisciplinarité n'y est ni imposée, ni requise, ni nécessaire car celle-ci disparaît par l'exclusion des médecins spécialistes qualifiés et expérimentés.

En maternité publique, le suivi de grossesse physiologique par une sage-femme est imposé régulièrement aux femmes lors de la prise de rendez-vous téléphonique et le tri entre grossesse pathologique et grossesse physiologique est assuré par... la secrétaire médicale.

En 2014, les directeurs d'hôpitaux ont incité à l'ouverture de "consultations de gynécologie" réalisées par des sages-femmes. Or la gynécologie médicale est une spécialité médicale exercée exclusivement par des médecins.

La sage-femme n'a pas compétence pour exercer la gynécologie médicale et ne peut assurer de consultation de gynécologie. La consultation de sage-femme n'est pas une consultation de médecin. Le suivi physiologique des femmes peut être pratiqué par un médecin ou une sage-femme : c'est une interdisciplinarité.

La patiente doit pouvoir faire son choix après une information éclairée sur les compétences de chacun des praticiens de santé.

Enfin la loi impose en oubliant la complémentarité des métiers

L'année 2013 a rappelé la difficulté de la prescription d'une contraception et ses risques lorsqu'elle est non adaptée. C'est une consultation complexe parfois périlleuse reprise au sein de nombreux ouvrages. Si la loi prône l'interdisciplinarité en contraception, à aucun moment elle n'éclaircit l'indispensable complémentarité des métiers dans ce domaine complexe.

Il eut été plus logique et salubre de prôner cette complémentarité et les compétences des professionnels de santé plutôt que de discriminer la contraception oestroprogestative.

En conclusion

Depuis longtemps des liens de travail interdisciplinaires et complémentaires existent entre sages-femmes et médecins

et principalement avec les obstétriciens. Ils sont nécessaires, utiles, indispensables.

Dans le cadre de la gynécologie médicale, médecine de ville principalement actuellement, les liens avec les sages-femmes existent mais plus de façon complémentaire qu'interdisciplinaire. Par exemple, très peu de courriers s'échangent contrairement au mode de fonctionnement avec la médecine générale et le travail des sages-femmes est tenu très secret, à distance, presque en parallèle avec notre activité. Les codes de déontologie ne sont pas écrits et les rencontres nécessaires à l'élaboration d'un projet de déontologie sont à programmer.

L'interdisciplinarité doit être élaborée et évaluée par nos professions elles-mêmes en premier lieu bien en amont de l'arbitrage de l'état car nous seuls connaissons nos professions parfaitement.

La FNCGM, forte de ses 2 000 gynécologues, répartis au sein de 11 collèges régionaux y apportera son concours.

Pour réussir ces mutations, l'avis des femmes sera important à respecter car elles sont au cœur de nos préoccupations et de nos métiers.

Résumé de l'intervention de M. Adrien GANTOIS

Sage-femme, coordonnateur de la communication du Collège des sages-femmes, diplômé en 2012 à Lille. Travaille à l'hôpital et dans un centre de santé en grande banlieue parisienne.

Une interdisciplinarité nécessaire ou imposée.

Perçoit l'interdisciplinarité comme allant de soi, expérience en côtoyant les internes de gynécologie médicale au CHU. Il identifie un malaise dans le fait que les compétences des sages-femmes sont partagées par d'autres et qu'elles n'ont aucune exclusivité.

L'accès aux soins gynécologiques, très variable d'un territoire à l'autre du fait de la pauvreté de la population de gynécologues ouvre un horizon aux sages-femmes. Il y a en France 27 000 sages-femmes qui sont formées en 5 ans dans des universités autonomes et les formations sont très hétérogènes, 25% d'entre elles ont moins de 30 ans. 18% exercent en libérale. A l'hôpital les sages-femmes assurent l'accueil et le tri des consultations vers les médecins, mais rapidement, devant la pauvreté des effectifs de médecins, il est confié aux sages-femmes le suivi des grossesses à risque, ce qui sort de leur strict domaine de compétence. Avec les généralistes, il y a des complémentarités à développer dans le suivi des femmes, les sages-femmes n'ayant aucune formation sur les pathologies.

L'interdisciplinarité devrait être développée dès l'université, on en est très loin. Les enseignants restent des cadres sages-femmes qui n'ont aucune pratique autre que ce qu'elles ont toujours fait.

La pratique dans la maison de santé avec les généralistes est possible pour le suivi spécifique gynécologique des

femmes en bonne santé et la pratique de l'échographie. L'apport des gynécologues pour la pathologie gynécologique serait essentiel, mais leur faible nombre rend cette ressource indisponible.

Démographie et réseaux de soins en gynécologie

*Résumé de l'intervention du Dr Patrick ROMESTAING
Vice-Président du Conseil National de l'Ordre des médecins*

Chiffres clés, démographie médicale

En France en 2014 il y a 200 000 médecins en activité et 60 000 retraités, les femmes représentent 44% des médecins, proportion qui croît de 1% par an. Il y a 7 000 jeunes médecins, 58% sont des femmes, 40% des jeunes s'installent en libéral dans les 5 ans de leur diplôme. 33% s'installent seuls.

La profession compte en 2014 7 000 gynécologues dont 4 000 gynécologues obstétriciens en croissance, 1 500 gynécologues médicaux et obstétriciens et 1 500 gynécologues médicaux en décroissance.

Les gynécologues médicaux et obstétriciens sont les plus âgés, surtout des femmes, installées en libérale.

Les gynécologues médicaux, femmes à 94%, âgées, libérales surtout, pas partout sur le territoire, certains départements en sont déjà dépourvus.

Les gynécologues obstétriciens : féminisation croissante, très peu de retraités actifs, population plutôt jeune, à 60% libérale ou mixte. Mais il y a déjà des déserts à l'échelon des territoires.

*Résumé de l'intervention du Dr Catherine VICARIOT
Gynécologue, Co-fondatrice d'une maison de santé pluridisciplinaire en Région Centre*

Une gynécologue dans une Maison de santé pluridisciplinaire.

Cela se passe à Meung sur Loire, petite ville de 6000 habitants, chef-lieu de canton du Loiret. Au cœur de la France et de la pénurie médicale.

Il ne restait que deux médecins généralistes en activité, en hyperactivité, à Meung sur Loire quand la Maison de santé a ouvert ses portes en avril 2013. La municipalité, son maire, une femme, souhaitait ardemment cette création. Le Conseil Général avait signé des contrats avec deux étudiants en médecine, qui s'engageaient à s'installer dans cette zone déficitaire. L'Agence Régionale de Santé soutenait le projet. Deux médecins, déjà installés de longue date à proximité, quatre infirmières, deux kinésithérapeutes, une orthophoniste, une podologue



étaient prêts à s'investir dans l'organisation de ce nouveau type de structure médicale : dans une Maison de santé pluridisciplinaire, on s'engage à travailler ensemble et pas seulement les uns à côté des autres.

L'un des deux médecins déjà installés était une gynécologue médicale. Elle était venue, sur la pointe des pieds, frapper à la porte de la mairie pour savoir si, éventuellement, une gynécologue était la bienvenue dans cette nouvelle structure.

Une gynécologue, ça apporte des soins de premiers recours, ça peut participer à la mise en place d'actions de prévention et d'éducation thérapeutique, ça peut aussi accueillir des stagiaires, et surtout une gynécologue, c'est rare... Donc une gynécologue est évidemment la bienvenue.

Depuis avril 2013, la Maison de santé pluridisciplinaire de Meung sur Loire a permis d'étoffer, de coordonner et de regrouper l'offre de soins de proximité, pour le bien de toutes et de tous.

Ces structures médicales ouvrent de nouvelles perspectives dans l'organisation de notre activité. L'apport de soins spécifiques de gynécologie y est précieux.

Mais dans quelques années, qui assurera ceux-ci dans la Maison de Santé de Meung sur Loire ? Un nouveau gynécologue, un médecin généraliste "à orientation gynéco", ou une sage-femme ?

Cette question se pose un peu partout en France, et mérite qu'on y réfléchisse.

*Résumé de l'intervention du Pr Olivier MOREL
PU-PH de Gynécologie obstétrique au CHU de Nancy*

Etat des lieux démographique en gynécologie-obstétrique. Situation en Lorraine

Le réseau de soins en Lorraine : 2 350 000 habitants dans cette région vaste au réseau routier sommaire et dont la population est surtout concentrée dans le sillon lorrain et autour des grandes villes.

20 maternités pour 26 000 naissances annuelles en baisse régulière, dont 6 assurent 57% des naissances. 14 maternités sont qualifiables de petites maternités de niveau 1 et ne remplissent pas les critères de la PDSSES.

Ce sont avant tout des maternités publiques qui assurent le maillage territorial. Elles ne fonctionnent que par des mercenaires payés à prix d'or et les quelques praticiens en place ont plus de 60 ans pour 50% d'entre eux. Pourtant le CHU lorrain forme des jeunes mais ceux-ci, comme beaucoup de Lorrains quittent la région et quand ils restent ils s'installent volontiers en gynécologie médicale devant les conditions d'exercice locales.

L'échéance à 5 ans est réellement problématique pour le réseau de ces maternités. Les obstacles sont connus : rémunérations insuffisantes, responsabilité écrasante, organisation des services décourageante, taille critique ne permettant pas une gestion équilibrée et féminisation de la profession.

Il ne faut pas oublier que nos confrères anesthésistes et pédiatres sont dans la même situation.

*Résumé de l'intervention du Pr Georges WERYHA
PU-PH d'Endocrinologie et de Gynécologie médicale au
CHU de Nancy, Trésorier du CNEGM*

Gynécologie obstétrique et médicale, une complémentarité fructueuse : l'exemple lorrain.

En 2003, la création du DES de gynécologie médicale est due à une volonté politique et à l'extinction programmée de l'ancienne filière de gynécologie médicale. Elle a été vécue comme prédatrice pour la filière gynécologie obstétrique.

La qualité de la formation des gynécologues médicaux au cours des 10 dernières années a démontré le sérieux du projet. Elle a permis de débiter la cicatrisation des plaies.

La Lorraine est une région étendue peuplée par 2,3 millions d'habitants. Le rapport de 2007 évaluait la population des gynécologues médicaux à un niveau équivalent à la moyenne nationale. Toutefois, la pyramide des âges est catastrophique avec une forte majorité de praticiens gynécologues médicaux de plus de 60 ans. Nous bénéficions de 2 postes d'internes par an ce qui ne représente même pas l'illusion de pouvoir répondre à la demande de soins de la population féminine. Afin de ne pas créer une petite caste de superspécialistes cantonnée au "happy few" et au secteur 2, nous avons entamé un dialogue riche et fructueux avec nos collègues gynécologues obstétriciens et particulièrement, avec le Pr Olivier Morel. Nous construisons l'avenir comme l'association de la spécialité médicale et de la spécialité chirurgicale en collaboration symbiotique. Notre objectif est de proposer une offre de soins à trois niveaux en accord avec les décrets de compétences récents :

- Niveau 1 : médecins généralistes et sages-femmes
- Niveau 2 : gynécologues obstétriciens et gynécologues médicaux
- Niveau 3 : gynécologues médicaux pour les problèmes hautement spécialisés.

Bien entendu, ceci requiert la création d'une filière de formation des sages-femmes qui leur permette de prendre en charge les aspects physiologiques et de distinguer puis de référer les aspects pathologiques.

La création d'une RCP Endométriose commune gynécologues médicaux et gynécologues obstétriciens est la prochaine étape de notre démarche.

*Résumé de l'intervention du Dr Marie-José RENAUDIE
Présidente du Syndicat des Gynécologues Médicaux. Maître de stage au cabinet de gynécologie*

Le stage d'interne en gynécologie médicale auprès du praticien libéral : une possibilité nouvelle pour les médecins spécialistes libéraux.

Investie aux côtés des médecins généralistes, forts enthousiastes et déterminés pour la mise en place des stages d'in-

ternes auprès des praticiens libéraux, dans un syndicat pluri catégoriel rassemblant médecins généralistes et spécialistes, et élue par les spécialistes à l'URML de la région Midi-Pyrénées, la nécessité d'étendre cette possibilité aux médecins spécialistes libéraux s'est imposée à nous (un ami rhumatologue et moi-même).

Ne sachant comment procéder le chemin fut compliqué. Afin d'avoir une "légitimité" pédagogique, nous avons réalisé le Diplôme d'Université (DU) "Formation pédagogique à la maîtrise de stage" organisé par les médecins spécialistes en médecine générale de notre région, l'année universitaire 2011-2012*.

Les démarches suivantes peuvent être ainsi codifiées.

La validation du diplôme par le Doyen de la faculté de médecine de Toulouse-Purpan, le Pr VINEL, actuellement Président de la Conférence des doyens d'université après explications de nos motivations, notre démarche, et notre appréciation des apports d'un stage en cabinet libéral**.

L'obtention de l'accord du coordonnateur du diplôme est ensuite nécessaire.

En gynécologie médicale pour notre région le Pr X. MONROZIES a soutenu le projet (préoccupé par la problématique du suivi des patientes en gynécologie, non appris au cours du cursus, contrairement à la situation d'urgence) Ce ne fut pas le cas du coordonnateur du diplôme de rhumatologie : le Dr B. LOZE n'a pu, à ce jour, parvenir à recevoir dans son cabinet un interne en rhumatologie. La demande d'agrément à l'ARS s'impose ensuite suivie de l'établissement du formulaire "SIRIUS" à remplir pour tout nouvel établissement ou service à agréer. Le questionnaire et le "projet pédagogique" sont à remplir en ligne ultérieurement, sur le site des agréments de l'université (après obtention du N° de demande d'agrément attribué par l'ARS).

Attention à l'ouverture limitée du site (seulement du 15 janvier au 31 mars pour Midi-Pyrénées).

En espérant, très rapidement, être nombreux afin de faire découvrir et investir la pratique des spécialités en médecine libérale.

* Il paraît logique que dans les années à venir, s'il s'avérait nécessaire, nous l'adaptions aux spécialités (la base solide de leurs 20 années d'expérience n'étant pas à négliger).

** "Un projet novateur pour la gynécologie médicale et la rhumatologie", le sujet de mémoire, fut un élément d'appui.

Un questionnaire anonyme a été adressé aux gynécologues médicaux libéraux et aux internes en gynécologie médicale pour connaître leur avis sur le stage d'internes en gynécologues médicaux en cabinet (de même en rhumatologie) :

- 100% des internes en gynécologues médicaux sont ou auraient été intéressés par un stage validant la maquette de formation dans un cabinet de gynécologue médical libéral (la connaissance du monde libéral étant perçue par 81% des internes comme primordiale 68% envisageant un exercice libéral parmi ceux qui ont répondu)
- 94% des praticiens exprimaient que le stage en cabinet de gynécologie médicale libérale serait intéressant, le relationnel différait avec les patients étant évoqué dans 83% des réponses (plus de 60% des praticiens en gynécologie médicale libérale sont prêts à accueillir un interne en gynécologues médicaux dans leur cabinet).



FORMATIONS VALIDANT VOTRE DPC

➔ **Dystocie des épaules**

Toulouse les 5 et 6 juin 2015 (complet)

Toulouse les 16 et 17 octobre 2015

➔ **Séminaire GYNELOG**

Bordeaux les 25, 26 et 27 septembre 2015

➔ **Chirurgie gynécologique : *Pour éviter que le risque se réalise***

Orly les 2 et 3 octobre 2015

➔ **Asphyxie perinatale**

Paris les 11 et 12 décembre 2015

➔ **Chirurgie gynécologique : *Quand le risque se réalise***

Orly les 18 et 19 décembre 2015

Pour vous inscrire renvoyez à syngof@syngof.fr
Votre date de naissance, votre n° de tél. portable et votre n°RPPS.

Chaque module est indemnisé 345 € par journée de formation

Renseignements au
04 67 04 17 18

Maîtrise du risque opérateur lié à la conisation : Analyse de la base REX sur les EPR survenus à l'occasion des conisations

B. de ROCHAMBEAU*

La conisation est une intervention chirurgicale destinée à l'exérèse de lésions du col utérin à haut risque de cancer ou à des cancers micro-invasifs.

Résumé : *Sujet : Analyse de 111 événements porteurs de risque survenus après conisations. Résultats : Dans les EPR au cours de la conisation ou dans le premier mois, on retrouve une cause liée à la technique chirurgicale dans 73% des cas, à l'organisation des soins dans 23%, à la patiente dans 2.9%. Dans 6.2% des cas l'EPR survient très tardivement. Discussion : Les EPR sont en principe évitables. La moitié des hémorragies sont de survenue immédiate et alors liées à un défaut technique. Elles font l'objet d'une reprise chirurgicale 2 fois sur 3 quel que soit le moment de leur survenue. Les hémorragies secondaires doivent guider l'information et la préparation des patientes. Les causes organisationnelles soulignent l'importance de la protocolisation du processus de soins.*

Conclusion : Cette analyse permet de formuler une série de 21 barrières utiles dans la prévention des complications de la conisation.

Mots-clés : conisation, complications, événement porteur de risque, hémorragies, organisation des soins, barrières.

Le débit rapide des activités ambulatoire et la sortie précoce sont 2 éléments qui doivent inciter à la plus grande rigueur dans la démarche de soins.

111 Événements Porteurs de Risques (EPR), déclarés par les adhérents à Gynerisq au cours de leur démarche d'accréditation des pratiques à risque, survenus à l'occasion de conisations ont été retenus après extraction de la base de Retour d'Expérience (REX) de la Haute Autorité de Santé (HAS) car ils étaient suffisamment renseignés pour être analysés.

Méthodologie

Il s'agit d'interventions réalisées entre 2008 et 2012. Les déclarants étaient invités à exposer le déroulement d'événements imprévus porteurs de risques, rencontrés dans leur pratique chirurgicale, au fil de leur survenue et qui leur semblait pouvoir être utiles par l'analyse qui pourrait en être faite une fois anonymisée dans la base REX. Parce que les déclarations ne sont pas exhaustives, la fréquence de déclaration des EPR ne reflète pas la fréquence de leur survenue. La construction de l'étude ne permet pas non plus d'étudier la fréquence de survenue des EPR en fonction des techniques utilisées.

La conisation est une intervention chirurgicale destinée à l'exérèse de lésions du col utérin à haut risque de cancer ou à des cancers micro-invasifs. Ses indications sont précises (1,2) et posées au décours d'une démarche diagnostique complète qui repose le plus souvent sur un dépistage par frottis cervical, suivi d'un diagnostic par biopsie cervicale. La réalisation peut se faire par 3 techniques (1,2,3) : bistouri froid, laser ou anse diathermique qui parfois associées et les EPR ont été rapportés avec l'ensemble des techniques. Cette intervention est le plus souvent réalisée en ambulatoire et cela influe sur les modalités organisationnelles de cette prise en charge. En particulier le débit rapide des activités ambulatoire et la sortie précoce sont 2 éléments qui doivent

* Dr Bertrand de Rochambeau, GO, Expert Gynerisq, vice-président du Syngof

inciter à la plus grande rigueur dans la démarche de soins. En cela cette étude trouve sa justification afin de cette intervention garde sa réputation de bénignité.

Résultats

(Tableau 1 : Fréquence de déclaration des EPR après conisation ≠ fréquence de survenue des complications) Les EPR les plus fréquemment rapportés sont les hémorragies (63.5%), dans la moitié des cas elles surviennent pendant l'acte chirurgical, ou dans les suites immédiates, dans les heures qui suivent, avant le retour à domicile. Elles signent un défaut d'hémostase. Elles aboutissent à une reprise chirurgicale 2 fois sur trois, parfois plusieurs reprises sont nécessaires, le tiers restant est traité efficacement par tamponnement de quelques heures mais qui peut durer plusieurs jours dans certains cas. Dans l'autre moitié des cas l'hémorragie survient au bout de quelques jours, en général après le 5^{ème} jour, parfois plus tardivement. Elle peut être brutale et abondante, nécessitant une prise en charge par les services médicaux d'urgence. L'information préalable des patientes est en général réalisée ce qui témoigne de la conscience des praticiens de la réalité de cette complication et atténue les vellétés de réclamations par les patientes ; La reprise chirurgicale a lieu la aussi 2 fois sur trois, sinon un tamponnement parfois de plusieurs jours permet la résolution de l'hémorragie ; un cas de traitement avec succès est rapporté par l'injection intracervicale de xylocaïne adrénalinée. Dans 10% des cas un autre défaut technique est la cause de l'EPR : Plaie péritonéale sur conisation profonde (2%), plaie vaginale, marges envahies (4.8%) ne nécessitant pas une reprise systématique si les marges sont en zone de dysplasie de bas grade, mais aussi infection post hystérectomie quand celle-ci succède rapidement à la conisation. Au total 73% des EPR sont liés à un défaut technique dans la réalisation de la conisation.

23% des EPR rapportés sont en rapport avec une cause organisationnelle, moins spectaculaires, ils sont probablement moins déclarés, ils sont très divers et tous évitables : 3.8% d'erreurs dans la démarche diagnostique : conisation sur frottis sans biopsie et qui ne retrouve pas de dysplasie. 2.9% d'erreur de patiente en rapport, avec l'absence de contrôle pré-opératoire, avec l'anesthésie générale en dehors de la présence du chirurgien, avec les débits et la productivité induite par l'ambulatoire. 2% de prélèvements égarés entre le bloc et le pathologiste. 3.8% de brûlures en rapport avec l'utilisation d'acide trichloracétique au lieu d'acide acétique à 4%, avec les antiseptiques, le laser qui a enflammé un antiseptique inflammable. 2% d'erreur de produits : anesthésie locale à l'acide acétique, distribution de produit iodé chez une allergique à l'iode. 2.9% de matériel indisponible : anse absente ou cassée, fils de suture inadapté. Mais aussi 2% d'oubli ou d'impossibilité de retrait

Type de complication	Fréquence de déclaration
Organisationnelle	23,0%
brûlure	3,8%
erreur diagnostique	3,8%
erreur de patiente	2,9%
prélèvement égaré	1,9%
erreur distribution produit iodé	1,0%
matériel indisponible ou cassé	2,9%
confusions entre solutions injectables	1,0%
défaut de communication résultats histologiques	2,9%
oubli d'ablation du stérilet avant conisation	1,8%
rétenion aiguë d'urine sur mèche vaginale	1,0%
Technique chirurgicale	73,1%
hémorragie post op immédiate reprise	24,0%
hémorragie post op immédiate non reprise	6,7%
hémorragie secondaire avec reprise	25,0%
hémorragie secondaire sans reprise	7,7%
plaie péritonéale	1,9%
marges envahies	4,8%
plaie vaginale	1,0%
infection post-hystérectomie	1,9%
Liée à la patiente	2,9%
retard thérapeutique	1,9%
Refus de colposcopie	1,0%
Tardives	6,3%
perforation utérine ultérieure	0,9%
perforation vésicale	1,8%
sténose cervicale post-conisation	1,8%
cancers du col	1,8%

Tableau 1 Fréquence de déclaration des EPR selon leur cause après conisation (N=111)

de stérilet avant la conisation, et une rétenion aiguë d'urine sur mèche vaginale oubliée à la sortie.

Dans 3% des EPR analysés la patiente a été un obstacle au bon déroulement des soins, situations probablement sous déclarées par rapport à leur fréquence de survenue car pas toujours analysés : refus de la colposcopie, "disparition" de la patiente pendant une période jusqu'à un an.

Dans 6.3% des EPR analysés il s'agit d'une complication tardive de la conisation, observations très intéressantes car largement décrites comme risque à long terme de la conisation et peu rapportées dans les études : 4.8% de difficultés opératoires liées à la sténose ou l'absence de col dont 2.7% de perforation utérine en cours de chirurgie intra utérine, dont une fois avec perforation vésicale à la Bengolée. Enfin 1.8% de survenue de cancer invasif du col à la suite d'un défaut de suivi ultérieur.

Discussion

Parce que chaque EPR est un événement individuel choisi et déclaré par un praticien, sans exhaustivité des pratiques, les fréquences des EPR déclarés ne sont pas le reflet de la fréquence de survenue des complications après une conisation, celle-ci doit être recherchée dans la littérature.

Les hémorragies constituent l'événement porteur de risque le plus souvent déclaré après une conisation. La déclaration d'hémorragies postopératoires ayant contraint à une reprise chirurgicale a été encouragée dans la déclaration des EPR, ce

qui a pu majorer leur déclaration. Leur fréquence dans la littérature est évaluée de 6 à 19% (1,2) et nécessite une reprise chirurgicale 2 fois sur 3. Ce taux de reprise se retrouve dans notre étude indiquant que la pratique rapportée "dans la vraie vie" est comparable à celle décrite dans les études universitaires publiées. Elles surviennent dans notre étude une fois sur deux au cours ou au décours de l'acte chirurgical, elles signent alors un défaut d'hémostase. Elles sont plus fréquemment rapportées dans la littérature au cours des conisations à la lame froide et, dans cette technique, les surjets hémostatiques ou la coagulation minutieuse des berges restantes sont d'une efficacité diversement appréciée selon les équipes (4, 5, 7). Le facteur déterminant de cette complication semble être la profondeur de résection évaluée sur la hauteur du cône (1,5). Plus la résection est profonde et plus les vaisseaux sont gros et d'hémostase délicate. Une hauteur 2 cm se justifie rarement dans une conisation et est associée à un haut risque de complications multiples, dont les hémorragies.

- **Barrière** : *Réalisation d'une colposcopie en premier temps du geste qui précise la zone à réséquer qui ne sera dépassée que de quelques millimètres.*

L'analyse histologique de chaque pièce permet a posteriori de situer le niveau de risque pris par l'opérateur. En dehors des cols où la zone de jonction pathologique n'est pas explorable, il n'est pas indiqué d'avoir des hauteurs de cônes qui dépassent la zone pathologique en colposcopie.

La hauteur du cône est aussi associée aux sténoses secondaires (6) et leurs conséquences rapportées dans 6.3% des EPR : dysménorrhées, difficultés des explorations endoscopiques qui peuvent aboutir à des complications sévères : perforation utérine et jusque dans la vessie.

- **Barrière** : *Les conisations qui doivent traiter des lésions non vues en totalité doivent être identifiées comme des conisations à haut risque :*

- D'hémorragie précoce et doivent faire l'objet d'une surveillance rapprochée du risque hémorragique les premières heures quand la patiente est encore dans le service ambulatoire.
- De sténoses cervicales pourvoyeuses de complications tardives sévères qui doivent faire l'objet d'une information post opératoire spécifiques.

A titre adjuvant l'utilisation de vasopressine hélas plus disponible en France et de la lignocaïne adrénalinée à 1% permet une maîtrise du saignement per opératoire en nappe (5,7) en même temps qu'elle assure une anesthésie locale efficace et suffisante.

10% des EPR concernent un autre défaut de maîtrise technique du geste opératoire : 2 plaies péritonéales, elles sont décrites dans la littérature (10), elles sont la conséquence d'un geste trop large, trop profond, en arrière en général.

- **Barrière** : *Les conisations profondes sont précédées de la mesure au doigt de la hauteur cervicale et d'un guidage per opératoire d'une bougie endocervicale au contact de laquelle s'effectue la conisation.*

Les plaies vaginales sont plus communes et de moindre conséquence. Les marges insuffisantes sont rapportées dans la littérature comme un indicateur de qualité du geste (1, 2, 3,9) elles sont la rançon d'une colposcopie mal maîtrisée ou d'une zone pathologique très étendue en surface. Si la périphérie des lésions est composée de lésions de bas grade, on assistera le plus souvent à la régression spontanée en quelques mois de celles-ci. La reprise systématique n'est plus une règle (2).

- **Barrière** : *Maîtrise de la colposcopie (10) per opératoire.*

Le risque plus élevé de complications post hystérectomie quand celle-ci succède à une conisation est rapporté dans la littérature (12). Il peut être minimisé par un délai d'attente suffisant.

- **Barrière** : *Le délai idéal entre une conisation et une hystérectomie doit être supérieur à 6 semaines.*

L'autre moitié des hémorragies rapportées dans les EPR surviennent après le 5^{ème} jour et conduisent 2 fois sur trois à une reprise. Elles traduisent alors une chute d'escarre et sont toujours une surprise mal vécue chez une patiente non ou mal informée de cette possibilité. La littérature est pauvre sur le déterminisme et les facteurs de risque associés à l'hémorragie secondaire. Elle peut révéler un trouble congénital de l'hémostase (13) qui doit bénéficier d'un dépistage par le bilan pré-opératoire. Le traitement d'une infection bactérienne cervicale concomitante divise par 2 le risque d'hémorragie secondaire (14). La formation d'une escarre et sa chute hémorragique sont favorisées par l'infection du col et l'inflammation. Les infections virales qui aboutissent aux dysplasies cervicales sont volontiers associées aux infections bactériennes sexuellement transmissibles ou non (15, 16, 17,18, 19, 20).

- **Barrière** : *Bactériologie de l'endocol, avec recherche de chlamydiae et mycoplasmes, dépourvue d'infection pré-opératoire.*

L'utilisation de l'acide Tranexamique à la dose de 1 g 3 fois par jour en post opératoire est retrouvée dans la littérature (21) comme traitement prophylactique de l'hémorragie secondaire. En France, l'AMM existe pour le post opératoire en ORL mais pas pour la conisation. Pour éviter une reprise chirurgicale un confrère décrit le succès de l'injection intracervicale de xylocaïne adrénalinée 1%. Les autres fois un tamponnement est utilisé, pas toujours avec succès imposant alors la reprise. De manière plus exceptionnelle une conisation avec une hauteur de cône importante expose aussi à des blessures vasculaires qui peuvent se révéler secondairement de manière particulièrement dramatique par des hémorragies intra péritonéales cataclysmiques (22, 23).

La deuxième grande cause (23%) d'EPR est organisationnelle. Il s'agit de causes toujours évitables par la maîtrise de l'organisation. Ce sont probablement les plus fréquentes dans le fonctionnement quotidien. Les déclarations en sont un échantillonnage qui a motivé la déclara-

tion par l'intérêt que le praticien leur a porté. L'organisation est une cible privilégiée de l'amélioration des pratiques. Défaut d'organisation dans le diagnostic avec oubli de la coloscopie préalable. Mais aussi au bloc opératoire : défaut de contrôle de l'identité de la patiente au bloc opératoire favorisée par l'anesthésie générale. Erreurs de produits : inversion acide acétique et xylocaïne, acide trichloracétique à la place de l'acide acétique responsable de brûlures, enflamme d'un antiseptique inflammable par le tir Laser, utilisation d'iode chez une patiente allergique, oubli d'une mèche vaginale en post opératoire provoquant une rétention aiguë d'urine, perte des prélèvements histologiques qui n'arrivent jamais au laboratoire, perte de vue des patientes après la chirurgie pouvant aboutir à laisser évoluer un cancer du col qui aurait pu être évité.

Parce que la conisation est un geste chirurgical dont la pratique ambulatoire est validée (1, 24), elle nécessite une rigueur dans son organisation pré, per et post opératoire. En ambulatoire le temps ne permet plus de rattraper les oublis. Il faut disposer d'une organisation dédiée qui permette l'accueil, la préparation, la réalisation et le contrôle post opératoire avec un haut niveau de sécurité (25).

Barrières pré-opératoires :

- *Gestion de la file active des patientes dysplasiques.*
- *Diagnostic qui repose sur une biopsie cervicale sous coloscopie.*
- *Planification du geste en première partie de cycle pour éviter la concordance des règles et de la chute d'escarre.*
- *Consultation pré anesthésique qui valide l'anesthésie locale et élimine les diathèses hémorragiques.*

Barrières per-opératoires :

- *Check-list opératoire effectivement mise en pratique par le chirurgien, l'anesthésiste et la panseuse.*
- *Identification préalable par le chirurgien des produits et réactifs utilisés.*
- *Pas d'antiseptiques inflammables avec le Laser.*
- *Pas de mèche post opératoire.*
- *Identification des conisations à haut risque hémorragique et signalement au service ambulatoire.*
- *Ordonnance pour le pathologiste et traçabilité du cheminement des prélèvements.*

Barrières post-opératoires :

- *Contrôle du saignement avant la sortie.*
- *Rendez-vous de contrôle donné à la sortie.*
- *Rappel si absence au premier contrôle et aux suivants.*
- *Gestion de la file active des patientes conisées.*

Enfin, rarement signalée (3%), la cause de l'EPR est la patiente elle-même. Elle refuse la coloscopie qu'elle ne supporte pas, ne vient pas aux rendez-vous, disparaît sans laisser de traces.

- **Barrière :** *Le temps passé avec elle, doit permettre d'appréhender ces patientes particulières et de les*

traiter avec plus d'attention encore que les patientes adhérent aux explorations et aux traitements.

Conclusions

L'analyse de la base REX issue des EPR post conisation nous éclaire sur la pratique réelle des gynécologues obstétriciens libéraux français. Les données comparables concordent avec ce que décrit la littérature. Celle-ci éclaire l'analyse et permet de proposer des attitudes pratiques à même d'éviter ou de réduire la fréquence des EPR étudiés. L'information pré-opératoire et post opératoire des patientes doit être complète et intelligible, orientée par la connaissance ainsi acquise des risques immédiats et des risques tardifs. Le retentissement obstétrical des conisations n'apparaît pas car les EPR ne concernent pas l'obstétrique. 21 barrières sont proposées en réponse à ces situations à risque.

Gynérissq proposera une activité éligible au DPC dans le cadre de l'accréditation pour que chacun puisse, s'il le souhaite, s'appuyer sur la mise en œuvre des barrières pour améliorer sa pratique.

Références

1. *A randomized prospective study comparing three techniques of conization: cold knife, laser, and LEEP.* Mathevet P, Dargent D, Roy M, Beau G. *Gynecol Oncol.* 1994 Aug;54(2):175-9.
2. *Complications, sequelae and outcome of cervical conizations: evaluation of three surgical techniques* Brun JL, Youbi A, Hocké C. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2002 Oct;31(6):558-64.
3. *Surgery for cervical intraepithelial neoplasia* : Martin-Hirsch PP, Paraskevaidis E, Bryant A, Dickinson HO, Keep SL. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jun 16;(6):CD001318. doi: 10.1002/14651858.CD001318.pub2.
4. *Haemostasis after cold-knife conisation: a randomised prospective trial comparing cerclage suture versus electro-cauterization.* Dane C, Dane B, Cetin A, Erginbas M. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2008 Jun;48(3):343-7. doi: 10.1111/j.1479-828X.2008.00853.x.
5. *Interventions for preventing blood loss during the treatment of cervical intraepithelial neoplasia.* Martin-Hirsch PP, Keep SL, Bryant A.: *Cochrane Database Syst Rev.* 2010 Jun 16;(6):CD001421. doi: 10.1002/14651858.CD001421.pub2.
6. *CO2 laser conization for cervical intraepithelial neoplasia grade II-III: complications and efficacy.* Hagen B, Skjeldestad FE, Bratt H, Tingulstad S, Lie AK. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1998 May;77(5):558-63.
7. *Superiority of electrocautery over the suture method for achieving cervical cone bed hemostasis.* Kamat AA, Kramer P, Soisson AP. *Obstet Gynecol.* 2003 Oct;102(4):726-30.

8. *Pain relief for women with cervical intraepithelial neoplasia undergoing colposcopy treatment.* Gajjar K, Martin-Hirsch PP, Bryant A. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Oct 17;10:CD006120. doi: 10.1002/14651858.CD006120.pub3.
9. *Comparison of loop electrosurgical conization with one or two passes in high-grade cervical intraepithelial neoplasias.* Rivoire WA, Monego HI, Dos Reis R, Binda MA, Magno V, Tavares EB, Hammes LS, Capp E, Edelweiss ML. *Gynecol Obstet Invest.* 2009;67(4):228-35. doi: 10.1159/000209214. Epub 2009 Mar 17.
10. *La coloscopie: Technique et diagnostics,* J.Marchetta, Ph. Descamps, *Pratique en Gynécologie Obstétrique 3e Edition Elsevier Masson .*
11. *Pelvipéritonitis and intestinal occlusion: two unusual cold-knife conization complications* Raynal P, Lucas J. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2003 Feb;32(1):43-5.
12. *The influence of interval between conization and laparoscopic radical hysterectomy on the morbidity of patients with cervical cancer.* Li H, Jang JY, Li H, Chen K, Shao XG. *Eur J Gynaecol Oncol.* 2012;33(6):601-4.
13. *Delayed hemorrhage after cervical conization unmasking severe factor XI deficiency.* Kim SH, Srinivas SK, Rubin SC, Freedman LJ, Gray HJ. *Obstet Gynecol.* 2004 Nov;104(5 Pt 2):1189-92
14. *The use of vaginal antimicrobial after large loop excision of transformation zone: a prospective randomised trial.* Chan KK, Tam KF, Tse KY, Ngan HY. *BJOG.* 2007 Aug;114(8):970-6.
15. *Detection of Chlamydia trachomatis by immunofluorescence, papanicolaou and immunoperoxidase in women with leucorrhoea.* Reyes-Maldonado E, Díaz-Fuente LA, González-Bonilla CV, Esquer-Mendivi M, Jiménez EZ, Deléon RI. *Rev Latinoam Microbiol.* 1996 Apr-Jun;38(2):65-73.
16. *Molecular detection of HPV and Chlamydia trachomatis infections in Brazilian women with abnormal cervical cytology.* de Abreu AL, Nogara PR, Souza RP, da Silva MC, Uchimura NS, Zanko RL, Ferreira EC, Tognim MC, Teixeira JJ, Gimenes F, Consolaro ME. *Am J Trop Med Hyg.* 2012 Dec;87(6):1149-51. doi: 10.4269/ajtmh.2012.12-0287. Epub 2012 Nov 5.
17. *Chlamydial infection in female lower genital tract and its correlation with cervical smear abnormalities.* Peitsidis P, Kalmantis K, Peitsidou A, Zervoudis S, Papaspyrou I, Georgoulis N, Kioses E. *Bratisl Lek Listy.* 2012;113(6):357-60.
18. *Chlamydia infection in patients with and without cervical intra-epithelial lesions* Oliveira Mde L, Amorim MM, Souza AS, Albuquerque LC, Costa AA. *Rev Assoc Med Bras.* 2008 Nov-Dec;54(6):506-12.
19. *A prospective study of the correlation between Chlamydia trachomatis infection and secondary bleeding following large loop excision of the transformation zone (LLETZ).* Arko D, Takac I. *Wien Klin Wochenschr.* 2001;113 Suppl 3:11-3.
20. *Determination of cervicovaginal microorganisms in women with abnormal cervical cytology: the role of Ureaplasma urealyticum.* Lukic A, Canzio C, Patella A, Giovagnoli M, Cipriani P, Frega A, Moscarini M. *Anticancer Res.* 2006 Nov-Dec;26(6C):4843-9.
21. *Clinical application of inhibitors of fibrinolysis.* Verstraete M. *Drugs.* 1985 Mar;29(3):236-61.
22. *Late post-conization hemorrhage and false aneurysm of the uterine pedicle.* Zanati J, Sergent F, Clavier E, Marpeau L. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 2006 Nov;35(7):725-8.
23. *Delayed, massive bleeding as an unusual complication of laser conization. A case report.* Kurata H, Aoki Y, Tanaka K. *J Reprod Med.* 2003 Aug;48(8):659-60.
24. *Inpatient and outpatient loop electrosurgery excision procedure for cervical intraepithelial neoplasia: a retrospective analysis.* Leimbacher B, Samartzis N, Imesch P, Dedes KJ, Fink D, Canonica C. *Arch Gynecol Obstet.* 2012 May;285(5):1441-5. doi: 10.1007/s00404-011-2148-7. Epub 2011 Nov 25.
25. *Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire, Socle de connaissance, Synthèse :* HAS, ANNAP; www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-04/synthese_-_socle_de_connaissances.pdf

Retrouvez les petites annonces
sur

www.syngof.fr

La naissance en l'an 2000

Vue en 1980...

B. SEGUY*

Cet article, rédigé en 1980, fut publié en 1982 dans Médicographie...

en 1980, je découvrais l'informatique et, après quelques tâtonnements, je m'équipais en 1981 d'un ordinateur de toute première génération : un Tandy TRS 80 (avec disque souple et 48 Ko de mémoire...). Je fus ainsi l'un des tout premiers gynécologues à être informatisé dans la région niçoise. Cette découverte de l'informatique, jointe aux rapides progrès de la technologie moderne dans le domaine de l'obstétrique (échographie, monitoring, phmétric, victoire sur le Rhésus négatif, etc.) me firent aisément fantasmer sur les progrès espérés en médecine et, plus particulièrement, dans ma spécialité obstétricale. Conjointement, mais dans un tout autre domaine, je venais de découvrir les illustrations d'Albert Robida (1848-1926), génial

visionnaire d'anticipation qui renaissait à l'époque d'un trop long et injuste oubli. Je fus particulièrement frappé par ses célèbres ouvrages : "Le XX^{ème} Siècle" (1883) et "La vie électrique" (1890), très recherchés aujourd'hui des collectionneurs. Ainsi me vint l'idée de mettre par écrit, via mon ordinateur et son imprimante mécanique (au bruit de frappe infernal), ma vision personnelle du futur de ma spécialité. Cet article, rédigé en 1980, fut publié en 1982 dans Médicographie, une publication médico-culturelle de Servier. C'est ce texte que je reproduis ci-dessous, pour le soumettre au sourire de mes confrères, sans en changer une virgule, et en conservant l'amusante illustration dessinée, à l'époque, par un confrère obstétricien.

De la difficulté et des limites de la prospection scientifique

Essayer d'envisager ce que sera la **Naissance en l'An 2000** est un problème ardu et un pari risqué, non pas seulement du fait des difficultés inhérentes à toute prospective scientifique, qui n'a rien à voir avec la science-fiction, mais du fait qu'une percée technologique inattendue peut modifier complètement les données et bouleverser toute extrapolation. C'est ainsi qu'un scientifique qui aurait écrit le même article dans les années 1950 aurait sans doute beaucoup insisté sur les progrès espérés de l'étude radiologique du fœtus et sur la localisation du placenta par des marqueurs isotopiques (technique utilisée dans les années 60). Or, en réalité, la percée technologique de l'échographie, imprévisible il y a une

* Expert honoraire près la Cour d'Appel
Membre de la Société Française d'Histoire de la Médecine

dizaine d'années, a ramené l'exploration radiologique de la grossesse à un rôle bien modeste et a fait complètement abandonner les localisations isotopiques placentaires. Cet exemple récent montre bien la difficulté qu'il y a à prévoir l'évolution de la science à moyen et long terme. Je vais m'y risquer cependant avec la plus grande prudence...

Actuellement (1980), le couple moderne a la possibilité de planifier ses naissances, et partant de choisir, dans une assez large mesure, le mois de naissance souhaité. C'est ainsi que, depuis quelques années, les accoucheurs assistent à une concentration évidente des naissances, parmi les couches les plus évoluées de la population, sur les mois de mai à juillet (la grossesse étant ainsi terminée pour les vacances et les chaleurs d'été). Il est certain que cette tendance n'ira qu'en s'accroissant dans les décennies à venir et qu'un contrôle plus précis prévisible de l'ovulation, et donc de la fécondation désirée, permettra de choisir avec une bonne fiabilité la date de la fin de la grossesse à une ou deux semaines près. Les couples disposent actuellement d'un ensemble de méthodes permettant de planifier d'avance le sexe de l'enfant désiré avec un pourcentage de succès de l'ordre de 75 à 85%. Dans l'avenir, il est certain que seront mis au point des "vaccins" anti-garçons ou anti-filles qui permettront d'avoisiner les 98% de succès dans le choix du sexe de l'enfant à naître.

Les bébés-éprouvette

Pour les femmes stériles ou pour celles qui ne désireront pas vivre leur grossesse, le recours au bébé-éprouvette sera chose courante au début du prochain millénaire. Si cette technique récemment mise au point est actuellement encore très compliquée et très peu fiable (moins de 5% de succès), il est évident qu'elle n'ira



qu'en s'améliorant et deviendra dans quelques décennies une éventualité fréquente. Son extension prévisible sera d'ailleurs que la grossesse, ainsi obtenue en laboratoire, ne sera pas forcément portée par la "mère" génétique donneuse de l'ovule fécondé artificiellement, mais pourra être éventuellement portée par une mère de remplacement (l'équivalent en quelque sorte des nourrices d'autrefois) qui prêtera son utérus, ou bien même par une femelle de grand mammifère (chimpanzé probablement). On peut même penser que seront mis au point des utérus artificiels, sur le modèle de nos reins ou de nos cœurs artificiels actuels, qui permettront de mener de A à Z une grossesse entièrement artificiellement en laboratoire. On se demande alors qui l'enfant ainsi né appellera "maman" ?

La surveillance de la grossesse "normale"

En ce qui concerne la surveillance de la grossesse "normale", il est facile de prévoir que la technologie échographique continuera de faire de gros progrès et que des images en couleurs synthétiques et même en relief pourront être obtenues dans l'avenir. En effet, l'utilisation conjointe de l'ordinateur, du synthétiseur et de l'holographie peut permettre d'envisager d'obtenir des images tridimen-

sionnelles de l'enfant dans le ventre de sa mère. Parallèlement se développera également la visualisation directe de contact du fœtus intra-amniotique, utilisant les fibres optiques de verre en association avec des techniques microvidéo permettant d'obtenir directement une image vidéo de l'enfant. Cette technologie n'en est encore qu'à son balbutiement (fœtoscopie).

La mise en place à demeure de capteurs miniaturisés, minuscules capsules électroniques maintenues en permanence sur le ventre maternel par un ruban adhésif, permettra dès le début de la grossesse d'obtenir en permanence une image du fœtus et des renseignements physiologiques majeurs (mouvements spontanés, battements cardiaques, etc.). Les renseignements des capteurs seront, par télétransmission, disponibles à tout moment à distance de la mère et sans interférer avec son activité quotidienne habituelle. Par exemple, l'image du fœtus dans l'utérus pourra être visualisée, soit sur le grand écran plat mural du poste de téléservice familial, ce qui constituera une grande joie pour les parents, soit sur l'écran miniaturisé à cristaux liquides de la montre que la mère portera à son poignet et qui lui permettra de voir son enfant aussi bien à son travail que dans sa voiture, soit sur le terminal personnel du médecin traitant en utilisant le relais du téléphone. Très vraisemblablement d'ailleurs,

En l'an 2000, si les femmes acceptent encore de faire elles-mêmes leurs enfants, elles accoucheront au jour et à l'heure fixés d'avance.

toutes les femmes enceintes seront reliées par télétransmission à un ordinateur central de quartier ou urbain qui, dans le cadre d'un complexe médical informatisé, sera chargé de surveiller nuit et jour chaque grossesse. La moindre anomalie déclenchera une alerte qui permettra de prévenir immédiatement la future maman. Celle-ci, suivant la gravité de l'alerte, sera priée de se rendre dans son Centre de surveillance obstétricale pour bilan approfondi, ou bien sera prise immédiatement en charge par une équipe mobile d'intervention en urgence un peu comparable à nos actuels SAMU.

A ces capteurs externes seront vraisemblablement associées des microsondes intra-utérines qui permettront, à la demande ou en continu, une analyse biologique détaillée du liquide amniotique et du sang fœtal.

Ainsi la mère et l'équipe obstétricale auront à tout instant, et pendant toute la grossesse, le maximum de renseignements physiologiques et biologiques pour surveiller en permanence le développement harmonieux de l'enfant. Cette surveillance, entreprise précocement, aura d'ailleurs permis de dépister en début de grossesse un certain nombre de malformations et d'anomalies congénitales qui pourront constituer une indication à l'interruption de la grossesse qui se fera très simplement en quelques heures par une simple injection intramusculaire d'un produit dérivé de nos actuelles prostaglandines. Certes, ce dépistage précoce des malformations existe déjà actuellement dans une modeste mesure mais il n'est absolument pas systématique, reste très limité dans son champ d'application et constitue

une technique encore complexe (ponction amniotique).

Arrivés au terme des neuf mois de la grossesse, nous sommes contraints actuellement de bien vouloir attendre que le travail d'accouchement se déclenche de lui-même. En effet, dans l'ignorance où nous sommes encore de mécanismes, certainement complexes, nous sommes bien incapables de pouvoir déclencher à volonté l'accouchement d'une manière sûre, fiable, simple, rapide et inoffensive. Or, le fait de pouvoir programmer à heure fixe la naissance constituera un gros progrès du fait que la venue au monde deviendra un événement prévu pour l'équipe obstétricale, qui pourra être prête au grand complet, au lieu de rester, comme à notre époque, trop souvent une surprise survenant d'une manière aléatoire et imprévisible. Le fait de remplacer l'aléatoire et le fortuit par le prévisible et le programmé est un gage certain d'amélioration des techniques et des résultats.

En l'an 2000, si les femmes acceptent encore de faire elles-mêmes leurs enfants, elles accoucheront au jour et à l'heure fixés d'avance. Vraisemblablement d'ailleurs la durée de la grossesse sera écourtée et beaucoup de femmes choisiront d'être délivrées au septième ou huitième mois de leur grossesse, la fin de la gestation ayant lieu dans des couveuses artificielles de grands centres de soins postnataux.

Bien entendu, l'accouchement sera totalement indolore du fait d'une analgésie électro-stimulée découlant des travaux menés actuellement sur l'acupuncture. On aura également à notre disposition des médicaments antidouleurs parfaitement inoffen-

sifs, et pour la mère et pour l'enfant. Certes, nous disposons déjà de moyens de diminuer ou de supprimer les douleurs d'accouchement, mais aucune des différentes méthodes actuellement utilisables ne répond parfaitement et à la fois à ces quatre critères: simple d'utilisation, parfaitement efficace et fiable, sans aucun danger pour l'enfant, sans aucun risque ou inconvénient secondaire pour la mère. Nous pouvons utiliser parmi les méthodes "douces", la musicothérapie, la sophrologie, l'acupuncture, mais leurs résultats sont loin d'être constants, ne dépassant pas 20 à 25% des femmes s'il n'y a pas de sélection préalable. Parmi les méthodes médicamenteuses, on dispose actuellement de l'anesthésie par le Gamma OH, produit inventé par le Pr Laborit, qui donne d'excellents résultats mais qui entraîne une anesthésie générale de la mère, supprimant du même coup sa participation consciente à l'accouchement. Quant à l'anesthésie localisée au-dessous de la ceinture par injection médicamenteuse dans l'espace péridural, elle nécessite une infrastructure médicale importante et ne peut être envisageable que dans le cadre de l'accouchement de masse en milieu hospitalier où plusieurs équipes différentes se relaient au chevet d'un certain nombre de femmes accouchant ensemble.

L'accouchement monitoré

L'accouchement lui-même sera piloté, monitoré par ordinateur. L'ordinateur disposera en permanence des renseignements fournis par les capteurs externes et internes sur la marche du moteur utérin, la dilatation du col, la descente de la tête de l'enfant, son état physiologique et son bien-être. Toutes ces données, recueillies par l'ordinateur individuel placé à côté du lit de la femme en couches, seront communiquées à un ordinateur central situé dans le poste cen-

tral de surveillance de la maternité où l'équipe obstétricale de garde surveillera à distance toutes les femmes qui accoucheront en même temps.

En fonction de toutes ces données, les ordinateurs individuels interviendront pour régulariser la marche du travail suivant les ordres reçus de l'ordinateur central et de l'équipe obstétricale de surveillance. L'intervention de l'ordinateur individuel se fera en accélérant ou en diminuant le débit, en ouvrant ou en fermant les tuyaux de plusieurs flacons de drogues différentes qui aboutiront à un cathéter intraveineux placé à demeure dans une veine de la femme en travail. C'est ainsi que si les capteurs décèlent un ralentissement du rythme des contractions utérines, l'ordinateur individuel vérifiera si tout est normal par ailleurs, notamment la vitalité de l'enfant, puis demandera à l'ordinateur central l'autorisation d'injecter dans le tuyau de perfusion veineuse maternelle une dose appropriée d'un produit capable de renforcer les contractions utérines. L'injection une fois effectuée, l'ordinateur individuel en suivra en continu les effets sur les contractions de l'utérus, la progression et la bonne vitalité de l'enfant, en adaptant à chaque instant la dose de produit fournie à l'effet recherché.

Le rôle de l'équipe obstétricale de garde sera de contrôler les décisions de l'ordinateur central, qui contrôlera en retour les décisions de l'équipe, d'intervenir chaque fois que l'ordinateur déclenchera une alarme, et, peut-être de cueillir l'enfant à sa sortie si ces fonctionnaires acceptent encore à cette époque ce genre de travail et s'il n'existe pas une machine "cueilleuse d'enfants"... L'enfant sera, quant à lui, immédiatement transmis, peut-être dans un contenant ou sur un tapis roulant stérile, à l'Unité de soins infantiles.

Enfin, en cas de difficulté surgissant en cours de travail ou lorsque l'accouchement par les voies naturelles aura été jugé impossible, il faudra

extraire l'enfant d'une manière chirurgicale, c'est-à-dire effectuer une césarienne. Déjà largement utilisée actuellement, elle le sera encore plus dans l'avenir du fait des progrès de l'anesthésie (intervention sous anesthésie locorégionale et non plus générale) et des progrès de la technique chirurgicale elle-même, utilisant des bistouris-lasers, des colles et fermetures mecani-bio-compatibles (genre fermeture éclair...) permettant ainsi une intervention facile, très rapide (10 à 15 minutes contre 30 minutes actuellement pour les meilleurs chirurgiens), suivie d'un lever ultra-précoce (quelques heures après l'intervention), et facilement renouvelable à chaque grossesse.

Au total, le couple de l'an 2000 choisira sa date de conception, le sexe de son enfant, la date et l'heure de la naissance, le mode de naissance (sous anesthésie consciente ou totale, par césarienne ultrarapide ou par les voies naturelles). La femme aura même sans doute le choix entre assumer elle-même sa grossesse ou bien s'en remettre plus ou moins complètement à des centres spécialisés dans la fabrication semi-industrielle de bébés-éprouvette. Cependant, ces choix technologiquement possibles seront subordonnés, il ne faut pas l'oublier, au choix sociopolitique qui régnera alors. En effet, la naissance, comme la mort, est étroitement liée à la culture et au mode de société où elle a lieu. Les options médicales et thérapeutiques peuvent être standardisées, imposées par le pouvoir politico-médical, et les couples se retrouver ainsi sans grand choix réel. Il est évident que le choix n'est pas vaste actuellement dans le cadre traditionnel de certaines tribus africaines ou dans le cadre étatisé des pays de l'Est. Qu'il s'agisse de médecine, des postes ou de chemins de fer, l'état peut pourvoir au bonheur de ses administrés selon ce qui lui paraît, à lui, le meilleur pour eux.

En considérant, a priori, que le choix continuera d'exister en l'an 2000, apparaîtra alors un dur concurrent à la reproduction sexuelle. À cette

époque deviendra en effet opérationnelle et fiable, à la portée du public et non plus cantonnée dans les laboratoires de recherche, la reproduction d'un individu par clonage, avec formation d'un ou plusieurs individus strictement identiques au modèle initial, y compris sur le plan génétique. Les manipulations génétiques, qui seront devenues choses courantes, permettront d'ailleurs de modifier les caractéristiques de l'individu ainsi cloné, et de réaliser, à la demande, un cocktail réunissant une pincée du parent de départ, un zeste de Brigitte Bardot, à une bonne dose d'Einstein... Le tout sera de ne pas se tromper dans cette petite cuisine...

Le clonage, associé aux manipulations génétiques et à la culture embryonnaire en utérus artificiel, marquera la fin de la reproduction sexuelle humaine et, par conséquent, la fin de la grossesse et de la naissance suivant l'ancien mode des mammifères.

Rien n'est jamais entièrement positif...

L'évolution que je viens de décrire n'est ni de l'utopie ni de la science-fiction, mais ce qu'il est raisonnable de prévoir pour les décennies à venir. Il est alors une question qui doit être posée: est-ce que toutes ces transformations inéluctables augmenteront le "bonheur" humain? En sachant la difficulté de la définition du terme "bonheur" qui n'a pas la même acceptation au Biafra et à Manhattan, dans un camp de réfugiés cambodgiens que dans un monastère copte ou un ashram hindou...

Toutes les techniques que j'ai décrites entraînent, c'est le moins qu'on puisse dire, une certaine déshumanisation de la naissance. La femme qui accouchera ainsi, bardée d'électrodes, de capteurs, de sondes, de tuyaux de perfusion, entourée de machines mystérieuses clignotantes et bip-bipantes ne lui offrant que les

étranges lucarnes de leurs écrans cathodiques, cette femme risque de se retrouver bien seule et d'être prise brusquement d'un grand besoin de chaleur humaine...

Le nouveau-né quant à lui, dont la venue au monde aura été entièrement planifiée et motorisée, n'appréciera pas forcément que ses premiers contacts avec la vie sur la planète des hommes se matérialisent par l'éclairage brutal d'une lampe chirurgicale, par le traumatisme de quelques sondes introduites sans grande douceur dans ses différents orifices, de quelques capteurs collés immédiatement sur son thorax, et d'une ou plusieurs ponctions veineuses... Il n'appréciera sans doute pas non plus d'être privé des bras et du sein maternels pour être élevé comme un poulet de batterie dans une unité de soins plus ou moins intensifs par une équipe de fonctionnaires hautement spécialisés.

Malheureusement ce tableau, qui fait irrémédiablement penser au *"Meilleur des Mondes"* d'A. Huxley, n'est pas une utopie ou une réalité encore bien lointaine, mais existe déjà dans bien des maternités hospitalières des grandes villes du monde dit civilisé. Et il faut bien reconnaître que déjà des mères n'apprécient guère, qui se tournent vers des formes plus humaines de naissance. Car heureusement l'homme n'est pas une machine. Le fœtus en fin de grossesse et l'enfant nouveau-né ne sont pas des bûches ou des animaux de laboratoire, mais des êtres humains à part entière, sensibles physiquement et psychologiquement.

Au moment où commence à triompher la technologie toute puissante, des voix se font entendre pour en stigmatiser les excès, des femmes américaines de plus en plus nombreuses exigent le retour à un accouchement aux dimensions humaines, voire à la naissance à domicile, et le message de Leboyer pour une *"Naissance sans violence"* (1974) a trouvé des échos partout dans le monde, même s'il a été bien étouffé en France. Il ne s'agit certes pas de critiquer les progrès considérables réalisés par la science obstétricale qui ne sauraient être remis en question ; il ne s'agit pas non plus de tomber dans un écologisme puéril et naïf quand il n'est pas dangereux, mais il faudrait peut-être essayer de trouver un juste milieu entre une humanisation nécessaire de la naissance et une technicisation envahissante mais généralement indispensable. Il appartiendra aux générations futures de faire ce bon choix, de trouver ce juste milieu, d'offrir à chaque couple ce qui correspond à son attente particulière tout en assurant à tous la plus grande sécurité possible, de manière à ce que la naissance puisse enfin devenir pour l'enfant, la mère et le père ce qu'elle aurait toujours dû être : une fête.

Bernard Seguy – 1980

Post-scriptum – 2015

Si je devais réécrire ce texte aujourd'hui, je n'y changerais pas grand-chose, même si j'avais bien vu le bond en avant de la PMA ("*bébé éprouvette*" à l'époque...), mais, par contre, trop anticipé celui du clona-

ge, laissé de côté actuellement. La césarienne a pris la place que je prévoyais et les *"usines à bébés"* sont en train de se mettre en place quand on constate qu'à Paris l'APHP ferme les maternités hospitalières les unes après les autres (Hôtel Dieu, St Vincent de Paul, Boucicaut, St Antoine, etc.) pour concentrer les naissances dans des hypercentres obstétricaux, comme le tout nouveau Port Royal et ses plus de 5000 accouchements par an !!! En réaction à cette évolution technocratique, les associations d'usagers se multiplient et essaient de freiner les dérives qu'elles combattent, épaulées par des sages-femmes de plus en plus nombreuses à s'impliquer.

L'humanisation de la naissance devient un leitmotiv de revendication et non plus un joli mot à la mode. Je m'honore d'avoir été un des trois pionniers de cette humanisation, derrière Leboyer, avec la parution de mon livre grand public *"Naissance"* (1976 – Maloine Ed.). Et ce, tout en militant pendant près de 40 ans pour la sécurité des mères et des enfants, en tant qu'expert judiciaire près la Cour d'Appel, puis d'expert national des compagnies d'assurance, (expérience ayant donné matière à ma dernière publication *"Prévenir le Risque Juridique en Obstétrique"* - 2006 Masson Ed); enfin, de l'autre côté du rideau, en tant qu'expert de recours via l'ANADAVI pour lutter contre certaines dérives déontologiques et éthiques venues avec les *"normes"* américaines, hélas (voir à ce propos *"Médecine et Droit"* n°103).



Conseil d'Administration

du Syngof

Président

Docteur MARTY
Clinique Claude Bernard - ALBI

Présidents d'honneur

Docteur COUSIN
Professeur GIRAUD
Docteur ROZAN

Vice-Présidents

**Pôle Gynécologie Obstétricale
Libérale**

Docteur DE ROCHAMBEAU
Hôpital privé Marne Chantereine
BROU SUR CHANTEREINE

Docteur LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Pôle Praticiens Hospitaliers

Docteur FAIDHERBE
CHU Arnaud de Villeneuve
MONTPELLIER

Docteur LE PORS-LEMOINE
Centre Hospitalier - ST MALO

Pôle Gynécologie Médicale

Docteur GUERIN
13 bd des rochers - VITRÉ

Docteur HOMASSON
5 rue Chanez - PARIS

Secrétaire Générale

Docteur PAGANELLI

Secrétaire Général Adjoint

Docteur RIVOALLAN

Secrétaire Général honoraire

Docteur MISLER

Trésorier

Docteur BOYER DE LATOUR

Trésorier adjoint

Docteur BOHL

Membres de droit

Docteur BELAICHE
Professeur COLETTE
Professeur GIRAUD

Membres du Bureau

Docteur BOHL
Tél. 03 83 18 22 22

Docteur BOYER DE LATOUR
Tél. 03 23 64 53 59

Docteur DE ROCHAMBEAU
Tél. 01 64 72 74 31

Docteur FAIDHERBE
Tél. 06 85 73 38 00

Docteur GUERIN
Tél. 06 35 22 19 33

Docteur HOMASSON
Tél. 01 40 71 93 64

Docteur LAPLACE
Tél. 05 56 43 72 24

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

Docteur MARTY
Tél. 05 63 77 79 00

Docteur PAGANELLI
Tél. 02 47 37 54 49

Docteur RIVOALLAN
Tél. 02 98 95 84 84

Membres

Docteur BASTIAN
Place du Grand Jardin - VENCE

Docteur BLUM
10 rue du Rhône - MULHOUSE

Docteur BONNEAU
2 bd du Roy
LES PAVILLONS SOUS BOIS

Docteur BONNET
Hôpital de Fontainebleau
FONTAINEBLEAU

Docteur CACAULT
71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

Docteur CRISTINELLI
Clinique Arc-en-ciel - EPINAL

Docteur DARMON
18 rue des remises ST MAUR DES FOSSES

Docteur DE BIEVRE
6 rue St Fiacre - MEAUX

Docteur DENJEAN
7 av. Pierre Verdier - BEZIERS

Docteur DREYFUS
25 rue Garibaldi - LYON

Docteur FRANQUEBALME
345 av du Prado - MARSEILLE

Docteur GERAUDIE

26 bd Dubouchage - NICE

Docteur GRAVIER
12 bd Paul Painlevé - BRIVE

Docteur GUIGUES
2 bis av. du CANADA - CAEN

Professeur HOROVITZ
Hôpital Pellegrin Maternité
BORDEAUX

Docteur JELEN
Polyclinique de la Résidence
BASTIA

Docteur LEOBEUF
7 av. H. Barbusse
LE BLANC MESNIL

Docteur LEGRAND
12 rue de France - NICE

Docteur LE MEAUX
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Docteur LONLAS
6 rue de la manufacture
ORLEANS

Docteur MAALIKI
3 B rue A. Rodin
BESANCON

Docteur MIRONNEAU
16 crs du Général de Gaulle
DIJON

Docteur PEIGNÉ
Polyclinique du Beaujolais
ARNAS

Docteur ROUGÉ
59 rue de la Chataigneraie
BEAUMONT

Docteur SEGUY
Av Leopold Heder - KOUROU

Docteur TEFFAUD
Polyclinique de l'Atlantique
ST HERBLAIN

Docteur THIEBAUGEORGES
Clinique Sarrus Teinturiers
TOULOUSE

Docteur TOMASINI
11 bd F. Salini - AJACCIO

Docteur TOURAME
230 av. du Prado
MARSEILLE

Docteur VERHAEGHE
43 rue des Meuniers - LESQUIN

Propos de lecture



Horay Edition
480 et 498 pages

J'attends un enfant J'élève mon enfant

Laurence PÉRNOUD

30,50 €

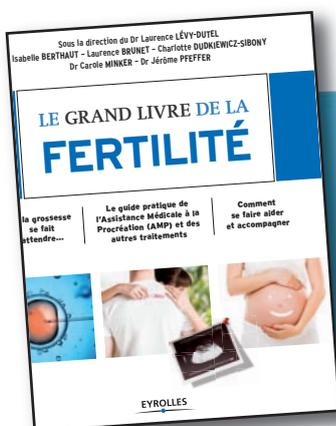


Le best-seller de la maternité et de la pédiatrie sort, mis à jour et augmenté des derniers développements de l'actualité. Il constitue une référence de l'information disponible pour nos patientes concernant la maternité et la petite enfance. Il garde son format imposant et bien illustré, à un prix très abordable.

Il fournit une base sérieuse et actuelle pour l'éducation thérapeutique des femmes enceintes, sans céder pour autant aux sirènes de l'écologie et de la démedicalisation de la naissance.

www.horay-editeur.fr

Bertrand de ROCHAMBEAU



Editions Eyrolles
288 pages

Le Grand livre de la Fertilité

Sous la direction du Dr Laurence LEVY-DUTEL,
Isabelle BERTHAUT - Laurence BRUNET - Charlotte DUDKIEWICZ-SIBONY
Dr Carole MINKER - Dr Jérôme PFEFFER

23,90 €

Cet ouvrage collégial, s'adresse aux couples porteurs d'un projet parental, ainsi qu'aux confrères consultés pour un retard à la survenue d'une grossesse.

Rédigé conjointement par des gynécologues, des biologistes, nutritionnistes, juristes et psychologues, il aborde au travers de trois chapitres principaux (projet d'enfant, retard à la survenue d'une grossesse et prise en charge de l'infertilité) l'ensemble des questions posées par les couples. L'obligation d'information avant tout acte médical ne peut être exhaustive.

La relation du praticien avec les couples ne peut suffire à tout expliquer et à délivrer une information complète.

L'Agence de la biomédecine qui édite un document d'information aborde succinctement les questions posées.

Le Grand Livre de la Fertilité approfondit dans le détail l'ensemble des questions que pose l'infertilité.

Rédigé sous forme de questions-réponses, avec des exemples vécus et des avis de spécialistes, cet ouvrage très vivant et didactique, illustré par des schémas simples apporte précisément mais de façon très abordable les réponses aux questions que le couple se pose.

Il permettra aux praticiens en charge de l'infertilité, de conseiller au mieux les couples dans les démarches diagnostiques, thérapeutiques, et, juridiques.

C'est un outil que l'on ne peut que conseiller à nos patients afin qu'une information mieux comprise vienne étayer une prise en charge adaptée.

Jean-Michel DREYFUS

Délégués régionaux

du Syngof



Alsace

Dr Georges-Fabrice BLUM
10 rue du Rhône
68100 MULHOUSE
Tél. 03 89 45 30 56
email : gfbalum@evhr.net

Aquitaine

Pr Jacques HOROVITZ
Hôpital Pellegrin
33076 BORDEAUX CEDEX
Tél. 05 56 79 55 52
email : jacques.horovitz@chu-bordeaux.fr

Dr Jean Pierre LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
33300 BORDEAUX
Tél. 05 56 43 72 24
email : dr.jplaplace@bordeauxnord.com

Dr Jean Patrick LE MEAUX
Maternité Bordeaux Nord
33300 BORDEAUX
Tél. 05 57 19 52 10
email : jplemeaux@yahoo.fr

Auvergne

Dr Michel ROUGE
59 rue de la chataigneraie
63110 BEAUMONT
Tél. 04 73 40 80 81
email : rouge.m@crossmedicalsyste.com

Bourgogne

Dr Philippe MIRONNEAU
16 cours du Général de Gaulle
21000 DIJON
Tél. 03 80 67 50 33
email : pmironneau3333@orange.fr

Bretagne

Dr Catherine GUÉRIN
13 bd des rochers
35500 VITRÉ
Tél. 06 35 22 19 33
email : cathguerin@gmail.com

Dr Pascale LE PORS-LEMOINE
CH de St Malo
35400 ST MALO
Tél. 02 99 21 21 98
email : p.lepors@ch-stmalo.fr

Dr Jacques RIVOALLAN
6 rue Saint Marc
29000 QUIMPER
Tél. 02 98 95 84 84
email : jacques.rivoallan@wanadoo.fr

Centre

Dr Gérard LONLAS
6 rue du Brésil
45000 ORLEANS
Tél. 02 38 62 70 77
email : gerard.lonlas@wanadoo.fr

Dr Elisabeth PAGANELLI
46 rue de la Victoire
37000 TOURS
Tél. 02 47 38 57 00
email : elizabeth.paganelli@wanadoo.fr

Corse

Dr Harold JELEN
Polyclinique de la Résidence
20200 BASTIA
Tél. 06 88 55 71 06
email : Harjel5@gmail.com

Dr Roger TOMASINI
11 bd F. Salini
20000 AJACCIO
Tél. 04 95 21 59 02
email : tomasini.roger@wanadoo.fr

Franche-Comté

Dr Kazem MAALIKI
3 rue A. Rodin
25000 BESANCON
Tél. 03 81 41 14 00

Ile-de-France

Dr Karen BONNET
55 bd Maréchal Joffre
77305 FONTAINEBLEAU Cdx
Tél. 01 48 75 23 32
email : kbonnet@ch-fontainebleau.fr

Dr Mireille BONNEAU
2 bd du Roy
93320 LES PAVILLONS/BOIS
Tél. 01 41 55 19 21
email : mirbonneau@club-internet.fr

Dr Jean Alain CACAULT
71 bd Commandant Charcot
92200 NEUILLY
Tél. 01 47 22 62 38
email : ja.cacault@wanadoo.fr

Dr Franklin DARMON
18 rue des Remises
94100 ST MAUR DES FOSSÉS
Tél. 01 48 83 95 78
email : franklindarmon@free.fr

Dr Pascal DE BIÈVRE
6 rue St Fiacre
77100 MEAUX
Tél. 01 64 35 13 18
email : p-debievre@ch-meaux.fr

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU
Hôpital Privé de Marne
Chanteraine
77177 BROU SUR CHANTEREINE
Tél. 01 64 72 74 31
email : bdr@club-internet.fr

Dr Nelly HOMASSON
5 rue Chanez - 75016 PARIS
Tél. 01 40 71 93 64
email : n.homasson@orange.fr

Dr Dominique LEBOEUF
Clinique du Blanc Mesnil
93156 LE BLANC MESNIL
Tél. 01 43 78 08 92
email : d.leboeuf@free.fr

Languedoc-Roussillon

Dr Régis DENJEAN
7 av Pierre Verdier
34500 BEZIERS
Tél. 04 67 30 69 01
email : regis.denjean@free.fr

Dr Jacques FAIDHERBE
CHU Arnaud de Villeneuve
34090 MONTPELLIER
Tél. 04 67 75 78 39
email : j-faidherbe@chu-montpellier.fr

Limousin

Dr Antoine GRAVIER
12 bd Paul Painlevé
19100 BRIVE
Tél. 05 55 18 55 24
email : a.gravier@mac.com

Lorraine

Dr Marc BOHL
1-3 av. Carnot
54130 SAINT MAX
Tél. 03 83 18 22 22
email : marc.bohl@free.fr

Dr Stéphane CRISTINELLI
Clinique Arc-en-ciel
88000 EPINAL
Tél. 03 29 68 63 64
email : stephane.cristinelli@gmail.com

Midi-Pyrénées

Dr Jean MARTY
Clinique C. Bernard
81000 ALBI
Tél. 05 63 77 79 00
email : amcom@wanadoo.fr

Dr Olivier THIEBAUGEORGES
49 allée Charles de Fitte
31076 TOULOUSE
Tél. 05 61 77 33 33
email : othieb@gmail.com

Nord-Pas de Calais

Dr Yves VERHAEGHE
43 rue des meuniers
59810 LESQUIN
Tél. 03 20 57 99 90
email : yverhaeghe@nordnet.fr

Normandie

Dr Béatrice GUIGUES
2 bis av. du Canada
14000 CAEN
Tél. 02 31 85 77 84
email : b.guigues@wanadoo.fr

Pays de Loire

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

Picardie

Dr François BOYER DE LATOUR
1 bd Schweitzer
02100 SAINT QUENTIN
Tél. 03 23 67 04 06
email : fxdelatour@gmail.com

PACA

Dr Jean-Marc BASTIAN
Place du Grand Jardin
06140 VENCE
Tél. 04 93 58 02 48
email : jean-marc.bastian@wanadoo.fr

Dr Jean-Pierre FRANQUEBALME
345 av. du Prado
13008 MARSEILLE
Tél. 04 91 16 79 00
email : jpfranquebalme@hotmail.com

Dr Philippe GÉRAUDIE
26 Bd Dubouchage
06000 NICE
Tél. 04 93 13 00 44
email : geraphil@aol.com

Dr Daniel LEGRAND
12 rue de France
06000 NICE
Tél. 04 93 82 06 08
email : daniel.legrand13@wanadoo.fr

Dr Pierre TOURAME
230 av. du Prado
13008 MARSEILLE
Tél. 04 91 22 68 18
email : ptourame@wanadoo.fr

Rhône-Alpes

Dr Jean Michel DREYFUS
25 rue Garibaldi
69006 LYON
Tél. 04 72 43 09 09
email : dreyfusjm@yahoo.fr

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

Outre-Mer

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



SYNGOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France

domiiserve

Les avantages fiscaux du Chèque Emploi Service Universel, la bonne nouvelle de l'année !



Le CESU, qu'est-ce que c'est ?

Le Chèque Emploi Service Universel (CESU) est un moyen de paiement pour régler des prestations de service à la personne. Financé par l'activité professionnelle et utilisé dans le cadre privé, le CESU génère plusieurs avantages fiscaux.

Pour commander
vos CESU,
[cliquez ici](#)

Des avantages fiscaux, c'est-à-dire ?

Vous pouvez commander jusqu'à 1 830€ de CESU par an et par personne. Démonstration sur la base d'un travailleur non salarié déclarant des BNC et soumis à l'impôt sur le revenu :

Code promotionnel
SYN11

*Un travailleur non salarié déclare un bénéfice imposable de 50 000 €
> 1830 € de CESU que vous déduisez...*

	SANS LE CESU	AVEC LE CESU
Votre bénéfice imposable	50 000 €	48 170 €
Votre impôt total avant imputation <small>ex : taux marginal d'imposition à 30%</small>	15 000 €	14 451 €
Économie réalisée sur impôts	0 €	549 €
Le crédit d'impôt de 25% de la valeur des CESU financés	0 €	458 €
L'économie d'impôt réalisée	0 €	1 007 €

En savoir **+**
Contactez Oriane
01 75 60 65 17

N'oubliez-pas ! Si vous n'exercez pas seul, profitez d'une exonération de cotisations sociales sur le financement des CESU destinés à vos salariés.

Petites annonces

Toutes les annonces doivent être adressées à :

Syngof
BP 60034

34001 MONTPELLIER Cedex 1
ou passez directement votre annonce

sur le site :

<http://www.syngof.fr>

Ventes

■ LA ROCHELLE

Gynécologue femme, secteur 1 en cabinet de ville, cède clientèle à partir du 1^{er} juillet 2015 cause retraite.

Tél. 06 61 04 43 11

■ LES MARINES DE GASSIN

Golfe de Saint-Tropez. Cherche relève pour cabinet de gynécologie médicale et obstétrique. Situation idéale. Forte activité.

Tél. 04 94 79 07 08

■ LES ABYMES - GUADELOUPE

Gynécologue obstétricien homéopathe en fin d'exercice cède cabinet à un prix raisonnable.

Clientèle fidélisée depuis 31 ans. *Attention au décalage horaire.*

Tél. 06 90 65 54 44

■ TOULON

Cause retraite, cède clientèle gynécologie, tenue 30 ans. Exercice individuel dans local agréable situé en centre ville. Secrétariat, échographie, colposcope. Avantages fiscaux.

Tél. 06 81 26 47 47

■ VERSAILLES

Cède clientèle pour cause retraite dans clinique médico-chirurgicale et maternité niveau 2b. Grande ville ouest parisien. Association avec un autre praticien. 15 autres obstétriciens exerçant dans l'établissement. 2100 accouchements. Libre début avril 2015. Prix intéressant.

Tél. 06 08 84 46 16

■ RENNES

Gynécologue médicale recherche successeur pour reprise de la clientèle tenue 37 ans. Cession gratuite. Possibilité d'essai en remplacement.

Tél. 06 82 24 75 43

■ VALENCE

Gynécologue obstétricien recherche remplaçant à qui confier sa patientèle à son départ en retraite (juillet 2015), sans contrepartie. Possibilité accès clinique. Cabinet en zone franche.

Tél. 06 07 95 55 35

■ PARIS

Vente cabinet médical (murs) tenu par deux gynécologues depuis 2001. Très bien placé. Surface 69.5 m², deux cabinets de consultation indépendants, une salle d'attente. Clair, rez-de-chaussée donc accès handicapés et poussettes facile. Très bon état.

Tél. 06 07 14 07 05

Associations

■ CHATEAURENARD

Cherchons troisième associé dans cabinet de gynécologie-obstétrique ayant une très grosse activité. Exclusivement ACCA, secteur II, sans apport personnel en dehors d'une participation aux frais de la SCM. Accès Polyclinique en Avignon ayant un plateau technique chirurgicale performant accréditée en cancérologie gynécologique, un Centre de PMA, et une maternité de niveau IIa, pratiquant 1800 acc/an et fonctionnant selon un tour de garde de 24h, sur site, avec partage des honoraires.

Tél. 06 07 12 45 44

■ AVIGNON

Equipe de 7 obstétriciens en secteur 2 dans maternité de niveau IIa avec 1700 accts/an cherche à étoffer son effectif pour assurer des gardes de 24h sur place ou intégrer l'équipe. Plusieurs possibilités d'installation sont possibles sous forme d'association ou de création. Polyclinique chirurgicale avec possibilité d'accès au plateau technique.

Tél. 06 09 11 60 20

■ LE CHESNAY

Propose association en gynécologie obstétrique + PMA.

T. 06 60 20 82 00

■ ALBI

Groupe de 4 gynécologues obstétriciens cherche 1 associé ou 1 collaborateur pour remplacer le départ en retraite du gynécologue à profil chirurgical. Reprise de la patientèle du chirurgien sans frais, aide à l'installation et honoraires garantis.

Profil recherché: chirurgie fonctionnelle et cancéro. Participation aux astreintes obstétricales: maternité de niveau 1, environ 500 accts/an, (non contraignant, un WE/mois, un jour/ semaine, peu dérangé). Clinique en plein essor, dynamique, service départemental de cancérologie, 10 oncologues, service de réanimation, scanner 4D, IRM...

Tél. 06 29 27 37 97

■ GRENOBLE

Région attractive, ville très agréable à vivre. Chir/gyn/obs recherche associé ou collaborateur en vue succession cabinet de groupe, maternité niveau II, très bon plateau technique.

Tél. 07 87 65 39 36

Remplacements

■ Spécialiste du remplacement

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

Tél. 04 77 57 14 90

06 81 30 65 72

■ AGEN

Cherche remplaçant(e) (régulier(e) ou non) en consultation de gynécologie-obstétrique (cabinet en clinique) avec DIU d'échographie - accts non indispensables - pendant les périodes de vacances scolaires et estivales. Possibilité d'installation.

Tél. 06 12 99 09 59

■ MARTIGUES-MARSEILLE

Ancien CCA-HU G.O. disponible pour remplacements. DIU échographie. Activité chirurgicale. Garde d'obstétrique. Clinique/cabinet/centre hospitalier.

Tél. 06 50 07 61 98

■ MONTBELIARD

Praticien en gynéco-obs. Formations complémentaires: DIU: Echo, Médecine foetale etc. Compétences écho foetale (T1,T2,T3), Extraction foetale, etc cherche remplacements.

Tél. 06 05 76 18 03

■ STRASBOURG

Interne en 7^{ème} semestre, cherche à faire des remplacements de gynécologie médicale les samedis, en Alsace ou dans les Vosges.

Tél. 06 87 50 63 07

Le coin des cinéphiles du siècle dernier

TCM
cinéma

Intégrale YOUNG MR HITCHCOCK

En avril, dès minuit. 16 films dont 15 en copies HD. Le meilleur de l'intégrale tous les samedis à partir de 20h40
Retrouvez l'intégralité des films sur TCM cinéma à la demande.



En avril, c'est l'histoire des débuts du maître du suspense, entre 1927 et la fin des années 40, que nous allons vous raconter. L'époque où Alfred Hitchcock fait ses gammes, décline ses influences et commence à développer les grands thèmes qui l'obséderont film après film.

Au cours des années 20, le muet vit ses derniers instants. Hitchcock, lui, préfère faire parler la mise en scène plutôt que d'interminables cartons d'exposition. C'est la vie souligne l'impact de l'expressionnisme allemand sur le réalisateur qui fait son premier *cameo* face caméra dans *Les Cheveux d'or* (The Lodger).

Des crimes de Jack l'éventreur aux films d'espionnage, Hitchcock passe à la vitesse supérieure avec l'apparition du

parlant : *L'Homme qui en savait trop* avec un réchappé de l'Allemagne nazie, Peter Lorre, qui ne parle pas un mot d'anglais et doit apprendre ses dialogues en phonétique, *Les 39 marches*, superproduction Gaumont avec Madeleine Carroll, toute première héroïne aux cheveux blonds d'Hitchcock, *Agent secret*, d'après Joseph Conrad, *Quatre de l'espionnage*, *Jeune et innocent* et son plan final à la grue annonciateur des extravagances filmiques du futur mettre en scène de *Sueurs froides*.

Enfin, pour clore la période anglaise du réalisateur, la délicieuse comédie à suspense *Une femme disparaît*, plus gros succès en salles depuis l'apparition du cinéma au Royaume-Uni et qui lui ouvre les portes d'Hollywood.

Hitchcock finit par céder aux appels du pied du producteur David O. Selznick et le transfuge se voit récompenser d'un Oscar du meilleur film pour sa première œuvre américaine, *Rebecca*. Le réalisateur s'amuse ensuite à mélanger les genres, du film de guerre (*Correspondant 17*, que Goebbels, comble du comble, qualifiera de "propagande") à la *screwball comedy* (*Joies matrimoniales*) en passant par le film noir avec *Soupçons*, qui permettra à la partenaire de Cary Grant, Joan Fontaine, de décrocher l'Oscar de la meilleure actrice.

Les grands thèmes hitchcockiens sont désormais établis : l'innocent accusé à tort dans *La Cinquième colonne*, la frontière ténue entre folie et manipulation mentale (*La Maison du Docteur Edwardes* et ses superbes scènes de rêve créées par Salvador Dalí) et le triangle amoureux : *Les Amants du Capricorne*, second film en technicolor réalisé par Hitchcock, injustement décrié à sa sortie et qui mérite d'être redécouvert.

En s'émancipant de David O. Selznick, producteur devenu trop encombrant, Alfred Hitchcock réalise à 45 ans un film que beaucoup (dont François Truffaut) considéreront comme son chef-d'œuvre : *Les Enchaînés*, avec Cary Grant, Ingrid Bergman et Claude Rains. Une prouesse technique et artistique, prélude à une longue et féconde seconde partie de carrière. Mais ceci est une autre histoire...

Le meilleur de l'intégrale

Samedi 4 avril : 20h40 *Les Amants du Capricorne* (1949) de A. Hitchcock, avec Ingrid Bergman et Joseph Cotten et 22h35 *La Cinquième colonne* (1942) de A. Hitchcock, avec Robert Cummings et Priscilla Lane

Samedi 11 avril : 20h40 *Les Enchaînés* (1946) de A. Hitchcock, avec Ingrid Bergman et Cary Grant et 22h20 *Les 39 marches* (1935) de A. Hitchcock, avec Robert Donat et Madeleine Carroll

Samedi 18 avril : 20h40 *Rebecca* (1940) de A. Hitchcock, avec Clifford Mollison et Gordon Harker

et 22h50 *La Maison du Docteur Edwardes* (1945) de A. Hitchcock, avec Ingrid Bergman et Gregory Peck

Samedi 25 avril : 20h40 *Soupçons* (1941) de A. Hitchcock, avec Joan Fontaine et Cary Grant

et 22h25 *Correspondant 17* (1940) de A. Hitchcock, avec Joel McCrea et Laraine Day

Pour en savoir plus sur le programme et les films à la demande connectez-vous sur <http://tcmcinema.fr>

Je remercie Klervi Dalibot pour cette intégrale.



Marc-Alain ROZAN

Agenda



- avril -

9 et 10 avril 2015

**2^{es} Rencontres
Francophones sur les
recompositions en santé**

Hôtel Méridien - NICE

Renseignements : <http://www.rencontres-recompositions-sante.com>Pour s'inscrire : <http://www.rencontres-recompositions-sante.com/inscriptions/>

- mai -

14 au 17 mai 2015

**Nouvelles Journées
d'Échographie Fœtale**
Hôtel Pullman PARIS
MONTPARNASSE

Les 20 ans du CFEF

Congrès International Francophone

Inscription : <http://www.njef.eu>

20 au 22 mai 2015

**43^{èmes} Assises Nationales
des Sages-femmes**
Cité Internationale
Centre de Congrès
LYON

Journées d'études et de formation

26^{ème} Session Européenne

Renseignements :

CERC T. 05 55 26 18 87

contact@cerc-congres.com

- juin -

5 et 6 juin 2015

**5^{es} Assises Nationales de
Gynécologie 2015**
Espaces Vanel
TOULOUSE
**Actualités et controverses
en gynécologie**

Présidents d'honneur :

Pr Leguevaque, Dr Trémollières

Renseignements : www.assises-gynecologie2015.com

Carole Doumergue

Tél. 07 82 17 24 27

Mélissa Nave - Tél. 07 82 00 15 16

Email : contact@h-b-mevents.com

11 au 13 juin 2015

**Société d'Imagerie
de la Femme**
Cité des Sciences et
de l'Industrie
PARIS

Renseignements : JP COM

Tel : 02 31 27 19 18

jpc@jpc.com

11 au 13 juin 2015

Gyn-Monaco
Hôtel Fairmont -
MONACO

Renseignements :

Secrétariat scientifique :

Wassim Badiou

badiou@gyn-monaco.com

Tél. 06 16 98 45 80

Charles Nahmanovici

nahmano@gyn-monaco.com

Tél. 06 11 50 42 98

Secrétariat d'organisation

Tradotel Riviera

Tél. +33 4 93 53 00 10

gyn@gyn-monaco.com

25 au 26 juin 2015

**12^e Congrès International
de Gynécologie
Obstétrique
et Reproduction
de la Côte d'Azur**
Palais des Congrès
ANTIBES JUAN-LES-
PINSwww.gynazur.eu

Renseignements : Tél. 04 92 03 61 05

- octobre -

12 au 16 octobre 2015

**Séminaire
de maternologie clinique**
Hôtel de Ville de
VERSAILLES

Salle Montgolfier

Association Française de

Maternologie

Institut de recherche

et d'enseignement

Renseignements : 06 46 62 54 30

Email : materno@sfr.frwww.maternologie.fr

25 et 26 septembre 2015

2^{ÈMES} JOURNÉES
AIUS - SEXOGYN

La sexualité de la femme

Jardin du Pharo - MARSEILLE

Renseignements : Manon GENSOLEN
Com&Co

T. 04 91 09 70 53

manon@comnco.com



Gynélog
L'Association

Best Western - Grand Hôtel Français
12 rue du temple - BORDEAUX



SEMINAIRE ANNUEL
des utilisateurs de MedyCS
25, 26 et 27 septembre 2015



Thème du séminaire

Mise à niveau des sécurités du logiciel MedyCs en fonction des nouvelles recommandations

Séminaire indemnisé - 25 places

Renseignements et inscriptions : Nadine Prugny
Administration SYNGOF - syngof@syngof.fr
T. 04 67 04 17 18



Chirurgie Solidaire
36 rue du Moulin de Pierre
95220 HERBLAY
Chirurgie-solidaire.org

