

LES
CAHIERS

SYNGOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



111

Décembre
2017

- Les textes présentés au Congrès du CNGOF
- Nouvelles cotations 2017 - 2018
- Décisions administratives et judiciaires



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



2 Éditoriaux

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

INFORMATIONS SYNDICALES

4 CA du 8 décembre 2017

B. de ROCHAMBEAU

10 Nouvelles cotations 2017 et 2018

E. PAGANELLI, J. RIVOALLAN

13 Gynécologie et obstétrique libérale :
Les particularités de l'exercice conventionnel

A. GRISEY

14 Intérêts et inconvénients de l'exercice en secteur 1

E. PAGANELLI

17 Pourquoi je choisis le secteur 2 et l'OPTAM ou l'OPTAMCO

B. de ROCHAMBEAU

20 Responsabilité des gynécologues obstétriciens

J. MARTY

23 Devenir acteur du paramétrage de son dossier patient informatisé, plutôt qu'utilisateur passif d'un logiciel institutionnel

A. GODARD, J. MARTY

25 L'exercice en établissement privé :
L'importance du contrat d'exercice

E. PEIGNÉ

27 La prévention du risque. Le travail en équipe

F. X. BOYER de LATOUR

31 La construction du reste à charge

J.M. AUBERT

DROIT ET GYNÉCOLOGIE

36 Décisions administratives et judiciaires

H. CHEREAU, G. LACOEUILHE, O. LECA, C. TRANNIN

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

45 L'histoire de l'arthrogrypose et sa représentation dans l'art

A. STAHL, C. TOURAME, P. TOURAME

VOS RUBRIQUES

53 Conseil d'administration

54 Petites annonces

55 Les annonces de recrutement

111

décembre



Mother and Child (oil on canvas)

Jacobides, Georg (1853 - 1932)

Private Collection, Photo ©Christie's Images

The Bridgeman Art Library

Sommaire

Directeurs de la Publication :

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

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

Régie publicitaire :

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

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

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

Créateur des Cahiers Syngof :

Raymond Belaiçhe

Conception et Réalisation :

Nadine Prugny

Maquette P.A.O. : Nadine Prugny

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 4^{ème} trimestre 2017

Imprimé en France

SOULIE Imprimeur - 34110 FRONTIGNAN

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



FRANÇOIS-XAVIER BOYER DE LATOUR
DIRECTEUR DE PUBLICATION

Est-ce la nature ou les obstétriciens qui sont violents ?

Au cours du XX^{ème} siècle les progrès de la médecine ont changé radicalement le ressenti de la maternité. Elle qui était souvent vécue comme une fatalité au cours de laquelle la future mère s'exposait à des souffrances mettant en jeu sa vie même, s'est transformée en un projet familial heureux auquel participe toute la famille.

Le développement progressif de l'asepsie, des extractions instrumentales, des césariennes puis l'apparition des antibiotiques ont fait heureusement chuter la mortalité maternelle, et rendu caduque des expressions de notre langage qui illustraient ces risques : mourir en couches, fièvre puerpérale etc. (rappelons qu'actuellement au Niger un accouchement sur 100 se termine par un décès maternel).

Dans le dernier quart du XX^{ème} siècle est apparue l'anesthésie péridurale qui nous a permis d'éviter à de nombreuses femmes des douleurs intenses connues depuis la nuit des temps : n'est-il pas écrit dans la Bible *"tu enfanteras dans la douleur"*, et l'étymologie du mot travail, cette première phase de l'accouchement, ne vient-elle pas du latin *tripalium* instrument de torture romain destiné à punir les esclaves.

Malheureusement malgré nos efforts, des risques persistent :

- Une péridurale peut ne pas être efficace.
- Des difficultés imprévisibles peuvent nous contraindre à pratiquer des gestes chirurgicaux peut-être durs mais salvateurs.

Que l'on ne s'y trompe pas ce n'est pas par une violence sadique que les obstétriciens pratiquent forceps, ventouses, épisiotomies, ou césariennes mais pour sauver des femmes et leurs enfants.

La quasi-totalité d'entre nous a choisi ce métier dur, auquel ils consacrent leurs jours et leurs nuits, par vocation pour accompagner les femmes dans leur projet de maternité, et non pas comme certains le disent bêtement haut et fort pour les torturer.



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION

2017 a été une année riche d'évolution pour les gynécologues et les obstétriciens.

L'application des modifications tarifaires de la convention signée en 2016 par vos représentants a amélioré significativement les tarifs opposables de notre activité. Jamais depuis l'application de la CCAM, les tarifs n'avaient autant augmenté au cours d'une nouvelle convention. Le chemin reste encore long pour que ces tarifs compensent l'augmentation constante des charges pesant sur nos métiers. En 2018 ce sont les actes d'urgence qui seront doublés et que sera enfin reconnue l'urgence de jour. Révolution conceptuelle: des consultations complexes et très complexes sont reconnues et valorisées comme telles. S'il ne se creuse plus, le fossé ne se comble pas significativement entre les tarifs pratiqués par les secteurs 2 et les tarifs opposables.

La création des *options à tarifs maîtrisés* offertes aux secteurs 2 permettra ce comblement à la double condition suivante: que l'assurance maladie continue le rattrapage du coût de la pratique dans ces tarifs et que les jeunes installés gardent la capacité à faire évoluer leurs tarifs. Si les options tarifaires ne sont pas accessibles aux jeunes installés au même niveau financier que celui avec qui ils s'associent, elles seront boudées et très rapidement, avec le départ en retraite du gros des effectifs, ce sont les jeunes de secteur 2 qui feront les tarifs.

Le SYNGOF ne conseille pas aux jeunes de s'installer en secteur 1, ni de signer les OPTAM et OPTAM CO si leur caisse leur fait des propositions de pratiques tarifaires en dessous de ce qui se pratique dans le groupe dans lequel ils s'installent. Actuellement les premiers arbitrages rendus par la CNAM sont systématiquement rendus dans un sens défavorable aux nouveaux installés, transformant les options en "*OPTAM pour les vieux*". De leur résistance dépendra la capacité de notre syndicat Le BLOC à négocier leur avenir.

J'appelle les plus jeunes d'entre nous à nous rejoindre au SYNGOF en 2018, ce sera leur année, elle ne doit pas se passer sans eux.

Pour 2018, au nom du conseil d'administration du SYNGOF et de la rédaction des Cahiers, je vous adresse nos meilleurs vœux de bonheur personnel et familial et la pleine réussite de vos projets.

Conseil d'Administration

8 décembre 2017

B. de ROCHAMBEAU*

L'idée a été lancée il y a près d'un an et des groupes de travail ont été mis en place pour travailler la nomenclature dans le cadre de cet e-learning.

é

étaient présents les Docteurs :

BASTIAN, BLUM, BOYER DE LATOUR, CAMAGNA, DE ROCHAMBEAU, GRAVIER, GRISEY, GUIGUES, HOMASSON, HOROVITZ, LAPLACE, LAZARD, MARTY, PAGANELLI, PEIGNÉ, RIVOALLAN, ROBION, VERHAEGHE

Invitée : JOLLY Marine

Étaient excusés les Docteurs :

BOHL, BONNEAU, BONNET, CACAULT, DARMON, DE BIEVRE, DEFFARGES, DENJEAN, DREYFUS, FAIDHERBE, GERAUDIE, GUERIN, JELEN, LE PORS, LEGRAND, LEMEAUX, LONLAS, MIRONNEAU, TEFFAUD, THIEBAU-GEORGES

Le Président ouvre la séance à 13h45 et remercie les administrateurs de leur présence à Lille.

Il excuse l'absence de Pascale LE PORS qui participe à une assemblée générale d'Avenir Hospitalier suite au décès de M. A. DOPPIA. Elle représente le Pôle PH du SYNGOF et est vice-présidente d'Avenir Hospitalier. Malgré sa tâche importante au sein du SYNGOF elle a dû y renoncer.

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

Le Dr de ROCHAMBEAU rectifie le compte rendu précédent en précisant que le Dr de BIÈVRE était bien présent lors du CA du 8 septembre. En dehors de cette erreur qui est corrigée le compte rendu est adopté à l'unanimité des membres présents.

Compte rendu de la table ronde SYNGOF du matin B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU dit que la table ronde s'est bien passée et qu'elle a été très animée avec beaucoup de jeunes qui étaient présents. L'objectif du SYNGOF a été atteint. Fort de ce succès il va demander,

pour le congrès de l'an prochain, à disposer d'une salle un peu plus grande. Le Congrès de l'an prochain aura lieu à Strasbourg.

Il passe rapidement sur le compte rendu de la table ronde car les textes sont édités dans ce numéro des Cahiers Syngof.

Accusation d'abus sexuels : de la difficulté de défense des confrères à l'Hôpital

Débat avec Mme Claire CATELLA, juriste au service Protection Juridique de SHAM

Le Dr de ROCHAMBEAU rappelle les problèmes auxquels sont confrontés les gynécologues depuis l'été dernier : La maltraitance envers leurs patientes. Et dans ces cas de maltraitance il y a des accusations d'abus sexuel. La sexualité est au cœur de notre métier et les consultations sont autant de moments difficiles où il peut y avoir des accusations portées. Une affaire de ce type nous a été signalée dans un hôpital public et notre pôle PH s'est occupé d'assister

*Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

Parler, avant toute procédure, à son confrère dans la mesure où il y a déjà eu des plaintes à son encontre.

IMPORTANT

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

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

ce confrère qui travaille depuis longtemps dans cet établissement.

Dans ces établissements il y a les GHT et les PH vivent une réorganisation difficile. Ce médecin est en conflit avec la direction de son établissement. Certaines patientes ont porté plainte à la direction de l'hôpital. Nous avons soumis ce cas à Mme CATELLA qui est juriste à la SHAM afin d'avoir un éclairage sur ce type d'accusation et savoir comment défendre les confrères. Il donne la parole à Mme CATELLA.

Mme CATELLA explique que les administrateurs pourront l'interrompre pour poser des questions sur ce sujet complexe.

J'occupe les fonctions de juriste Assurance Protection Juridique chez SHAM. Nous intervenons à différents niveaux au titre des garanties d'Assurance Protection Juridique délivrées à nos Sociétaires : en prévention des litiges auprès de professionnels de santé mais également auprès des établissements de santé, sociaux et médico-sociaux, publics comme privés.

Dans ce cadre, nous répondons aux demandes de renseignements juridiques qui nous sont soumises puis, dans un second temps, si nécessaire, nous pouvons également proposer au praticien concerné l'assistance d'un avocat lorsqu'une procédure judiciaire est engagée ou qu'une suite contentieuse au litige est inévitable. Les agressions sexuelles donnent le plus souvent lieu au dépôt d'une plainte pénale par la personne s'estimant victime de tels actes. Au sens du Code Pénal, l'agression sexuelle se distingue du viol, ce dernier nécessitant un acte de pénétration sexuelle,

contrairement à l'agression sexuelle. Qu'il s'agisse d'agression sexuelle ou de viol, l'élément central et commun à ces deux types d'infractions réside dans l'absence de consentement de la victime par l'usage de violence, de menace, de contrainte ou de surprise. Si le dépôt d'une plainte pénale est quasiment systématique dans ce type d'affaire, il n'en est pas de même de la responsabilité pénale du praticien. En effet, le dépôt d'une plainte pénale ne donne pas nécessairement lieu à condamnation pénale du médecin.

Suite au dépôt de la plainte, une information judiciaire est le plus souvent ouverte, l'enquête étant dès lors confiée à un juge d'instruction. Il appartiendra à ce dernier de déterminer si l'infraction reprochée est constituée ou non.

Les différents cas qui nous sont soumis laissent apparaître une prise en compte de différents éléments par le juge.

Il s'agit, tout d'abord, de l'examen de la déclaration faite par la plaignante qui doit être précise, circonstanciée et revêtir un caractère de vraisemblance. Si plusieurs plaignantes ont déposé une plainte, la similitude entre les différentes déclarations sera prise en compte par le juge.

Ensuite, la personnalité du ou des plaignantes fera également l'objet d'un examen minutieux par le juge, ce dernier pouvant, à titre d'exemple, prendre en compte l'existence d'une situation de fragilité personnelle de la plaignante. L'existence d'un éventuel lien – familial notamment – entre les plaignantes sera également examinée.

Enfin, le juge s'attachera à examiner le comportement du praticien pen-

dant l'examen gynécologique pour déterminer si ce dernier a été conforme aux règles de l'art médical. Seront notamment pris en compte la durée de l'examen au regard de la nécessité thérapeutique ou encore la position de la patiente pendant l'acte médical, mais également le caractère inapproprié ou non des propos tenus par le praticien pendant l'examen.

Pour déterminer s'il existe ou non des charges suffisantes à l'encontre du praticien visé, le juge pourra s'attacher l'assistance d'un expert pour déterminer si les pratiques du médecin, tant du point de vue de la réalisation de l'acte que du comportement ont été conformes à celles attendues d'un médecin gynécologue.

En conclusion, il convient de garder à l'esprit que les cas de condamnation de médecins gynécologues du chef d'agression sexuelle ou de viol laissent apparaître des comportements et des actes extrêmement graves, sans lien avec les examens prescrits.

Discussion avec la salle

Les administrateurs se demandent comment parler au praticien qu'il connaisse et qui a une pratique déviante.

Le Dr MARTY préconise d'en parler en priorité au Conseil de l'Ordre.

Mme CATELLA précise que le Conseil de l'Ordre a l'obligation de faire un signalement au procureur de la République.

Certains administrateurs se demandent si le SYNGOF ne devrait pas avoir une structure pour aider leurs confrères qui se retrouvent face à des plaintes de leurs patientes.

Et aussi aider les patientes et parler, avant toute procédure, à leur confrère dans la mesure où il y a

déjà eu des plaintes à son encontre. Le Dr de ROCHAMBEAU dit qu'au sein des établissements il y a une structure et c'est la CME. Elle doit gérer en premier ce type de problème.

Le premier principe est que c'est aux médecins de régler ces problèmes avec leur confrère.

La CME ira voir le confrère en cause et décidera ensuite s'il y a matière à aller plus loin.

Mme CATELLA conseille au praticien mis en cause de faire une déclaration très rapidement à son assureur. Celui-ci délivrera des conseils en amont et mettra en place une stratégie de défense, notamment en proposant l'assistance d'un avocat lequel aura vocation à intervenir en cas de mise en cause pénale du praticien. En effet, une telle mise en cause peut intervenir dès le stade de l'audition par les services de police ou de gendarmerie si le praticien est entendu en qualité de suspect libre.

Le médecin entendu dans ce cadre pourra être assisté d'un avocat lors de son audition contrairement à l'audition en qualité de simple témoin.

Lorsqu'un praticien est contacté par les services de police ou de gendarmerie pour audition, nous conseillons systématiquement au médecin d'interroger l'officier de police ou de gendarmerie sur le cadre d'audition et ce, afin de mettre en place la stratégie de défense la plus efficace au bénéfice du praticien convoqué.

Certains contrats d'assurance peuvent également prévoir une assistance psychologique ce qui n'est pas négligeable dans ce type d'affaire.

Au-delà du volet pénal, le praticien hospitalier ayant fait l'objet d'une décision de suspension à titre conservatoire peut contester cette dernière devant le Tribunal Administratif.

Le Dr de ROCHAMBEAU demande s'il y a des recommandations à donner aux confrères ?

Mme CATELLA répond que lors de la fin d'une consultation on ne sait pas ce que va faire la patiente. Elle est libre. Mais il faut faire attention aux

patientes fragiles et éventuellement les adresser à un autre praticien lorsque la relation de confiance entre le patient et son médecin apparaît compromise. Il faut garder une trace écrite de la raison pour laquelle vous l'adressez à un autre médecin.

Le Dr de ROCHAMBEAU demande s'il ne faudrait pas faire les examens avec un témoin ?

Mme CATELLA répond qu'il faut informer la patiente et recueillir son consentement préalablement à l'examen. Le Dr BLUM propose de faire un texte sur ce sujet pour les confrères. Une charte d'information et de précaution de bonnes pratiques au cours de la consultation pour l'examen clinique et échographique.

Le sexisme et harcèlement sexuel en milieu hospitalier : position du SYNGOF E. PAGANELLI

Le Dr PAGANELLI informe le CA que le CNOM, dans un communiqué de presse du 21 novembre dernier s'est dit pleinement engagé contre le harcèlement et les abus sexuels dans le milieu médical.

Le CNOM s'est fixé 3 principes qui doivent unir la profession dans ce combat : transparence, prévention et sanction. Il encourage les personnes qui déclarent être victimes de harcèlement sexuel dont l'auteur serait médecin à porter plainte devant ses instances afin que les abus soient reconnus et sanctionnés professionnellement.

- Transparence : les Conseils départementaux doivent prendre acte de ces signalements et entamer une procédure disciplinaire habituelle.
- Prévention : sensibiliser les étudiants et les médecins à ces comportements.

- Sanction : jugement.

Le SYNGOF doit aider les étudiantes en médecine et les femmes gynécologues qui dénoncent une agression sexuelle.

Comme l'écrit une journaliste New-Yorkaise dans le Courrier International du 23 au 29 novembre 2017 "pendant des années, voire des décennies, des hommes influents à la carrière prestigieuse ont traité leur entourage comme un buffet d'attouchements à volonté".

Elle explique que les agresseurs ne savent pas que ce qu'ils font est répréhensible. La plupart des hommes qui tourmentent les femmes se croient fondamentalement respectables.

La parole individuelle dans les hôpitaux comporte des risques de carrière et éventuellement de honte, mais maintenant les femmes vont parler, dénoncer et il ne sera pas bon pour un médecin d'arguer "qu'elles l'ont bien cherché".

Aux USA, un professeur d'université ne ferme plus sa porte quand il est seul avec une étudiante. La société va évoluer dans ce sens.

Le SYNGOF pourrait soutenir le communiqué du CNOM et envisager une écoute des femmes médecins ou étudiantes en médecine qui dénoncent ces discriminations.

Le Dr PAGANELLI dit que de nombreuses étudiantes des hôpitaux qu'elle a reçues dans son cabinet se sont plaintes de harcèlement à l'hôpital. En France dans les hôpitaux des noms connus circulent et personne ne dit rien par peur de blocage de carrière.

Discussion avec la salle

Il est décidé de relayer les travaux de l'ISNI sur le site et la revue SYNGOF. Proposition d'action envers les agresseurs sur signalement des victimes. Les victimes pourront passer par l'ISNI et l'AGOF pour saisir le SYNGOF.

Le Dr E. PAGANELLI va en parler à l'AIGM et le Dr CAMAGNA à l'AGOF.

Mise en place du E Learning de la nomenclature Proposition d'un modèle de travail

B. de ROCHAMBEAU
J. MARTY

Le Dr de ROCHAMBEAU explique à l'assemblée que l'idée a été lancée il y a près d'un an et des groupes de travail ont été mis en place pour travailler la nomenclature dans le cadre de cet e-learning.

Il manquait un modèle informatique pour cet e-learning. Gynerisq utilise un modèle simple qui est déjà utilisé et qui fonctionne bien.

Nous en avons discuté avec J. MARTY et je vais lui laisser la parole à ce sujet. Le Dr MARTY explique qu'il y a des e-learning dans le cadre de Gynerisq et de ce fait nous avons des maquettes dans lesquelles on peut entrer des questions et récupérer des réponses. Ce sont des libellés dans des fichiers excel.

Les fichiers vont nécessiter des éléments particuliers comme un serveur dédié, une maintenance, éventuellement une valorisation individuelle pour le praticien.

L'informaticien G. BOUZY a été interrogé et il est d'accord pour faire la maquette de cet e-learning sur la nomenclature avec des questions et des réponses précises.

Si par la suite on doit justifier la pratique d'un médecin auprès de la caisse on pourra le faire grâce à ce système.

Il nous faudra définir les identifications et les droits de chacun sur le serveur.

Le Dr BOYER de LATOUR précise que les médecins qui le contactent souhaitent apprendre la CCAM or dans ce système on part du principe qu'ils connaissent déjà les cotations or ils n'ont pas ces connaissances.

Le Dr MARTY répond qu'il faut que l'interlocuteur trouve le bon item correspondant à son problème. Il

faudra rajouter un moteur de recherche dans le système pour faciliter cette recherche. Il nous faudra imaginer une réponse adaptée à la demande en fonction de mots-clés. Chaque nouvelle question enrichira le e-learning.

Le Dr de ROCHAMBEAU précise que ce système ne sera ouvert qu'aux adhérents du SYNGOF. Dans l'immédiat les médecins ne seront pas dédommagés mais par la suite nous pourrons le faire entrer dans le cadre de la formation continue conventionnelle.

Si ce système fonctionne bien il pourra ensuite s'appliquer aux adhérents du BLOC chirurgiens et anesthésistes. Ces derniers feront eux-mêmes le développement qui leur conviendra.

Problèmes de RCP : Trou de garantie et expertise

J. MARTY

Le Dr MARTY explique que l'objectif syndical est de faire évoluer l'expertise médicale. Nous avons grâce aux bonnes relations concrétisées par une convention entre Gynerisq et les assureurs, accès aux expertises des sinistres les plus graves.

Nous avons été frappés par des "monstruosités" médicales dans les expertises de ces sinistres. Si nous présentions ces dossiers en staff de service, l'avis de ces experts conduirait à de vives critiques, y compris pour des experts reconnus.

Il y a donc réellement un vrai problème aussi bien pour les confrères injustement condamnés sur le fondement de ces expertises que pour notre communauté professionnelle dont la charge des primes d'assurance s'alourdit après une seule de ces condamnations quand elle porte sur plusieurs millions d'euros.

Nous n'étions pas d'accord avec l'idée du Collège qui voulait labelliser les experts.

Nous demandons en revanche qu'on mette en place un processus de contrôle de la qualité médicale des expertises car la labellisation ne protège pas des erreurs de ces experts une fois labellisés.

Nous en avons discuté avec le Pr NISAND qui a dit rapidement qu'il voudrait les deux.

L'Ordre des médecins aurait déjà refusé de cautionner la labellisation des experts par le CNGOF.

Notre projet est de réunir les parties prenantes à l'expertise médicale. Les organismes représentant les médecins, des assureurs et des juristes. Le Professeur de droit Rémi PELLET, à la demande de GYNERISQ, coordonnera les travaux jusqu'à un colloque à Paris à l'automne 2018 qui recueillera toutes les propositions et il rédigera le document de synthèse.

Après une telle concertation, nous serons fondés à solliciter les parlementaires. Car ce relais parlementaire est essentiel pour que le Ministère prenne en charge le dossier.

Le deuxième problème est toujours le trou de garantie qui demeure pour les professionnels qui, entre 2002 et 2012, ont eu des sinistres qui dépassent les plafonds d'assurance. En tant que syndicat nous devons absolument sortir les confrères de ce problème désespérant. Un fonds le FADPS a été créé mais il n'intervient qu'après 2012.

Le troisième problème est que l'aide à l'assurance reste encore inaccessible à certains de nos confrères libéraux qui font jusqu'à 200 accouchements par an.

Nous avons contacté le cabinet de la Ministre et Olivier VERAN rapporteur de toutes les grandes lois sociales. À ce jour sans résultat. Tous les confrères qui peuvent contribuer au travail de Lobby sont les bienvenus. Nous savons le rôle qu'a joué la proximité entre François Xavier BOYER de LATOUR et Xavier BERTRAND pour ce que nous avons obtenu. Comme nous reculons à faire des mouvements sociaux, notre efficacité ne peut venir

que de ce lobbying médical et de nos relations conventionnelles depuis que le BLOC est représentatif et signataire de la convention.

Le tiers payant en maternité et en ALD : Position du SYNGOF au vu de l'actualité Débat

Le Dr de ROCHAMBEAU demande à l'assemblée si le Syngof maintient sa position sur son opposition au tiers payant en maternité et affection de longue durée ? C'était dans la loi de Marisol TOURAINE que nous avions refusé et ce n'est pas un engagement conventionnel.

Discussion sur le sujet avec la salle
Suite à la discussion la position syndicale n'a pas changé. Le libre choix est laissé aux praticiens.

CS + JKND001 (écho avant 11SA) J. RIVOALLAN

Le Dr RIVOALLAN a souhaité mettre à l'ordre du jour de ce CA le sujet CS + ECHO. C'est un sujet récurrent au niveau des questions posées par les adhérents.

Le SYNGOF avait gagné devant les tribunaux ce cumul à l'époque de la NGAP. La CCAM avait remis en cause ce cumul, mais de nouvelles actions en justice nous ont donné raison en Cour d'appel et en Cours de cassation. Quelques mois plus tard, l'UNCAM a pris une décision ne permettant le cumul que pour les 3 échographies morphologiques du 1°, 2° et 3° trimestre. Nous aurions dû faire appel au Tribunal administratif quand l'UNCAM a pris cette décision, mais nous n'avons pas réagi dans le délai de 2 mois autorisé.

De ce fait les échographies avant 11 SA, les échographies de croissance, et autres, ne sont plus cumulables avec

une consultation. Cela est très pénalisant dans la pratique courante : si l'on reçoit, par exemple, en urgence une patiente en début de grossesse qui saigne (et parfois que l'on voit pour la 1° fois), il faut faire l'interrogatoire, la consultation et l'échographie, en ne cotant que l'échographie à 35,65 € !!! Cela n'est pas décent.

Le Dr RIVOALLAN souhaiterait que le SYNGOF se repenche sur la question, car l'argumentaire qui nous avait fait gagner n'a pas changé. D'un côté il y a la CS pour la mère et de l'autre l'échographie pour le fœtus.

Nous pourrions essayer de reprendre la voie judiciaire pour récupérer ce cumul, en poussant les médecins en conflit avec leur CPAM sur le sujet à aller au TASS, et si besoin en Appel ou en Cassation, mais cela risque de prendre 5 à 10 ans. Par ailleurs pour les médecins qui nous contactent les sommes en jeu ne sont en général pas suffisantes pour que leur protection juridique prennent en charge les frais de justice.

Le Dr RIVOALLAN demande donc si le SYNGOF, en tant que syndicat, serait prêt à se battre de nouveau pour ce cumul d'actes ?

Est-ce que le SYNGOF soutiendrait un médecin qui irait au TASS puis en cours d'appel ?

Discussion avec la salle

Le Dr de ROCHAMBEAU rappelle que l'on ne peut pas cumuler une CS et un acte technique au cours d'une même séance. C'est une règle. Il y a des exceptions mais ce sont des exceptions. Le Dr RIVOALLAN pense que l'on peut le faire rajouter aux exceptions actuelles

La première chose que regarde le directeur de la CNAM c'est l'impact financier de tout changement. Le Dr de ROCHAMBEAU propose de remonter au créneau sur ce sujet et d'essayer de le proposer pour toutes les échographies de surveillance de la grossesse.

Par ailleurs il est demandé à quelques administrateurs de coter JKND001+Cs et d'aller au TASS. Le SYNGOF les

soutiendra. Les Dr BOYER DE LATOUR et PEIGNE ont accepté de se lancer et de débiter ces cotations puis de saisir le TASS en cas de rejet.

Compte rendu de la journée au Palais du Luxembourg : les 20 ans du CDGM E. PAGANELLI

Le Syngof était présent à la Journée anniversaire du CDGM (Comité de Défense de la Gynécologie Médicale). Le CDGM a fêté ses 20 ans le 18 novembre 2017 au Palais du Luxembourg et avait invité associations, élus et syndicats.

Rappel : En 1997 le Dr MALVY s'inquiète de la mise en place du médecin référent qui remet en cause l'accès direct des femmes aux gynécologues. Avec un groupe de femmes, médecins et non médecins elles forment le CDGM. Ce mouvement très actif auprès des élus a permis la re-création de la spécialité de gynécologie médicale.

Le CDGM a su créer un mouvement de femmes, organisées en comités locaux ayant pour rôle d'informer les autres femmes et de les mobiliser. Le CDGM sait interpellier les pouvoirs publics et sait convaincre des élus.

Ont soutenus cette journée, Pierre HELLIER, député de la Sarthe de 1993 à 2007, Nicole BORVO, sénatrice de Paris, de 1995 à 2012, Geneviève COURAUD, présidente de l'assemblée des femmes, membre du Haut conseil de l'Égalité entre femmes et hommes. Le Pr Frédérique KUTTEN, présidente du Collège national des enseignants de gynécologie médicale (CNEGM) a rappelé l'histoire de la spécialité de gynécologie médicale et l'exigence d'un diplôme autonome, spécifique.

Jusqu'en 1986, le CES de GM formait 140 GM par an. En 1986, seul l'inter-nat forme les spécialistes avec un seul DES de gynécologie obstétrique de 5 ans, spécialité chirurgie et un DESC de

médecine de la reproduction, formation complémentaire d'un an à la fin de l'internat, sélectif, confidentiel: 7 admis par an en France.

En 2003, un décret crée la spécialité de Gynécologie Médicale autonome, de 4 ans, spécialité médicale dont 3 semestres de GO et 2 semestres libres. En 2003, on note 20 postes de GM, en 2016 on obtient 70 postes et en 2017, 65.

A ce jour, 231 gynécologues médicaux ont été formés. 67 GM sont PH ; 93 se sont installées en ville, 13 ont une thèse de science, 37 un DEA/Master 2. En gynécologie médicale on a 4 MCU-PH et 2 PU PH et on espère obtenir une large promotion d'hospitalo-universitaires.

Le CDGM reconnaît le rôle indispensable des sages-femmes en ce qui touche la maternité mais répète que ce ne sont pas des médecins. Le CDGM reproche aux pouvoirs publics de gérer la pénurie dont ils sont responsables en envoyant les femmes consulter les sages-femmes pour leur suivi gynécologique.

Le SYNGOF se doit de remercier l'énergie déployée par le CDGM pour sauver la gynécologie médicale. En soutenant la gynécologie médicale le CDGM défend l'ensemble de la gynécologie française.

Commission de qualification demande de la FNCGM

E. PAGANELLI

La présidente de la Fédération des gynécologues médicaux souhaite que dans les commissions ordinales de qualification il y ait un représentant des gynécologues médicales.

Le Pr HOROVITZ précise qu'à la commission de qualification sont prévus : 2 membres proposés par l'Ordre, 2 membres proposés par l'Université et 2 membres proposés par le SYNGOF.

Les nominations sont ensuite faites par le Ministère et publiées au JO.

En fait, il y a 2 commissions : La Commission de Qualification et la Commission d'autorisation d'exercice qui est constituée de représentants de la DGS et du Ministère, de représentants du CNOM, d'un représentant des réfugiés, d'un représentant des médecins étrangers hors UE et des membres de la Commission de qualification. La Commission d'autorisation d'exercice autorise les médecins à diplôme étranger (hors UE) à exercer en France.

La Commission de qualification décerne une qualification à des médecins français ou étrangers naturalisés, au vu des acquis de l'expérience.

Le Pr HOROVITZ informe le CA que les commissions de qualification seront renouvelées en septembre 2018.

A ce moment-là la Fédération des gynécologues médicaux pourra peut-être poser sa candidature.

Le problème est que ces commissions étudient indifféremment les dossiers de gynécologie médicale et les dossiers de gynécologie obstétrique.

Le Dr RIVOALLAN pose la question de savoir s'il serait accepté par l'Ordre et le Ministère que des gynécologues médicaux qualifient des gynécologues obstétriciens chirurgiens.

Le Dr PAGANELLI pense qu'il serait plus simple de mettre un gynécologue médical dans la commission du SYNGOF.

Le Dr de ROCHAMBEAU répond que ce serait une bonne idée mais pour l'instant on attend la demande de renouvellement de l'Ordre qui arrivera en 2018 pour proposer de nouveaux administrateurs pour ces commissions.

Demande de Partenariat du Festival CanChange

E. PAGANELLI

Le Festival CanChange est un événement organisé par les jeunes médecins contre le cancer.

Pas d'opposition des administrateurs.

Le SYNGOF donne un avis favorable de partenariat et va demander à rencontrer quelqu'un de l'organisation.

Questions diverses

Discussion avec le Dr Marine JOLLY sur la télé-médecine

Le Dr JOLLY explique aux membres du CA qu'elle se forme à la téléconsultation.

Elle a été contactée par le Dr Alexandre MAISONNEUVE cofondateur de l'application Qare, permettant la téléconsultation principalement pour les Françaises expatriées à Londres. Pour l'instant ils n'ont l'autorisation en France que pour la région parisienne. Un autre gynécologue pratique déjà la téléconsultation par Qare. Le Dr JOLLY précise qu'elle est dans la phase d'apprentissage.

Les praticiens facturent leur prestation 90 € de l'heure à Qare. Les patients payent un abonnement.

L'application permet la prescription sécurisée de traitements, mais pas encore des examens complémentaires. A l'issue de la consultation, le praticien peut adresser le patient à un confrère d'un cabinet médical à Londres avec des rendez-vous prioritaires. Un compte rendu de la consultation est adressé au patient via l'application.

D'autres spécialités sont représentées sur Qare. Des médecins généralistes consultent 7 jours sur 7.

Le Dr JOLLY précise qu'elle est assurée par la MACSF pour ces téléconsultations.

Qare souhaiterait développer son réseau de praticiens à travers le territoire français. (ils sont en discussion avec Doctolib).

La séance est levée à 17h00.

Prochaine AG le 2 mars à PARIS

ATTENTION

Nouvelles cotations 2017

15 juin 2017	<p>K = 20% au lieu de 11,5% (secteur 1 et OPTAM CO, et actes réalisés en urgence au tarif opposable et CMU, ACS pour OPTAM et secteur 2 non adhérents)</p> <p>T = 11,5% remplace le K pour secteur 2 OPTAM</p>
1 ^{er} juillet 2017	<p>MCS passe de 3 à 5 € : CS+MPC+MCS= 30 € (sauf secteur 2 non adhérents) Le frottis peut être coté à taux plein avec une CS : CS+MPC+MCS+JKHD001=42,46€/ C2+JKHD001=58,46€</p>
1 ^{er} octobre 2017	<p>C2 disparaît et remplacé par APC qui vaut 48 €</p>
1 ^{er} novembre 2017	<p><u>Consultations à fort enjeu de Santé Publique :</u> (tous secteurs)</p> <p>1^{er} Cs de contraception et prévention des MST chez la jeune fille de 15 à 18 ans (1 fois) codée CCP et qui vaut 46 €. Elle doit être réalisée à tarif opposable</p> <p><u>Consultations complexes :</u> MCX= 16 € (sauf secteurs 2 non adhérents)</p> <p>Majoration MPS pour une consultation complexe de prise en charge d'un couple dans le cadre de la stérilité, par un gynécologue ou un gynécologue-obstétricien</p> <p>Majoration PTG pour une première consultation de prise en charge d'un patient porteur d'une thrombophilie grave héréditaire, dans le cadre de la grossesse</p> <p>Majoration PEG pathologie endocrinienne de la grossesse pour une consultation complexe de la prise en charge et du suivi d'une femme enceinte par un endocrinologue, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien. Consultation réalisée à tarif opposable.</p> <p>Seul le code MCX doit être transmis à la CPAM, les codes MPS, PTG, PEG sont simplement noté dans le dossier de la patiente.</p> <p><u>Consultations très complexes :</u> MTX=30€ (sauf secteur 2 non adhérents)</p> <p>Majoration MMM pour la consultation initiale, très complexe, d'information des parents et d'organisation de la prise en charge, par un gynécologue-obstétricien ou un gynécologue, en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus, diagnostiquée en anténatal</p> <p>Majoration MIS pour une consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient atteint d'un cancer, d'une pathologie neurologique grave ou d'une pathologie neurodégénérative</p> <p>Majoration PIV pour la consultation initiale, très complexe, d'information et d'organisation de la prise en charge d'un patient ayant une infection par le virus de l'immunodéficience humaine</p> <p>Seul le code MTX doit être transmis à la CPAM, les codes MPS, PTG, PEG sont simplement noté dans le dossier de la patiente.</p>

ATTENTION

Nouvelles cotations 2018

1 ^{er} janvier 2018	<p>MCU = 15€ Majoration correspondant urgence : consultation sous 48H par le médecin correspondant sollicité par le MI</p> <p>CS+MPC+MCS+MCU= 45€/APC+MCU=63€</p> <p>CHIRURGIENS, ANESTHESISTES, OBSTETRICIENS</p> <p>Revalorisations des actes d'urgence :</p> <p>Dimanche / jours fériés : F 40 €</p> <p>Entre 20H et 0H : U= 50 €</p> <p>Nuit profonde : S= 80 €</p> <p>Majoration urgence : O = 80 € Majoration pour actes chirurgicaux réalisés en urgence vitale ou d'organe dans un délai de 6H après l'admission</p>
1 ^{er} avril 2018	<p>MCS= 5€ pour les secteurs 2 n'ayant pas adhéré à l'OPTAM ou OPTAM-CO, pour tous leurs actes à tarif opposable.</p>
1 ^{er} juin 2018	<p>APC passe de 48 à 50€</p>

<http://syngof.fr/actualite-syndicale/nouvelles-cotations-au-1er-novembre/>

The screenshot shows the SYNGOF website interface. At the top, there is a header with the SYNGOF logo and contact details: contact@syngof.fr - Tél : 04 67 04 17 15. Below the header is a navigation bar with icons for Accueil, Actualité syndicale, Communiqués, Bibliothèque, Les cahiers, Le Syngof, Agence, and Petites annonces. The main content area is divided into three columns. The first column, 'Actualité syndicale', contains several articles, with the one titled 'Nouvelles cotations au 1er novembre' circled in red. The second column, 'Communiqués de presse', and the third column, 'Avenir Hospitalier', also contain several articles.

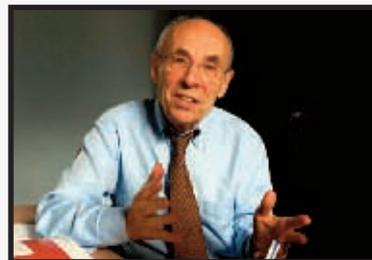
Cette fin d'année 2017 est tristement marquée par la disparition de 2 hommes aimés et admirés

Professeur Jacques LANSAC

Le Professeur Jacques Lansac nous a quittés brutalement le 27 septembre 2017, toujours actif et au service des femmes, se rendant à une réunion du fond de santé des femmes qu'il présidait. Tous ceux qui l'ont côtoyé ont admiré l'homme, le chirurgien et le Professeur, homme juste, brillant, généreux, doté d'un grand sens de l'humour, chirurgien brillant, humain, avant gardiste et remarquable pédagogue tant par l'exemple, le compagnonnage, la façon de "tenir la main" des jeunes chirurgiens pour les guider au bloc opératoire, que par ses publications synthétisant la gynécologie obstétrique et connues de tous les jeunes médecins.

Trois fois élu président du CNGOF, le Professeur Lansac était investi au service des femmes bien au-delà de nos frontières.

Sa disparition brutale nous attriste profondément.



P. LE PORS-LEMOINE

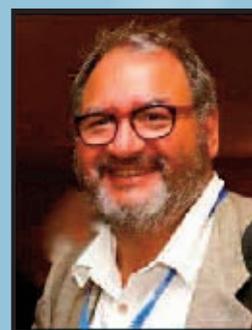
Docteur Max André DOPPIA

Le 13 novembre 2017 Max André Doppia président d'Avenir Hospitalier et personnalité reconnue du syndicalisme médical est décédé, sortant d'une réunion de soutien à un collègue, et partant plaider contre la souffrance au travail et l'aide aux collègues en difficulté.

Anesthésiste réanimateur au CHU de Caen, il conciliait cet exercice avec des compétences syndicales fortes mises avec constance, courage et altruisme au service des médecins, de leur santé au travail.

C'est ainsi qu'il a créé "*dis doc, t'as ton doc !*" afin d'inciter les médecins à devenir raisonnables, et se faire suivre eux-mêmes sur le plan médical... Du fait de sa qualité, ce modèle créé par Max est diffusé au niveau européen. Rendre hommage à Max c'est aussi prendre conscience du danger et aller visiter cfar.org/didoc/.

Depuis le rapprochement du SYNGOF et du SNPHAR-E et la création d'Avenir Hospitalier, nous avons toujours apprécié la grande présence de Max André Doppia. Sa disparition laisse un vide amical et syndical majeur qui nous impose au sein d'Avenir Hospitalier de reprendre le flambeau et poursuivre ses engagements.



P. LE PORS-LEMOINE



Les textes présentés au Congrès du CNGOF

Décembre 2017 - LILLE



Gynécologie et obstétrique libérale les particularités de l'exercice conventionnel

A. GRISEY*

Présentation et Introduction

Selon la définition officielle, une profession libérale s'exerce "de manière indépendante et sous sa propre responsabilité [...]" [1]. Certes, mais s'agissant des dépenses de santé, la limitation des moyens et des finances amènera rapidement en France à l'écriture de "conventions" entre des "caisses" et les syndicats médicaux [2]. En 1960, le décret relatif aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux (gouvernement de Michel Debré) établit la première "convention-type" nationale [3]. Ensuite, faite de lois, décrets, arrêtés, manifestations et grèves, l'histoire du système de soins s'écrit dans le sens d'une mainmise toujours plus forte de l'État sur l'assurance-maladie et la médecine libérale [4], jusqu'à la mise en opposition de quasiment l'ensemble du secteur de la santé contre un ministère à la fois autoritaire et hors-sol [5]. Toutefois, même dans ce contexte particulier, la convention médicale a été signée le 25 août 2016 entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et trois syndicats représentatifs des médecins libéraux (MG France, la Fédération des médecins de France et Le BLOC).

En conclusion, les choix politiques récents concernant le système de soins français paraissent toujours plus jacobins que libéraux : intégration progressive de la couverture sociale des indépendants dans le régime général, mise sous tutelle progressive des caisses de retraite des libéraux ou

encore net favoritisme financier du secteur hospitalier public sur le privé [6]. Nous, libéraux, sachons tenir face aux difficultés tant est doux le goût de la Liberté.

Bibliographie

- [1] <https://www.service-public.fr/professionnels-entreprises/vosdroits/F23458>. Direction de l'information légale et administrative (Premier ministre), Ministère chargé de l'économie. Vérifié le 22 février 2017, consulté le 30 octobre 2017.
- [2] Texte officiel et complet de la loi sur les assurances sociales. Loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930.
- [3] Décret n° 60-451 du 12 mai 1960 relatif aux soins médicaux dispensés aux assurés sociaux.
- [4] Carlioz P. Du syndicalisme à la convention. Histoire d'un fleuve pas si tranquille. Contact et commande auprès de l'auteur syndicalisme.convention@carlioz.info.2013.
- [5] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- [6] Pellet R. Établissements de santé et restes à charges. Les cahiers du SYNGOF 2017;110:23- 31.

*Gynécologue-obstétricien, praticien libéral - Le Chesnay
Correspondance : arnaud.grisey@gmail.com

Intérêts et inconvénients de l'exercice en secteur 1

E. PAGANELLI*

La DREES recueille tous les trois ans les données relatives aux revenus complets des médecins exerçant en libéral, à travers les déclarations d'imposition sur le revenu appariées aux données de l'Assurance maladie.

a la lecture des revenus des gynécologues publiés depuis des années par la DREES et par la CARMF, tous les gynécologues ont un intérêt financier à s'installer en secteur 2.

Mots-clés

- Bénéfice supérieur en secteur 2
- Le gynécologue, formé par le CES, prisonnier du secteur 1
- Revalorisation récente des tarifs opposables
- Pouvoir pratiquer des soins de qualité

1 - Les revenus d'activité des médecins libéraux

La DREES recueille tous les trois ans les données relatives aux revenus complets des médecins exerçant en libéral, à travers les déclarations d'imposition sur le revenu appariées aux données de l'Assurance maladie.

En 2011 selon la DREES (1), les médecins ont des écarts de revenus différents selon leur secteur d'exercice et les gynécologues en secteur 2 déclarent un écart de 40% avec leurs confrères de secteur 2.

En 2017, la DREES (2) fait un bilan des revenus des médecins libéraux* entre 2011 et 2014. En 2014, les praticiens libéraux ou mixtes ont perçu un revenu d'activité globale de 112 000 euro. Les praticiens libéraux ou mixtes les mieux rémunérés (radiologues, anesthésistes et chirurgiens) dépassent les 180 000 euro soit plus du double de celui des

généralistes et des gynécologues du secteur 1 (72 100 euro). La DREES dans son bilan publié en 2017, analyse une période plus longue (2005/2014) et note une progression annuelle des revenus de + 0,9% pour l'ensemble des médecins avec, là encore, avec des écarts très significatifs : - 0,7% pour les gynécologues secteur 1 et - 0,1% pour les gynécologues secteur 2.

2 - L'historique du secteur 2

L'assurance maladie créée en 1945 sur les revenus du travail a pour socle la solidarité en matière de santé.

La première convention médicale en 1971 est fixée pour une durée de 5 ans.

En 1980 du fait du chômage croissant, les difficultés financières de la sécurité sociale ne permettent pas de revaloriser le CS pour le spécialiste ni le C du médecin généraliste lors de la troisième convention.

En dehors des médecins qui ont droit à un dépassement permanent, DP, réservé à une minorité de notoriété reconnue, les autres médecins voient leurs tarifs bloqués au niveau fixé par la sécurité sociale.

La sécurité sociale rembourse sur la base du tarif d'autorité dont le niveau est très faible, voire symbolique s'ils se déconventionnent.

Ce blocage provoquant des tensions dans les négociations conventionnelles, amène la création par le ministre en charge de la sécurité sociale, du secteur 2 ou secteur optionnel. Le secteur 2 des années 80, ouvert à tous les médecins, autorisait les praticiens à fixer librement leurs honoraires mais avec "tact et mesure".

Le médecin en secteur 2 bénéficie d'une liberté de prix tandis que le médecin en secteur 1 bénéficie d'exonéra-

En secteur 1 le médecin qui pratique des IVG médicamenteuses est mieux rémunéré car le tarif des IVG est bloqué.

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

Taux de croissance annuel moyen du revenu d'activité entre 2006 et 2014 (en % par secteur)

	Taux de croissance annuel moyen 2006-2014			Taux de croissance annuel moyen 2014-2016			Taux de croissance annuel moyen 2006-2016		
	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2	Ensemble	Secteur 1	Secteur 2
Divulsiens	0,7	0,9	0,1	0,3	0,3	-0,2	0,5	0,6	-0,1
Assés d'été	2,8	2,2	3,6	-0,2	0,1	-1,4	1,9	1,5	1,6
Chirurgiens	1,2	1,1	1,6	0,3	0,4	0,2	0,9	0,9	1,2
Département	1,1	1,2	1,0	0,0	0,4	-1,5	0,5	0,0	0,2
Orthodontistes	1,4	1,4	1,4	1,0	1,1	-0,9	1,4	1,5	1,1
Dentistes-odontologues	2,1	2,2	1,6	1,2	1,1	1,1	1,8	1,9	1,6
Gynécologues	-0,0	0,9	0,2	3,1	4,3	-0,2	0,3	-0,7	0,1
Dal tuberculose	2,8	1,8	3,1	0,3	0,0	0,1	1,0	1,1	2,1
Libéraux hors gynécologie	1,9	2,1	1,7	1,3	1,1	-0,7	1,2	1,4	1,9
Pédagogues	-0,2	-0,6	0,1	-1,4	-1,1	-2,0	-0,8	-0,8	-0,8
Praticiens	1,7	1,8	0,7	1,7	1,4	0,7	1,8	1,8	0,6
Psychiatres et neuro-psychiatres	-0,7	-0,7	-0,6	-0,8	-0,4	-1,2	-0,7	-0,8	-1,0
Radiologues	0,9	0,9	0,8	1,3	1,2	1,0	1,0	1,0	0,9
Réhabilitateurs	1,6	1,6	1,4	2,1	0,5	0,5	1,0	1,1	0,8
Spécialistes	1,0	0,0	1,4	-1,3	-1,9	-1,2	0,2	-0,2	0,5
Autres spécialistes	1,5	1,0	0,7	0,8	1,3	-0,8	1,2	1,7	0,2
Ensemble des spécialistes	1,0	1,2	1,7	0,3	0,8	-0,3	1,1	1,0	1,0
Ensemble des médecins	1,2	0,9	1,6	0,3	0,3	0,0	0,8	0,7	1,4

Données : France Médical, France Médical, France Médical.
Sources : INSEE, DGF, DRETS, enquêtes 2002.

*Le revenu d'activité global cumule le revenu libéral et un éventuel revenu salarié.

tions de charges qui sont variables selon les années et les choix politiques.

L'attrait est tel que 20% des médecins ont rejoint le secteur 2 entre 1985 et 1990.

Le patient est remboursé sur la base du tarif opposable, le reste à charge est pris en charge, ou non, par sa mutuelle.

L'attractivité du secteur 2 est tellement importante qu'en 1990, lors de la cinquième convention, le secteur 2 est gelé.

Il devient réservé aux médecins titulaires de titres hospitaliers (article 38-1-1 de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes). Les conditions d'installation en secteur 2 sont listées sur le site du Conseil de l'Ordre (3). Les gynécologues anciens CES qui n'ont pas choisi le secteur 2 en première installation seront définitivement prisonniers du secteur 1.

Seule possibilité, remplacer une gynécologue secteur 2 car le remplaçant exerce son remplacement sous le régime conventionnel de celui qu'il remplace.

Le CAS (Contrat d'Accès aux Soins) a été instauré en 2013, pour enrayer l'augmentation des dépassements d'honoraires chez les médecins du secteur 2.

Mais les médecins enfermés en secteur 1 ayant les titres pour s'installer en secteur 2 ont pu aussi signer le contrat d'accès aux soins qui prévoit une limitation des dépassements.

La France voulant continuer dans la socialisation du risque de santé a débuté dans la dernière convention (4) une revalorisation des tarifs opposables. Ces revalorisations devraient faciliter l'installation en secteur 1 ou permettre aux médecins éligibles au secteur 2 de signer le nouveau contrat de soins OPTAM ou OPTAM CO.

3 - Quels sont les intérêts à s'installer gynécologue en secteur 1

Le tiers payant et les patientes défavorisées

Si le gynécologue s'installe dans des zones géographiques défavorisées il peut prendre en charge toutes les patientes et être financé par les organismes. En effet, les patientes

disposant de faibles ressources ou en situation de précarité ont des dispositifs spécifiques d'accès aux soins qui empêchent les dépassements d'honoraires mais qui paient le professionnel de santé.

L'aide médicale de l'Etat (AME) ouvre droit à la prise en charge à 100% des soins avec dispense d'avance de frais, même hors parcours de soins coordonnés.

La CMU puis la CMU C créée pour faciliter l'accès aux soins ne permettent pas les dépassements sauf exigence particulière. Au 31 décembre 2016, environ 4,91 millions de personnes affiliées au Régime général bénéficient de la CMU C mais avec des disparités car il y a 32,3% de bénéficiaires de la CMU C dans les DOM contre 4,5% en Bretagne.

Comme les cotisations (URSSAF, CAF, ASV) en secteur 1 sont inférieures à celles du secteur 2, ces médecins qui prennent en charge les patientes en CMU (ou les IVG médicamenteuses) gagnent dans ce contexte un peu plus que les secteurs 2. A noter qu'en secteur 1 le médecin qui pratique des IVG médicamenteuses est mieux rémunéré car le tarif des IVG est bloqué.

Le tiers payant doit devenir un droit pour tous les Français à partir du 1^{er} décembre prochain. Toutefois, la loi ne prévoit pas de sanctions pour les médecins refusant d'appliquer la réforme, que le Conseil constitutionnel a limitée à la seule part remboursée par la Sécurité sociale.

Le gynécologue en secteur 1 peut faire le tiers payant très facilement sur de nombreux actes de la CCAM et sur des consultations.

Le suivi des grossesses et le post-partum, l'infertilité avec l'article 322-3-12 du code de la Sécurité sociale, les pathologies gynécologiques en ALD et l'IVG sont à 100%. Quand le tiers payant ne concerne pas la part mutuelle, le médecin peut tirer un avantage à ne pas faire régler la patiente. C'est souvent un gain de temps.

La revalorisation des tarifs opposables

La France voulant favoriser l'accès aux soins en secteur 1 a débuté une revalorisation des tarifs opposables. Pourtant, dans son rapport annuel sur la Sécurité sociale, dévoilé le 20-09-2017, les experts de la Cour des comptes fustigent la "tarification figée" des actes techniques (CCAM) et le caractère inefficace des conventions médicales pour corriger les écarts de rémunérations entre spécialités "qui se renforcent". La Cour recommande de réviser activement la nomenclature des actes techniques en fonction de leur valeur médico économique mieux objectivée.

En s'installant en secteur 1 en 2018, le gynécologue médical doit bien connaître le tarif des actes de la CCAM et les associations possibles. Il doit pratiquer l'échographie gynécologique de routine pour pouvoir associer des actes. Il existe peu d'actes associables aux consultations. Il doit apprendre à orienter sa pratique professionnelle en fonction des revalorisations tarifaires.

Le gynécologue en secteur 1 doit bien connaître, les conditions d'avis ponctuel de consultant dans le cadre du parcours de soins (5). Les patientes en gynécologie sont en accès direct seulement pour la contraception, la consultation de prévention, le suivi de la grossesse et l'IVG médicale. Il peut orienter son activité sur des consultations adressées par les médecins traitants.

Le C2 évolue en APC, 48 € le 1^{er} octobre 2017 et 50 € le 1^{er} juin 2018.

Il doit privilégier les consultations complexes, revalorisées au 1^{er} novembre 2017 (première consultation de contraception et prévention, première consultation de stérilité et pathologie endocrinienne de la grossesse).

Le gynécologue en secteur 1 au 1^{er} janvier 2018 doit garder des créneaux pour les urgences adressées par les médecins traitants. Il bénéficiera alors de la MCU (majoration de consultation urgente si la patiente est vue dans les 48 h).

4 - Quels sont les inconvénients à s'installer gynécologue en secteur 1 ?

De nombreuses consultations complexes, longues, difficiles sont toujours payées 30 €.

Le suivi des grossesses à haut risque est au même tarif que le suivi des grossesses normales.

Il est très difficile en secteur 1 de s'installer pour prendre en charge les couples infertiles qui nécessitent des consultations complexes répétitives avec de nombreux appels téléphoniques ou contacts par mail.

La revalorisation des consultations complexes débute en 2017 mais elle ne concerne qu'une seule consultation revalorisée.

De nombreuses patientes qui ont pris rendez-vous avec un spécialiste souhaitent que leur gynécologue prenne son temps pour ce rendez-vous si intime. L'HAS recommande aussi des longues consultations pour élargir le choix contraceptif, améliorer l'IVG et sa prévention, améliorer la consultation prénatale, répéter la prévention des risques sexuels. Les femmes et les couples ont souvent beaucoup de questions et de problèmes à régler en une seule fois. Mais le gynécologue en secteur 1, a des tarifs bloqués. Il n'a pas

cette liberté. Doit-il proposer à la patiente plusieurs rendez-vous pour répondre à toutes ses questions ?

5 - Conclusion

S'il a les titres pour s'installer en secteur 2 le gynécologue doit choisir le secteur 2 (avec OPTAM ?).

Tous les chiffres des revenus des gynécologues sont sans appel.

S'il s'installe dans des zones défavorisées comme les départements d'Outre-mer, ou les zones déficitaires il peut s'installer en secteur 1, en espérant que le ministère poursuive la revalorisation des tarifs opposables pour permettre l'installation de gynécologues de ville en secteur 1 sur tout le territoire. S'il s'installe en secteur 1 dans des zones défavorisées, le gynécologue peut profiter d'aides financières comme le CAIM : Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins.

Mais que souhaitent les femmes ?

6 - Bibliographie

- 1 - [PDF] Les honoraires et revenus libéraux des professionnels de ... - Drees
www.sfed.fr/content/files/Dress%20honoraires%20pro%20santé%20208%202010.pdf
N° 786 décembre 2011. Les honoraires des professionnels de santé libéraux entre 2008 et 2010. Entre 2009 et 2010, les honoraires totaux des médecins...
- 2 - 07 Les revenus des médecins libéraux - Drees
drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche7-3.pdf
Les revenus des médecins libéraux sont calculés tous les trois ans à partir d'une ... déclarations de revenus des médecins nécessaires au calcul de leurs ...
- 3 - Conseil de l'Ordre des médecins ; Conditions d'accès au secteur 2 <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1639>
- 4 - Convention parue dans Les Cahiers SYNGOF N°109 de juin 2017.
- 5 - Texte C2 paru dans Les Cahiers SYNGOF N°93 de juin 2013.

Pourquoi je choisis le secteur 2 et l'OPTAM ou l'OPTAMCO

B. de ROCHAMBEAU*

La convention que le gynécologue obstétricien passe avec l'assurance maladie lui impose de coder ses actes en fonction de la nomenclature en vigueur.

1 - Le choix du secteur 2 conventionnel en gynécologie et obstétrique

Pouvoir fixer librement ses honoraires c'est :

- Choisir son rythme de travail,
- Se donner les moyens de la qualité,
- Valoriser son activité à un niveau que l'assurance maladie n'assure pas,
- Donner à l'acte médical une valeur en fonction de son contenu,
- S'interroger en permanence sur la valeur de son travail.

Pour la patiente, c'est :

- Le choix de la différence
- Un effort financier parfois,
- Une attente de qualité toujours.

2 - Conditions d'accès au S2 pour les nouveaux gynécologues obstétriciens

Titres qualifiants : à consulter en addendum à la fin du texte Lors de la première installation, pas possible après un choix initial de secteur 1.

Demande auprès de la CPAM de son lieu d'exercice.

Choix d'une assurance maladie des indépendants (RSI) et déclaration à l'URSSAF.

Les nouveaux installés s'engagent sur une pratique tarifaire régionale dans leur spécialité. Ils auront immédiatement la capacité à pratiquer les mêmes honoraires que leurs confrères de la région.

Pas de contrainte géographique conventionnelle ou réglementaire (ARS)

3 - La cotation des actes en secteur 2

Le gynécologue obstétricien S2 fixe librement ses honoraires avec tact et mesure.

La convention qu'il passe avec l'assurance maladie (assurance obligatoire pour les patientes) lui impose de coder ses actes en fonction de la nomenclature en vigueur :

- La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) qui concerne les actes cliniques,
- La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) qui concerne les actes techniques,
- Une règle de base veut que les actes cliniques ne puissent se cumuler avec les actes techniques ; il y a des exceptions,
- Le remboursement des actes des S2 est moins important que celui des actes des S1.

Les patientes sont remboursées par l'assurance maladie et les assurances complémentaires en fonction de ce codage. Les contrats de complémentaires dits "responsables" plafonnent depuis 2016 les remboursements des secteurs 2 au maximum à 100% au-delà du tarif opposable.

4 - Les actes en secteur 2, parfois au tarif opposable

La convention que signe tout nouvel installé prévoit des règles de solidarité financière pour les patientes les plus fragiles financièrement : Tarifs opposables (S1) et tiers payant obligatoire.

Les patientes bénéficiaires de la Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMUc).

Les titulaires de l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS).

* Président du SYNGOF - Co Président du BLOC - gynécologue obstétricien libéral

Chaque fois qu'il le décide, le médecin peut facturer ses actes au tarif opposable (S1).

Chaque fois que le médecin de secteur 2 pratique ses actes au tarif opposable, il paye la totalité des charges sociales. (Alors que le S1 n'en finance que <2%).

5 - Les revenus du médecin libéral S2

La recette de l'activité médicale constitue un chiffre d'affaires.

Ce chiffre d'affaires est soumis à cotisations sociales obligatoires (charges sociales personnelles : assurance maladie, maternité, URSSAF, Retraite) qui sont fonction de ce chiffre d'affaires, en moyenne 30%.

Les autres frais professionnels, (FP), varient de 20 à 40% ou plus du CA selon les conditions de l'installation.

Le bénéfice (CA- (CS+FP)) constitue le gain net du médecin (équivalent du salaire net) sur lequel il sera imposé. Au total en moyenne 30% du CA.

6 - L'OPTAM/OPTAMCO : Option conventionnelle de 2017

L'Option à Tarifs Maîtrisés (OPTAM) pour les chirurgiens et obstétriciens (OPTAMCO) négociée en 2016 est proposée aux médecins de secteur 2 pour diminuer leurs dépassements.

Tout en restant en secteur 2 à honoraires libres, le médecin signataire accepte :

- De ne pas avoir un dépassement annuel moyen > 200% (80% des S2).
- De brider l'augmentation de ses tarifs pour une durée limitée de 1 an renouvelable 3 ans.

Il garde la capacité à fixer ses tarifs librement acte par acte mais s'engage à une moyenne annuelle qui ne peut croître que dans la limite de la moitié des augmentations qu'aura effectué la sécurité sociale sur les tarifs opposables.

Les tarifs chirurgicaux et d'accouchements cette première année 2017 ont pris 8,5%. L'augmentation des honoraires chirurgicaux des signataires ne pourra pas dépasser 4,25%. Les tarifs des consultations augmenteront aussi en 2017 et 2018 et le même raisonnement s'applique.

Il s'engage aussi à ne pas diminuer sa part d'actes réalisés aux tarifs opposables.

Il peut sortir de cette option et revenir en S2 à tout moment.

7 - L'OPTAM/CO : Option conventionnelle de 2017

En contrepartie de cette maîtrise tarifaire, l'assurance maladie applique les barèmes tarifaires des S1 (plus élevés) aux S2 signataires.

Les tarifs sont réévalués et comprennent ainsi le paiement des charges sociales obligatoires, pour tous les actes réalisés aux tarifs opposables, qui sera payé l'année d'après pour les OPTAM, qui est déjà injecté dans les tarifs des OPTAMCO.

L'aide au paiement de la prime d'assurance RCP passe au tarif des secteurs 1.

En chirurgie comme pour les accouchements, la majorité des tarifs opposables des actes lourds ont augmenté au 20 juin 2017 de 20% pour les secteurs 2 qui prennent l'OPTAMCO. Il s'agit de la plus grosse augmentation jamais réalisée dans nos spécialités par l'assurance maladie.

8 - OPTAM/CO pour les patientes

La convergence de l'augmentation des tarifs opposables et de la moindre augmentation (50%) de la totalité des tarifs fait mécaniquement baisser la part des honoraires non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire.

Parce que les contrats d'assurance complémentaires dits "responsables" (98% des contrats santé des salariés) ne plafonnent pas systématiquement les remboursements des actes des signataires de l'OPTAMCO, les patientes de ces médecins sont mieux remboursées de leurs soins de santé.

9 - OPTAM CO des nouveaux installés

Les nouveaux installés s'engagent sur une pratique tarifaire régionale dans leur spécialité. Ils auront immédiatement la capacité à pratiquer les mêmes honoraires que leurs confrères de la région.

Pour ceux qui intégreront un groupe de praticiens qui a une pratique tarifaire commune, ils pourront demander à bénéficier de cette pratique tarifaire, si celle-ci est supérieure à la pratique régionale.

Les gynécologues obstétriciens libéraux qui travaillent en plus à temps partiel dans un établissement PSPH comme libéraux, pourront comptabiliser leur activité à tarif opposable réalisée dans ces établissements.

10 - Conclusion : je m'installe en S2 OPTAM/CO

Je refuse les conditions de sous financement de l'assurance maladie qui me contraindraient à l'abattage et à la dépendance de l'unique financeur l'assurance maladie.

Je reste libre de choisir mes conditions de travail avec des tarifs adaptés à mon activité et à ma patientèle.

Mon travail est reconnu à une réelle valeur, non déconnectée de la réalité des coûts.

Je suis un entrepreneur libéral responsable et le volume de travail n'est pas la seule variable d'ajustement des finances de mon entreprise.

Pour que mes patientes puissent bénéficier de mes soins sans difficultés financières, je souscris l'OPTAM/CO.

Je reste vigilant et me syndique pour réagir à toute situation imprévue qui menacerait ma liberté d'entreprendre.

Addendum

Extraits de la convention médicale de 2016

38.1.1 Titres donnant accès au secteur à honoraires différents

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents, les médecins qui, à compter de la date d'entrée en vigueur de la présente convention, s'installent pour la première fois en exercice libéral dans le cadre de la spécialité qu'ils souhaitent exercer et sont titulaires des titres énumérés ci-après, acquis en France dans les établissements publics de santé ou au sein de la Faculté libre de médecine de Lille. **Les titres hospitaliers publics sont :**

- Ancien chef de clinique des universités,
- Assistant des hôpitaux dont le statut relève du décret n° 84-135 du 24 février 1984,
- Ancien chef de clinique des universités de médecine générale dont le statut relève du décret n°2008-744 du 28 juillet 2008,
- Ancien assistant des hôpitaux dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique,
- Médecin des armées dont le titre relève du chapitre 2 du décret n° 2008-933 du 12 septembre 2008 portant statut particulier des praticiens des armées,
- Praticien hospitalier nommé à titre permanent dont le statut relève des articles R. 61521 et suivants du code de la santé publique,
- Praticien des hôpitaux à temps partiel comptant au minimum cinq années d'exercice dans ces fonctions et dont le statut relève des articles R. 6152-201 et suivants du code de la santé publique.

38.1.2 Procédure d'équivalence de titres

Les médecins disposant des titres suivants peuvent également accéder au secteur à honoraires différents sous réserve d'une part, de la reconnaissance de l'équivalence de ces titres avec les titres hospitaliers publics définis ci-dessus et d'autre part, de s'installer pour la première fois en exercice libéral dans le cadre de la spécialité médicale qu'ils souhaitent exercer. Cette équivalence des titres est reconnue par la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation du cabinet principal du médecin conformément aux

décisions de la caisse nationale d'assurance maladie, après avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins et en tant que de besoin, des services ministériels compétents.

Titres pouvant faire l'objet d'une procédure d'équivalence avec les titres hospitaliers publics :

- Titres acquis en France dans les établissements de santé privés d'intérêt collectif ou dans les établissements relevant d'une collectivité d'outre-mer ;

Convention médicale juillet 2016

Titres acquis à l'étranger dans les établissements hospitaliers situés sur un territoire concerné soit :

- Par le régime de reconnaissance des qualifications professionnelles de l'Union Européenne mise en place par la directive 2005/36
- Par l'arrangement Franco-Québécois du 25 novembre 2011 en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins.

Pendant la durée de cette procédure visant à reconnaître l'équivalence des titres, le médecin est autorisé à exercer en libéral sous le régime de la présente convention. Il exerce alors à titre transitoire dans le secteur à honoraires opposables. Dans le cas où l'équivalence des titres est reconnue, le médecin a alors la possibilité de choisir son secteur d'exercice conventionnel.

Pour bénéficier du droit d'appliquer des honoraires différents, le médecin doit, dès la date de sa première installation en exercice libéral :

- Déclarer, à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation de son cabinet principal, sa volonté de bénéficier du droit de pratiquer des honoraires différents,
- Informer simultanément de sa décision, par écrit, l'URSSAF dont il dépend,
- Indiquer dans les mêmes conditions le régime d'assurance maladie dont il souhaite relever.

Le médecin autorisé à pratiquer des honoraires différents peut revenir sur son choix à tout moment et opter pour le secteur à honoraires opposables. Dans ce cas, il en informe la caisse primaire du lieu d'implantation de son cabinet principal.

Situation de l'exercice en secteur privé par un praticien hospitalier

Par dérogation, l'exercice d'une activité libérale par les praticiens statutaires temps plein hospitaliers exerçant dans les établissements publics de santé dont le statut est défini dans le code de la santé publique n'est pas assimilé à une première installation en libéral au sens de la présente convention.

Responsabilité

des gynécologues obstétriciens

J. MARTY*

Après un accident, avant tout contentieux dès que vous en pressentez le risque, rédigez un projet de rapport circonstancié. Il doit relater les événements successifs sans subjectivité.

Peu de spécialités médicales sont aussi confrontées à la mise en jeu de leur responsabilité que la gynécologie obstétrique. Tant que l'accouchement a été dangereux et son issue incertaine, l'accoucheur bénéficiait d'une quasi-immunité. Depuis que la médecine a progressé, permettant une régression de la mortalité maternelle et de la morbi-mortalité néonatale, toute grossesse doit être un enchantement, toute naissance difficile est suspecte. Cette évolution des mentalités s'est faite en cinquante ans et nous n'avons pas su tirer toutes les leçons de cette mésaventure collective. Nous nous prêtons dans cet article à l'exercice de dégager 10 déterminants à bien connaître pour nous préparer à ces jours où nous y serons confrontés.

1 - L'information des patients

En cas de sinistre, une insuffisance d'information de la patiente est souvent reprochée. Depuis la loi Kouchner de 2002, nous ne prenons plus en charge chaque patiente selon ce que nous estimons bon pour elle. C'est la patiente qui est juge de ses intérêts médicaux. C'est à elle d'accepter ou de refuser les soins que nous lui détaillons.

Nous sommes donc jugés pour la qualité du partage d'information par notre conversation avec la patiente : son état, les chances et les risques des solutions médicales, à chaque étape. Nous devons rédiger l'équivalent d'un procès-verbal de chacun des entretiens : nos informations, ses réponses, le délai qui lui est laissé pour qu'elle se décide librement. Le courrier au médecin ou la note remise à la patiente sont les meilleurs supports pour prouver la qualité de l'information auquel le patient a toujours droit.

En cas de sinistre, une insuffisance d'information de la patiente est souvent reprochée.

2 - La défense active

Si vos soins peuvent déboucher sur un contentieux, ne faites pas le dos rond en espérant que la providence vous épargnera d'un jugement douloureux voire infamant. Le contentieux est un défi auquel nous devons nous confronter en fourbissant nos arguments et en respectant la scénographie.

- Dans l'information que vous devez à votre patiente après le constat de complications, montrez de la lucidité et du professionnalisme mais aucune repentance sur ce que vous avez fait ou pas fait. Surtout ne présentez pas d'excuses qui sont un aveu de faute. Votre réponse doit être votre contrariété et votre compassion pour l'état de la patiente. Mais vous n'atténuez rien par l'expression de sentiments sur vous-même ou votre équipe.
- Dans toutes les situations médicales qui pourraient conduire à un contentieux, faites une copie du dossier médical et infirmier toutes les pièces incluses surtout sans rien en changer. Mettez tout cela en lieu sûr et sur plusieurs supports dont un PDF. Si quelqu'un le perdait au cours de manipulations à venir, vous auriez cette copie pour vous défendre.
- Après un accident, avant tout contentieux dès que vous en pressentez le risque, rédigez un projet de rapport circonstancié. Il doit relater les événements successifs dans un style télégraphique sans subjectivité. Il doit prouver que vous êtes rationnel et respectueux des règles : Une date-heure, un fait, l'explication qui s'impose la plus sobre possible.
- Lorsque vous en venez à votre attitude qui pourrait être critiquée, ne vous fondez pas sur votre seule culture et votre expérience, retrouvez à tout prix les références médicales qui au contraire les justifient objectivement. Un article de revue de dossiers de la complication concernée sera essentiel pour l'expert mais constituera avant, un support lors de l'entretien d'explication que vous devez à votre patiente.
- Si l'accident concerne toute l'équipe de soins, provoquez très tôt une réunion de toute l'équipe avec la direction.

* Gynécologue obstétricien, Trésorier du Syngof et expert Gynerisq

Les arguments de ce support bibliographique vous aideront. C'est un rapport circonstancié d'équipe que vous devez établir et faire signer par tous les participants, signature qui au moins atteste de leur présence. Ce n'est pas la démarche qualité d'une RMM. Confrontez vos points de vue sur l'enchaînement des faits et des données d'examen dans la sobriété pour sortir un document de synthèse. Si malheureusement le rapport ne peut pas être consensuel, mentionnez les différences. L'équipe l'explique et l'assume. C'est bien plus facile d'accorder vos visions du déroulement des événements et préparer vos arguments face aux contradictions avant d'être sous la pression du contentieux.

3 - La déclaration de sinistre

à l'assureur doit intervenir obligatoirement au moment de l'ouverture du contentieux par la patiente. C'est-à-dire lorsque vous êtes assigné ou lorsque vous recevez de l'ONIAM l'information du début de la procédure. Pour une conciliation au Conseil de l'Ordre, ce n'est pas obligatoire puisqu'il n'y a pas encore de demande d'indemnisation. Mais il n'y a que des avantages à prendre les devants pour envisager les conditions de la défense avec un expert que l'assureur peut financer dès que le contentieux est prévisible. Vous pouvez d'emblée le demander et en apprécier la qualité.

C'est le moment de remettre à l'assureur le rapport circonstancié qu'il est bon de faire relire par un confrère rompu à cet exercice qui contrôlera la logique des attitudes et l'absence de subjectivité. Le syndicat peut vous y aider.

4 - La prime

La confiance avec l'assureur est la règle lors de la défense d'un dossier alors que dans la discussion de la prime d'assurance il faut savoir négocier, éventuellement avec l'aide du syndicat. Chaque fois qu'un professionnel de soins souscrit une assurance en responsabilité c'est pour couvrir les indemnités d'un préjudice dont il pourrait être responsable et qui excéderait sa capacité financière. De leur côté les assureurs vendent toujours leurs contrats d'assurance pour un montant global le plus élevé possible. Les obstétriciens souffrent de l'absence de concurrence. Ils ne sont qu'un millier à porter les risques spécifiques de l'obstétrique. L'aide du syndicat durant l'étape de négociation peut être précieuse.

5 - Le secret

Si la mutualisation des risques était le seul fondement de l'assurance, tout se ferait dans la transparence. Le métier d'assureur s'exerce au contraire dans le secret comme tout

commerce concurrentiel. Secret des traités de réassurance par lesquels les assureurs se déchargent confidentiellement d'une part de leur risque contre une part des primes que vous avez versées. Secret vis-à-vis du client qui doit croire que sa prime est justifiée par ses risques alors que cette prime obéit à la loi du marché. Secret de l'Etat qui profite des assureurs pour financer la dette publique. En effet sous prétexte de garantir la capacité de l'assureur de couvrir les indemnités qu'ils doivent pour le compte de leurs clients, l'Etat impose aux assureurs de garder des fonds propres que les compagnies apportent largement dans les placements d'Etat. C'est pourquoi l'Etat protège les assureurs dans leur relation avec les assurés. Au syndicat de faire partager les informations.

6 - L'aide à l'assurance

Lorsqu'en 2006 par un arrêt d'activité nous avons refusé la croissance inexorable de nos primes, l'Etat a préféré que la sécurité sociale paie 66% de notre assurance en secteur I ou 55% en secteur II plutôt que de passer à une mutualisation des risques par l'ONIAM qui aurait mis hors-jeu les assureurs à moindres frais pour les soignants et la sécurité sociale. L'aide à l'assurance représente une dépense de 30 M€ toutes spécialités confondues et moins de 10 M€ pour les gynécologues obstétriciens. Sont éligibles les GO qui ont un rapport actes à risque/actes CCAM >1/2. Certains obstétriciens font jusqu'à 200 accouchements par an mais en sont privés. C'est absurde, mais nous ne parvenons à faire attribuer l'aide dès lors que le nombre d'accouchements est suffisant pour que l'assureur impose les tarifs de prime de l'obstétrique. Par contre le mode de calcul actuel ouvre les droits à l'aide pour des activités qui ne les justifient pas. Aucune démonstration logique ne s'impose à l'Administration dès lors que le groupe professionnel qui la porte renonce à faire pression sur elle par des mouvements sociaux.

7 - Les trous de garantie

En 2002 les assureurs ont souhaité se refaire financièrement sur notre dos et ont obtenu de l'Etat un changement des règles d'assurance. Nous avons été spoliés de la couverture vis-à-vis des actes passés, Il nous a fallu nous assurer une seconde fois pour les contentieux de ces actes qui seraient ouverts plus tard. Les assureurs ont obtenu que nos garanties soient plafonnées pour des risques financiers imprévisibles du fait du décalage de 20 à 30 ans entre la déclaration du sinistre et la fixation de son indemnisation. Il nous a fallu attendre 2012 pour combler par le FAPDS les trous de garantie ainsi créés, "Fonds de garantie des dommages consécutifs à des Actes de Prévention, de Diagnostic ou de Soins dispensés par des professionnels de santé", un fonds financé par tous les soignants. Mais l'Administration n'a pas pris en compte les dossiers de 2002 à 2011 à partir desquels

pourtant le besoin de ce fonds avait été établi. Là encore, quel que soit le gouvernement, faute de volonté d'établir un rapport de force en notre faveur, nous ne parvenons pas à la couverture par le FAPDS de la vingtaine de confrères menacés de ruine.

8 - L'écart entre primes et indemnisations

Les enjeux financiers globaux de l'assurance en responsabilité civile médicale (RCM) sont eux aussi secrets. Les rapports de L'ACPR, "Autorité de contrôle prudentielle et de résolution" ne sont pas publics. Nous savons cependant qu'en 2015, les 657 976 contrats en RCM représentent une collecte de 544 M€ de primes, pour des sinistres provisionnés à 496 M€ toutes charges comprises. Soit un rapport sinistre à prime de 93%. Mais les indemnisations réellement versées par les compagnies privées, pour les sinistres clos, se limitent à 114M€ par an et ce chiffre est stable (Rapport ORM (Observatoire du risque médical) pour les 6 années de 2009 à 2014.) Dans notre spécialité, le rapport sinistre à prime est de 75% en 2015. Mais ce rapport est très volatile car un seul accident grave dans l'année, qui peut atteindre 11 M€, le modifie considérablement. La part réellement déboursée en obstétrique restera longtemps inconnue puisque tout en retarde la connaissance. La consolidation n'intervient pas avant que le nouveau-né n'ait atteint sa majorité. Les indemnisations prennent la forme de rentes dont l'extinction dépend de la durée de vie.

9 - SHAM et BRANCHET

Heureusement nous avons de bonnes relations avec nos deux assureurs exclusifs SHAM et BRANCHET, qui nous permettent d'analyser les sinistres et notamment les plus graves. Actuellement des deux, c'est SHAM qui nous apporte les conditions commerciales de loin les plus acceptables. Il assure les praticiens jusqu'à 70 ans. Il ne pose pas au syndicat de problème de sélection de portefeuille et ses tarifs sont nettement moindres, en dessous du plafond de prise en charge pour l'aide à l'assurance. Rien dans notre expérience ne nous a montré que la couverture de l'établissement et du praticien par SHAM posait un problème. Au contraire, la stratégie de défense globale du dossier l'emporte sur la défausse de l'établissement sur le dos du médecin. La défausse de l'un sur l'autre fait habituellement condamner les deux.

10 - L'expertise

Nous n'avons pas à attendre de progrès seulement de l'Administration. Nous devons intervenir pour réduire les risques des expertises.

Nous serons déjà efficaces en diffusant les derniers travaux de la TASKFORCE sur la paralysie cérébrale qui est la source des sinistres les plus graves. Les conclusions de ces travaux anglo-saxons n'ont pas suffisamment pénétré les références de nos experts : Gynerisq s'emploie à les diffuser.

- *Il n'y a pas de paralysie cérébrale d'origine obstétricale sans encéphalopathie néonatale : le dossier médical apporte-t-il ou non la preuve d'une encéphalopathie néonatale ?*
- *L'encéphalopathie néonatale peut avoir d'autres diagnostics étiologiques que l'anoxie. Ont-ils été suffisamment recherchés par l'équipe pédiatrique ? Est-ce que la prise en charge pédiatrique a été optimale ?*
- *La cause anoxique n'est pas forcément fautive. La preuve est-elle réellement apportée qu'une anoxie est ici la conséquence d'une faute ?*

Mais on ne fera pas l'économie d'une campagne pour une remise en cause des méthodes d'expertise qui restent amarées aux principes de la médecine du 19^{ème} siècle.

- *Alors qu'aujourd'hui aucune décision stratégique médicale majeure ne peut se prendre sans référence à un protocole et sans concertation pluridisciplinaire pour l'appliquer, l'expertise reste un exercice le plus souvent solitaire d'un expert avec l'autorité que le juge lui a déléguée. Il est anachronique que l'expert n'ait pas à démontrer les sources de son savoir, et que le juge puisse se satisfaire de l'intime conviction de l'expert.*
- *Alors que la pratique médicale est aujourd'hui contrôlée, ne serait-ce que par le Conseil de l'Ordre, aucun contrôle de la valeur médicale de l'expertise n'existe. Il est juste possible de la contester devant le juge qui n'a lui-même aucune compétence médicale pour l'évaluer. Il n'est pas possible de traduire un expert pour expertise fautive devant la commission de discipline sans l'accord du Conseil de l'Ordre ou des autorités administratives.*
- *Oui la médecine doit obtenir un renouvellement de l'expertise à l'image de son évolution : Non, ce ne peut être une labellisation des experts qui ne ferait que renforcer la suprématie de l'argument d'autorité alors que l'argument d'autorité est discrédité par l'échelle des niveaux de preuves qui hiérarchise le savoir médical depuis la fin du 20^{ème} siècle.*

Devenir acteur

du paramétrage de son dossier patient informatisé, plutôt qu'utilisateur passif d'un logiciel institutionnel

A. GODARD*, J. MARTY**

Notre expérience porte sur le logiciel MedyCS développé par l'Association des utilisateurs de GYNELOG

Les médecins ont deux types d'outils à disposition :

- logiciel de spécialité
- logiciel d'établissement

Logiciel d'établissement

Notre expérience porte sur le logiciel CROSSWAY diffusé par MAINCARE.

C'est un outil solide de gestion administrative du patient et dossier de soins infirmiers.

Le coût est important à l'achat et à l'entretien.

Les possibilités d'adaptation par l'utilisateur (le médecin) sont très limitées, réduites essentiellement à l'écriture de protocoles de soins infirmiers ou pharmaceutiques.

Chaque demande de modification est transmise aux développeurs, sa prise en compte n'étant effective que dans la version suivante, ce qui peut être très long. Il y a peu d'échanges entre l'utilisateur et le développeur, le cahier des charges est régulièrement mal compris. Les nouvelles demandes sont souvent l'occasion d'un supplément de financement.

Chaque demande de modification du logiciel d'établissement est transmise aux développeurs, sa prise en compte n'étant effective que dans la version suivante.

L'ajout de briques de spécialités est en théorie pertinent mais en pratique peu performant car mal pensé. C'est le cas en obstétrique où le thesaurus Audipog a été copié-collé sans intelligence, ni aspect pratique, le rendant inadapté à la relation clinique médecin patient. Il s'agit souvent d'un simple bloc-notes où le médecin écrit son observation.

Logiciel de spécialité

Notre expérience porte sur le logiciel MedyCS développé par l'Association des Utilisateurs de GYNELOG (Association Loi 1901) avec la participation des informaticiens de GYNERISQ (Organisme agréé reconnu par la HAS) pour permettre le paramétrage de la gestion des risques.

C'est un outil adapté aux différents versants de la spécialité : chirurgie, consultation, accouchement, PMA, pédiatrie. Il est entièrement structuré par des questionnaires construits par les utilisateurs, ce qui permet :

- L'édition de courriers.
- L'automatisation du PMSI.

Et selon le contexte patient :

- La proposition de prescription,
 - L'affichage d'une alarme,
 - Le rappel des recommandations pour la pratique clinique.
- Le paramétrage se fait au jour le jour, soit par un utilisateur investi dans le développement des questionnaires, soit par un club d'utilisateur. L'ensemble est très réactif.

Pour exemple, en juin dernier sont parues les recommandations concernant le génotypage RhD fœtal sur sang mater-

* Expert GYNERISQ

** Gynécologue obstétricien, Trésorier du Syngof et expert Gynerisq

nel et le dépistage des trisomies sur ADN fœtal circulant (DPNI). Les courriers de renseignements et prescriptions ont été récupérés dans les laboratoires assurant ces analyses, puis intégrés à MedyCS pour renseigner les informations de la patiente, du couple et de la grossesse en cours. Un message apparaît au cours de la consultation pour rappel au professionnel et le courrier complété est automatiquement édité en fonction de la situation. Les modèles de courriers correspondants ont été diffusés aux utilisateurs moins d'un mois après.

Conclusion

Il s'agit donc de deux outils différents qui ne peuvent se remplacer l'un l'autre mais devraient travailler en interopérabilité intelligente. C'est la difficulté à surmonter, d'autant que les logiciels d'établissement se targuant d'avoir une solution de spécialité ne sont pas toujours enclins à la communication. Par contre, les logiciels de spécialités doivent pouvoir communiquer les antécédents et les prescriptions au logiciel d'établissement.



Je soussigné(e) :

Nom _____ Prénom _____

Date d'installation _____

Tél. mobile _____ Email _____

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

Adresse professionnelle _____

MedyCS

ADHÉSION À L'ASSOCIATION GYNÉLOG et OBTENTION DES LOGICIELS

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

Après l'adhésion par établissement de 5000€ ou l'adhésion individuelle de 290€ ou l'adhésion simple de 45€ l'association GYNELOG vous procurera l'attestation qu'il faut fournir à la CPAM pour obtenir la ROSP annuelle pour l'informatisation

A faire parvenir au trésorier de l'Association

SYNGOF-GYNELOG BP 40094 - 81027 ALBI Cedex 9

Tél. 05 63 77 79 01 - Fax 05 63 77 79 07

Date, cachet et signature

L'exercice

en établissement privé :

L'importance du contrat d'exercice

E. PEIGNÉ*

L'article 83 du code de déontologie, et l'article L 41.13-9 du code de santé publique, rendent obligatoire la signature d'un contrat écrit entre le médecin et l'établissement de soins dans lequel il travaille.

1 - Introduction

- En 2017, on compte en France 1030 établissements de soins privés à but lucratif. Ils emploient 4000 salariés. 40 000 médecins libéraux y travaillent [1].
- Les médecins libéraux y exercent de manière exclusive ou pas ; leur cabinet est au sein de l'établissement ou non ; leur activité y est épisodique ou permanente.
- Pendant la période 1980 à 2000, les cliniques se sont regroupées parfois, mais de très nombreuses ont été rachetées par des groupes financiers régionaux et surtout nationaux, voire étrangers.
- Les contrats des praticiens, propriétaires de leurs cliniques, se sont imposés aux groupes financiers acheteurs. Ils étaient globalement très protecteurs pour les médecins. Les médecins intégrés depuis dans les cliniques des groupes doivent signer des contrats "imposés" par les cliniques, dont les équilibres sont très différents.
- Le CLAHP (Comité de Liaison et d'Action de l'Hospitalisation Privée) réunit la FHP (Fédération de l'Hospitalisation Privée) et syndicats des médecins libéraux. Il a publié des recommandations le 24.02.1974. Depuis de très nombreuses réunions de réactualisation ont été organisées sans aboutir. Entre 1974 et 2017, la stratégie des dirigeants de la FHP a beaucoup évolué.
- L'article 83 du code de déontologie, et l'article L 41.13-9 du code de santé publique, rendent obligatoire la signature d'un contrat écrit entre le médecin et l'établissement de soins dans lequel il travaille.

2 - Principes du contrat

1- Il doit être écrit [2]

- Le code de déontologie et le code de la santé publique déjà énoncés le précisent.
- Si la clinique le refuse, le praticien doit adresser une lettre RAR à la clinique, lettre qui en attestera en cas de litige.
- Seront ainsi précisés sa durée déterminée ou indéterminée, son caractère "privilégié" ou non, le montant des redevances, les conditions de sa rupture, sa cessibilité.
- Il s'impose si le médecin exige un "exercice privilégié". Il devra alors être modifié à chaque évolution de la pratique ou éventuelle association.
- Le reste des clauses est plus classique, se référant au contrat type du Conseil de l'Ordre des Médecins [3]. Mais chacune doit être étudiée, et éventuellement discutée.
- Le Conseil départemental de l'Ordre des Médecins doit en avoir communication [4].
- Mais il est plus souvent maintenant verbal. Il est alors à durée indéterminée. En cas de litige, les juges se référeront au contrat type du Conseil de l'Ordre. La contestation sur la durée de préavis, et les préjudices éventuels de la rupture pour les deux parties se feront sur cette même référence.

2- Clauses liées à la déontologie

- L'absence de subordination est à l'origine de ces clauses.
- Le secret médical, l'indépendance de prescription et de pratique professionnelle, le libre choix du patient sont les principaux articles.
- Il ne peut y avoir de clause de rentabilité.
- La permanence des soins est inscrite ; le principe des urgences et des gardes est organisé, d'autant plus si l'établissement participe à l'exécution du service public hospitalier.
- Le remplacement en cas d'absence ou de maladie.

En cas de litige, les juges se référeront au contrat type du Conseil de l'Ordre.

* Gynécologue obstétricien, administrateur du Syngof. Polyclinique du Beaujolais - 69400 ARNAS

3- Clauses liées à la sécurité de l'exercice professionnel, et aux contraintes imposées à la clinique

- Obligation d'une assurance en RCP couvrant précisément l'activité médicale.
- Dossiers médicaux dont les conditions sont définies dans le décret du 30.03.1992.
- Le contrat doit préciser les conditions de participation du praticien aux obligations de la clinique concernant la certification et l'évaluation médicale selon l'article L6113-3 du code de santé publique. Il en est de même pour la mise en œuvre des vigillances et de la lutte contre les infections nosocomiales.

4- Clauses financières

- Les frais de gestion des dossiers et des honoraires doivent être précisés. Le coût réel doit être la base des calculs.
- Honoraires : la facturation incombe à la clinique par l'intermédiaire du bordereau informatique de transmission dit "53404", transmis aux caisses d'assurance maladie. Les praticiens doivent s'organiser pour le recouvrement de leurs honoraires ; ou individuellement, ou dans le cadre d'un compte mandataire les regroupant au sein de l'établissement, voire par l'intermédiaire d'un GIE (Groupement d'Intérêt Economique). Les nouvelles conventions médicales interdisent que le compte mandataire soit au nom de la clinique ou de l'un de ses employés.
- La clinique reçoit des "forfaits couvrant les frais occasionnés par l'utilisation d'un secteur opératoire ou interventionnel avec mise à disposition des moyens techniques et humains à la réalisation des actes" selon le décret H 2001-356 du 23/04/2001. La prise en charge de l'aide opératoire incombe au praticien.
- Le principe de la transparence financière s'impose, et pourra être opposable.

3 - L'importance du contrat

Elle découle de tout ce qui vient d'être exposé, dans toute sa complexité, mais :

- Il organise l'exercice professionnel du médecin, il ne pourra pas être mis en défaut par la clinique en cas de contestation sur les dossiers, la permanence des soins, les gardes...
- Il protège le médecin pour les clauses financières, les concurrences, les préavis, la rupture du contrat..
- Il sera la base retenue par les tribunaux face à la clinique.
- Le médecin devra rencontrer la CME en cas de difficulté lors de sa négociation avec la clinique.
- La complexité du contrat nécessite l'aide d'une aide juridique spécialisée lors de sa négociation. L'investissement ne sera jamais regretté [4].

4 - Les problématiques en suspens

- Les cliniques ne proposent souvent plus de contrat. Le contrat du Conseil de l'Ordre des Médecins sera alors la base dans un éventuel conflit, avec ses imprécisions quant à l'exercice spécifique du médecin mis en cause.
- Voire, les cliniques proposent un contrat dont certaines clauses sont très en retrait évident par rapport au contrat du Conseil de l'Ordre.
- Le compte mandataire, encore effectif dans de nombreuses cliniques, doit disparaître au profit d'un GIE lourd à mettre en place.
- Les juges sont tentés de protéger l'exploitation de la clinique par rapport à un montant d'indemnisation qui paraîtrait important.
- L'accès des sages-femmes libérales aux plateaux techniques remet en cause nos pratiques et nos contrats. Certains contrats proposés ne font aucune mention des relations médicales avec les équipes en places et avec les médecins responsables de la garde. D'autres contrats ont été rédigés essentiellement dans l'esprit du système de soins des hôpitaux. Ce dernier point doit être abordé dans sa globalité par notre spécialité.

5 - Conclusion

La négociation, puis la signature d'un contrat écrit médecin-clinique sont indispensables et s'imposent légalement, et ce avant le début de l'activité. Seront ainsi favorisées la sécurité, la sérénité et l'efficacité du travail tout au long de l'exercice professionnel. Il existe maintenant un déséquilibre en défaveur des médecins, les groupes de cliniques proposant volontiers des contrats en retrait par rapport au contrat type du Conseil National de l'Ordre des Médecins. C'est le rôle des syndicats de médecins de faire avancer les négociations bloquées depuis trop longtemps.

6 - Bibliographie

- 1- Clément - Médecin libéral ou salarié, les deux modes d'exercice dans le secteur privé lucratif - Profil Médecin 17.08.2016
- 2- Le contrat d'exercice entre le médecin et la clinique - Commission plateaux techniques - Les feuillets de l'URMLA 10.2005
- 3- Ordre National des Médecins, Conseil national de l'Ordre: contrat entre praticiens et cliniques privées
- 4- La lettre d'Asspro scientifique - Contrat médecins cliniques : ce qu'il faut savoir - P. Cohen 06/2014

La prévention du risque

Le travail en équipe

F. X. BOYER de LATOUR*

Les directions de nos établissements doivent accepter que cette prévention du risque soit incorporée au temps de travail, qu'elle a donc un coût qui doit être accepté et budgétisé.

Actuellement nous médecins, aussi bien hospitaliers que libéraux, sommes exposés à deux risques différents :

- La faute médicale
- Le risque médico-légal qui accompagne, maintenant, tous nos gestes.

Ces deux risques ne sont pas nécessairement liés, en effet une erreur médicale peut ne pas entraîner une plainte ou une demande de réparation, et à l'inverse un geste médical bien conduit peut entraîner une demande de réparation pouvant aboutir à une indemnisation, si la réalisation de cet acte médical ne s'est pas entourée des précautions juridiques, et notamment de l'information nécessaire.

Dans un premier temps nous verrons comment tenter de nous prémunir de la faute médicale, puis du risque médico-légal, et enfin nous évoquerons le rôle de l'ONIAM.

1 - Faute médicale

Le traitement de cette faute ne peut être que préventif : Comment éviter sa survenue ? Elle reste ou devrait rester notre obsession, car la faute médicale, qu'elle ait des conséquences graves ou non, est toujours évitable. Et pour reprendre une formule célèbre, en cas de faute et d'action judiciaire, nous sommes coupables et responsables. La faute est rarement le fait d'un seul acteur, mais le plus souvent secondaire à un concours de circonstances où les intervenants sont nombreux.

Nous travaillons actuellement tous en équipe, même pour la chirurgie où l'acte ne repose pas uniquement sur le chirurgien, mais aussi sur les médecins anesthésistes, la sur-

veillance postopératoire immédiate et à distance. Cela est encore plus évident pour l'obstétrique qui, avec le système des gardes, nous contraint en outre à prendre en charge des patientes que nous ne connaissons pas, suivies dans le service ou par d'autres confrères. L'obstétrique pose en outre un problème des relations avec les sages-femmes. L'équipe comprend également le personnel paramédical qui dépend de l'administration de nos établissements.

Comment donc en équipe prévenir ces risques ?

Convaincre les membres de l'équipe que ce travail n'est pas une perte de temps est probablement le plus difficile. En effet, ce n'est pas du temps consacré directement aux soins, et nous sommes tous surchargés de soins médicaux à accomplir. Sans compter que, en exercice libéral, aucune rémunération n'est prévue pour ce temps de travail supplémentaire. De même les directions de nos établissements sont impliquées, et elles doivent accepter que cette prévention du risque soit incorporée au temps de travail (et pas en plus de celui-ci), qu'elle a donc un coût qui doit être accepté et budgétisé.

La liste des actions souhaitables n'est pas exhaustive, mais ce qui suit semble le minimum et surtout ces actions doivent être régulièrement menées.

1. Rédaction et mise à jour des protocoles,
2. Communication dans l'équipe,
3. Discussions de dossiers,
4. Partage des connaissances,
5. Suivis d'indicateurs.

• Rédaction et mise à jour régulière des protocoles.

Ceci vaut pour les situations particulières de l'obstétrique et connues : grossesses prolongées, RCIU, prise en charge des hémorragies du post partum, prise en charge de la menace d'accouchement prématuré, utérus cicatriciels etc.

Mais cela est également indispensable en chirurgie, avec des points clés qui sont sources d'erreur : check-list, transmission des informations, détermination de ce qui est de la compétence du médecin anesthésiste et du chirurgien, détermination des conditions de la surveillance postopératoire à court et moyen terme.

* Gynécologue obstétricien, Vice-Président du Syngof

La faute médicale, qu'elle ait des conséquences graves ou non, est toujours évitable.

Les situations à risque élevé doivent être étudiées sans les éluder : week-end, nuits, congés, transferts.

Ces protocoles de soins doivent tenir compte des recommandations de l'HAS, de l'INCa, et des sociétés savantes : CNGOF, SFAR, etc. et être mis à jour régulièrement.

• **Communication dans l'équipe :**

En obstétrique réunions, au moins, hebdomadaires pour étudier les grossesses présentant un risque particulier pour l'accouchement. En pratique toutes les parturientes qui ne sont pas classées à bas risques. Le mieux étant de déterminer par avance les patientes à risques pour éviter toute confusion.

Accès de tous et à toute heure à tous les dossiers, d'où l'importance de dossiers informatisés.

De façon plus large définir des modalités d'appel par exemple standardiser la lecture du RCF, déterminer les appels téléphoniques entre sages-femmes et médecins, déterminer qui doit être appelé entre chirurgien et anesthésiste, etc.

• **Réunions de discussions de dossiers :**

RMM (réunion de morbi-mortalité). Elles sont impératives. Il faut insister sur l'anonymisation des dossiers lorsque cela est possible (en pratique très difficile dans les petites structures), et sur le fait que les discussions ne doivent jamais être des règlements de compte, mais doivent aboutir à la création de barrières afin d'éviter que les incidents identiques ne puissent plus se reproduire quel que soit le personnel humain au travail. Outre des RMM toutes les déclarations d'événement indésirable graves (EIG), ou d'événement porteur de risque (EPR) doivent être discutées en commun. Il y a souvent plus d'enseignements à tirer d'un EPR que d'un EIG où la note dramatique entrave souvent une analyse froide.

• **Partage des connaissances :**

Réunion de lectures ou de comptes rendus de congrès de façon à faire circuler l'information entre confrères, DPC collectif.

• **Suivi d'indicateurs à définir pour chaque équipe.**

Ces indicateurs vont varier d'un établissement à l'autre, mais ils sont indispensables à définir et à surveiller si l'on veut progresser dans la qualité de l'exercice de notre art. Travail essentiel variable selon les problématiques des équipes qui nécessite un choix (donc travail de sélection), puis une étude locale, et enfin des axes pour améliorer les pratiques de chacun.

En conclusion de ce travail nécessaire en équipe, on comprend que le principal écueil est le temps que ce travail nécessite, ainsi que la participation de tous en dépit des différences de chacun : caractère, exercice privé, ou public (ou les deux), âge, secteurs d'activité différents, secteurs 1 ou 2, etc.

Bien sûr ce travail collectif doit se greffer à notre travail personnel de mise à jour régulière de nos connaissances médicales. En obstétrique les médecins libéraux connaissent bien ces programmes auxquels la plupart d'entre eux sont soumis depuis que l'accréditation par les organismes agréés

(Gynerisq pour nous) entraîne une prise en charge d'une partie importante de nos primes d'assurances en responsabilité civile professionnelle.

Ce travail personnel repose sur 4 axes principaux :

- La déclaration d'événements indésirables liés aux soins qu'ils soient graves ou non. Bien souvent il est confondu : Événement indésirable grave (EIG), et événement porteur de risque (EPR).
- Mettre en œuvre des recommandations.
- Participer à des activités.
- S'auto-évaluer à travers des bilans annuels.

2 - Risque médico-légal

Un grand fantasme des médecins qui redoutent ce risque sans réellement le connaître et l'apprécier. Combien de fois n'a-t-on pas entendu : Il n'y aura personne pour t'apporter des oranges en prison ! Cette phrase résume à elle seule la méconnaissance des problèmes médico-légaux auxquels nous pouvons être confrontés.

Pour les expliquer brièvement un rappel grossier et rapide du droit français est indispensable. En France il existe deux types de juridiction qui peuvent nous concerner : les juridictions pénales et civiles. A côté de ces juridictions il existe une voie de conciliation : les Commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux : CCIAM ex CRCI ou CCI.

• **Les juridictions pénales** ont pour but de sanctionner des fautes, de punir. En clair en cas d'infractions au Code pénal, des sanctions sont prévues. Par exemple si je blesse ou je tue involontairement une personne je suis passible de peine de prison ou d'amende pour me punir de ma faute. Ces juridictions n'ont pas pour but d'indemniser les victimes, elles peuvent le faire mais cela est accessoire. Bien entendu les peines infligées par ces juridictions ne peuvent pas être couvertes par une assurance. On voit d'emblée que les plaintes au pénal concernant les médecins ou les établissements hospitaliers sont rares puisque le plaignant n'a rien à y gagner. Il ne peut s'agir que de plaintes pour savoir ce qui s'est réellement passé (c'est le cas le plus fréquent), ou de vengeance contre telle ou telle personne. Tous les médecins libéraux ou hospitaliers sont susceptibles d'être l'objet de telles plaintes mais elles sont, heureusement exceptionnelles.

• **Les juridictions civiles** ont pour but de réparer un éventuel dommage. Il ne s'agit pas dans ce cas de sanctionner mais de réparer un dommage dont nous serions jugés responsables. En droit français la réparation doit être complète. Bien entendu en médecine, il est impossible souvent de retourner à l'état antérieur (au maximum, on ne peut pas ressusciter un mort !), mais la réparation financière tendra à prendre en charge la totalité du dommage et des frais qui en découlent. C'est ce qui explique l'importance des conséquences pécuniaires d'un traumatisme néonatal, qui devra indemniser l'enfant, mais aussi prendre en charge la totalité des soins tout au long de la vie de l'enfant.

Pour un médecin exerçant en médecine libérale, il est directement mis en cause, mais les indemnités seront à la charge de la compagnie d'assurances auprès de laquelle il a souscrit une assurance en responsabilité civile professionnelle. Les tribunaux compétents sont les tribunaux de grande instance, puis les cours d'appel, puis la cour de cassation. En cas d'exercice dans un hôpital public ou assimilé ce sont les compagnies assurant les établissements de soins qui assurent l'indemnisation, les médecins impliqués ne sont pas directement mis en cause. Les tribunaux compétents sont les tribunaux administratifs, puis les cours d'appel administratives, et enfin de Conseil d'État.

Les réparations financières sont donc toujours à la charge des assurances en responsabilité civile. Ce sont donc elles qui assurent notre et leur défense, et pas toujours dans le sens que nous souhaiterions.

- **CCIAM** fonctionne un peu comme les juridictions civiles mais dans un cadre moins contraignant et surtout très rapide. Notre responsabilité est mise en cause de la même manière que dans les juridictions civiles, et là encore les indemnités sont à la charge de nos compagnies d'assurances en responsabilité civile professionnelle des praticiens en exercice libéral et des hôpitaux en cas d'exercice en secteur hospitalier.

On voit bien évidemment que nos responsabilités sont le plus souvent mises en cause dans les 2 derniers cas : juridictions civiles et CCIAM. Dans ces juridictions, nous ne risquons jamais de sanctions pénales : prison ou amende qui ressortent donc du fantasme pur. Lorsque des réparations pécuniaires sont décidées, elles sont prises en charge par nos assurances en RCP. Ceci étant acté et compris comment notre responsabilité peut-elle être retenue, et donc comment nos assurances peuvent-elles être amenées à payer les indemnités ? Cette question n'est pas accessoire, car si notre responsabilité est retenue, nos primes (ou celle des hôpitaux) vont augmenter... Ces indemnités seront décidées si une faute a été retenue à notre rencontre. Il existe deux types de fautes différentes : les fautes techniques et les fautes éthiques.

- **En cas de faute médicale** que l'on peut qualifier de faute technique prouvée, notre responsabilité sera toujours retenue et l'indemnisation coule de source. C'est l'erreur médicale, la mauvaise prise en charge d'une pathologie, la maladresse chirurgicale, le retard de soins etc. Celle que nous redoutons tous. D'où la nécessité impérieuse d'éviter cette responsabilité. Il faut bien comprendre que, dans l'immense majorité des cas, il ne s'agit pas d'une faute évidente et volontaire. Bien souvent c'est la conjonction de plusieurs petits détails qui amènent à la faute, notamment dans les situations à risques : changement d'équipe, la nuit, mauvaise communication entre professionnels +++ (relation avec les sages-femmes et les infirmières), congés. On comprend dès lors l'importance de la prévention en équipe des situations à risque. Mais notre responsabilité peut être également mise en cause sans faute médicale dans des fautes que l'on peut

qualifier de faute éthique. C'est principalement le défaut d'information qui peut être considéré comme une faute, notamment si ce défaut d'information avait permis à la patiente de se soustraire à l'acte médical ayant entraîné le dommage. Ceci est particulièrement vrai dans la chirurgie fonctionnelle, mais aussi en obstétrique dans certaines situations à risque où des choix entre voie basse et césarienne sont possibles (ex : utérus cicatriciel, siège, grossesse gémellaire, RCIU). L'information doit porter sur les complications les plus fréquentes, et les plus graves même si elles sont exceptionnelles. La preuve de cette information reste à la charge du praticien. Elle doit être donnée oralement du praticien au patient et doit être comprise. Pour conforter cette preuve les documents signés de la main du patient sont intéressants mais pas suffisants (un document signé ne signifie pas qu'il a été compris et que les explications données ont été suffisantes pour la compréhension dudit document). **Les meilleurs éléments pour se prémunir contre le défaut d'information semblent être les suivants :**

- Remise d'un document explicatif dont un double est gardé.
- Lettre au médecin traitant dans laquelle les conditions de l'acceptation de l'intervention du patient sont relatées, en précisant les complications les plus fréquentes et les plus graves.
- Délai de réflexion laissé au patient avant de se décider pour l'intervention.

Tous ces éléments doivent être présents dans le dossier médical, et facilement accessibles, d'où l'importance de sa bonne tenue, bonne tenue qui exclut quasiment, de fait, les dossiers manuscrits.

Une nouvelle responsabilité peut être mise en cause depuis quelques années : **le préjudice d'impréparation**. Ne pas avoir averti une patiente d'une complication possible, ne lui avoir permis de se préparer à cette éventualité, ce qui est considéré comme préjudiciable. Ce préjudice est maintenant systématiquement invoqué dans les défauts de diagnostic anténatal de malformation détectable en échographie avant la naissance. Effectivement le praticien n'est pas responsable de la malformation dont l'enfant est porteur. En revanche ne pas avoir permis aux parents de se préparer à la survenue d'un enfant handicapé est indemnifiable. La meilleure prévention possible dans ce cas me semble être de demander des échographies de deuxième intention dès qu'une anomalie même mineure semble possible.

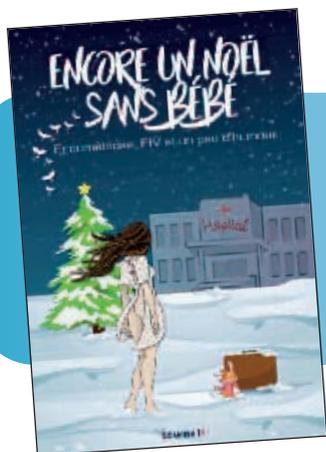
3 - Rôle de l'ONIAM (office national d'indemnisation des accidents médicaux)

Depuis mars 2002 la loi Kouchner a organisé l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux. L'ONIAM est un organisme financé et dépendant de l'assurance maladie qui prend en charge l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux et

des infections nosocomiales au-delà d'un certain seuil de gravité, et à condition qu'aucune faute médicale ou d'information n'ait été retenue par les juridictions civiles ou les CCIAM. On voit bien l'avantage pour les victimes qui sont indemnisées par la solidarité nationale. En revanche l'absence de faute ne peut être démontrée que par un jugement étayé par une expertise médicale. Ainsi cette possibilité d'indemnisation, si elle soulage les patients et les compagnies d'assurances augmente le risque de dépôts de plainte contre les établissements et les praticiens, et rend plus fréquentes nos comparutions devant des experts même si au final les condamnations seront moins fréquentes.

En conclusion, je dirai que les actions en justice restent heureusement rares et que les condamnations le sont encore plus, et dans l'immense majorité des cas elles ne mettent en cause que notre responsabilité civile et non pénale. Nous ne devons, donc, pas vivre dans l'angoisse des procès, mais plus dans celle de la survenue d'une erreur médicale.

Mais cela n'est pas nouveau, cela a même été de tout temps la difficulté de notre art. La prévention de ces fautes passe par un travail en équipe qui nécessite du temps et l'investissement de tous.



Auto-édition : Librinova, LaFnac, Amazon
Septembre 2017 – 101 pages

Encore un Noël sans bébé

Endométriose, FIV et un peu d'humour

Edwine H

11,99 €
ebook 2,99 €

A 36 ans, Edwine H souhaite fonder une famille.

A l'approche de ses 40 ans, elle relate dans ce livret la transformation de ce projet de vie en lutte acharnée pour obtenir cet enfant désiré.

Elle décrit avec humour ses espoirs et ses échecs face à l'endométriose, la chirurgie, la PMA et le labyrinthe administratif de l'adoption.

Beau témoignage de femme.

<https://www.librinova.com/librairie/edwine-h/encore-un-noel-sans-bebe-1>

Elisabeth PAGANELLI



Retrouvez les petites annonces
sur

www.syngof.fr

La construction du reste à charge

J. M. AUBERT*

Société QuintilesIMS**

L'assurance maladie obligatoire en France finance environ les trois quarts des dépenses de santé. Le quart restant est financé par les assureurs de santé complémentaires (Mutuelles, institutions de prévoyance et assureurs privés) et les ménages. Ce quart est composé de deux types de dépenses très différents juridiquement : l'achat de biens et de services de santé qui sont hors du champ du remboursement de l'assurance maladie et le reste à charge sur des biens et services dont le coût n'est pas remboursé à 100%.

Ce reste à charge a été l'objet de nombreux débats ces dernières années. Présenté souvent comme un obstacle à l'accès aux soins, certains ont plaidé pour sa limitation au travers d'un bouclier fiscal, d'autres pour sa réduction ou sa suppression à travers divers dispositifs juridiques. Ces débats oublient souvent la complexité même du reste à charge et les objectifs qui lui ont été assignés initialement. Nous allons rappeler les fondements du reste à charge et analyser comment cette construction "initiale" a évolué.

1 - Les fondements du reste à charge

Le terme de reste à charge regroupe en fait des participations financières très diverses qui sont résumées dans le tableau suivant. Cette complexité est une des raisons de la mauvaise compréhension qu'en ont les patients au moment d'acquitter le reste à charge.

Participations financières	Prise en charge dans le cas des contrats responsables
Ticket modérateur y compris ticket modérateur à l'hôpital	Pris en charge par les assurances complémentaires
Forfait journalier hospitalier	
Compléments d'honoraires et dépassements	Partiellement pris en charge par les assurances complémentaires
Tarification diverses notamment chambre particulière	
Participation forfaitaire par acte et franchise médicale	Pas de prise en charge

1.1 Le ticket modérateur et les franchises

Le ticket modérateur dans sa conception actuelle est défini pour la première fois dans la loi du 30 avril 1930. Il correspond à une participation financière des patients calculée en proportion du tarif des soins. Il avait pour objectif de responsabiliser l'assuré en évitant que les soins soient gratuits dans un but de modération de la consommation globale.

De nombreuses études et expériences naturelles ont montré que cette modération existe et dépend du montant de la participation directe du patient. Néanmoins, le résultat sur le système de santé fait débat du fait de plusieurs éléments. Tout d'abord, l'effet sur les consultations de prévention est plus important que sur les consommations de soins. Ensuite, il peut faire supporter des financements importants aux personnes atteintes de pathologies graves. Enfin, il peut entraîner un retard dans l'accès aux soins et une aggravation de la situation des patients.

Les ordonnances d'octobre 1945 qui créent la sécurité sociale reprennent ce concept de ticket modérateur. L'ordonnance du 19 octobre prévoit néanmoins une exonération pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée, les critères étant notamment le caractère régulier du traitement et son coût. D'autres exonérations ont été créées dans les années suivantes comme celles pour les actes médicaux et chirurgicaux les plus lourds et les prestations associées (décret du 20 mai 1955).

Le ticket modérateur concerne depuis l'origine tous les produits et prestations remboursés par l'assurance maladie. Il varie actuellement entre 20% du tarif pour les prestations hospitalières et 85% pour certains médicaments. Les produits et prestations délivrés en ville ont un ticket modérateur en général compris entre 30% et 40%.

Le remboursement du ticket modérateur est depuis longtemps la prestation de base de la plupart des contrats de couverture complémentaire. Avec la généralisation progres-

* Directeur, Patient engagement solutions, société QuintilesIMS. Diplômé de l'école Polytechnique et de l'Ecole Nationale des Statistiques et de l'Administration Economique, ancien directeur délégué à la gestion et l'organisation des soins de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAMTS)

** QuintilesIMS est une société d'envergure mondiale qui offre des services d'information et de soins de santé intégrés à des technologies.

sive de ces contrats¹, le ticket modérateur a perdu son sens initial. Il n'est plus qu'un outil de partage du remboursement des soins entre l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires.

C'est pourquoi plusieurs gouvernements ont cherché à rétablir des outils incitatifs à une modération de l'accès aux soins. En 1980, un ticket modérateur d'ordre social a été mis en place. Il a été supprimé au bout de 18 mois environ.

La loi du 13 août 2004 a créé une participation forfaitaire d'un euro sur chaque acte médical. Elle prévoyait que les contrats qui rembourseraient cette participation ne pourraient pas bénéficier des mêmes exonérations fiscales et sociales que les autres contrats.

La loi de financement pour la sécurité médicale a étendu cette participation financière en créant une franchise médicale de 50 centimes pour chaque boîte de médicament et pour chaque acte paramédical, ainsi qu'une franchise de 2 € pour chaque prestation de transport sanitaire.

1.2. Le forfait journalier hospitalier

Le forfait journalier hospitalier a été créé par la loi du 9 janvier 1983. Sauf exonération, notamment lors de l'accouchement et pour les personnes victimes d'accidents ou de maladies professionnelles, chaque patient s'acquitte d'une somme forfaitaire par jour d'hospitalisation.

La création du forfait journalier est un moyen de faire participer les patients aux frais occasionnés par leur séjour hospitalier. En effet, les personnes hospitalisées sont dans la plupart des cas exonérées de tout ticket modérateur du fait de l'existence d'actes coûteux pendant leur séjour. Le forfait journalier hospitalier devient alors de fait seule participation financière si elles ne bénéficient pas de service spécifique.

1.3. Dépassements tarifaires

Il existe deux catégories de dépassements tarifaires, les dépassements sur certains dispositifs de santé et les dépassements sur certains actes médicaux et dentaires.

Dispositifs de santé

Les dépassements sur les dispositifs sont liés à la réglementation de ces dispositifs. Ces dépassements ont été créés en 1945 et étaient prévus pour permettre aux patients une certaine liberté dans le choix de ces dispositifs, tout en assurant le financement d'une prestation de base. Ils concernaient et concernent encore majoritairement les dispositifs optiques.

Le code de la sécurité sociale prévoit la fixation d'un tarif de remboursement tenant compte notamment de l'amélioration du service médical rendu et des prix des dispositifs comparables (article R165-14). Par ailleurs, le comité économique des produits de santé peut fixer un prix de vente quand il le juge nécessaire pour un égal accès aux soins. Ce prix de vente est égal normalement au tarif de remboursement, ce qui permet aux patients d'être remboursés intégralement s'ils sont exonérés du ticket modérateur.

Pour certaines catégories, en particulier les dispositifs optiques, les audioprothèses et les fauteuils roulants, aucun

prix limite de vente n'est fixé. Dans ces conditions, en plus de l'éventuel ticket modérateur, l'écart entre le prix limite de vente et le tarif de la sécurité sociale est à la charge du patient et de son assurance complémentaire.

Actes médicaux et dentaires

Les dépassements éventuels des actes médicaux et dentaires sont prévus dans les conventions correspondantes passées par les professionnels et l'assurance maladie.

Depuis la convention médicale de 1980, il existe deux secteurs conventionnels, le secteur 1 dans lequel les médecins s'engagent à respecter les tarifs conventionnels en échange d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales, et le secteur 2 dans lequel les médecins sont libres de fixer leurs honoraires.

La convention dentaire de son côté impose le respect des tarifs conventionnels uniquement pour les soins conservateurs. Le prix des soins prothétiques à une exception près est libre, l'assuré étant remboursé en fonction du tarif conventionnel.

2 - Une évolution du concept de reste à charge qui a conduit le débat à se focaliser sur la question des différences entre prix et tarif de remboursement

Deux concepts de reste à charge doivent être distingués : le reste à charge après prise en charge de l'assurance maladie, financé par les ménages et les assurances santé complémentaires, et le reste à charge "ultime" après intervention des assurances santé complémentaires.

La différence entre ces deux types de reste à charge est composée très majoritairement du ticket modérateur et du forfait hospitalier, et pour une part minoritaire de la part des dépassements d'honoraires et de tarifs des produits de santé pris en charge par les assurances santé complémentaires.

De la volonté des législateurs en 1945 d'utiliser le reste à charge comme un modérateur de la dépense de soins, il ne reste dans le système actuel plus grand-chose. Sa prise en charge quasiment complète par les assureurs complémentaires, quand les patients ne sont pas exonérés, n'est pas remise en cause. De nombreux commentateurs considèrent aujourd'hui en effet, qu'il conduirait à une aggravation de la dépense de santé et de l'état de santé en retardant les soins les plus utiles, même si la littérature scientifique est peu concluante.

Seule la participation forfaitaire sur les actes médicaux et la franchise sur les boîtes de médicaments et les actes para-

¹ - En 2016, en intégrant la couverture maladie universelle, 94% des français disposent d'une assurance complémentaire.

médicaux demeurent. Mais la complexité de leurs recouvrements rend très difficile leur compréhension par les patients et donc probablement assez faibles leurs impacts. Ainsi, le débat public se focalise aujourd'hui essentiellement sur le reste à charge ultime composé en fait essentiellement des dépassements et du coût des produits et des soins non remboursés.

2.1. Une évolution du reste à charge plutôt en ligne avec celui des dépenses de santé malgré les politiques d'économies

Le reste à charge avant prise en charge par les assurances complémentaires a évolué au même rythme que la dépense de santé entre 2001 et 2015 : il atteignait 21,8% de la consommation de soins et biens médicaux au début et à la fin de la période. [1]

Structurellement, ce reste à charge a tendance à se réduire car le nombre de patients exonérés de ticket modérateur et leurs dépenses croissent relativement rapidement. Mais plusieurs facteurs ont contrecarré cette évolution : diminution du taux nominal de remboursement de certains soins et produits, par exemple la création du taux de remboursement de 15% pour le médicament, l'introduction de la participation financière et des franchises, ainsi que la croissance des dépassements.

L'évolution du reste à charge ultime au cours des vingt dernières années a été plus faible que celle des dépenses de santé. D'après les comptes de la santé [1], la participation directe des ménages ("le reste à charge ultime") s'est réduit de 9,7% de la consommation de biens et de soins médicaux en 2001 à 8,4% des dépenses de santé en 2016. La principale cause de réduction de ce reste à charge ultime est la montée en gamme du contrat d'assurance santé complémentaire moyen, la proportion d'assurés ayant peu varié. La création de la participation forfaitaire et des franchises, qui ne peuvent pas être prises en charge par la plupart des contrats, ainsi que la hausse des dépassements ont ralenti cette diminution relative.

La question des causes de la hausse des dépassements est débattue entre les autorités et les professionnels. Les autorités la jugent parfois illégitimes alors que les professionnels considèrent qu'elle est la conséquence de la trop faible évolution des tarifs de la sécurité sociale.

Il est clair que dans le domaine de l'optique, même s'il est possible que les prix soient trop élevés en France comparés à ceux qui existent dans des États voisins, le tarif de remboursement est extrêmement faible et n'a pas évolué.

Dans le domaine dentaire, la participation directe actuelle des patients atteint un tiers de la dépense malgré une participation partielle des assureurs complémentaires. Il est toujours possible de discuter du niveau légitime des revenus des professionnels (102 000 € en moyenne pour les chirurgiens-dentistes en 2011) mais jamais dans ces proportions.

La question des dépassements médicaux fait aussi débat. Dans les années 1990, les tarifs ont peu évolué, malgré l'in-

flation. L'introduction de la CCAM et de certains suppléments de tarifs ont modifié la situation. Malgré cela, les dépassements ont poursuivi leur augmentation.

L'analyse des revenus des médecins ne permet pas de trancher complètement ce débat. Tout d'abord, les revenus des médecins de secteur 2 sont supérieurs de 1/6e à ceux des professionnels qui respectent les tarifs de la sécurité sociale, ce qui pourrait conduire à considérer que si le dépassement apporte un supplément de revenu, il n'apparaîtrait pas essentiel pour assurer un revenu significatif. D'un autre côté, le revenu des chirurgiens en secteur 2 (183 000 €) était inférieur à celui des radiologues en secteur 1 (186 000 €), ce qui peut être le signe d'une adaptation imparfaite des tarifs aux conditions économiques.

	Revenu 2011 [2]
Omnipraticien	87 000 €
Autres spécialistes	133 500 €
- Secteur 1	125 000 €
Secteur 2	145 600 €
Salaire net moyen des Français	25 500 €
PIB par habitant	40 500 €

Plus globalement, selon l'OCDE, les spécialistes libéraux ont un revenu équivalant à 3,7 fois le revenu moyen des Français. Ce rapport se trouve plutôt dans le bas de la fourchette des pays comparables.

2.2. Un reste à charge ultime des patients relativement faible mais concentré sur quelques activités

Le reste à charge ultime apparaît en moyenne relativement faible comme le montrent les données de l'OCDE, qui sont les données existantes les plus fiables pour comparer les systèmes de santé.

L'OCDE utilise le concept de paiement direct par les ménages qui regroupe reste à charge ultime et achat de soins non remboursés. Le paiement direct par le patient en France est le deuxième plus faible de tous les pays de l'OCDE. Le paiement direct d'un Français s'élevait à 7% du coût des soins et biens médicaux en 2013² [3], le reste de la dépense étant pris en charge par l'assurance maladie, les assurances complémentaires et pour une part relativement négligeable par les autres administrations publiques. Le paiement direct d'un Néerlandais s'élevait à 5% du coût des soins. Dans les autres pays, il était toujours supérieur à 10% : 10% pour un Anglais, 13% pour un Allemand, 15% pour un Suédois.

Malgré ce niveau relativement faible, le reste à charge ultime peut parfois être un obstacle aux soins car il est concentré sur un nombre limité de soins, notamment les soins dentaires, certains soins médicaux, les soins optiques et les audioprothèses. En ce qui concerne, les soins de spécialistes cela dépend fortement des spécialités et des régions, notamment à cause de la disparité de la proportion de spé-

2 - Les agrégats utilisés par l'OCDE sont légèrement différents de ceux utilisés dans les comptes de la Santé produit par la Direction de la Recherche, de l'Evaluation, des Etudes et des Statistiques afin d'assurer une

cialistes en secteur 2 et de l'offre hospitalière publique qui peut constituer une solution alternative sans reste à charge non couvert par les assurances complémentaires.

2.3 La politique de lutte contre le reste à charge

Au cours des dernières années, de nombreuses mesures ont été prises afin de tenter de limiter le reste à charge ultime des ménages. Ces mesures s'articulent autour de 2 axes : la généralisation de la couverture complémentaire et la régulation des niveaux de dépassement.

Généralisation de la couverture santé complémentaire

Une faible proportion de la population ne dispose d'aucune couverture santé complémentaire. En outre, les tarifs ont tendance à augmenter notamment en ce qui concerne les assurances santé individuelles, ce qui pourrait faire craindre un mouvement de démutualisation pour l'instant non observé.

L'accord national interprofessionnel signé par les partenaires sociaux oblige l'ensemble des entreprises du secteur privé à offrir à leur salarié une couverture obligatoire à partir du 1er janvier 2016. Par ailleurs, les aides à l'acquisition d'une couverture complémentaire pour les ménages à revenus modestes ont été modifiées pour mieux prendre en compte la variabilité des tarifs.

Il est encore difficile d'évaluer l'impact de cette politique. Néanmoins, sans mesure coercitive, il sera probablement difficile d'arriver à une généralisation complète, certains assurés pouvant considérer comme peu avantageux d'acquiescer une assurance santé eu égard à leur risque personnel.

Régulation des niveaux de dépassement

La régulation des niveaux de dépassement est passée par la création d'options conventionnelles pour les médecins libéraux et une régulation de la prise en charge des dépassements par les assurances santé complémentaires. Les options conventionnelles ont été créées par la convention passée entre l'assurance maladie et les organisations représentatives des médecins libéraux. Les professionnels qui choisissent d'adhérer à ces options s'engagent à limiter leurs dépassements en contrepartie d'avantages tarifaires.

Elle passe aussi par la régulation des contrats d'assurance santé complémentaire dans l'espoir de limiter les dépassements d'honoraires et les prix des dispositifs en plafonnant le remboursement par les assurances santé complémentaires. Le dispositif de contrat "responsable et solidaire" encadre la prise en charge des contrats complémentaires en contrepartie d'exonérations fiscales et d'exonérations de cotisations sociales pour les contrats collectifs. La création de contrat "surcomplémentaire" peut permettre de contourner un peu le dispositif : l'assuré peut disposer d'un contrat complémentaire responsable et solidaire exonéré et d'un contrat "surcomplémentaire" peu coûteux qui prend en charge les dépassements au-delà des maximums prévus par le contrat complémentaire.

Cette politique de régulation nécessite de trouver des compromis avec les professionnels et des solutions financières car le coût global des dépassements est significatif et leur

prise en charge partielle aura un impact sur le budget de l'assurance maladie et le coût des assurances santé.

Cette politique pose aussi deux autres questions, celle de l'homogénéité des prix et celle du niveau correct de ces prix. L'existence de dépassement a permis aux prix des actes et des dispositifs concernés de prendre en compte des différences territoriales et des différences comportementales. Par exemple, les prix sont en général supérieurs au cœur des grandes agglomérations. Les patients peuvent privilégier le recours à l'hôpital, au médecin de secteur 1 ou au médecin de secteur 2. Pour l'optique ils peuvent vouloir aussi acheter une monture de marque ou non.

Réguler les dépassements passe probablement par une réduction de cette hétérogénéité et donc par une réduction de l'adaptabilité des prix aux préférences individuelles et aux différences de coûts.

Cela nécessite aussi d'estimer quel serait le niveau correct des prix. Les autorités ont peu d'outils pour évaluer ce niveau et des contradictions peuvent exister entre la recherche des prix les moins élevés possible pour des raisons budgétaires et la notion de la juste rémunération.

L'exemple de la chirurgie est à ce sujet une parfaite illustration car il existe un secteur public dans lequel les dépassements restent assez exceptionnels et un secteur privé dans lequel les professionnels facturent très couramment un dépassement³.

Ces dépassements sont régulièrement dénoncés comme étant trop élevés.

Or, malgré ces mêmes dépassements, des différences importantes de financement des soins chirurgicaux et obstétricaux subsistent au détriment du secteur privé. Les efforts de convergence et le travail de clarification des financements menés par l'Etat depuis 10 ans, notamment en ce qui concerne les missions d'intérêt général, n'ont pu les gommer. La société QuintilesIMS a mené une étude pour l'Union Collégiale [4] dans l'objectif de dresser un panorama des différences de financement entre les secteurs publics et privés. L'étude a couvert les financements liés directement à l'activité et les autres sources de financement. En ce sens, elle complète les études publiées au cours des dernières années sur ce sujet.

L'étude s'est concentrée sur l'activité de chirurgie et d'obstétrique à travers une liste de 248 actes traceurs établis par l'Union Collégiale. L'intérêt de cette restriction est qu'elle correspond à des activités réalisées significativement par les deux secteurs⁴.

3 - Les différences de tarifications sont nombreuses et non limitées à des situations dans lesquelles des offreurs de soins sont soumis à des réglementations différentes. L'analyse pourrait s'étendre à toutes les situations où il existe des processus de soins différents ayant la même finalité.

4 - Les établissements privés à but non lucratifs ont dans cette étude été assimilés à des établissements publics dès lors que les règles de tarification à l'activité sont les mêmes pour ces deux types d'établissement. Néanmoins, il peut exister des différences pour les autres financements mais peu de données sont disponibles.

La première différence et probablement la plus contestable d'un point de vue d'équité entre les établissements est la différence de niveau des tarifs des soins. Même en intégrant les honoraires et les dépassements, elle reste significative. Ainsi, l'application sur le seul champ de la chirurgie et de l'obstétrique des tarifs privés aux établissements publics pourrait générer une économie de l'ordre de 600 M€. La prise en compte des dépassements ne modifie d'ailleurs cette analyse qu'à la marge.

	Activité de chirurgie et d'obstétrique sélectionnée (avec dépassements privés) <small>Participation Assurance Maladie</small>
Dépenses actuelles pour les séjours sélectionnés	7 004 088 921 €
Dépenses correspondant à l'ensemble des séjours tarifiés au tarif public	7 339 660 959 €
Dépenses correspondant à l'ensemble des séjours tarifiés au tarif privé	8 679 820 621 €
(100% public) - (100% privé)	653 736 378 €
Dépense supplémentaire si les tarifs publics étaient adoptés pour les séjours privés	329 497 048 €
Economie réalisée si les tarifs privés étaient adoptés pour les séjours publics	- 324 279 330 €

En ce qui concerne les autres financements, les différences sont encore plus importantes. Les financements des missions d'intérêt général et de l'accompagnement sont très majoritairement versés aux établissements publics (près de 99%). Cela s'explique bien sûr d'abord par la réalisation quasi exclusive par les établissements publics des missions d'intérêt général, que cette situation résulte de textes réglementaires ou des pratiques des autorités et des établissements. La question de l'accompagnement des établissements pourrait être plus discutée puisque les financements sont d'abord liés aux projets d'investissement et aux conditions économiques des établissements. Les pratiques actuelles conduisent à un accompagnement plus important des établissements publics. L'enjeu de cette répartition apparaît significatif, y compris si l'on ramène ces financements à la seule activité chirurgicale et obstétrique. Cette question de l'accompagnement représente l'équivalent de 4% des tarifs des actes sélectionnés.

Les financements du Fonds d'intervention régionale apparaissent aussi très concentrés sur les établissements publics, là aussi du fait des missions réalisées par les établissements, notamment la participation à la permanence des soins structurée par les agences régionales de santé (ARS).

Les professionnels concernés pourraient s'appuyer sur cette étude et sur les précédentes qui concluent en général dans

le même sens pour légitimer leur niveau de dépassement, voire revendiquer des tarifs plus élevés.

3 - Conclusion

Lors de la création de la sécurité sociale, le reste à charge était considéré comme un outil de régulation de la demande de soins. Le développement de la couverture complémentaire et la création des contrats "responsables" puis "responsables et solidaires" ont supprimé l'effet du ticket modérateur.

Ils ont conduit aussi à concentrer le reste à charge ultime, celui financé directement par le patient, sur quelques catégories de soins et de dispositifs médicaux dans lesquels des dépassements entre prix et tarifs de remboursements sont légaux et existent. Cette concentration induit certaines difficultés quant à l'accès aux soins concernés.

Les autorités tentent donc aujourd'hui de réduire ce reste à charge ultime en régulant les dépassements et leur prise en charge.

L'optimisation de cette régulation devrait passer par une réflexion sur la manière de prendre en compte les différences économiques territoriales mais aussi l'hétérogénéité des préférences des patients, l'exemple de l'optique étant probablement le plus illustratif.

Elle devrait intégrer aussi la recherche d'un prix considéré comme équitable par l'ensemble des acteurs. Il serait nécessaire de s'interroger sur les différences de conditions tarifaires et de financement entre les différents offreurs de soins et plus largement entre les différents parcours de soins.

Références

- 1- Les dépenses de santé en 2015 - Résultats des comptes de la santé - DREES, Ministère des Solidarités et de la Santé - septembre 2016
- 2- Portrait des professionnels de santé Edition 2016 - DREES, Ministère des Solidarités et de la Santé - Avril 2016
- 3- Panorama de la Santé 2015 - OCDE - Novembre 2015
- 4- Etude comparative des financements et de l'efficacité en hôpital public et clinique privée QuintilesIMS - Mars 2017.

Décisions administratives et judiciaires

nous avons choisi de vous présenter des commentaires d'arrêts de juridictions administratives et judiciaires provenant de trois cabinets d'avocats différents : Maître Georges LACOEUILHE, Maître Constance TRANNIN, Maître Hannah CHEREAU et Maître Olivier LECA qui ont l'amabilité de collaborer avec notre revue.

Ils éclairent de façon différente et complémentaire l'information que nous devons apporter à nos patientes.

Dr BOYER de LATOUR
Dr de ROCHAMBEAU

De l'obligation de surveillance de ses internes pesant sur le chef de service obstétricien

Maître Hannah CHEREAU

C'est ici un arrêt rendu par le **Conseil d'Etat le 26 octobre 2017 n° 3934456** qui intéressera les gynécologues obstétriciens travaillant en qualité de praticien hospitalier.

Les faits tels que rappelés dans l'arrêt étudié, étaient les suivants : un accouchement par voie basse avait lieu, le 27 mars 1991, au centre hospitalier de Montélimar, et l'enfant, né en état de mort apparent et placé immédiatement sous respirateur artificiel, conservera de graves séquelles neurologiques.

Si l'arrêt étudié est taisant sur les conditions exactes de l'accouchement, il est néanmoins précisé les éléments suivants, à l'origine, au moins partielle, des débats judiciaires qui s'ensuivront : l'accouchement avait en partie été suivi par un interne du service qui avait tenté des manœuvres d'extraction hors présence du chef de service. Ce dernier avait

cependant rejoint son interne et avait réalisé les dernières manœuvres permettant l'extraction de l'enfant.

A la suite de la saisine du tribunal administratif (compétent pour les actes réalisés au sein d'un service public hospitalier) par les parents de l'enfant et d'autres membres de la famille, deux expertises judiciaires avaient été successivement réalisées, concluant toutes deux au caractère adapté du choix d'un accouchement par voie basse.

Du reste, les seconds experts (et l'on ignore la position adoptée sur ce point par les premiers experts) avaient estimé qu'il n'était pas démontré de faute de l'interne ou du chef de service dans leurs tentatives successives d'extraction de l'enfant à naître.

Cela étant, la famille avait poursuivi la demande indemnitaire devant la juridiction administrative et cette demande avait été rejetée par le Tribunal administratif puis par la Cour administrative d'appel. La famille avait donc formé un pourvoi en cassation, devant le conseil d'Etat, aux fins d'annulation de l'arrêt infirmatif rendu en appel.

Sans que n'en soient précisées les raisons dans l'arrêt ici analysé, le Conseil d'Etat avait accueilli favorablement leur pourvoi, annulé l'arrêt d'appel rendu et renvoyé l'affaire devant la cour d'appel de renvoi.

Celle-ci avait, une fois de plus, rejeté la demande indemnitaire, ce qui amenait la famille à initier un nouveau pourvoi

L'accouchement avait en partie été suivi par un interne du service qui avait tenté des manœuvres d'extraction hors présence du chef de service.

Maître Hannah CHEREAU, Avocat au Barreau de Paris, 56 rue de Londres
75008 Paris Tel : 01 44 94 97 20 - Courriel : hchereau@aclhavocats.com

en cassation devant le Conseil d'Etat, qui, par son arrêt du 26 octobre 2017, rejetait définitivement leurs demandes.

C'est dans le motif suivant de la décision de rejet rendue par le Conseil d'Etat que réside l'intérêt de l'arrêt :

"Considérant que la cour a relevé que selon les experts judiciaires, l'obstétricien et chef de service aurait dû rester aux côtés de l'interne tout au long de l'accouchement et qu'il aurait en particulier dû être présent lorsque ce dernier a tenté en vain de procéder aux manœuvres d'extraction ; qu'elle a cependant estimé, en se livrant à une appréciation souveraine exempte de dénaturation, qu'il ne pouvait être considéré de façon suffisamment certaine que son absence momentanée aurait contribué, même partiellement, à la survenue du dommage dont les requérants demandaient réparation, dès lors qu'il ne résultait de l'instruction ni que l'interne n'aurait pas disposé des compétences requises pour assurer initialement la prise en charge, ni que les manœuvres réalisées par ce dernier sans succès auraient

été contraires aux bonnes pratiques, ni que le délai d'intervention aurait été excessivement long (...)"

Ainsi, si la demande indemnitaire est rejetée faute de démonstration d'une incidence, dans la survenue du dommage, de l'absence momentanée du chef de service lors de l'accouchement, le principe suivant est posé : il appartient au chef de service d'être présent aux côtés de son interne lors de l'accouchement.

Tel qu'énoncé, ce principe ne distingue pas les accouchements considérés comme simples des accouchements dits "pathologiques", et l'on ignore, du reste, la difficulté exacte posée par l'accouchement litigieux.

Ce faisant, l'obstétricien chef de service ne peut pas déléguer à son interne la gestion des accouchements survenant dans son service, *a contrario* de ce qu'il se passe en pratique, avec les sages-femmes. Celles-ci disposent, en effet, de compétences reconnues pour réaliser un accouchement, à moins qu'il ne soit pathologique auquel cas il leur incombe de faire appel à l'obstétricien.

Quand les lacunes du dossier médical induisent une présomption de faute de l'obstétricien...

Maître Hannah CHEREAU

On ne répétera jamais assez le caractère indispensable d'une traçabilité totale, par les professionnels de santé, de leur dossier médical, ce qu'illustre, une fois de plus, un arrêt rendu par la 1^{ère} **Chambre Civile de la Cour de Cassation le 4 octobre 2017 n°16-12.147**.

Les faits relatifs à cette affaire sont flous, et pour cause : ils concernent un accouchement réalisé en 1970 (!) par un obstétricien, dont la responsabilité sera recherchée seulement en 2003 par la mère de l'enfant, devenu majeur mais placé sous sa tutelle, et dont l'état n'était toujours pas consolidé.

Pour retracer l'anamnèse et analyser l'éventuelle responsabilité du praticien, l'expert puis les juges du fond devaient donc s'intéresser aux données d'un dossier médical vieux de plus de 30 ans.

Est-ce la difficulté de retrouver, 30 ans après les faits, l'entier dossier médical tenu en 1970, ou les lacunes propres au dossier médical de l'époque, qui en expliquait la pauvreté ?

Toujours est-il que les seuls éléments objectifs de l'anamnèse retracée étaient les suivants : l'accouchement avait été réalisé avec usage de forceps, et l'enfant aurait présenté un hématome au niveau du crâne ainsi qu'un creux au niveau de la paupière gauche. Deux jours plus tard, l'enfant était transporté, dans les bras d'une sage-femme..., de la maternité où il était hospitalisé, au service de néonatalogie du centre hospitalier environnant, où étaient alors diagnostiqués et pris en charge une souffrance méningée, une anémie, ainsi que des troubles respiratoires.

L'enfant gardera d'importantes séquelles de ces événements. Sur les 48 heures écoulées entre la naissance et le "transfert" de l'enfant en service de néonatalogie, on ignore presque tout.

En effet, le dossier médical retrouvé ne comprenait ni observation sur l'importance de l'hématome, ni score du test APGAR normalement réalisé post-extraction de l'enfant, ni données cliniques et biologiques de son suivi à la maternité, ni éventuelle radiologie du crâne réalisée...

Autrement dit, aucun élément permettant de connaître l'état de l'enfant durant ses 48 premières heures de vie, et permettant donc à la mère de l'enfant, demanderesse à l'action en réparation, de démontrer comme il lui incombe en droit français, l'existence d'un retard de diagnostic et prise en charge de l'obstétricien en lien causal avec le préjudice de son fils.

Et dans ces conditions, l'expert judiciaire désigné avait, dans son rapport, souligné la difficulté d'établir formellement l'existence d'une faute du praticien mais aussi d'un lien causal direct et certain entre le traumatisme obstétrical et sa prise en charge immédiate, et les séquelles actuelles du concerné.

La cour d'appel initialement saisie de la question avait dès lors, rejeté la demande indemnitaire, mais la mère de l'enfant dont elle avait la tutelle avait formé un pourvoi en cassation accueilli favorablement par la Cour de Cassation qui avait, en 2014, cassé l'arrêt d'appel rendu et renvoyé les parties devant une nouvelle cour d'appel.

Celle-ci avait donc procédé par un raisonnement inverse à celui adopté par la première cour d'appel : dans ce contexte

d'éléments manquant au dossier médical, il appartenait au praticien d'apporter la preuve des circonstances justifiant sa prise en charge, autrement dit, de démontrer qu'il n'avait commis aucune faute dans sa prise en charge.

Et la Cour de Cassation dans l'arrêt rendu, entérine la position adoptée par la cour d'appel de renvoi au motif suivant : *"Attendu qu'après avoir relevé que manquaient au dossier de M. ... les éléments relatifs à son état de santé et à sa prise en charge entre le moment de sa naissance (...), et celui de son hospitalisation, et qu'il incombait, en conséquence, au praticien d'apporter la preuve des circonstances en vertu desquelles l'hospitalisation de l'intéressé n'avait pas été plus précoce, un retard injustifié étant de nature à engager sa responsabilité, l'arrêt retient que le praticien ne verse aux débats aucun élément de nature à démontrer que l'état de santé de M. Stéphane Y..., compte tenu des circonstances de sa naissance, de l'importance de l'hématome qu'il présentait et du fait de l'absence de réalisation du test d'Apgar, ne justifiait ni examens complémentaires ni hospitalisation immédiate dans un service spécialisé ; (...)*

Qu'abstraction faite de motifs surabondants quant aux conditions de transport de l'enfant, la cour d'appel a pu en

déduire, sans être tenue de suivre les parties dans le détail de leur argumentation et en tenant compte des données acquises de la science à la date de l'accouchement, que le praticien avait manqué à ses obligations en ne réalisant pas les actes de prévention et de diagnostic nécessaires à apprécier l'état clinique réel de M. Stéphane Y... à sa naissance et en tardant à le faire hospitaliser ; (...) que le moyen n'est pas fondé".

A noter que ce n'est pas la première fois que la Cour de Cassation se prononce en ce sens à l'égard des établissements de santé, sanctionnant par ce renversement de la charge de la preuve, la disparition de certaines pièces du dossier médical (**Cass 1^{ère} civ, 13 décembre 2012, n°11-27.347**), ou, plus récemment, l'absence de communication du dossier médical au patient (**Cass 1^{ère} Civ, 8 février 2017, n°16-11.527**).

Mais il est désormais confirmé, par le présent arrêt, que ce renversement de la charge de la preuve en cas de dossier médical incomplet, peut sanctionner également le professionnel de santé.

Décision peut-être louable sur le plan moral, mais sévère pour le praticien...

Succession de contrats d'assurance responsabilité civile médicale : quel assureur garantit ?

Maître Hannah CHEREAU

Les obstétriciens le savent bien : un incident survenu durant l'accouchement, et constitutif d'un préjudice pour l'enfant né, peut être à l'origine d'une action judiciaire très éloignée dans le temps.

En effet, l'action en responsabilité née à raison d'un évènement ayant entraîné un dommage corporel se prescrit par dix ans à compter de la date de consolidation du dommage initial ou aggravé, et, même à supposer que cette consolidation intervienne avant la fin de la croissance de l'enfant, ce délai de prescription de dix ans ne court qu'à compter de la majorité de celui-ci, sous réserve qu'il ne soit pas, en outre, majeur sous tutelle.

C'est pourquoi il est fréquent que les obstétriciens aient, dans l'intervalle courant entre l'accouchement à l'origine du dommage et l'action judiciaire intentée pour ce motif, conclu un contrat d'assurance de responsabilité civile professionnelle auprès d'un nouvel assureur.

Les compagnies d'assurances sont donc régulièrement confrontées à la question suivante : qui, de l'assureur au jour du fait dommageable, et de l'assureur au jour de la réclamation, amiable ou judiciaire, de la victime, doit garantir le sinistre ?

La réponse à cette question se trouve à l'article L 251-2 du Code des assurances qui prévoit en son alinéa 7, que le sinis-

tre est couvert par le contrat en vigueur au jour de la première réclamation de la victime.

Il existe cependant une exception à ce principe, exposée à l'alinéa 6 du même article : *"Le contrat ne garantit pas les sinistres dont le fait dommageable était connu de l'assuré à la date de la souscription"*. Cette exception est parfaitement logique puisque la connaissance par l'assuré du fait dommageable à la date de souscription du nouveau contrat exclut l'aléa, clé de voûte du contrat d'assurance.

Cela étant, comment se comprend, en pratique, la notion de *"connaissance du fait dommageable par l'assuré"*, autrement appelé *"passé connu"* ?

C'est à cette question que la 2^{ème} chambre civile de la Cour de Cassation a répondu dans un arrêt en date du 5 octobre 2017 n°16-14218.

Dans les faits, un enfant présentait, depuis sa naissance en 1989, une infirmité motrice cérébrale.

Imputant le handicap aux conditions difficiles de l'accouchement, ses parents ont, en leur nom personnel et en qualité de représentants légaux de leur fils, sollicité en 2003, devant le juge des référés, la tenue d'opérations d'expertise au contradictoire de l'obstétricien ayant procédé à l'accouchement.

En 2011, les parents mais également l'enfant devenu majeur, assignaient en responsabilité et indemnisation l'obstétricien,

mais aussi les assureurs successifs de la responsabilité professionnelle de celui-ci, à savoir l'assureur au jour de l'accouchement, et l'assureur au jour de la saisine du juge des référés.

Une bataille judiciaire s'ensuivait entre les deux compagnies d'assurance mises en cause, la première invoquant le fait qu'il appartenait à l'assureur "base réclamation" de garantir le sinistre, et la seconde opposant à l'engagement de sa garantie, l'existence d'un passé connu.

Pour justifier son refus de garantie, le second assureur s'appuyait sur la définition du passé connu émanant de la Convention adoptée par la Fédération Française de l'Assurance (FFA) le 18 décembre 2007 en vue de régler les litiges d'application dans le temps entre les assureurs successifs, convention dont les termes s'imposaient à l'assureur au jour des faits puisqu'il était adhérent de cette fédération. Cette Convention prévoit, en effet, en son article 8.1, que constitue notamment un passé connu "la connaissance par l'assuré d'un dommage caractérisé en lien avec un fait particulier", ce dernier s'entendant comme "un fait marquant et grave impliquant la conscience par l'assuré que ses conséquences dommageables sont susceptibles d'engager sa responsabilité".

C'est fort de cette définition que le second assureur affirmait que le passé connu était caractérisé sur la base des deux éléments suivants : l'assuré obstétricien avait nécessairement eu connaissance de l'infirmité grave constatée dès l'accouchement, mais avait aussi eu conscience que les conséquences dommageables de cet accouchement étaient susceptibles d'engager sa responsabilité dans la mesure où la mère de l'enfant lui avait, à plusieurs reprises, réclamé copie de son dossier médical, ce, durant la période de validité de son premier contrat d'assurance.

Si le premier élément avancé était de pur bon sens, dans la mesure où un obstétricien procédant à l'accouchement d'un enfant présentant d'emblée une infirmité ne peut

ignorer celle-ci, le second était plus audacieux à invoquer. En effet, un patient peut demander, en théorie, que lui soit communiqué son dossier médical sans envisager de procédure judiciaire, et notamment pour connaître les circonstances exactes de sa prise en charge.

Le raisonnement soutenu par cet assureur emportera la conviction des juges du fond, puisqu'en première instance comme en appel, la garantie du premier assureur était retenue et celle du second assureur écartée au motif que le passé connu était bel et bien caractérisé.

Le premier assureur formait donc un pourvoi en cassation contre l'arrêt confirmatif rendu par la Cour d'Appel de Versailles le 14 janvier 2016, mais ses contestations ne prospéraient pas davantage puisque la Cour de Cassation rejetait son pourvoi aux motifs suivants : *"Mais attendu qu'ayant relevé que M. Y [ndlr : l'obstétricien] avait eu connaissance, d'une part, des conséquences extrêmement graves pour l'enfant des circonstances de sa naissance, d'autre part, en 1996, à compter des courriers itératifs de Mme X [ndlr : la mère de l'enfant] exigeant la communication de son dossier médical, du risque d'une procédure judiciaire, et souverainement estimé qu'ainsi le fait générateur du dommage était connu de l'assuré le 1er mars 2000 lors de la souscription du contrat auprès de la société MIC, la cour d'appel, qui, à bon droit, ne s'est pas référée à la date de la réclamation, en a exactement déduit que la société MIC était fondée à se prévaloir de l'article L 251-2, alinéa 6, du code des assurances"*. Une demande itérative de communication de dossier médical par la famille, dans les suites d'un accouchement difficile avec constat d'un dommage grave chez l'enfant né, caractériserait donc, chez l'obstétricien, la conscience d'un risque de procédure judiciaire.

La Cour de Cassation consacre ici une acception large de la notion de passé connu, qui pourrait à l'avenir donner lieu à une multiplication des débats assurantiels entre assureurs successifs.



Vos informations en ligne sur <http://syngof.fr>

Lésion d'un organe voisin : Le praticien n'est plus systématiquement responsable

Maître Georges LACOEUILHE et Maître Constance TRANNIN*

Un patient était opéré à plusieurs reprises par le praticien mis en cause, entre octobre 1998 et janvier 2002, pour le traitement d'abcès, de fistules, de foyers inflammatoires et d'un sinus pilonidal. Début 2005, était finalement réalisée une colostomie de décharge pour laquelle une désinsertion était effectuée en novembre suivant. Néanmoins devant la persistance des proctalgies du patient, il lui était proposé de bénéficier d'une amputation rectale laquelle était réalisée le 14 mai 2007.

Les suites de cette intervention étaient toutefois marquées par des troubles urinaires et sexuels.

C'est donc dans ces conditions que le patient déposait, le 16 février 2009, une demande d'indemnisation auprès de la Commission Régionale de Conciliation et d'Indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales de la région Nord-Pas-de-Calais à l'encontre du praticien, mais également de l'établissement de soins, afin que la lumière soit faite sur le mécanisme de ces troubles apparus en postopératoire.

Les experts désignés par la Commission, après avoir précisé que le choix de l'amputation abdomino-périnéale était le seul logique après une évolution aussi longue et complexe, excluaient tout manquement technique de la part du praticien au titre de l'atteinte des plexus nerveux.

Dès lors, la Commission, faisant siennes les conclusions expertales, écartait la responsabilité du chirurgien.

Néanmoins, en février 2013, le patient assignait le praticien, l'établissement et son assureur devant le Tribunal de grande instance de Lille, sollicitant la condamnation des défendeurs à une somme provisionnelle de 50 000 euros, outre l'organisation d'une mesure d'expertise complémentaire aux fins d'évaluation des préjudices définitifs.

A noter que le patient assignait également l'ONIAM sollicitant sa condamnation à titre subsidiaire.

Une telle mise en cause démontrait d'ores et déjà à ce stade une prise de conscience par le patient de l'éventuelle qua-

lification d'aléa thérapeutique s'agissant de la complication survenue.

A l'appui de ses demandes, le patient soulignait notamment l'existence de troubles urinaires et sexuels consécutifs à l'atteinte des plexus nerveux en per opératoire.

De l'autre côté de la barre, il était rappelé que la responsabilité du praticien ne peut être engagée que sur la base d'une faute, en vertu d'une obligation de moyens. En l'espèce, une lésion per opératoire était intervenue mais qualifiée de non fautive par les experts en l'absence de toute faute technique.

L'ONIAM estimait quant à lui que les critères de recevabilité de la demande n'étaient pas réunis pour qu'intervienne une indemnisation au titre de la solidarité nationale.

Contre toute attente, et faisant fi du rapport d'expertise, le Tribunal de grande instance de Lille condamnait le praticien au versement de la somme provisionnelle de 15 000 euros à valoir sur la liquidation future du préjudice corporel du patient au titre d'une prétendue faute dans la réalisation technique du geste opératoire !

Le Tribunal estimait que la complication survenue relevait d'une atteinte nerveuse (ce qui n'était ni contesté, ni contestable) alors que le tissu nerveux n'était pas "la cible de l'intervention". Selon les juges - qui pourtant ne contredisaient pas véritablement les experts -, cette atteinte démontrait un manque de précaution per-opératoire du praticien.

Naturellement, le praticien interjetait appel du jugement.

Il rappelait devant la Cour que la survenue d'une lésion en per opératoire n'exemptait pas le demandeur de son obligation de prouver l'existence d'une faute du praticien à l'origine de son dommage. Or, en l'absence de preuve d'une faute, la seule relation causale entre l'intervention litigieuse et les préjudices n'est pas suffisante pour engager la responsabilité du chirurgien.

A l'appui de cette argumentation, était versée aux débats la jurisprudence de la Cour de cassation selon laquelle la lésion d'un organe voisin en per-opératoire, constitutive d'une complication connue de l'intervention, n'est pas systématiquement considérée comme fautive dès lors que le geste opératoire avait été réalisé conformément aux règles de l'art. Le praticien arguait du fait qu'il n'existait donc aucune présomption de faute du praticien en raison d'une lésion per opératoire, à supposer même que celle-ci ait eu pour siège un organe distinct de celui visé par l'intervention.

En l'absence de preuve d'une faute, la seule relation causale entre l'intervention litigieuse et les préjudices n'est pas suffisante pour engager la responsabilité du chirurgien.

* Maître Georges LACOEUILHE et Maître Constance TRANNIN, Avocats au Barreau de Paris
AARPI LACOEUILHE-LEBRUN

La Cour d'appel de Douai, pour confirmer le jugement déféré, soulignait qu'il incombe au praticien d'expliquer par des pièces médicales, notamment le compte-rendu opératoire, en quoi cette atteinte était inévitable. En l'absence de mention, dans ce compte-rendu, de l'atteinte survenue, de difficultés liées aux conditions septiques et inflammatoires, d'une impossibilité de discerner les plexus nerveux, de la prise des précautions évoquées par les experts ou encore de raisons anatomiques rendant l'atteinte inévitable, la responsabilité du praticien se trouve engagée.

Or, en l'espèce, pour déduire une faute et entrer en voie de condamnation, la Cour d'appel contestait les conclusions expertales qui soulignaient les difficultés de l'intervention et concluait que le compte rendu opératoire ne faisait pas mention *"d'une quelconque difficulté liée aux conditions septiques et inflammatoires"*.

Un pourvoi était donc interjeté par le chirurgien devant la Cour de cassation car, alors même que la Cour d'appel confirmait le principe de responsabilité du praticien, l'arrêt reprenait l'extrait suivant du compte rendu opératoire : *"on est obligé d'arrêter le temps périnéal en raison de l'existence de volumineuses vésicules séminales, extrêmement saignantes"*, soit un passage qui soulignait bien une difficulté per-opératoire. Il y avait là contradiction entre un fait, dûment décrit, et la conséquence juridique tirée par la Cour. C'est ainsi que la Cour, le 4 octobre 2017, cassait et annulait l'arrêt entrepris en ce qu'il retenait une faute de la part du chirurgien au titre de la complication per opératoire survenue. La Cour suprême censure en effet la Cour d'appel qui déduisait l'existence d'une faute du praticien de la seule absence de preuve par ce dernier d'une anomalie rendant inévitable l'atteinte, estimant que dans le cas d'une atteinte à un organe voisin, la faute du chirurgien peut être écartée par la preuve de la survenance d'un risque inhérent à l'intervention, non maîtrisable, constitutif d'un aléa thérapeutique.

Dans le cas présent, les termes du compte-rendu opératoire étaient éloquentes, soulignant l'existence d'une difficulté

opératoire : *"on est obligé d'arrêter le temps périnéal en raison de l'existence de volumineuses vésicules séminales, extrêmement saignantes"*.

La notion de *"risque inhérent à l'intervention ne pouvant être maîtrisé, relevant de l'aléa thérapeutique"*, visée dans le présent arrêt, confirme un arrêt de la Cour de cassation rendu le 20 mars 2013 et partant, semble également confirmer le recul de la présomption de faute du chirurgien en matière de lésion d'organe voisin: l'absence de preuve d'une anomalie anatomique n'est pas suffisante pour engager la responsabilité du praticien.

Cet arrêt est donc pleinement satisfaisant pour les chirurgiens puisqu'il tend à reconnaître une présomption de conformité lorsque le geste technique n'appelle aucune critique.

Néanmoins, cette affaire invite également le praticien à être vigilant dans la rédaction de son compte-rendu opératoire, bien trop souvent stéréotypé, puisque la mention de difficultés per opératoires permet de rapporter la preuve d'une atteinte inévitable.

Il est donc fondamental de tracer, lors de la rédaction du compte-rendu opératoire, avec un maximum de précisions, le geste tel qu'il a été effectivement pratiqué, avec ses particularités, et bien entendu, les difficultés rencontrées et la méthode utilisée pour les gérer.

La précision dans la rédaction des comptes-rendus opératoires est essentielle:

- pour le patient car ce document fait partie de son dossier médical et doit pouvoir correctement éclairer tout opérateur ultérieur,
- pour le chirurgien car il ne s'agit pas de nier la difficulté rencontrée mais de la mettre en lumière pour expliquer le geste pratiqué et les techniques utilisées pour pallier la complication per-opératoire.

Encore une fois, soigner le patient mais aussi protéger le chirurgien.

Cour de Cassation 1^{ère} civ. 4 octobre 2017
Pourvoi n°16-24.159

Retrouvez les petites annonces
sur

www.syngof.fr

Données de santé : un médecin condamné pour mise en œuvre d'un traitement sans autorisation

Maître Olivier LECA*

La condamnation d'un médecin ayant externalisé le traitement des données de santé d'un service hospitalier au mépris de la loi du 6 janvier 1978, par une décision du TGI de Marseille du 7 juin 2017, met en lumière une faille de taille dans la réglementation relative à l'hébergement des données de santé.

TGI de Marseille, 6^{ème} ch. corr., jugement du 7 juin 2017

Les faits portent sur le cas d'une pédiatre, médecin hospitalier, qui a mis en œuvre un traitement de données relatif aux patients soignés dans son service, hébergé sur un serveur indépendant de celui de l'hôpital.

Lors de son audition, la pédiatre explique qu'elle a souhaité créer un dossier médical et de suivi ainsi qu'une base de données épidémiologiques pour le suivi des bébés prématurés. L'objectif était d'améliorer la collaboration entre les acteurs médicaux par un partage des informations, notamment en cas de transfert vers d'autres hôpitaux et d'évaluer le service de néonatalogie et le réseau de suivi.

Cependant, une ancienne patiente, faisant des recherches sur internet, tombe inopinément sur des données de nature médicale relatives à la naissance de son fils, mais également sur son numéro de sécurité sociale et sur des données concernant d'autres patients. Ces données pouvaient être consultées, modifiées ou supprimées librement.

Après avoir alerté l'hôpital, elle porte plainte pour violation du secret professionnel. L'enquête révèle que le traitement a été créé en dehors du système informatique de l'hôpital, qu'il a été hébergé chez un professionnel non agréé pour héberger des données de santé et qu'aucune demande d'autorisation préalable n'a été demandée à la CNIL.

La lecture du jugement laisse entendre que ce site a fonctionné pendant 3 ans de 2010 à 2013.

La pédiatre a été condamnée à une peine de 5000 euros d'amende pour avoir mis en œuvre un traitement automatisé de données de santé sans autorisation préalable de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Si la responsabilité de la pédiatre, qui a mis en œuvre le traitement, a été légitimement reconnue, l'absence de responsabilité retenue à l'encontre du responsable de la Direction

des systèmes d'information (DSI) de l'hôpital et du prestataire informatique, quand bien même justifiée au sens de l'interprétation stricte des textes en matière pénale, est plus surprenante et révèle une faille dans la réglementation de l'hébergement des données de santé.

Cette décision est conforme au principe d'interprétation stricte des textes qui régit la procédure pénale.

Elle met néanmoins en lumière l'absence de toute sanction prévue par le législateur en cas d'hébergement de données de santé sans agrément, alors même qu'il a prévu une procédure d'agrément assez lourde pour pouvoir héberger des données de santé ainsi qu'une procédure de retrait d'agrément en cas de divulgation non autorisée de données de santé à caractère personnel sur support informatique ou de manquements graves de l'hébergeur à ses obligations mettant notamment en cause l'intégrité, la sécurité et la pérennité des données hébergées.

Une ordonnance du 12 janvier 2017, qui doit entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2019, substitue à l'agrément une procédure de certification. Or, notons qu'elle n'a pas d'avantage prévu de sanction pénale en cas d'hébergement de données de santé sans la certification requise.

Pour rappel, tout traitement de données à caractère personnel relatives à la santé doit faire l'objet d'une demande d'autorisation expresse à la CNIL et qu'il convient d'attendre ladite autorisation pour mettre en œuvre le traitement. Toute modification de ce traitement doit suivre la même procédure préalable. Cette procédure s'applique également au traitement du numéro de sécurité sociale qui est devenu l'identifiant de santé. Les mêmes obligations demeureront lors de l'entrée en vigueur, en mai 2018, du règlement européen pour la protection des données (RGPD), qui exigera de surcroît la réalisation préalable d'une analyse d'impact des opérations de traitement envisagées sur la protection des données à caractère personnel.

Ces obligations incombent au responsable du traitement défini comme la personne (ou le service ou encore l'organisme) qui en détermine ses finalités et ses moyens, le nouveau règlement européen reprenant cette même définition. En l'espèce, le médecin pédiatre, responsable du service au sein duquel ce traitement a été mis en œuvre et qui en a défini elle-même la finalité et les moyens peut être considérée comme la "responsable du traitement" et a été

Tout traitement de données à caractère personnel relatives à la santé doit faire l'objet d'une demande d'autorisation expresse à la CNIL.

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

condamnée à ce titre pour ne pas avoir respecté les obligations qui lui incombent.

Il convient donc d'être particulièrement vigilant dans la mise en œuvre de telles bases de données, car la

responsabilité pénale repose uniquement sur la personne désignée responsable, indépendamment des prestataires techniques spécialisés qui ont pu être sollicités par elle.

Un manquement à une pratique médicale n'est sanctionnable que si celle-ci est recommandée

Maître Olivier LECA

Dans une décision du 25 octobre 2017, le Conseil d'Etat précise la valeur des recommandations de pratiques médicales.

CE 25 octobre 2017 n°397722

Si selon les termes de l'article 8 du Code de déontologie, le médecin est libre de ses prescriptions, cette liberté reste bien entendu contre balancée, d'une part par la loi, mais également par les recommandations de pratiques médicales édictées notamment par les sociétés savantes.

Nous pouvons rappeler la lettre de l'article 1110-5 du Code de la santé Publique instituant que : *"Toute personne a, ... , le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées"*. Mais également, l'article 32 du Code de déontologie qui dispose que : *"Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents"*.

Vient donc assez rapidement la question de la définition de ces *"traitements et soins les plus appropriés"* généralement regroupés dans la dénomination *"données acquises de la science"*, indispensable à la détermination des responsabilités en droit médical.

Ces notions de connaissances médicales avérées ou de données acquises de la science renvoient effectivement au développement, parallèlement aux normes législatives et réglementaires, des recommandations professionnelles, lesquelles se définissent comme *"des méthodes de suivi médical et des thérapeutiques à privilégier dans chaque spécialité"*.

Comment s'apprécie leur valeur juridique ?

Dans l'affaire soumise au Conseil d'Etat, une femme donnait naissance à un enfant atteint d'une trisomie 21, non décelée pendant la grossesse.

Les échographies n'avaient en effet révélé aucune malformation anatomique du fœtus et en l'absence de précédent pathologique ou génétique, le risque était très faible.

Aussi, aucune analyse des facteurs sériques dans le sang maternel n'avait été prescrite.

Or, l'expert estime qu'une telle analyse fait partie de la bonne pratique médicale, sans toutefois faire état d'une pratique

recommandée, notamment par la Haute Autorité de santé, dont la méconnaissance devrait être regardée comme un manquement à une obligation professionnelle.

Dans ces conditions, le manquement à la bonne pratique ne constitue pas une faute caractérisée au sens de l'article L. 114-5 du code de l'action sociale et des familles, susceptible d'être reprochée dans le suivi de la grossesse.

Le cas d'espèce est ici particulier puisque la loi exige dans le cadre du suivi de grossesse, non pas une faute simple, mais bien la preuve d'une faute dite *"caractérisée"* à l'égard du médecin afin de retenir sa responsabilité.

Il peut cependant être considéré que le raisonnement d'appréciation de la valeur des *"recommandations médicales opposables"* fait ici par le Conseil d'Etat est transposable pour la faute civile classique dont relève le régime général de l'article L 1142-1 du Code de la santé publique.

Si le principe reste l'absence de caractère normatif de ces recommandations, l'analyse de la jurisprudence tend à démontrer un attachement particulier des Experts et des Juridictions à ces *"normes médicales"*.

Par exemple, à propos des conférences de consensus, la Cour Administrative d'Appel de Paris avait eu à préciser que de *"telles conférences, dont les conclusions ne procèdent au demeurant d'aucun pouvoir normatif, sont nécessairement cognitives de données médicales avérées dont l'efficacité a subi l'épreuve du temps ; que l'hôpital ne saurait d'avantage arguer des imprécisions ou réserves qui accompagnent nécessairement ces études scientifiques"*.

CAA Paris, 26 février 1998, n° 96PA04239 et n° 97 PA02207

Les Tribunaux ont donc une tendance naturelle à accorder une importance quasi normative aux références médicales opposables.

Le Conseil d'Etat apporte ici une précision importante qui saura certainement être exploitée par les plaideurs.

A noter que les faits sont antérieurs à la décision de l'HAS d'avril 2017 qui a depuis entériné la pratique du PrenaTest pour l'ériger au rang de recommandation.

La décision du Conseil d'Etat serait aujourd'hui probablement plus sévère à l'égard du médecin qui ne proposerait pas ce procédé de recherche diagnostic.

Reste cependant une question en suspens qui est celle de l'accès effectif à ce test, lequel reste très coûteux et non remboursé à ce jour.

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

Je soussigné(e)

Nom _____

Prénom _____

Né(e) le _____ à _____

Date de votre installation _____

Tél portable _____

e-mail _____

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

Adresse professionnelle _____

Nom et adresse de la maternité où vous exercez : _____

Inscrit à l'Ordre des Médecins de _____

N° _____

sollicite mon admission au

SYNDICAT NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS DE FRANCE

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

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

• Nom de votre compagnie d'assurances : _____ Tarif 2017 _____

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

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

• Type d'exercice Privé Public Privé et Public

- Cotisations 2018 -

➔ Membre actif	230,00 €
➔ Assistant chef de clinique	150,00 €
➔ 1 ^{ère} année d'installation	150,00 €
➔ Retraité	70,00 €
➔ Interne	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 : 45 € (ne donne pas droit au logiciel)
 Règlement séparé à l'ordre de "ASSOCIATION GYNELOG"

Date, cachet et signature

L'histoire de l'arthrogrypose

et sa représentation dans l'art

A. STAHL*, P. TOURAME*, C. TOURAME*

J. G. Hall regroupe sous le terme général d'arthrogrypose plus de 400 pathologies spécifiques.

Au cours des cent dernières années, l'arthrogrypose a englobé progressivement un nombre croissant de syndromes qui avaient pour point commun la présence de contractures congénitales dans plusieurs territoires corporels. L'atteinte porte le plus souvent sur les membres mais peut s'étendre à la colonne vertébrale, à la nuque et à la face. C'est un terme descriptif dépourvu de signification étiologique. Ce n'est donc pas un diagnostic spécifique mais plutôt une constatation séméiologique, qui s'appliquerait à 300 affections différentes, selon une estimation faite par M. Bamshad et al. en 2009. Cinq ans plus tard, J.G. Hall regroupe sous le terme général d'arthrogrypose plus de 400 pathologies spécifiques. Leur manifestation

peut être sporadique, elle peut relever d'une mutation génétique, de facteurs tératogènes, d'anomalies chromosomiques, d'une lésion dans le système nerveux central ou périphérique, d'altérations des muscles ou des plaques motrices. A l'heure actuelle, plus de 150 mutations géniques ont été identifiées dans les syndromes regroupés sous le terme général d'arthrogrypose (J.G. Hall, 2014). Toutes les formes sont associées à une diminution des mouvements du fœtus *in utero*. On observe une relation directe entre le début précoce de l'akinésie fœtale et la gravité des contractures.

La première description de l'arthrogrypose est attribuée à Adolph W. Otto qui a publié en 1841 un traité de tératologie en Latin, où il décrit

un enfant porteur à la naissance d'extrémités recourbées, de coudes bloqués en flexion, de mains botes, de pieds déformés et d'une scoliose. Un dessin de l'enfant montre nettement ces anomalies (figure 1).

L'antériorité devrait revenir à Ambroise Paré qui a décrit en 1573 un enfant qui pourrait être atteint d'amyoplasie (voir la figure 9). Parmi les précurseurs, il faut citer P. Redard (1893) pour sa contribution à l'étude des contractures congénitales.



Fig. 1. Dessin fait par A. Otto d'un enfant dont la description évoque une arthrogrypose ("Un monstre humain avec des extrémités recourbées")

Une représentation de pieds bots se trouve dans un exemplaire du Canon de la Médecine d'Avicenne (980-1037).

* Espace éthique méditerranéen UMR ADES 7268 EFS-CNRS-Université d'Aix-Marseille Hôpital de la Timone, 13385 Marseille Cedex

On attribue à H. Rosencranz (1905) l'introduction du terme d'"arthrogrypose", complété par celui de "Arthrogryposis multiplex congenita" proposé par W.G. Stern en 1923 et qui est considéré comme un synonyme.

En 1932, W. Sheldon décrit l'amyoplasie congénitale, terme qui souligne que les raideurs sont dues à une hypoplasie ou une aplasie musculaire. C'est la forme la plus fréquente des arthrogryposes, dont elle représente entre un quart et un tiers des cas. Il s'agit d'une forme sporadique, où les altérations des articulations sont le plus souvent symétriques, ce qui s'observe dans 84% des cas selon M. Bamshad et al. (2009). Le pied bot s'observe chez 90% des enfants atteints d'amyoplasie.

Une classification des arthrogryposes en trois groupes est établie par J.G. Hall et al. en 1982. Le premier groupe comprend des formes qui présentent une atteinte isolée des membres. Elles représentent environ la moitié des observations. Les formes du deuxième groupe comportent, en plus des raideurs articulaires, des anomalies crânio-faciales et viscérales. Le troisième groupe présente, en plus des raideurs, une atteinte sévère du système nerveux central.

On regroupe sous le nom d'arthrogryposes distales des formes où l'atteinte porte surtout sur les extrémités des membres, les mains et les pieds. Une classification des arthrogryposes distales a été proposée par M. Bamshad et al. en 1996. Elle comprend neuf formes cliniques, portées à dix peu après. Parmi les syndromes décrits, il faut faire une place à part à ceux qui représentent les formes les plus fréquentes après l'amyoplasie. Caractérisées par la localisation préférentielle des contractures articulaires aux mains et aux pieds (mains botes et pieds bots), ces arthrogryposes distales comprennent plusieurs types:

DA1(Distal arthrogryposis 1) présente des pieds bots et des malpositions au niveau des mains (camptodacty-

lie, chevauchement des doigts, effacement des plis de flexion). DA2A désigne le syndrome de Freeman - Sheldon (ou syndrome du "bébé sif-flueur"), DA2B correspond au syndrome de Sheldon - Hall.

Malgré le nombre considérable de syndromes classés sous le terme d'arthrogrypose, il ne faut pas perdre de vue qu'il s'agit de maladies rares. L'incidence de l'arthrogrypose varie, selon les estimations, de 1 cas pour 3 300 naissances à 1 cas pour 12 000 naissances (E. Kimber, 2009). Selon N. Darin et al. (2002), l'incidence serait de 1 pour 5 100 naissances en Suède. Une enquête faite à l'échelle de l'Europe en utilisant les registres EUROCAT des malformations congénitales, portant sur 8,9 millions de naissances, conclut à une prévalence de 1 : 12 000 (J.M. Hoff et al. 2011). Certaines dysplasies osseuses de l'enfant ont été classées dans les arthrogryposes, comme par exemple la dysplasie diastrophique et la dysplasie métatropique, dont l'aspect est à ce point typique qu'elles peuvent être recherchées et identifiées dans des œuvres d'art.

Les pieds bots ont retenu l'attention des médecins et des artistes dans l'Antiquité.

J. M. Charcot et P. Richer (1889) et P. Richer (1902), ainsi que M.A. Ruffer (1911), les ont identifiés et représentés à partir de figurations sur des murs de tombeaux égyptiens, à Beni-Hassan, datant des XI^{ème} et XII^{ème} dynasties, vers 2134 - 1785 av. J.C. (figure 2) [11, 12, 13].

V. Dasen mentionne que le nanisme diastrophique paraît figuré sur des tombes de Tell el Amarna [14, 15, 16]. On y voit deux naines de très petite taille affectées d'une lordose. Chez l'une d'entre elles, les bras incurvés, raides, terminés par des mains crispées, les jambes arquées, les pieds bots, expriment les contractures des articulations (non représenté).

Le pied bot était bien connu des Grecs. Hippocrate essaya de le comprendre et de le soigner dès la nais-

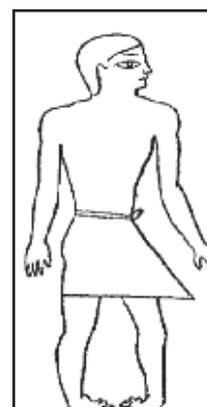


Fig. 2. Jeune garçon, décrit comme un nain par Charcot et Richer, qui présente un pied bot bilatéral. Il est difficile de dire s'il a également une main bote. La jambe gauche semble tordue. Copié sur les murs d'une tombe à Beni-Hassan. Dessin de Charcot et Richer (1889), d'après les monuments de l'Égypte et de la Nubie, par R. Rossellini.

sance. Les seules représentations connues de pied bot bilatéral concernent Hephaïstos, dont l'aspect est décrit dans la littérature et les œuvres d'art. Dans l'Illiade, Homère le décrit comme *kullopodiôn* (aux pieds courbes), comme *chôlos* (boiteux) et comme *amphiguêeis* (les pieds tournés vers l'arrière) (P. Charlier, R. Garland) [17, 18]. Seules les représentations sur des vases peints nous sont parvenues. Elles ont été étudiées par M. Grmek et D. Gourevitch (1998) qui soulignent que sur les figures où Hephaïstos voyage monté, la représentation de son infirmité relève plus de l'imagination de l'artiste que d'une observation clinique [19]. Même sur l'œuvre du peintre de Caere (l'antique Cerveteri) le réalisme n'est qu'apparent. La jambe gauche est entièrement visible, la droite ne l'est que partiellement, mais assez pour montrer que le pied bot est bilatéral (figure 3). La plante des pieds est tournée vers l'intérieur, en varus équin. Mais les pieds orientés vers l'arrière ne correspondent pas à la réalité clinique. La gestuelle des bras paraît surprenante pour un cavalier sur sa monture, même si l'on admet qu'il avait été enivré par Dionysos pour le ramener à l'Olympe. Ses poings sont serrés, ses doigts sont crispés, le pouce est figé en adduction. L'association de mains crispées à des pieds bots fait penser que le peintre a eu l'occasion de voir et de représenter un sujet affecté d'une arthrogrypose. Cette suggestion paraît confortée par deux remarques



Fig. 3. Le retour d'Hephaïstos à l'Olympe (détail). Hephaïstos présente un pied bot bilatéral. Hydrie provenant de Cerveteri. Musée d'Histoire de l'Art de Vienne. Vers 530 av. J.C.



Fig. 4. Le nain debout présente une cyphoscoliose et une grosse tête. Il y a un contraste entre la longueur du tronc et la brièveté relative des membres. Ces aspects évoquent le nanisme métatropique (Herculaneum, 1er siècle avant J.C)

rapportées par M. Grmek et D. Gourevitch : Selon K. Aterman, Hephaïstos dériverait à l'origine d'un dieu égyptien nain, tels Bès ou Ptah [20, 21]. Or, pour F. Silverman, Ptah évoque un nanisme diastrophique [22], un diagnostic proposé pour Hephaïstos par M. Ramachandran et J.K Aronson [23]. On peut objecter l'absence des signes majeurs que sont une très petite taille, des membres courts et des pouces en abduction, mais l'expressivité est variable et il existe des formes très modérées de la maladie.

Dans l'Antiquité romaine, les fresques d'Herculaneum contiennent un document exceptionnel. Sur une barque, trois personnages sont représentés. Celui qui se tient debout montre des difformités caractéristiques. Atteint de nanisme, il présente une grosse tête, disproportionnée par rapport au corps. On observe une cyphoscoliose très importante qui explique l'extrême brièveté du thorax. On note la flexion qui paraît irréductible de la hanche. Selon J. Kunze et I. Nippert (1986) [24], ces aspects permettent

de proposer le diagnostic de dysplasie métatropique, décrite par P. Maroteaux en 1966 [25] (figure 4). La dysplasie (ou nanisme) métatropique présente chez l'adulte une inversion des proportions du tronc et des membres. Du fait d'une cyphose progressive, le tronc raccourcit alors que les extrémités paraissent relativement longues. L'aggravation de la cyphoscoliose entraîne la saillie antérieure du sternum, souvent responsable de troubles respiratoires (P. Maroteaux et M. Le Merrer) [26]. Une flexion figée de la hanche est fréquente. L'affection est due à une mutation du gène TRPV 4 situé sur le chromosome 12. Ce gène code pour un canal calcique qui agit sur les chondrocytes et sur le développement du cartilage et de l'os (D. Krakow et al; J. Dai et al.) [27, 28]. M. Grmek (1968) [29], M. Grmek et D. Gourevitch (1998) [19] et V. Dasen (1988) [14] ont attiré l'attention sur une figurine grecque en ivoire du 1er siècle après J.C., qui présente une cyphoscoliose accentuée. Pour C. Wells (1964) [30], la gibbosité de l'infirmes serait due à un mal de Pott,

mais il lui a échappé que les proportions du corps sont celles d'un nain. En fait, la statuette représente un nain bossu accroupi, au thorax court avec des membres grêles. Le sternum est projeté en avant, entraînant des troubles respiratoires. Sa bouche entrouverte suggère qu'il a effectivement des difficultés à respirer. La tête est rentrée dans les épaules. La longueur du bras par rapport à l'avant-bras exclut l'achondroplasie. Pour V. Dasen, le diagnostic de nanisme métatropique peut être envisagé (figure 5).

Une représentation de pieds bots se trouve dans un exemplaire du Canon de la Médecine d'Avicenne (980-1037). Le Canon a été traduit en latin par Gérard de Crémone entre 1150 et 1187, sous le titre de Canon Medicinae. De nombreuses copies ont été illustrées par des enluminures. Un manuscrit du troisième quart du XIII^{ème} siècle montre un malade qui consulte le médecin pour ses pieds bots (figure 6). Le pied droit est typiquement en varus équien. Le pied gauche est également déformé et montre une ébauche de pied bot talus, ainsi que des orteils curieusement écartés. Le malade montre des mains étonnamment rigides et figées dans leur orientation inverse. Une raideur des doigts associée à des pieds bots peut se voir dans l'arthrogrypose distale de type A1, où l'expressivité est variable au point que



Fig. 5. Statuette en ivoire datant du 1^{er} siècle après J.C., d'origine hellénistique, trouvée en Italie. La cyphoscoliose avec un thorax en carène est suggestive du diagnostic de nanisme métatropique. British Museum. Londres.



Fig. 6. Avicenne : Canon medicinae. Le malade porteur de pieds bots se présente devant le médecin. Les mains sont anormalement raides. Troisième quart du XIII^{ème} siècle. Bibliothèque municipale, Besançon, ms 457, fol. 144, v.

Fig.7. Le Maître d'Alkmaar. Les sept œuvres de la charité (détail).

Le tableau illustre la première œuvre de miséricorde : "Nourrir l'affamé". Le mendiant infirme se traîne sur le sol. Ses deux pieds sont affligés d'une déformation en varus équin. Le pied gauche présente une polydactylie. L'extrémité de son pied droit n'est pas visible en raison d'une éraflure de la peinture. Rijksmuseum d'Amsterdam.



l'atteinte de la main peut se limiter à un effacement du pli situé entre les phalanges distales du cinquième doigt (M. Bamshad et al.)[1].

Il faudra attendre le XVI^{ème} siècle pour retrouver une œuvre d'art dans laquelle un infirme est affligé de deux pieds bots. C'est sur un panneau du Maître d'Alkmaar¹, daté de 1504, qui illustre les sept œuvres de miséricorde définies dans l'Evangile selon saint Matthieu, que l'on voit un malheureux infirme des deux pieds. Sa main gauche se crispe sur une

1- Le panneau n'est pas signé. Il a été attribué à Cornelis Buys ou à Pieter Gerritzs, sans certitude. Commandé en 1504 par la Confraternité du Saint Esprit pour son hôpital à Alkmaar, le panneau a été acquis en 1918 par le Rijksmuseum d'Amsterdam.

sorte de petit trépied qui lui sert à se déplacer. Sa main droite, élevée dans la quête d'un morceau de pain, semble normale (figure 7). Ses jambes et ses cuisses sont cachées par son vêtement, mais il est probable que la totalité de ses membres inférieurs est malade, y compris ses genoux et ses hanches. Sinon, il serait debout et pourrait marcher à l'aide de béquilles. Ces infirmités font évoquer une arthrogrypose et surtout la possibilité d'une amyoplasie. Dans ce cas, l'atteinte porte habituellement sur les membres supérieurs et inférieurs, mais elle peut affecter uniquement les membres inférieurs dans environ 15% des cas (J.G. Hall) [32]. L'attitude apparemment bloquée à

angle droit des hanches de l'infirme peut être rapprochée de celle décrite par H.-S. Lee (2005) chez un nouveau-né atteint d'amyoplasie dont seuls les membres inférieurs étaient touchés. Ses hanches étaient fléchies et fixées à angle droit par rapport au tronc [33].

Un pamphlet illustré paru en Angleterre en 1568 est très suggestif d'une arthrogrypose (T. Anderson, 1997) [31]. Son titre est évocateur : "The form and shape of a Monstrous Child, borne at Maydstone in Kent", Le document contient l'illustration, en vue antérieure et postérieure, d'un enfant nouveau-né, une description en prose des anomalies et un poème "A warnyng to England". L'"avertissement à l'Angleterre" était justifié par le fait que la monstruosité de l'enfant était considérée comme une punition de Dieu envers la mère qui l'avait conçu en dehors du mariage.

Les malformations décrites dans le texte anglais mentionnent : a) la bouche fendue du côté droit ; b) au milieu du dos, une masse de chair présente un orifice en son centre ; c) la jambe gauche, relevée jusqu'à la tête, la jambe droite recourbée jusqu'à toucher la fesse gauche ; d) le bras gauche recourbé sur la poitrine, les mains déformées (figure 8).

Les anomalies relevées par T. Anderson consistent en un bec-de-lièvre, un spina-bifida kystique, un genu recurvatum congenitum et un



Fig. 8. The forme and shape of a Monstrous Child, borne at Maydstone in Kent (1568). Sous le dessin, un texte décrit les lésions et les circonstances de cette naissance monstrueuse.

pied bot. Les mains sont déformées. Le dos montre un spina-bifida kystique, situé à droite, ce qui peut être dû à une scoliose. La jambe droite est atrophiée et se termine par un pied bot. Le décès de l'enfant dans les 24 heures suggère la possibilité de graves lésions internes, telle une cardiopathie.

L'ensemble des lésions est compatible avec le diagnostic d'arthrogrypose. Le diagnostic de syndrome de Larsen est également envisageable en raison de l'hyperlaxité de certaines articulations, mais on ne retrouve pas les anomalies faciales caractéristiques.

La médicalisation des descriptions progresse avec le cas relaté par Ambroise Paré, dans les *Monstres et Prodiges*, en 1573 (32). Le chapitre XI décrit *l'Exemple des Monstres qui se font, la mère s'estant tenue trop longuement assise, ayant eu les cuisses croisées, ou pour s'estre bandé ou serré trop le ventre durant qu'elle estoit grosse*. Le texte indique que *les enfans naissent courbez, bossus et contrefaits, aucuns ayans les mains et les pieds tortus, comme tu vois par ceste figure*. (Figure 9). La marge contient une précision : *Ces enfans sont appellez pié-bots Et main-botes*. Le bon état général apparent de l'enfant oriente vers le



Fig. 9. Ambroise Paré: *Des monstres et prodiges* (1573). Figure d'un Enfant qui a este pressé au ventre de sa mère, ayant les mains et pieds tortus. Les pieds botes et les mains botes sont suggestifs d'une arthrogrypose. L'aspect général de l'enfant pourrait évoquer le diagnostic d'amyoplasie.



Fig. 10. Peintre anonyme : le portrait d'un homme handicapé. Cabinet d'art et de curiosités du château d'Ambras, Innsbruck, Autriche. Le diagnostic d'arthrogrypose paraît s'imposer.

diagnostic d'amyoplasie. Il paraît justifié d'attribuer à Ambroise Paré la toute première description d'une arthrogrypose, bien avant A. Otto.

Le Cabinet de curiosités du Château d'Ambras, à Innsbruck (Autriche), contient un étonnant portrait d'un homme handicapé, œuvre d'un peintre anonyme, qui date de la deuxième moitié du XVI^{ème} siècle. Pendant très longtemps, l'image recouverte par un papier rouge ne laissait voir que la tête du sujet. Il fallait soulever le papier pour voir son corps. Le tableau n'était pas montré aux visiteurs ordinaires. Il révèle d'une façon impressionnante le regard de l'époque sur les personnes handicapées : un mélange de curiosité, d'effroi et de distanciation (figure 10).

Le peintre a représenté un homme nu, reposant à plat ventre sur une table. Le corps de l'homme montre un dos allongé. La tête se tient droite, à angle droit par rapport au corps. Le visage est vu de trois quarts, le regard est dirigé vers l'observateur. L'homme porte une moustache et une barbe bien taillée. Le cou est entouré d'une fraise, selon une mode venue d'Espagne. Le chapeau rouge laisse dégagés le front et l'oreille. Dans la partie droite du tableau, on voit les jambes atrophiées et les pieds botes de l'infirme. Du fait de son handicap, l'homme a des jambes raccourcies, ce qui a pour effet apparent d'allonger le dos. Le talon du pied droit montre des tuméfactions, le

pied semble n'avoir que quatre orteils. La main du bras gauche aminci, parallèle au corps, arrive au-delà du niveau du pied. Les doigts paraissent légèrement recourbés et semblent anormalement longs. Le pouce est en adduction. Le tableau a été expertisé par le docteur Andreas Zieger, Directeur de la section de rééducation pour les traumatismes crâniens et cérébraux de la Clinique neurochirurgicale de l'hôpital d'Oldenburg. Il note que les doigts allongés paraissent hypotoniques et non fonctionnels. De même, les jambes entrecroisées paraissent atrophiées et incapables de bouger. Il note également que le visage, plutôt aimable, n'exprime aucun signe de souffrance. Le portrait présente une image dichotomique : le corps est celui d'un infirme gravement handicapé, condamné à l'inertie, alors que la tête exprime la volonté, le savoir et l'intelligence. Le diagnostic proposé par le praticien est celui d'*Arthrogryposis Multiplex Congenita* (V. Schönwiese et C. Mürner, 2005) [33]. Le thème des mendiants, qu'ils soient ou non mutilés, occupe une place importante dans l'œuvre de Jacques Callot (1592-1635). Dans la série des *Gueux*, gravée en 1622, beaucoup sont infirmes. Le numéro 13 représente le *Malingreux accroupi*. Le malheureux soutient de ses deux mains sa jambe droite qui paraît amincie et présente un pied bot varus équin. On note que la jambe



Fig. 11. Jacques Callot : Le malingreux accroupi. Le pied droit, déformé en varus équin, est soutenu par des mains crispées (mains bottes). Le pied gauche paraît également déformé, mais la perspective choisie par Callot le rend incertain. Bibliothèque nationale de France.

malade ne repose pas sur la paume de ses mains, car elles sont crispées, avec un pouce en adduction (figure 11). L'axe du pied gauche paraît également altéré mais la perspective choisie par le graveur ne facilite pas son analyse. Pour J.M. Lévy (2007), les jambes fléchies sont terminées par deux pieds bots (34).

Les anomalies représentées orientent vers le diagnostic d'arthrogrypose. Si l'infirme présente deux pieds bots, le diagnostic d'amyoplasie peut être envisagé car, dans cette affection, le pied bot est presque toujours bilatéral [2, 35]. Dans le cas d'une atteinte limitée au pied droit, le diagnostic devrait plutôt s'orienter vers une arthrogrypose distale, probablement du type DA1 (Distal Arthrogryposis 1) dont les signes cliniques ont été décrits par M. Bamshad et al. [1, 9]. C'est le type le moins grave des arthrogryposes distales. Il présente la particularité d'une atteinte limitée aux mains et aux pieds. Une grande variabilité est observée dans le degré de contracture. La main est crispée et montre un pouce en adduction ou replié dans la paume. La déformation peut se limiter à une simple raideur en flexion des doigts. L'affection est due à une mutation à transmission dominante, située sur le chromosome 9. Elle affecte la tropomyosine 2 des fibres musculaires (36). L'expressivité

est variable, avec parfois une atteinte asymétrique des membres.

Le nanisme diastrophique, décrit par M. Lamy et P. Maroteaux sous le nom de dysplasie diastrophique en 1960 (40), est une maladie rare (prévalence : environ 1/100.000). Elle est caractérisée par une petite taille (120 cm +/- 10% chez l'adulte) et des malformations articulaires qui conduisent à des contractures articulaires multiples. Les enfants naissent avec des membres courts et des pieds bots. Le poignet est déformé, le pouce est en abduction, évoquant le "signe de l'auto-stoppeur". Des kystes se forment au niveau du bord supérieur du pavillon de l'oreille, entraînant sa déformation. La croissance est ralentie et une scoliose se développe. La maladie se transmet selon un mode autosomique récessif. Elle est due à des mutations du gène DTDST situé sur le chromosome 5 en 5q 32-33, qui code un transporteur de sulfate exprimé dans le cartilage. Une curieuse représentation artis-

tique, qui peut évoquer cette forme de nanisme, se trouve dans l'église de Juch, en Bretagne, où elle est désignée comme "le diable du Juch" (figure 12, a). P. Maroteaux l'a identifiée et l'a signalée à J. Kunze et I. Nippert qui l'ont fait connaître en 1986 (24). On note la déformation des oreilles qui évoque les kystes auriculaires de cette dysplasie (figure 12, b). Les bras, les avant-bras et les mains sont courts. Le pouce relevé, qui rappelle le signe de l'auto-stoppeur, est évident (figure 12, c). Le pied bot est remplacé et évoqué par un sabot de cheval, symbole et équivalent du pied bot équin.

Le syndrome de Freeman - Sheldon, ou arthrogrypose distale de type 2A (DA2A) est la forme la plus sévère des arthrogryposes distales. Sa prévalence est de l'ordre de 1/1.000.000. Elle a la particularité de présenter une microstomie, avec des lèvres pincées, qui l'ont fait appeler "face de sifflueur". Les arcades sourcilières sont proéminentes, on observe un ptosis

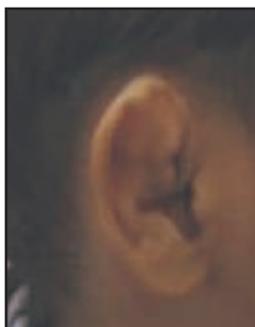


Figure 12, a. Le diable du Juch, terrassé par saint Michel (détail). Bois polychrome. Église du Juch (XVII^{ème} siècle). Les déformations des oreilles, les membres courts, le pouce en abduction, les sabots de cheval sont des représentations symboliques des lésions qui caractérisent le nanisme diastrophique
b: kyste du pavillon de l'oreille - source : Dabas A, Khadgawat R (2014) Indian Pediatr 51 : 161
c: pouce en abduction - source: Babcook q., Filly RA (1993) : diastrophic dysplasia. The fetus 3 : 19-22.

de la paupière supérieure. Les fentes palpébrales sont étroites, souvent obliques en bas et en dehors, le strabisme est fréquent, les oreilles sont basses, le nez est court, le philtrum est long. Les sujets atteints présentent des contractures articulaires et des pieds bots. L'affection est due à une mutation dans le gène MYH3, situé sur le bras court du chromosome 17, qui code pour la chaîne lourde de la myosine (R. Toydemir; R. Toydemir et al.) [39, 40]. Cette mutation est responsable de la contraction des muscles de la face, en particulier du muscle orbiculaire de la bouche, ce qui explique la microstomie caractéristique. J. Kunze et I. Nippert (1986) [24] ont attiré l'attention sur une face sculptée de l'art précolombien qui reproduit de façon étonnante la "face de siffleur" (figure 24). Ce type de vase a été trouvé au Pérou, où la culture Mochica (ou Moche) a laissé des céramiques remarquables réalisées entre le premier et le huitième siècle après J.C.

Conclusion

Malgré la rareté de l'arthrogrypose, il est possible d'identifier sur des dessins, des gravures, des tableaux, des sculptures, des statuettes et des poteries, qui datent pour certains d'entre eux de plus de trois mille ans, des signes évocateurs de plusieurs de ses aspects. L'examen des représentations suggestives d'une arthrogrypose fait apparaître trois degrés de vraisemblance : parfois, le diagnostic évoqué est seulement possible, souvent il peut être considéré comme probable, dans quelques cas il est presque certain.

Parmi les documents pour lesquels le diagnostic proposé est très vraisemblable, on peut mentionner le malade affecté de pieds bots et de mains raides figuré dans un manuscrit illustré du Canon de la Médecine d'Avicenne, qui date du XIII^{ème} siècle, l'enfant "monstrueux" décrit en Angleterre en 1568, l'enfant décrit et



Fig. 13. Vase précolombien, décrit par J. Kunze et I. Nippert, qui présente les particularités morphologiques du syndrome de Freeman - Sheldon, désigné par le terme imagé de la "face de siffleur". On note la microstomie, les ailes du nez amincies, les fentes palpébrales étroites et obliques en bas et en dehors (Institute of Arts, Minneapolis).

représenté par A. Paré en 1573, l'homme handicapé du château d'Ambras et le "malingreux accroupi" dessiné et gravé par J. Callot en 1622. L'exactitude des déformations est telle que le portrait de cet infirme mériterait de figurer dans l'illustration des articles et des mises au point consacrés à l'arthrogrypose. Sa précision, la perfection technique de la gravure, en font un exemple parfait pour illustrer un texte médical.

Par contre, la statuette grecque en ivoire du 1^{er} siècle après J.C. conservée au British Museum est l'objet d'interprétations divergentes. Au diagnostic de nanisme métatropique s'oppose l'opinion de C. Wells (1964), qui identifie un mal de Pott, un diagnostic retenu par R. Garland (2010). La constatation du nanisme du sujet ne suffit pas pour éliminer le mal de Pott, car un nain peut être atteint de tuberculose vertébrale. C'est le thorax en carène associé à la cyphoscoliose qui conduit à préférer le diagnostic de nanisme métatropique. Dans la mesure où le pied bot bilatéral s'observe dans l'arthrogrypose, sa présence dans l'iconographie de l'Égypte et de la Grèce antiques indique qu'il s'agit d'une pathologie très ancienne. Il n'est donc pas surpre-

nant que, malgré sa rareté, on en trouve l'illustration dans les représentations artistiques des civilisations qui se sont exprimées dans les arts figuratifs.

Ces représentations sont vouées à se raréfier, car les progrès du diagnostic prénatal vont tendre à éliminer les naissances d'enfants porteurs d'une anomalie majeure que les parents refuseront d'assumer.

Références

1. Bamshad M, Van Heest AE and Pleasure D (2009) Arthrogryposis: A review and update. *J Bone Joint Surg Am.* 91 (Suppl. 4):40-46
2. Hall JG (2014) Arthrogryposis (multiple congenital contractures): Diagnostic approach to etiology, classification, genetics, and general principles. *Eur J Med Genet* 57:464-472
3. Otto A W (1841) *Monstrum humanum extremitatibus incurvatus. Monstrorum sexcentorum descriptio anatomica in Vratislaviae Museum. Specimen N° DLXXI. 1; 321-322; Anatomico-Pathologieum, Breslau.*
4. Redard P (1893): Contribution à l'étude des contractures congénitales. *Gaz Médicale Paris* 8:217-229
5. Rosencranz H (1905): Über kongenitale Kontrakturen des oberen Extremitäten. *Z Orthop Chir* 5:9-15
6. Stem WG (1923) Arthrogryposis multiplex congenita. *JAMA* 81:1507-1510
7. Sheldon, W (1932): Amyoplasia congenita (multiple congenital articular rigidity: arthrogryposis multiplex congenita), *Arch Dis Child* 7: 117-136
8. Hall JG, Reed SD and Greene G (1982) The distal arthrogryposes: delineation of new entities - review and nosologie discussion. *Am J Med Genet* 11: 185-239
9. Bamshad M, Jorde LB and J.C. Carey (1996): A revised and extended classification of the distal arthrogryposes : *Am J Med Genet* 65 :277 -281.
10. Kimber, E. (2009): Causes, consequences and clinical course in amyoplasia and distal arthrogryposis. University of Gothenburg.
11. Charcot JM, Richer P (1889) Les difformes et les malades dans l'art. Lecrosnier et Babé, Paris, 162 p
12. Richer, P (1902) L'art et la médecine. Gaultier, Magnier et Cie, Paris, 562 p

13. Ruffer, MA (1911) On dwarfs and other deformed persons in ancient Egypt. Bull. Soc. Archeol. Alexandria 13: 1-17
14. Dasen V (1988) Dwarfism in Egypt and classical antiquity: iconography and medical history. Med Hist 32:253-276
15. Dasen V (1990) L'image du nain dans l'Antiquité: aspects médicaux et socio-religieux de la représentation du corps. Bull Soc Fribourgeoise des Sc Nat 79:16-43
16. Dasen V (2013) Dwarfs in ancient Egypt and Greece, Oxford Monographs on classical Archaeology, Clarendon Press, Oxford, p. 41.
17. Charlier, P (2008) Les monstres humains dans l'Antiquité. Analyse paléopathologique. Paris, Fayard, pp. 161-165.
18. Garland, R (2010) The eye of the beholder. Deformity and disability in the Graeco-Roman World. Bristol Classical Press, p. 113 and p.117
19. Grmek M, Gourevitch D (1998) Les maladies dans l'art antique, Fayard Paris pp. 282-287.
20. Aterman K (1965) Why did Hephaestus limp? Am J Dis Child 109:381- 392
21. Aterman K (1999) From Horus the child to Hephaestus who limps : a romp through history. Am J Med Genet 83(1):53-63
22. Silverman FN (1982) De l'art du diagnostic des nanismes et du diagnostic des nanismes dans l'art. J de radiologie, 63:133-140
23. Ramachandran, M, Aronson JK (2006) The diagnosis of art: Diastrophic dysplasia and Hephaistos. J R Soc Med 99(11): 584-585
24. Kunze J, Nippert 1(1986) Genetics and malformations in art. Grosse Verlag, Berlin 119 p
25. Maroteaux P, Spranger JW, Wiedemann HR (1966) Der metatropische Zwergwuchs. Arch Kinderheilk 173:211-226
26. Maroteaux P, Le Merrer M (2002) Maladies osseuses de l'enfant. Flammarion Paris, pp. 78-80.
27. Krakow D, Vriens J, Camacho N et al (2009) Mutations in the gene encoding the calcium-permeable ion channel TRPV 4 produce spondylometaphyseal dysplasia, Kozlowski type and metatropic dysplasia. Am J Hum Genet 84:37-315
28. Dai J, Cho OH, Schmidt-Rimpler M et al (2010) Novel and recurrent TRPV 4 mutations and their association with distinct phenotypes within the TRPV 4 dysplasia family. J Med Genet 47:704-709
29. Grmek MD (1988) Les affections de la colonne vertébrale dans l'iconographie médicale et les arts antiques. Histoire et Archéologie, Dossiers, n° 123: 52-61
30. Wells C (1964) Bones, bodies and disease. Evidence of disease and abnormality in early man. London, Thames and Hudson, London, p 271
31. Hall JG (2014) Amyoplasia involving only the upper limbs or only involving the lower limbs with review of the relevant differential diagnoses. Am J Med Genet 164 (A) : 859-73
32. Lee HS (2005) Amyoplasia congenita in the lower extremity : report in a prématuré baby. Yonsei Medic J 46(4) : 567-570
33. Anderson T (1997) Earliest evidence for arthrogryposis multiplex congenita or Larsen syndrome? Am J Med Genet 71: 127-9
34. Paré A (1573) Des monstres et prodiges, éd. J. Céard, Droz, Genève 1971, 239 p
35. Schönwiese V, Mürmer, C (2005) Das Bildnis eines behinderten Mannes. Psychologie und Gesellschaftskritik 113: 95-125
36. Lévy JM (2007) Médecins et malades dans la peinture européenne du XVII ème siècle. Tome 1. L'Harmattan Paris, p. 119.
37. Hall JG, Aldinger KA, Tanaka KI (2014) Amyoplasia revisited. Am J Med Genet 164A(3): 700-30
38. Sung SS, Brassington AME, Grannatt K et al (2003) Mutations in genes encoding fast-twitch contractile proteins cause distal arthrogryposis syndromes. Am J Hum Genet 72 (3): 681-690
39. Hall JG, Reed SD, Driscoll EP (1983) Amyoplasia: a common, sporadic condition with congenital contractures. Part 1. Am J Med Genet 15: 571-590
40. Lamy M, Maroteaux P (1960): Le nanisme diastrophique. Presse Méd. 68:1977-80
41. Toydemir, R (2006) Genetic basis of distal arthrogryposes. Thesis, The University of Utah
42. Toydemir RM, Rutherford A, Whitby FG et al. (2006) Mutations in embryonic myosin heavy chain (MYH3) cause Freeman-Sheldon syndrome and Sheldon-Hall syndrome. Nat Genet 38(5): 561-65



Suivez l'actualité du SYNGOF
au quotidien sur

www.syngof.fr

Conseil d'Administration

du Syngof

Président

Docteur de ROCHAMBEAU
Hôpital privé Marne Chantereine
BROU SUR CHANTEREINE

Présidents d'honneur

Docteur COUSIN
Professeur GIRAUD
Docteur ROZAN

Vice-Présidents

Pôle Gynécologie Obstétricale
Libérale

Docteur BOYER DE LATOUR
1 bd Schweitzer
SAINT QUENTIN

Docteur LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Pôle Praticiens Hospitaliers

Docteur FAIDHERBE
CHU Arnaud de Villeneuve
MONTPELLIER

Docteur LE PORS-LEMOINE
Centre Hospitalier - ST MALO

Pôle Gynécologie Médicale

Docteur GUERIN
13 bd des rochers - VITRÉ

Docteur HOMASSON
5 rue Chanez - PARIS

Secrétaire Générale

Docteur PAGANELLI

Secrétaire Général Adjoint

Docteur RIVOALLAN

Secrétaire Général honoraire

Docteur MISLER

Trésorier

Docteur MARTY

Trésorier adjoint

Docteur GRAVIER

Membres de droit

Docteur BELAICHE
Professeur COLETTE
Professeur GIRAUD

Membres du Bureau

Docteur BOYER DE LATOUR
Tél. 03 23 64 53 59

Docteur DE ROCHAMBEAU
Tél. 01 64 72 74 31

Docteur FAIDHERBE
Tél. 06 85 73 38 00

Docteur GRAVIER
Tél. 06 62 45 28 10

Docteur GUERIN
Tél. 06 35 22 19 33

Docteur HOMASSON
Tél. 01 40 71 93 64

Docteur LAPLACE
Tél. 05 56 43 72 24

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

Docteur MARTY
Tél. 05 63 77 79 00

Docteur PAGANELLI
Tél. 02 47 37 54 49

Docteur RIVOALLAN
Tél. 02 98 95 84 84

Membres

Docteur BASTIAN
Place du Grand Jardin - VENCE

Docteur BLUM
10 rue du Rhône - MULHOUSE

Docteur BOHL
1-3 av Carnot - SAINT-MAX

Docteur BONNEAU
2 bd du Roy - LES PAVILLONS/BOIS

Docteur BONNET
Hôpital de Fontainebleau
FONTAINEBLEAU

Docteur CACAULT
71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

Docteur CAMAGNA
1 rue Velpeau- ANTONY

Docteur DARMON
18 rue des remises - ST MAUR DES FOSSES

Docteur DE BIEVRE
6 rue St Fiacre - MEAUX

Docteur DEFFARGES
59 rue de la Chataigneraie
BEAUMONT

Docteur DENJEAN

7 av. Pierre Verdier - BEZIERS

Docteur DREYFUS

25 rue Garibaldi - LYON

Docteur GERAUDIE

26 bd Dubouchage - NICE

Docteur GRISEY

Hôpital privé de Parly 2
LE CHESNAY

Docteur GUIGUES

2 bis av. du CANADA - CAEN

Professeur HOROVITZ

Hôpital Pellegrin Maternité
BORDEAUX

Docteur JELEN

Polyclinique de la Résidence
BASTIA

Docteur LAZARD

6 rue Rocca- MARSEILLE

Docteur LEGRAND

12 rue de France - NICE

Docteur LE MEAUX

Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Docteur LONLAS

6 rue de la manufacture
ORLEANS

Docteur MIRONNEAU

16 crs du Général de Gaulle
DIJON

Docteur PEIGNÉ

Polyclinique du Beaujolais
ARNAS

Docteur ROBION

11 Quai Alsace Lorraine- MELUN

Docteur SEGUY

Av Leopold Heder - KOUROU

Docteur TEFFAUD

Polyclinique de l'Atlantique
ST HERBLAIN

Docteur THIEBAUGEORGES

Clinique Sarrus Teinturiers
TOULOUSE

Docteur VERHAEGHE

43 rue des Meuniers
LESQUIN

Petites annonces

Toutes les annonces doivent être adressées à :

Syngof
BP 60034

34001 MONTPELLIER Cedex 1
ou passez directement votre annonce sur le site :
<http://www.syngof.fr>

Ventes et Association

■ QUIMPER

Recherche pour succession gynécologue, 1^{er} semestre 2018, selon convenance. Patientèle cédée 1 €. Prêt matériel gratuit en début d'activité. Local en location avec possibilité de rachat. Activité de gynécologie médicale, infertilité, suivi de grossesse, échographie. Possibilité de remplacement 1 jour/semaine avant installation.

T. 06 08 66 66 01

■ TOULON

Cause départ à la retraite fin 2017, cède clientèle à Toulon. Joli cabinet situé en centre ville avec une belle activité libérale exclusive. Exercice en hôpital privé pour l'activité chirurgicale et obstétricale. Participation tableau de gardes d'obstétrique. Accès possible au robot Da Vinci.

T. 06 15 09 32 82

■ FRESNES

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

T. 06 24 04 72 68

■ REIMS

Cause départ en retraite en mars 2019, recherche successeur gynécologue obstétricien ou gynécologue médical(e) à forte orientation procréation médicale assistée et prise en charge de l'infertilité. Nécessité d'avoir un DESC en médecine de la reproduction. Installation au sein d'un cabinet de 9 gynécologues et gynécologues obstétriciens et d'un centre d'AMP (1000 FIV/an). Possibilité d'effectuer de l'obsté-

trique et de la chirurgie gynécologique. Possibilité de remplacements réguliers avant installation.

T. 03 26 77 27 84 // 06 87 34 08 32

■ PARIS

Ancien chef de clinique assistant, 65 ans, chirurgien gynécologue obstétricien secteur II cause retraite cède activité chirurgie gynéco. obstétrique cancéro. en juillet 2018 dans association 4 ACCA, dans clinique MCO ouverte en 2009 proche PARIS.

T. 06 62 29 48 19

■ PERPIGNAN

Groupe de gynécologues obstétriciens médicaux-chirurgicaux recherche gynécologue médical pour diriger le centre d'AMP de Perpignan. Le cabinet est indépendant, à 300 m de la clinique et du labo FIV, équipement complet et secrétariat dédié. Ce poste permet l'accès au plateau technique de la clinique pour les actes d'AMP et pour d'autres gestes chirurgicaux. Il peut aussi intéresser un gynécologue obstétricien avec une activité chirurgicale : la clinique a un plateau technique polyvalent, bloc chirurgical multidisciplinaire. Autorisation pour oncologie gynécologique.

T. 04 68 34 20 33 - 06 82 15 56 11

■ ALBI

Cherche gynécologue à profil chirurgical oncologique pour reprise de la patientèle. Pas de frais à l'installation et possibilité d'aide financière à l'installation. Radiothérapie et service d'oncologie sur place. RCP gynéco hebdomadaire. Clinique médico-chirurgicale avec anesthésiste réa. sur place. Urgences 24/24h. 22 lits d'hospitalisation gynécologie obs. Travail en réseau avec Maternité et l'Oncopole Toulouse. Maternité de niveau 1, 400 accts/an. Equipe de maternité et service de chirurgie bien rodée. Gros recrutement gynéco-obstétrical et chirurgical, très bonne qualité de vie.

T. 06 29 27 37 97

■ LILLE

Recherche pour succession, d'une activité actuelle de gynécologie médicale et chirurgicale et d'obstétrique un gynécologue obstétricien (ou médical). Possibilité de travailler dans un établissement de Lille centre, très bien équipé au sein d'une polyclinique médico-chirurgicale, la maternité de Niveau 2A réalise un peu plus de 2000 naissances/an, avec 10 gynécologues obstétri-

ciens, 6 anesthésistes, 6 pédiatres. Possibilité de fonctionner seul ou en équipe pour les astreintes et les gardes sur place. Possibilité de remplacement pour connaître la clinique et l'équipe.

T. 03 20 57 99 90 - 06 07 66 40 59

■ CARPENTRAS

Important cabinet de gynécologie obstétrique (Equipe de 3 gynéco.) recherche un associé ayant accès au secteur II si possible. Compétence chirurgicale et compétence en échographie obstétricale souhaitées. Très gros potentiel d'activité, sans apport financier. Matériel à acheter. Possibilité d'accès à un plateau technique sur site : Maternité de niveau I, 1200 accts/an, 33 lits, bloc chirurgical, équipe de 5 gynécologues obstétriciens.

T. 04 90 63 65 01 // 04 32 85 89 10

■ LE PERREUX SUR MARNE

Gynécologue médicale secteur 2 exerçant depuis 1980 cède clientèle cause retraite à partir de janvier 2018. Matériel de qualité.

T. 06 22 49 22 49

■ MONTPELLIER

Cause départ à la retraite octobre 2017, cède patientèle tenue trente ans, avec possibilité activités chirurgicales et obstétricales dans un groupe de même spécialités en clinique à Montpellier.

T. 04 67 64 41 12 - 06 18 40 49 45

Remplacements

■ Spécialiste du remplacement

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

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

■ CAGNES SUR MER

Cabinet de groupe de gynécologues accoucheurs cherche remplaçant pour toutes périodes de vacances de façons répétitives. Conditions de remplacement très simples nous laissons l'intégralité des honoraires perçus.

T. 06 10 77 50 64

■ PACA

Cabinet de gynécologie obstétrique avec forte activité, cherche remplaçant longue durée avec possibilité de reprise clientèle à moyen ou long terme. Possibilité d'hébergement.

T. 04 94 79 07 08



Centre Hospitalier Léon Binet de Provins (77)

Ile-de-France – Cadre de vie agréable.
Site médiéval classé au patrimoine mondial de l'UNESCO.
Située au sud-est de Paris – 80 km – 1 h de trajet.

200 lits MCO, jouissant d'un bassin d'attraction de plus de 100 000 habitants.
Plateau technique complet (scanner – IRM – laboratoire).
Urgences – SMUR.
Unité de Réanimation (8 lits) et de soins continus (4 lits).
Maternité niveau 2 A (700 accouchements par an environ).
Pédiatrie avec unité de néonatalogie (4 lits).

RECHERCHE

UN PRATICIEN GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN A TEMPS PLEIN

Poste à pourvoir immédiatement. Inscription à l'Ordre des Médecins exigée.

Pratique des échographies obstétricales avec agrément. 1^{er} trimestre fortement souhaitée. Activité d'orthogénie souhaitée.

Missions :

- Assurer le suivi et la prise en charge sur les plans gynécologique et obstétrical des patientes à la fois dans le cadre d'une activité programmée et en urgence.
- Participation à la continuité et à la permanence des soins (garde sur place).
- Informer et accompagner la femme, voire le couple, tout au long de la prise en charge.
- Participer aux staffs et réunions relatives au suivi des patientes.
- Participer au recensement et au codage de l'activité médicale dans son domaine d'activité.
- S'inscrire dans la démarche qualité/gestion des risques (EPR...).
- Participer au fonctionnement institutionnel du centre hospitalier de Provins en fonction des possibilités et disponibilités.
- S'inscrire dans la politique territoriale de santé, en fonction des orientations définies aux niveaux régional et institutionnel.



Renseignements : M. le Docteur Hakim BELLACHE - Tél. : 01 64 60 40 57 - hbellache@ch-provins.fr

Adresser candidature à : Mme Emilie BAYARD - Affaires médicales - ebayard@ch-provins.fr - Tél. : 01 64 60 43 92



Centre Hospitalier Léon Binet de Provins (77)

Ile-de-France – Cadre de vie agréable.
Site médiéval classé au patrimoine mondial de l'UNESCO.
Située au sud-est de Paris – 80 km – 1 h de trajet.

200 lits MCO, jouissant d'un bassin d'attraction de plus de 100 000 habitants.
Plateau technique complet (scanner – IRM – laboratoire).
Urgences – SMUR.
Unité de Réanimation (8 lits) et de soins continus (4 lits).
Maternité niveau 2 A (700 accouchements par an environ).
Pédiatrie avec unité de néonatalogie (4 lits).

RECHERCHE

UN PRATICIEN GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN A TEMPS PLEIN - Poste avec Chefferie de Service

Poste à pourvoir immédiatement. Inscription à l'Ordre des Médecins exigée.

Pratique des échographies obstétricales avec agrément. 1^{er} trimestre fortement souhaitée. Activité d'orthogénie obligatoire.

Missions :

- Assurer le suivi et la prise en charge sur les plans gynécologique et obstétrical des patientes à la fois dans le cadre d'une activité programmée et en urgence.
- Participation à la continuité et à la permanence des soins (garde sur place).
- Informer et accompagner la femme, voire le couple, tout au long de la prise en charge.
- Participer aux staffs et réunions relatives au suivi des patientes.
- Participer au recensement et au codage de l'activité médicale dans son domaine d'activité.
- S'inscrire dans la démarche qualité/gestion des risques (EPR...).
- Participer au fonctionnement institutionnel du centre hospitalier de Provins en fonction des possibilités et disponibilités.
- S'inscrire dans la politique territoriale de santé, en fonction des orientations définies aux niveaux régional et institutionnel.



Renseignements : M. le Docteur Hakim BELLACHE - Tél. : 01 64 60 40 57 - hbellache@ch-provins.fr

Adresser candidature à : Mme Emilie BAYARD - Affaires médicales - ebayard@ch-provins.fr - Tél. : 01 64 60 43 92

La Maison de Santé Protestante de Bagatelle (MSPB) est une Fondation privée, à but non lucratif, créée en 1863. Elle a une vocation sanitaire, médico-sociale et sociale. Elle emploie plus de 1200 professionnels sur différents sites localisés en Gironde, pour un C.A. de plus de 100 millions d'euros.

Elle comporte un Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC) : 300 lits de médecine, chirurgie, obstétrique et de soins de suite et réadaptation et un HAD prenant en charge quotidiennement 230 patients, un EHPAD, un service d'accueil temporaire pour personnes âgées, un SSIAD de 130 places en cours de constitution d'un SPASAD, un Institut de Formation (IDE, AS, formation continue), une crèche, un centre de santé et un centre social.

Elle est engagée dans un groupement de coopération sanitaire avec l'Hôpital d'Instruction des Armées « Robert PICQUÉ » visant le regroupement de l'ensemble des activités sur le site de Bagatelle en 2021, au sein d'un ensemble hospitalier civil et militaire.

Ce nouvel ensemble comportera un service d'urgences important (40 000 passages/an), une maternité de niveau 2 (création d'un service de néonatalogie de 6 lits), un service de réanimation, un bloc opératoire de 14 salles.

La Fondation MSPB Bagatelle Recrute

Un(e) Gynécologue Obstétricien(ne) – clinicat ou assistantat validé.

Notre hôpital est situé à Talence, commune de la Métropole bordelaise, à 45 mn environ du Bassin d'Arcachon et de l'océan atlantique, très proche des vignobles bordelais. La gare Saint-Jean, desservant Paris en 2H grâce à la LGV, est à 10 minutes.

Vous exercerez au sein du Pôle Mère-Enfant, Maternité de niveau 1, réalisant 2600 accouchements par an et certifié Label IHAB.

Ce pôle est composé d'une équipe médicale de 10 obstétriciens, 6 pédiatres, 6 échographistes et 35 sages-femmes. Le service comprend un Centre d'échographies de dépistage de référence, un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal et un HAD obstétrique et pédiatrique. L'établissement dispose par ailleurs d'une importante équipe d'anesthésistes (14 praticiens).

En tant qu'obstétricien,

Vous aurez une activité classique de surveillance et de prise en charge obstétricale.

Vous participerez éventuellement à l'activité d'échographies de dépistage.

Vous participerez à l'activité d'HAD obstétrique.

Vous participerez à la continuité et à la permanence des soins, et assurerez des gardes sur place (3 à 4 par mois).

Dans le cadre du projet médical, vous serez sollicité pour organiser, au sein de l'équipe, la mutation de la Maternité vers le niveau 2.



Contact :

Laetitia Pérey - Responsable Recrutement - Intégration - Mobilité - GPEC - la.perey@mspb.com - 05 57 12 34 69

Le Centre Hospitalier de Rochefort

A 30 minutes de la ville de La Rochelle - A proximité des plages atlantiques et des îles de Ré et Oléron - A 3 h de Paris par TGV - A 1 h 30 de Bordeaux, et Nantes
Établissement appartenant au Groupement Hospitalier de Territoire Atlantique 17

recherche un praticien qualifié en gynécologie obstétrique

afin de pourvoir au remplacement du départ en retraite de l'un des 6 praticiens de l'équipe médicale.

L'établissement neuf mis en service en mars 2011 dispose au sein du pôle femmes-enfants, d'une maternité de type 2a ayant réalisé en 2016, 1 100 accouchements.

Une unité de néonatalogie de 6 lits est installée au sein du service de maternité ainsi qu'une unité kangourou.

Activité de consultations, d'échographie, activité chirurgicale, consultations avancées sur Oléron et participation à l'activité du CPP sur le site de Royan.

Un profil polyvalent en gynécologie et obstétrique est recherché.

Permanence des soins organisée en astreinte opérationnelle avec aménagement du repos consécutif à l'astreinte.

L'évolution envisagée vers une permanence des soins en garde sur place avec repos de sécurité.

Inscription au conseil de l'Ordre des médecins indispensable.

Poste à pourvoir à compter du mois d'octobre 2017.

Contacts :

Chef de pôle - Dr Julie LAITHELIZE - julie.laithelize@ch-rochefort.fr

Chef de service - Dr Adrienne GARRIGUE - adrienne.garrigue@ch-rochefort.fr

Direction des affaires médicales - B. CRAMIER - beatrice.cramier@ch-rochefort.fr

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



La Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse est une fondation privée, à but non lucratif, reconnue d'utilité publique créée en 1880. Elle se compose à ce jour de 18 établissements de santé, répartis sur toute l'Alsace. Le groupe ainsi constitué fait de notre Fondation un acteur de première importance en Alsace dans l'offre sanitaire, médico-sociale et la formation.

Nous recherchons aujourd'hui pour notre Pôle de Santé Privé du Diaconat - Centre Alsace situé à Colmar (l'Hôpital Albert Schweitzer, la Clinique et la Maison d'Accueil du Diaconat, le Home du Florimont et l'Institut de Formation) :

- Un Médecin assistant spécialisé en gynécologie-obstétrique (h/f) - en CDD de 2 ans à temps plein
- Ou un Médecin spécialisé en gynécologie-obstétrique (h/f) - en CDI temps plein

Les candidatures (CV et lettre de motivation)**sont à envoyer à :**

Pôle de Santé Privé du Diaconat

Centre Alsace Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse

Monsieur Le Directeur - 201 Avenue d'Alsace

BP 20129 - 68003 Colmar cedex

direction.colmar@diaconat-mulhouse.fr

Renseignements :

Docteur SHARAF Mamoun

Chef du département de Gynécologie-Obstétrique

03 89 21 25 92 - mamoun.sharaf@diaconat-mulhouse.fr

Marie RIEBERT

Cadre sage-femme

03 89 21 25 41 - Marie.riebert@diaconat-mulhouse.fr



Pôle de Santé Privé du Diaconat - Centre Alsace

Hôpital Albert Schweitzer - Clinique et Maison d'Accueil du Diaconat

10011, rue de la République - 68000 Colmar (France) - 68000 Colmar

201 Avenue d'Alsace - 68000 Colmar Cedex



La Polyclinique Grand Sud* à Nîmes met en place un nouveau projet maternité et souhaite renforcer son équipe médicale par le recrutement de **gynécologues obstétriciens** activité libérale, inscription à l'Ordre des Médecins.

Maternité de niveau 1 • 42 places et 35 lits, 1600 accouchements par an • 1 bloc obstétrical : 5 chambres de pré-travail, 4 salles d'accouchement, 1 salle réservée aux césariennes, 2 salles de soins néonataux, 1 pouponnière • 8 gynécologues-obstétriciens • liens étroits avec l'urologie et la pôle chirurgie digestive.

naiSens, la famille au cœur des soins

• Polyclinique engagée dans la labellisation IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébés) • Hôtellerie « comme à la maison », moderne, adaptée à la famille • Parcours de soins axé vers l'accompagnement à la parentalité • Polyclinique éco-responsable, engagée dans des démarches de développement durable, Label Nesting obtenu en 2017.



Vous souhaitez travailler en équipe pluridisciplinaire, vous avez l'envie de contribuer à la dynamique, à la performance médico-chirurgicale de notre établissement... venez nous rejoindre ! • Titulaire du DF de Docteur en Médecine et du DES de Gynécologie-Obstétrique Compétences souhaitées : • Qualification en chirurgie gynécologique • Le + : diplôme d'échographie en gynécologie obstétrique.

* Appartient au Groupe Hexagone Santé Méditerranée, l'établissement est inscrit depuis une dizaine d'années comme un acteur incontournable de la carte sanitaire du Languedoc Roussillon. Il dispose aujourd'hui d'un plateau technique de premier ordre, regroupant plus de 250 lits et places en médecine-chirurgie. La Polyclinique bénéficie d'un emplacement privilégié au sein de la « Ville Active » car elle est entourée de professionnels de santé : • Nemoscan (IRM et Scanner).

• Nephrocare Gardialyse • Scintigard • SOS Médecins • Laboratoire d'analyses médicales • Nombreux cabinets de consultations à proximité (Médicard, Méridien, Odyssee, Villegiales Santé, Carré Médical).

A savoir

• Clientèle et revenus assurés • Pas de droit d'entrée • Possibilité d'intégrer un cabinet existant • Possibilité de cabinet de consultation • Gardes sur place

• Vie culturelle, associative et sportive denses, excellente qualité de vie, environnement dynamique.

Pour candidater : merci d'adresser votre C.V./Lettre de motivation à l'attention de la Direction de l'établissement



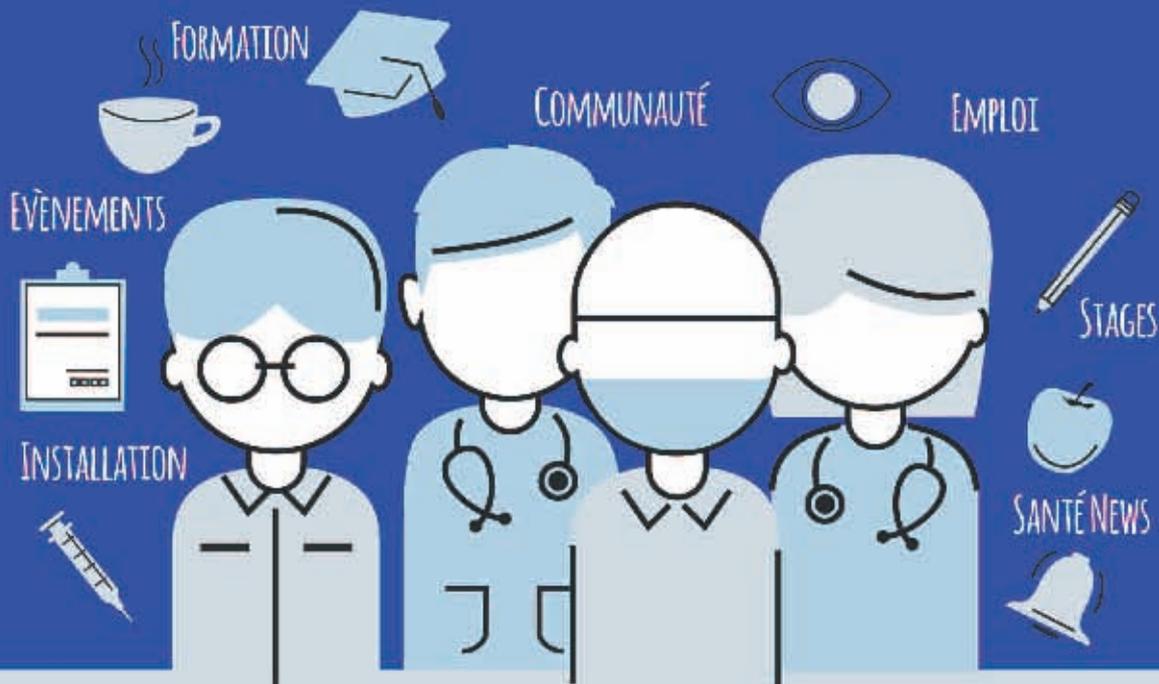
350, av. St André de Codols, 30900 Nîmes



recrutement.medecin@hsmed.fr



04 66 04 32 87



Réseau PRO Santé

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

RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



resah.idf
Réseau des Adhérents et Hospitaliers de France - IDF


pôle emploi

UniHA

FEHAP
Fédération Française des Étudiants Hospitaliers
PROFESSEURS ET ÉTUDIANTS HÔPITALIERS DE FRANCE

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

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode





**ACTIONS
SANTÉ
FEMMES**

Siège Social : 50, rue Raffet - 75016 PARIS
Association loi 1901 - Siret 813 382 897 - Siren 810 382 897 00010

The logo consists of a blue silhouette of a woman's head in profile, facing left, with a green globe of the Earth integrated into the back of her head. Below the logo, the text "ACTIONS SANTÉ FEMMES" is written in blue. At the bottom, there is a green bar containing the address "Siège Social : 50, rue Raffet - 75016 PARIS" and the identification numbers "Association loi 1901 - Siret 813 382 897 - Siren 810 382 897 00010".