

LES  
CAHIERS

SYNGOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



92

Mars  
2013

- Le contrat d'accès aux soins
- Lecture pratique du RCF pendant le travail
- MedyCS et le ROSP



# Les Cahiers SYNGOF jour après jour



# vous informent



2 Lettre de la rédaction des Cahiers du Syngof

B. de ROCHAMBEAU

3 Éditorial

F. X BOYER de LATOUR

#### INFORMATIONS SYNDICALES

4 Assemblée générale du 15 mars 2013

J. MARTY

13 Je suis coupable

J. THÉVENOT

14 Le contrat d'accès aux soins

B. de ROCHAMBEAU

17 La renaissance de l'accouchement douloureux

O. BUISSON

20 Adieu Diane, bonjour.....boutons

E. PAGANELLI

22 Compte rendu de l'A.G. de l'EBCOG

J. NIZARD, J. HOROVITZ

#### CONNAISSANCE ET AMÉLIORATION DES PRATIQUES MÉDICALES

25 Lecture pratique du RCF pendant le travail

S. FAVRIN

33 Recommandations pour la pratique clinique :

- Les infections génitales hautes

Groupe de travail du CNGOF

#### ANALYSE DU RISQUE MÉDICAL

39 Revue de presse médicale :

- Même en cas de difficultés psychologiques, si la grossesse ne met pas la santé de la femme en danger, l'interruption médicale de grossesse n'est pas autorisée.

M-A ROZAN

#### DROIT ET GYNÉCOLOGIE

40 Ethique :

- Recommandations de bonnes pratiques relatives à la délivrance de l'information à la personne sur son état de santé
- Parlement européen : Résolution sur les dons volontaires et non rémunérés de tissus et de cellules

J-R BINET, N-J MAZEN, M. BOULET, A. CATHERINE, A. CHAUSSY,

G LAW de LAURISTON, A. PICARD, C-E THIAW, A-C POMMIER

43 Exercice libéral :

- Contrat d'exercice. Cession. Acceptation ou refus par le praticien ?

G. MÉMETEAU,

#### HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

44 Tarnier et la troisième courbure

B. SEGUY

#### GYNÉCOLOGIE HUMANITAIRE

48 La fistule obstétricale : la pathologie des exclues

J. BLANCHOT

#### INFORMATIQUE

50 MedyCS et le ROSP

F. SBERRO

#### VOS RUBRIQUES

51 Formations GYNERISQ - SYNGOF

52 Propos de lecture

54 Conseil d'administration

56 Délégués régionaux

58 Petites annonces

59 Le coin des cinéphiles du siècle dernier

60 Agenda des congrès



*The Eleventh Hour, the Eleventh Day of the Eleventh Month, 1918, 1919 (oil on canvas)*  
Day, W. Percy (fl.1905-22)

Harris Museum and Art Gallery, Preston, Lancashire, UK.

**Directeurs de la Publication :** Drs François-Xavier Boyer de Latour, Bertrand de Rochambeau

**Comité de Rédaction :** Professeurs Bernard et Horovitz.

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

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

Email [fxdelatour@gmail.com](mailto:fxdelatour@gmail.com)

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

Email : [bdr@club-internet.fr](mailto:bdr@club-internet.fr)

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

e.mail : [syngof@syngof.fr](mailto:syngof@syngof.fr)

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

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

**Conception et Réalisation :**

Nadine Prugny

**Maquette P.A.O. :** Nadine Prugny

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2013

Imprimé en France

SOULIE Imprimeur - 34110 FRONTIGNAN

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

Magazine adressé à titre gratuit aux adhérents du Syngof.



BERTRAND DE ROCHAMBEAU  
DIRECTEUR DE PUBLICATION

## Lettre de la rédaction des Cahiers du Syngof

**M**arisol Touraine, première gynécologue de France ! Qu'a-t-il pu passer par l'esprit supérieur de notre ministre de tutelle pour devenir ainsi "Supergynéco" ? Depuis quelques mois, sous son impulsion on assiste à un zèle inhabituel des agences de santé au travers desquelles, elle refonde tous les principes de la contraception, diabolise les contraceptifs oraux, fait la promotion du stérilet chez les jeunes nullipares, dérembourse les pilules les plus modernes, met fin à la commercialisation en France de *Diane 35* et de tous ses génériques. Voilà de quoi alimenter le tourbillon médiatique qui bientôt devient tempête. Les médecins, et en premier lieu les gynécologues, médusés ont eu du mal à suivre les raisonnements qui ont conduit à ces décisions qu'aucune nouveauté scientifique ne laissait présager. L'affolement des patientes n'a pas été long à se manifester, consultant en urgence quand cela était encore possible ou abandonnant leur contraception de peur que "les caillots ne leur montent au cœur" comme à ces pauvres femmes jetées en pâture au feu médiatique. Il a fallu justifier par un rapport scientifique ces décisions et nous avons été invités à croire que les femmes ont échappé au pire : *Diane 35* serait responsable de 4 morts en 25 ans soit pour plus d'un million d'années femme ! Dans le même temps notre "Supergynéco" autorise la prescription de cette bombe à retardement qu'est la pilule par les infirmières scolaires et les sages-femmes, (ce qui est bien accueilli par les mêmes médias) qui ne sont pas connues pour avoir bénéficié d'un enseignement particulièrement riche dans ce

domaine ! Elle se déclare ouvertement en faveur des maisons de naissance, structures démedicalisées, destinées à "l'accouchement physiologique", gageons qu'il ne faudra pas attendre 25 ans pour déplorer 4 décès si ces structures prolifèrent, quand on en déplore annuellement plus de 60 dans nos maternités médicalisées. Il doit quand même y avoir une raison pour que la prime d'assurance des accoucheurs dépasse les 30 000 € annuels ? Quelle sera la prochaine action de "Supergynéco" en faveur des femmes ?

Comme une bonne nouvelle ne vient jamais seule, les médecins libéraux qui pratiquent dans le secteur 2 se voient proposer ce trimestre par la Caisse Nationale d'Assurance-maladie (CNAM) d'adhérer à un Contrat d'Accès aux Soins (CAS) d'une durée de 3 ans par lequel ils s'engagent à geler leurs tarifs à ce qu'ils étaient en 2012. La CNAM a déjà proposé un tel contrat au début de la vie conventionnelle où les médecins s'engageaient à suivre les tarifs de la convention. Quand le secteur 2 a été créé à côté du contrat d'exercice en secteur 1, à tarif opposable, il était prévu de pouvoir sortir du secteur 1. Au fur et à mesure des années le secteur 1 est devenu le secteur à tarif opposable et bloqué et la possibilité d'en sortir par 2 fois a été refusée. Les médecins ont été trompés 2 fois par la CNAM. La CNAM propose un nouveau mariage à ceux qui ont encore un peu de liberté. Personnellement : je ne me marierais pas avec celle qui m'a trompé par 2 fois, maintenant c'est vous qui voyez !

(Cf le texte en page 14)



FRANÇOIS-XAVIER BOYER DE LATOUR  
DIRECTEUR DE PUBLICATION

## En France, pour gérer notre santé, les imbéciles succèdent aux imbéciles.

Les déserts médicaux en sont l'illustration parfaite. Dans les années 70, les hommes politiques et les hauts fonctionnaires qui nous dirigeaient, avaient décrété que le déficit de la sécurité sociale était la conséquence d'un nombre excessif de médecins en France (comme si l'offre créait la demande !). Alors, pendant une trentaine d'années un *numerus clausus* drastique dans les facultés de médecine a été mis en place, et les médecins ont été incités à partir le plus tôt possible en retraite. En conséquence, les rares étudiants en médecine, au terme de leurs études, ont pu choisir le lieu de leur installation sans aucune contrainte, le nombre de médecins partant en retraite étant largement supérieur au nombre de nouveaux installés. C'est ce phénomène qui est à l'origine des déserts médicaux qui ont donc été créés de toutes pièces par une politique imbécile de diminution du nombre de praticiens. Devant ce constat la nouvelle génération d'hommes politiques qui nous gouverne s'est penchée sur ce problème et une commission sénatoriale (des sages !), dans un récent rapport a proposé de nouvelles solutions. Constatant que les mesures incitatives n'étaient pas suffisantes, cette commission a proposé des mesures coercitives. La principale de ces mesures consiste à ne plus conventionner les jeunes médecins s'installant dans les zones "surdotées", et pour certaines spécialités particulièrement sinistrées (comme la gynécologie obstétrique), une autre proposition consiste à obliger les jeunes diplômés au terme de leur cursus à passer 3 ou 4 ans dans des hôpitaux sous dotés où personne ne veut aller ! Nos chers sénateurs ont juste oublié que l'année dernière seuls 7% des médecins sortants des facultés se sont installés en libéral. Grâce à leur proposition il y a fort à parier que ce pourcentage passera à 3 ou 4% et que les déserts médicaux s'étendront... Gageons également que la perspective, pour un jeune étudiant en médecine, de passer à la fin de son internat 3 ans dans une campagne perdue de notre beau pays les incitera à choisir des spécialités déjà boudées... Les mesures proposées par cette commission aggraveront vraisemblablement une situation déjà difficile. Ainsi aux imbéciles des années 70 succèdent les imbéciles des années 2010. Les hommes politiques changent, pas leurs méthodes.

# Assemblée générale

15 mars 2013

*En 2005, les tarifs antérieurs de la NAGP ont, pour le plus grand nombre, été transcrits dans les codes de la CCAM. Or, dans la période actuelle de crise économique, la correction suffisante des tarifs opposables n'est plus envisageable.*

J. MARTY\*

é

**étaient présents les Docteurs :**

BASTIAN, BOYER DE LATOUR, CACAULT, DARMON, DE ROCHAMBEAU, DREYFUS, FAVRIN, GERAUDIE, GUÉRIN, GUIGUES, HOMASSON, HOROVITZ, KOUKI-PAINVIN, LAPLACE, LE PORS, MARDON-LEROLLE, MARTY, MIRONNEAU, PAGANELLI, RIVOALAN, SCHLAEDER, VERHAEGHE.

**Étaient excusés les Docteurs :**

DE BIEVRE, GRAVIER, JUBIOT, LEOEUF, LEGRAND, LONLAS, MUHLSTEIN, PEIGNÉ, ROZAN, SEGUY, TOURAME.

Ouverture de l'Assemblée générale par la secrétaire générale le docteur E. PAGANELLI.

Le Dr PAGANELLI rend hommage aux Docteurs DESROCHES et GRYNBERG décédés pendant l'année et aux 2 administrateurs malades. Une minute de silence est respectée.

## Approbation du PV de l'AG précédente

Le Dr PAGANELLI demande à l'assemblée de voter pour le compte rendu de l'AG précédente. Le PV est adopté à l'unanimité.

## Le rapport des Pôles

### Pôle médical et avenir de la gynécologie médicale E. PAGANELLI

Je remercie le président de me faire confiance au poste de secrétaire générale du SYNGOF. Merci aussi aux membres du bureau, à Nadine notre secrétaire et à Emeline Barbé, l'agence de communication qui contribue à notre efficacité.

La Ministre de la santé souhaite assurer la pérennité de la spécialité. La réponse est publiée dans le JO du 15 février 2013.

Marisol Touraine a annoncé qu'elle souhaitait augmenter le nombre de postes d'internat en gynécologie médicale et a fixé pour objectif "d'ouvrir 45 places aux épreuves classantes nationales (ECN) en 2016". La ministre a rappelé qu'entre 1984 et 2003, la France a cessé de former spécifiquement des gynécologues

médicaux, ayant supprimé le certificat d'études spécialisées (CES).

"Les projections démographiques montrent qu'il faudrait de 45 à 50 places par an pour maintenir des effectifs raisonnables, qui correspondent à l'existence de 7 à 8 gynécologues médicaux pour 100 000 Françaises de 15 ans ou plus", a précisé Marisol Touraine.

Le nombre de postes d'internat ouverts dans la filière a régulièrement été revu à la hausse ces dernières années, passant de 16 en 2004 à 30 en 2012.

La ministre a annoncé avoir retiré un projet de décret qui visait à "rendre automatique l'agrément pour la gynécologie médicale des services de gynécologie obstétrique" dans le but de "consolider le diplôme d'études spécialisées (DES) de gynécologie médicale".

Pôle médical et vaccination gratuite de la grippe

Les gynécologues des cliniques et des hôpitaux peuvent être vaccinés gratuitement contre la grippe. Dans le

\* Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

secteur libéral, le vaccin est proposé gratuitement aux MG, pédiatres, masseurs-kiné et SF.

La Direction générale de la santé n'aurait pas demandé à l'assurance-maladie que les gynécologues bénéficient de cette mesure. Pourtant les professionnels de santé en contact direct avec les femmes enceintes doivent être vaccinés et les Recommandations HAS de mai 2007 concluent que le suivi des grossesses peut être assuré par un gynécologue de ville. Le médecin national de la MSA a répondu favorablement à ma demande.

#### **Pôle médical et débat pilules et Diane**

Le SYNGOF a été largement sollicité sur la polémique. Il y a peu, la pilule devait être prescrite par de nombreux professionnels de santé pour aider à diminuer l'IVG et répondre aux militantes comme le Mouvement Français pour le planning familial. Les politiques en 2013 découvrent que la pilule est un médicament avec ses bénéfices mais aussi ses risques. L'association des victimes des pilules a médiatisé le sujet. Le SYNGOF depuis des années se battait pour la poursuite de la prescription médicalisée de la pilule.

Espérons que la consultation de contraception des femmes enfin reconnue à sa juste valeur sera revalorisée.

#### **Pôle médical et médicaments hors AMM**

La profession utilise des médicaments hors AMM dans des indications reconnues par les sociétés savantes. La jurisprudence actuelle ne reconnaît pas une prescription hors AMM comme illégale. Le conseil d'état et la Cour de cassation ont admis que le médecin peut établir une prescription hors AMM de son choix s'il peut justifier avoir procédé à une évaluation préalable du rapport bénéfice/risque. Le SYNGOF doit s'associer aux sociétés savantes pour établir la liste des médicaments à usage hors AMM dans la profession, faire protocoler leur usage, et exiger

du gouvernement d'établir une procédure d'AMM simplifiée.

Nous utilisons tous pour améliorer la prise en charge des femmes le cytotec, le méthotrexate en GEU, des progestatifs en contraception difficile, l'acétate de cyprotérone pour des acnés sévères...

#### **Pôle médical et PMA**

La lettre de la Direction Générale de la Santé (DGSE) du Dr JY Grall a relancé la discussion portant sur le don d'ovocytes (DO) en France. Celle-ci date du 21 décembre 2012 et menace de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende un praticien français qui transmettrait à ses patientes *"une information sur des cliniques ou des organismes étrangers dont les pratiques en matière de don de gamètes ne sont pas conformes à la législation nationale"*.

La lettre de la DGSE selon un adhérent du SYNGOF *"semble avoir été initiée par des praticiens, et des responsables français, principalement issus de milieux universitaires et officiels, conservateurs, inquiets, pour ne pas dire jaloux de voir de si nombreux couples s'adresser à l'étranger pour répondre à leur projet parental"*.

Le pôle médical s'est associé aux gynécologues obstétriciens pour dénoncer cette lettre menaçant les gynécologues.

Le CNOM a alors émis le 2 février 2013 le vœu d'une solution européenne rapide. Il souhaite engager une réflexion sur l'éthique et la déontologie qui animent les médecins notamment gynécologues obstétriciens dans leur prise en charge des patients et des couples en souffrance d'infertilité et même plus largement en demande d'enfants.

Le CNOM précise qu'un travail de réflexion entre pays européens a été initié par l'agence de biomédecine pour établir des règles communes sur les indications, l'utilisation et les bonnes pratiques liées à l'assistance médicale à la procréation et au don d'ovocytes.

#### **Pôle médical, femmes et burn-out**

J'ai représenté le SYNGOF aux assises nationales de la femme, médecin libéral organisées par le syndicat SML, le 12 janvier 2013.

A noter un débat animé lors de la table ronde *"préserver la santé du médecin femme libéral au travail"*. Mes collègues de l'URPS Centre mettent en lumière le risque d'épuisement professionnel de nombreux médecins de premiers recours notamment les femmes en milieu rural.

L'enquête n'a concerné que les médecins généralistes. Le SYNGOF peut proposer le même questionnaire aux gynécologues libéraux pour connaître leurs attentes. En région Centre l'URPS débute l'organisation gratuite de réunions sur *"la prévention de l'épuisement professionnel"* pour les médecins généralistes. Les gynécologues sont aussi les bienvenus à ces réunions animées par un psychiatre comportementaliste.

#### **Etats généraux de la gynécologie**

La personne qui devait se renseigner ne l'a pas fait et n'est pas là. Le SYNGOF va former un groupe de travail pour envisager l'organisation de ces états généraux.

#### **CNPGO**

Je rappelle que le SYNGOF souhaite, avec les sociétés savantes, entrer dans le CNPGO. Les gynécologues médicaux sont d'accord pour y entrer avec les gynécologues obstétriciens. Les statuts sont en discussion afin que chacun ait sa place. Il serait bien qu'il y ait 3 pôles comme au SYNGOF de façon à obtenir une bonne représentation de la profession.

*Discussion avec la salle*

### **Pôle PH P. LE PORS**

L'année 2012 a été dense et conforme aux possibilités qu'ouvrait le succès obtenu aux élections nationales paritaires de praticiens hospitaliers grâce à la fondation d'Avenir Hospitalier, intersyndicale ainsi devenue représentative.

## Renforcement des prérogatives des CME afin de lutter contre le sentiment de déqualification de l'avis médical, rééquilibrage de la gouvernance.

Au sein de la Commission Statutaire Nationale Collège de chirurgie, le SYNGOF a ainsi pris une part active à la défense des collègues chirurgiens et obstétriciens, spécialités particulièrement éprouvées. Ce soutien est capital, chacun d'entre nous pouvant un jour se trouver concerné dans une spécialité dangereuse sur un plan médico-légal, et où les difficultés d'exercice aboutissent souvent à des ambiances difficiles... Outre les faits initiaux, la lenteur de l'instruction des dossiers faisant suite souvent à une suspension d'urgence, et laissant nos collègues dans une interrogation totale sur leur avenir, les met en situation professionnelle, morale et familiale très difficile.

Le CNG (Centre National de Gestion des PH), par la voix de Madame Toupillier sa directrice, s'est engagé à mieux prendre en compte les difficultés. Raccourcir les délais d'instruction et de passage en commission des dossiers est essentiel.

Le SYNGOF au sein d'Avenir Hospitalier intersyndicale représentative a participé durant le deuxième semestre 2012 à la mission Pacte de Confiance pour l'hôpital. La synthèse des travaux a été présentée par Edouard Couty, président de la Commission, suivi des réflexions et orientations formulées par la ministre Marisol Touraine.

Les contributions du SYNGOF/Avenir Hospitalier ont été nombreuses (tapez ministère de la santé contributions pacte de confiance).

**Treize mesures sont proposées pour l'hôpital :**  
*Service public*

1. Définition d'un service public territorial de santé.

2. Précision pour ce service public hospitalier de l'ensemble des acteurs, des missions, droits et obligations. Ce SPH doit tenir compte des nouvelles exigences que représentent le vieillissement de la population, les maladies chroniques, les progrès techniques.

### *Financement des établissements*

3. La T2A est conservée, mais elle doit être associée à une tarification valorisant le parcours de soin, la maladie chronique.

Fin de la convergence tarifaire, les obligations et charges étant considérées comme différentes selon les secteurs, renforcement des Missions d'Intérêt Général (+ 2,31% en 2014).

4. Les ARS élaborent des schémas régionaux d'investissement en santé.

5. Le programme *Hôpital Numérique* doit permettre d'améliorer l'information partagée et d'adapter le système à la maladie chronique, au vieillissement, au désir d'information des patients, au désir de fonctionnement des professionnels en réseaux. Nécessité de couper court aux excès d'usage de l'hôpital (urgences, alternative ambulatoire).

### *De la démocratie à l'hôpital*

6. Renforcement des prérogatives des CME afin de lutter contre le sentiment de déqualification de l'avis médical, rééquilibrage de la gouvernance.

7. Bilan de l'organisation des Pôles avec adaptation en fonction de la taille des établissements (CHU, CHG, hôpitaux de proximité).

8. Création de *Comités Techniques des Usagers* conformes à leur demande de participer aux choix et orientations.

### *Le dialogue social*

9. Concertation engagée avec les organisations syndicales sur la répartition des sujets de négociation entre échelon local et national.

10. Renforcement des conférences paritaires régionales, lieu privilégié de discussions de la démographie médicale, de l'évolution des conditions d'exercice professionnel, du Développement Professionnel Continu.

A ce titre il est indispensable que des praticiens hospitaliers du SYNGOF s'investissent et se portent volontaires pour cette mission qui aura un fort impact sur l'organisation des soins et l'évolution professionnelle.

11. Relance des contrats d'amélioration des conditions de travail dans les hôpitaux.

12. Création au niveau des Comités d'Hygiène et de Sécurité des Conditions de Travail (CHSCT) d'une section médicale. Avancée importante.

13. Observatoire National du dialogue social.

**Dans la continuité de l'accord-cadre** et grâce à la représentativité acquise par Avenir Hospitalier, le SYNGOF a contribué aux avancées devenues réalité :

- Réglementation sur le CET (JO 30/12/2012 : deadline de 10 ans supprimée, total de jours épargnables jusqu'en 2015, 300 jours, plafond ensuite ramené à 208 jours à partir de 2016 ; Nombre de jours épargnables annuellement 20 jours, CET sécurisé en cas d'invalidité ou de longue maladie, "droit d'option" en réalité intéressant au-dessous du 7<sup>ème</sup> échelon, au-delà intérêt du CET).
- Publication des décrets attendus par les praticiens temps partiel et praticiens attachés. Décret n°2012-1564 du 31/12/2012, prime d'exercice public exclusif.
- Décret n°2013-137 du 14/02/2013, praticiens attachés.
- Décret n°2013-137 du 14/02/2013 (disposition relative aux personnels



médicaux, odontologiques et pharmaceutiques hospitaliers).

Le dossier du *développement professionnel continu* (DPC) impose au SYNGOF de rester très vigilant (risque de sous financement prévisible ainsi de 600 € annuel par PH, attribution des formations validantes équilibre Collèges de spécialité-CME-Syndicats, complexification des procédures de financement).

Au terme de ce travail de l'année 2012 menée par le SYNGOF, il ne tient qu'à chaque praticien en gynécologie obstétrique de devenir actif, et participer aux instances locales (CHSCT section médicale), régionale (réactivation des Commissions Paritaires et Régionales) et nationales (vigilance sur le DPC, poursuite des discussions sur la pénibilité et en tout premier lieu reconnaissance plus juste de l'astreinte, étude de l'impact de la féminisation...). Il est maintenant indispensable que le SYNGOF PH se renforce, comme l'a fait avant lui le SNPHAR de nos amis anesthésistes, apportant les principales avancées obtenues par les praticiens hospitaliers dans les dernières années.

Cet appel à une démocratie participative, cette montée en puissance du SYNGOF Pôle Hospitalier va de pair avec une montée en puissance d'Avenir Hospitalier qui en outre travaille à une convergence des inter-syndicales.

Il est indispensable que dans chaque région un administrateur informe les obstétriciens et leur fasse valoir l'intérêt intellectuel et professionnel majeur qu'il y a à envisager l'amélioration du système de soin dans son ensemble et en particulier dans notre profession en milieu hospitalier.

**Dans chaque région, l'information doit circuler, les gynécologues obstétriciens hospitaliers doivent prendre conscience de l'importance d'agir au sein du SYNGOF pour une amélioration de la qualité des soins et des carrières professionnelles.**

**Prenez la parole :  
adhérez au SYNGOF !**

*Discussion avec la salle*

**Pôle  
gynécologie  
obstétrique  
J MARTY**

L'Avenant 8, dernière étape de la négociation conventionnelle, a été le fait marquant de 2012. La constitution du BLOC et la reconnaissance de sa représentativité nous ont placés aux postes d'acteur et d'observateur. Ce qui nous permet de tirer l'analyse suivante de la séquence :

Le gouvernement, après son installation, a voulu s'illustrer politiquement contre les compléments d'honoraires. Ces "*dépassements*" créent un reste à charge alors que les soins sont un droit auquel la population est très attachée.

La négociation de l'avenant 8 a été une "*mascarade*" qui s'est déroulée en 2 phases :

De juillet à octobre 2012 : beaucoup de temps perdu, une séance aurait suffi pour exposer les positions :

Les syndicats médicaux ont argumenté que les compléments d'honoraires constituaient le **seul palliatif du blocage des tarifs** depuis 10 ans en obstétrique et 30 ans en chirurgie. Celui-ci comporte néanmoins une injustice puisque ce palliatif indispensable pour les praticiens de bloc est interdit aux secteurs I. Le blocage des tarifs semble voué à la perpétuité depuis le renoncement par les Pouvoirs publics en 2005 d'utiliser l'instauration de la CCAM pour compenser le retard et rétablir une équité entre les spécialités bien tarifées et celles insuffisamment tarifées. Pourtant, le principe même de la CCAM était une neutralité entre les tarifs des actes techniques. En 2005, les tarifs antérieurs de la NAGP ont pour le plus grand nombre été transcrits dans les codes de la CCAM. Or, dans la période actuelle de crise économique, la correction suffisante

des tarifs opposables n'est plus envisageable.

Cette négociation s'est ouverte avec la perspective de solvabilisation des dépassements maîtrisés pour toutes les spécialités de bloc (secteur I et secteurs II) par l'entrée en jeu des complémentaires. C'est l'aboutissement attendu des tentatives successives et infructueuses du secteur optionnel.

Le Directeur général de la CNAM a émaillé les heures d'échanges avec les syndicats médicaux d'une analyse très réaliste de la crise médicale. La résorption des dépassements n'est possible que par la revalorisation suffisante des tarifs médicaux opposables. Il a expliqué que le surcoût de l'hospitalisation publique par rapport à l'hospitalisation privée (honoraires médicaux, dépassements compris) consommait les marges de manœuvres qui auraient permis de revaloriser les tarifs médicaux. Il a poursuivi en disant que les honoraires des PH dans leur secteur privé à l'hôpital étaient payés deux fois par l'Assurance-maladie. Une fois sous forme d'honoraires directement versés par la caisse aux PH, une fois de plus sous la forme de GHM qui comporte hébergement et soins médicaux. L'honnêteté devrait faire régler l'hospitalisation sur la base du tarif des cliniques. Cette double facturation par l'hôpital représente plusieurs centaines de millions d'euros.

Le Directeur général a souligné la rareté -*quelques centaines de médecins abusifs*- des abus surtout dans le secteur privé hospitalier public. Après quoi, dans la salle de presse attenante à la salle de négociation, il a mis en exergue "*les abus de dépassements responsables des difficultés d'accès aux soins*" !

Il ne nous en a jamais fait la démonstration géographique. Il n'a jamais négocié notre participation par une délégation de service au tarif public pour couvrir ce besoin de la population précaire. Le volume financier des dépassements, soit 2,6 milliards d'euros,

représente 1,5% environ de L'ONDAM (Objectif national des dépenses de l'assurance-maladie) qui s'élève à 176 milliards d'euros. Si l'objectif était réellement de traiter le problème cela aurait été dans les limites des capacités de son esprit ingénieux.

Cette phase s'est terminée dans cette nuit d'octobre par une veille infligée aux syndicalistes pour réduire leur résistance et présenter l'après-midi suivant les dernières propositions. Cela a été bien joué car fatigués, les syndicats ont signé.

La posture des syndicats se retournant vers les médecins de base a ensuite été différente.

La CSMF justifie sa signature par la prévention du pire : menace de contraintes législatives plus dures. Mais la Ministre, elle-même, a très vite démenti la préparation d'une loi. Menace sur l'existence du secteur II. Mais l'affrontement dans une grève dure des secteurs II représentait un risque que les Pouvoirs publics ne pouvaient prendre. En fait, la CSMF a *dealé* en coulisse pour ses spécialités médicales dominant ce syndicat. Par exemple, la soit disant réduction des tarifs pour les radiologues a consisté à réduire les tarifs des échographies assurées par toutes les spécialités tandis que les IRM exclusivement réalisées par les radiologues ont été revalorisées.

Le SML regrette publiquement sa signature, sans la retirer, alors que sa rétractation associée à celle du BLOC aurait fait atteindre ce seuil de 70% suffisant pour dénoncer la convention. Mais il préfère rester dans son tandem avec la CSMF.

LE BLOC et la FMF se sont rétractés. La rétractation est inefficace si elle ne correspond pas à une majorité qualifiée de 70% des syndicats pour notre 2<sup>ème</sup> collège. Surtout, LE BLOC n'a pas saisi l'occasion de signer la convention. Il est donc exclu de toute alliance syndicale capable de négocier en permanence avenant après avenant l'évolution de la convention à laquelle sont soumis

les médecins de bloc. Aucun de ces médecins de bloc, en effet, ne se déconventionne. LE BLOC s'interdit de négocier en concurrence avec le tandem CSMF-SML. Il est bien sûr dangereux de laisser la négociation permanente de la convention aux syndicats auxquels LE BLOC s'oppose et de leur confier aussi la défense des praticiens attaqués par la caisse pour dépassements abusifs dans les commissions paritaires. En ne signant pas la convention, LE BLOC renonce à y siéger. Le SYNGOF ne parvient pas à convaincre l'UCDF et l'AAL de quitter cette posture d'impuissance à laquelle s'accrochent parfaitement tous nos opposants. Le SYNGOF a démocratiquement décidé de ne pas participer à la grève de novembre dernier qui ne pouvait réussir par sa brièveté et son manque de préparation vis-à-vis des réquisitions. Le syndicat soutient en revanche la procédure juridique intentée par l'UCDF contre la procédure de sanction de l'avenant 8. Il est parfaitement possible de signer la convention et d'intenter cette procédure contre l'arrêt ministériel qui valide les mesures spécifiques des sanctions.

#### **"Des dépassements abusifs" qui profitent principalement aux hôpitaux publics**

La Fédération de l'Hospitalisation Française (les directeurs d'hôpitaux), habituellement si prompt à mettre de l'huile sur le feu, est restée muette, très satisfaite de cette séquence qui a permis un dénigrement médiatisé de la médecine libérale et a maintenu les dépassements :

L'application des compléments d'honoraires **restreint le recrutement** des cliniques chirurgicales et des maternités libérales. Ces dépassements auxquels nous sommes contraints ne sont adaptés qu'aux patient(e)s appartenant au monde des cadres qui ne se satisfont pas de la prise en charge hospitalière et peuvent supporter ces restes à charge. La géographie des dépasse-

ments coïncide en effet avec celle de la concentration des cadres. Par ailleurs, le coût de l'**hospitalisation privée est globalement inférieur** à celui de l'hôpital. Du fait de ce reste à charge lié aux compléments d'honoraires, c'est l'hospitalisation privée qui est rendue apparemment plus chère. Les Pouvoirs publics, responsables de la planification et de l'équilibre financier du secteur public, s'attaquent bruyamment aux dépassements mais sans faire disparaître cet épouvantail du secteur privé qui permet la reconquête effective des parts de marché sanitaires par le secteur public. Les dépassements utilisés par les médecins les plus en vue des CHU permettent d'arrondir leurs revenus sans que l'hôpital n'ait à faire d'effort pour garder ses praticiens les plus dynamiques et bénéficiant d'une bonne notoriété.

#### **Des complémentaires santé confortées au détriment des médecins**

Les complémentaires santé renaissent dans la négociation avec une forte inquiétude vis-à-vis des compléments d'honoraires. Ce ne sont pas les abus qui préoccupent les complémentaires santé mais l'expansion des dépassements que le blocage des tarifs opposables fait pronostiquer. Le poste financier actuellement restreint de remboursement des dépassements par les caisses complémentaires devrait bientôt déborder. En compensation des 2 milliards d'euros de taxes Sarkozy qu'elles n'ont pas récupérées, elles ont obtenu le harcèlement des 5% de médecins les plus "*dépasseurs*" par région pour les inciter à l'auto-modération.

En effet pour les caisses complémentaires, ne pas couvrir les dépassements reviendrait à perdre leur utilité de complémentaire santé et constituerait un motif pour ne plus souscrire à leur contrat. Accepter l'expansion des dépassements conduirait les caisses à augmenter ce

poste actuellement inférieur à 0,5 milliard d'euros dans leur bilan jusqu'à maintenant confortable, comme le prouve la part importante de frais généraux qui représentent 6 milliards d'euros.

Manifestement le gouvernement a arbitré en faveur des complémentaires et n'a pas cherché à capitaliser sur la base du mécontentement médical vis-à-vis de l'équipe qui l'a précédé au pouvoir.

### Quels sont les changements de pratique dans l'avenant 8 qui s'applique ?

1. un dispositif compliqué et délibérément long pour instruire les dossiers avant sanction, qui instaure un système de harcèlement des 5% de praticiens qui dépassent le plus dans chaque région sans tenir compte d'un seuil national. Il serait inefficace si les syndicats s'organisaient pour les bloquer au sein des commissions paritaires. Le SYNGOF entend de toute façon aider les praticiens poursuivis. Il s'associera les compétences de juristes pour les conseiller. Nous souhaitons pour cela être informés de ces contentieux et recevoir la copie des courriers des caisses. Le premier conseil sera probablement de répondre aux directeurs des caisses en se limitant à la demande des précisions sur les motifs de leur poursuite. Pour les secteurs I poursuivis pour excès de DE, il faut que les dossiers médicaux précisent les motifs de dépassements exceptionnels.
2. des contrats d'accès aux soins. (Voir texte de B. de ROCHAMBEAU page 14)
3. des augmentations pour les tarifs opposables en obstétrique, en secteur I, qui bénéficieront du modificateur K soit 11,5%. Nous serions satisfaits de ce résultat et de notre présence à cette négociation si en contrepartie nous ne devons la payer par la baisse de l'échographie gynécologique.

Au total, au terme de cette présentation, nous proposons aux membres

## Le coût de l'hospitalisation privée est globalement inférieur à celui de l'hôpital...

du syndicat de donner leur accord par un vote sur la proposition des consignes syndicales :

Les consignes que nous soumettons au scrutin des syndiqués s'articulent donc en 3 points :

1. Les praticiens de bloc secteur I doivent demander le passage en contrat d'accès aux soins ;
2. Les secteurs II doivent se défier de la réversibilité de ce contrat d'accès aux soins. La Caisse n'a pas tenu par le passé et jusqu'à aujourd'hui son engagement de réversibilité de choix de secteur (secteur I secteur II) ;
3. Par tout moyen, d'abord juridique, le SYNGOF au sein du BLOC s'engagera à défendre les médecins, secteur II et I, harcelés par les procédures anti dépassements.

### Le bilan de l'année comporte de petites lueurs :

- À partir des procès gagnés par les syndiqués, la caisse annonce pour bientôt l'inscription dans la nomenclature de la possibilité d'une **facturation simultanée des échographies obstétricales et des consultations obstétricales**. Le projet actuel limite à 3 cumuls (12, 22, 32 SA) ; Il n'y a aucune raison que cette règle ne soit pas appliquée chaque fois qu'une échographie obstétricale est justifiée.

Peu de grande évolution sur le front de la responsabilité et des assurances.

- Par GYNERISQ, nous publions des "Gynerisq attitudes" qui indiquent aux praticiens ce qui est impératif comme barrière contre les accidents. Elles indiquent aussi aux experts judiciaires ces **accords professionnels qui doivent logiquement dissiper le flou préjudiciable aux médecins** lors des contentieux. Le nouveau site de GYNERISQ permettra à chacun de faire valoir ses objections précises

pour faire progresser ces fiches. Ce doit être un accord professionnel le plus large.

- La concurrence entre la SHAM et Branchet, mais aussi l'entrée sur le marché des spécialités de BLOC d'autres assureurs, conduisent à **une pause dans l'envolée des primes d'assurances**.

Les collègues de plus de soixante ans n'en profitent pas : Ils sont confrontés à des augmentations pour couvrir le risque de subséquente de 10 ans après leur arrêt d'activité, ce qui les conduit à arrêter d'exercer plus vite.

### Le retour de la douleur et de l'insécurité par les maisons de la naissance :

Alors que les mauvais résultats de la périnatalité ont conduit la Cour des Comptes à préconiser en 2012 la remobilisation des acteurs, le gouvernement choisit pour solution les maisons de la naissance. Depuis plusieurs années, les espaces d'accouchement physiologique dans les services d'obstétrique ont tenu compte de la frange de population qui opte pour l'accouchement sans péridurale avec un accompagnement privilégié par les sages-femmes motivées.

Le projet maison de la naissance est pour nous inquiétant puisqu'il va plus loin :

Le retour à l'autonomisation des sages-femmes du début du siècle dernier par rapport à l'équipe médicale, revient à tourner le dos aux principes qui ont apporté la réduction de la douleur et la sécurité des femmes et des enfants.

Le fort militantisme des rares sages-femmes intéressées et des groupes d'usagers fait craindre les pressions sur les femmes enceintes pour qu'elles accouchent dans des conditions que leurs communautés exigent. Pour cela, on vantera le rejet de la péridu-

rale qui a pourtant amené la sérénité et la sécurité dans l'accouchement. L'équipe médicale ne pourra intervenir qu'après que la sage-femme se soit résolue à pousser la porte de l'échec séparant la Maison de la naissance du bloc obstétrical. Après avoir fermé beaucoup d'établissements publics et privés qui étaient un bon compromis de sécurité de proximité et de personnalisation, ce retour en arrière n'est pas à l'honneur de l'administration et des sociétés de médecins qui ont soutenu hier ces fermetures et sont aujourd'hui complaisants pour ce retour en arrière.

La PPL du Sénat qui sacrifierait les Maisons de naissance heurte notre conscience, les moyens soustraits aux vrais besoins pour leur être consacrés constituent pour les praticiens d'expérience que nous sommes, une faute.

*Discussion avec la salle*

## **Le Contrat d'accès aux soins B. de ROCHAMBEAU**

*(Cf texte page 14)*

## **Les gardes et astreintes en maternité en 2012 B. de ROCHAMBEAU**

**Rappel des faits :** La Permanence De Soins en Etablissement de Santé (PDSSES) est une mission de service public issue de la loi HPST qui ne peut s'effectuer qu'aux honoraires du tarif opposable. Les sujétions d'astreinte et de garde qu'elle suppose sont financées au tarif fixé par arrêté ministériel et précisé dans un contrat tripartite : ARS, établissement de santé (ETS) et praticien. Ce financement s'est mis en place en 2012 pour les ETS retenus par l'ARS à la place du système de gardes et astreintes précédent qui était finan-

cé par les Contrats de Pratique Professionnels (CPP) passés entre les praticiens et les CPAM.

Le financement des astreintes pour les maternités <1500 et des gardes obstétricales et anesthésiques dans les maternités qui font >1500 accouchements/an était assuré par les CPAM au titre de ces mêmes CPP pour les maternités qui les avaient signés ; les autres bénéficiaient d'une majoration d'acte au premier accouchement comme c'est la règle dans les maternités <1500 acct/an.

**En 2012**, les ARS ont proposé de faire signer aux praticiens des maternités >1500 acct/an des contrats tripartites pour relayer le paiement par les CPP qui disparaissent, assimilant ainsi le fonctionnement des maternités à une PDSSES. Sans la signature de ces contrats, les gardes et astreintes ne sont pas payées par les ARS sur le fond FIR dédié.

Ce faisant il est précisé que ces contrats tripartites se font pour une mission de service public de PDSSES qui ne peut s'effectuer qu'aux honoraires au tarif opposable. Ce qui supprime les honoraires libres des secteurs 2 et les DE des secteurs 1 pour toutes les patientes entrées dans l'ETS après 18h30 et qui accouchent avant 8h du matin (heures de la PDSSES variables selon les régions).

Les représentants du SYNGOF, pour le BLOC après s'être fait confirmer les choses par les ARS qui installaient le système en avril dernier ont été reçus au cabinet de Xavier Bertrand enco-re ministre de la santé, pour faire valoir que les gardes et astreintes en maternité ne constituaient pas une permanence des soins pour des nouveaux patients mais une continuité des soins pour des patientes inscrites dans les maternités à des conditions financières précisées au préalable.

Les élections présidentielles ont interrompu ces contacts. La ministre de la santé Marisol Touraine a reçu le BLOC et a affirmé que l'heure n'était pas aux discussions de ce type.

**Voici les éléments essentiels à comprendre** pour que chacun fasse le choix qui lui convient le mieux en attendant le résultat de futures et hypothétiques discussions :

1. Toutes les maternités doivent assurer une astreinte des accoucheurs et anesthésistes si <1500 acct/an et une garde sur place si >1500/an, c'est la loi.
2. La sujétion d'astreinte induite par cette obligation était honorée 150 € par astreinte d'une nuit en 2011, sous forme d'une majoration d'acte (MA) au premier accouchement de l'astreinte. **La réécriture des avenants à la nouvelle convention a maintenu le montant de cette majoration, mais celle-ci est maintenant payable à chaque accouchement de la garde ! Il convient donc de coter cette majoration pour tous les accouchements de l'astreinte.**
3. La sujétion de garde est honorée par la CPAM sur la foi d'une liste de garde mensuelle produite par l'ETS et émargée par les praticiens, sur des formes variables selon les CPAM.
4. Le basculement proposé par les ARS de cette garde en PDSSES, mission de service public, s'effectue par la signature du contrat tripartite. La signature de ce contrat n'est en aucun cas obligatoire.
5. Les équipes qui le signent s'engagent à respecter les tarifs opposables sans aucune exception, et sont honorées par l'ARS 229 € pour la nuit de garde ou le dimanche, (mais aussi 150 € pour le samedi après-midi dans certaines régions). Ce contrat est dénonçable à tout moment.
6. Ceux qui font le choix de ne pas signer le contrat tripartite doivent coder la sujétion de garde (MG) en majoration d'acte au premier accouchement de la garde. Majoration de garde qui se monte à 229 €. Ils perdent ce financement s'il n'y a pas d'accouchement lors de la garde. Par contre ils gar-

dent la faculté de pratiquer des honoraires libres ou des DE pour les secteurs 1 au cours de cette garde. Le choix de signer ultérieurement un contrat de PDSSES dépendra du bon vouloir de l'ARS.

**Des difficultés ont été observées** à l'occasion de ce basculement de système et du changement de financeur.

Quand les équipes ont signé (accoucheurs, anesthésistes et pédiatres) le contrat tripartite de PDSSES et ont fourni les justificatifs mensuels, visés par l'établissement et le responsable médical puis transmis à l'ARS, ils ont pu être payés.

Dans certains cas, les contrats ont été signés sur l'insistance des ETS qui y avaient intérêt vis-à-vis de l'ARS, mais les honoraires sont restés libres pour les patientes suivies sur place, et pour l'heure il n'y a pas eu de contestation par les ARS (qui payent les gardes) ou les CPAM (qui payent les actes et voient les dépassements).

Qu'advient-il quand ils échangeront les informations ? En tout état de cause, il s'agit du non-respect du contrat qui le rendra nul. Le risque dans ces cas est le remboursement d'indus à l'ARS pour le montant de la garde.

Parfois les praticiens qui ont signé, ont eu beaucoup de mal à se mettre aux modalités nouvelles des tableaux de garde et dans ces cas n'ont pas du tout été payés en 2012.

Bien souvent seuls certains praticiens ont signé, ou veulent signer car en secteur 1, mais les autres non. Qu'ils soient accoucheurs, anesthésistes ou pédiatres, pour qu'une liste de garde puisse être admise au titre de la PDSSES, elle doit rassembler suffisamment de praticiens pour que le tableau soit plein, et qu'il corresponde aux gardes effectuées. Dans ces cas, rester dans le système de MG payé par la CPAM au premier accouchement, avec un tableau de garde dûment rempli est le plus sûr moyen de se voir honorer de sa garde et de préserver sa liberté tarifaire.

## Le trésorier propose de conserver le même montant de cotisation pour l'année 2014 soit 230 euros.

Dans les ETS où il n'y a pas que les accoucheurs de garde qui accouchent aux horaires de la garde, il est conseillé d'affecter un compte spécifique entre les accoucheurs où chaque accoucheur qui perçoit la MG verse cette somme qui est ensuite payée à celui qui était effectivement de garde sur la liste pour l'ETS.

Il a été précisé dernièrement au cours d'une séance préparatoire à l'arrêté FIR/PDSSES que les majorations habituellement appliquées aux actes : U (20h-8h) = 25,15 €, F (dimanche et jour férié) = 19,06 € S (actes techniques réalisés en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale de 00h à 06h) = 40 € sont facturables au cours des gardes de la PDSSES mais pas avec les MG.

Enfin la question se pose de savoir si l'ensemble des actes et consultations réalisées aux horaires de la PDSSES doivent être réalisés dans les termes du contrat de PDSSES ? Cette question reste en suspens selon la lecture que l'on fait de la PDSSES. La position soutenue par le SYNGOF pour Le BLOC est la même qu'au début : les gardes et astreintes en maternité ne constituent pas une permanence des soins pour des nouveaux patients mais une continuité des soins pour des patientes inscrites dans les maternités à des conditions financières précisées au préalable. Il n'y a donc pas de raison de renoncer aux engagements conventionnels en fonction de l'heure de la journée. **Cette position fonde l'ensemble de nos engagements.**

**En conclusion :** Il y a peu de cas où signer un contrat tripartite est intéressant pour les accoucheurs et ce quel que soit leur secteur d'activité. Dans tous les cas c'est une perte nette de liberté tarifaire, sans

contrepartie substantielle des caisses ou des ARS. Ce n'est plus à démontrer pour les secteurs 2. Pour les secteurs 1, c'est la fin des DE, seul espace de liberté encore présent, à l'heure où les honoraires opposables (30 à 50% inférieurs à ceux des autres pays européens) ne sont plus tenables. La concordance presque parfaite des MG et du paiement de la garde par les ARS rend le bilan comptable opposable des 2 systèmes presque équivalent (pas d'application des majorations U, F, S). Rester en majoration de garde payée par la CPAM préserve la liberté tarifaire, seule à même de financer le travail, le repos compensateur et le désagrément des horaires du travail de garde. N'oublions pas enfin que les libéraux qui participent ainsi aux missions de service public, ne bénéficient d'aucun des avantages sociaux des fonctionnaires qui ont habituellement cette charge : assurance-maladie, accident de travail, retraite, alors qu'ils sont au cours de ces missions exposés aux mêmes risques induits par l'accueil des urgences.

### Rapport du trésorier FX BOYER DE LATOUR

A la fin de l'année 2012, le nombre d'adhérents s'élève à 1 617, contre 1 775 en 2011. Ce nombre diminue chaque année.

Le bilan comptable fait ressortir un exercice bénéficiaire de 72 832 euros. L'exercice comptable est marqué par les éléments suivants :

- Une baisse des prestations de 12 K€, du fait de la diminution du nombre d'adhérents.
- Compensée par une diminution des charges externes : moins

68 K€, un effort particulier a été réalisé pour diminuer les charges fixes, telles que le loyer, les prestations de conseils. De plus, le syndicat a supporté moins de frais d'avocat sur l'exercice 2012.

La trésorerie s'inscrit en hausse de 67 K€, cette évolution est engendrée par la progression du résultat de l'exercice.

#### Fixation de la cotisation

Le trésorier propose de conserver le même montant de cotisation pour l'année 2014 soit 230 euros.

*Le quitus est donné à l'unanimité des membres présents au trésorier.*

### Questions diverses

#### Frais des administrateurs

##### J MARTY

A l'heure actuelle le Syngof rembourse à ses administrateurs des frais

de déplacement pour les réunions mais il envisage de rembourser également la journée perdue lors de ces réunions qui sont de plus en plus nombreuses. Ce sont souvent les mêmes personnes qui se rendent disponibles et il paraît juste que ces journées soient compensées.

#### Formation GYNERISQ – SYNGOF J. MARTY

Gynerisq et le SYNGOF organisent des formations dans le cadre du DPC. Le secrétariat du Syngof s'occupant de la gestion des inscriptions cela permettra d'obtenir un petit financement pour le syndicat.

#### Vote par internet – J. MARTY

Le Dr MARTY souhaiterait qu'on demande l'avis des adhérents sur les grands thèmes discutés en AG. Il va voir avec G. BOUZY de quelle manière cela peut être mis en place sous la

forme d'un questionnaire informatique.

#### UPIGO – G. SCHLAEDER

Le Pr SCHLAEDER, Président de l'UPIGO, est venu à l'assemblée générale pour demander au SYNGOF de continuer à verser sa cotisation annuelle auprès de l'UPIGO.

Il rappelle que le SYNGOF a créé l'UPIGO et l'UEMS. La secrétaire générale du SYNGOF répond que les membres du bureau ont voté en réunion de bureau pour stopper toute participation financière à cette Union.

*L'ordre du jour étant terminé. La séance est levée à 16h30*

#### PROCHAIN CA

Vendredi 6 juin 2013

## Le Syngof est en deuil

Le Dr Henri Grynberg est mort. Administrateur du syngof, le gynécologue obstétricien du Centre clinique de Soyaux avait 47 ans.

Les conseils d'administration du SYNGOF ne seront plus jamais tout à fait les mêmes. Nous ne verrons plus la haute silhouette distinguée d'Henri, nous ne bénéficierons plus de ses conseils, ni de son aide, nous ne sourirons plus à ses remarques souvent teintées d'un humour presque britannique. En effet Henri Grynberg nous a quitté après avoir tant servi ses patientes à Angoulême, mais aussi ses confrères gynécologues obstétriciens qu'il représentait avec vigueur et efficacité au sein de notre syndicat.

Le conseil d'administration du SYNGOF adresse à ses enfants et sa famille toutes ses condoléances, et les assure de leur soutien dans cette triste épreuve.

F. X BOYER de LATOUR

# Je suis coupable

J. THÉVENOT\*

*Ce nouveau texte vient en point d'orgue d'un concert médiatico-politique inquiétant par son éloignement de la réalité du terrain.*

**n**ous assistons depuis quelques mois à un harcèlement médiatique étonnant concernant la santé de la Femme, où tous les soignants en périnatalité et fertilité sont mis en cause directement ou indirectement. Campagne médiatique mal maîtrisée concernant les dangers des pilules, dangers pourtant bien connus, mais ingénument découverts par agences officielles et politiciens responsables mais aussi interrogations médiatiques ou politiques clairement exprimées sur la responsabilité des prescripteurs... avec des conséquences prévisibles en terme de grossesses non désirées.

Accouchements compliqués sur les autoroutes ou dans de grandes maternités faisant remettre en question les plans périnatalité successifs, mais aussi mettant en cause directement ou indirectement les praticiens qu'ils soient gynécologues ou sages-femmes.

**Le sommet de cet art de destruction est survenu il y a quelques jours par la transmission au CNOM d'une circulaire ministérielle menaçant directement de 75 000 € d'amende ou de 5 ans de prison les praticiens qui orienteraient des patientes ou des couples vers des PMA à l'étranger.**

Je l'avoue publiquement. Je suis coupable. Régulièrement. Régulièrement, des patientes m'interrogent sur les alternatives à des mois d'attentes en France pour des dons d'ovocytes, ou sur la possibilité de réaliser ailleurs des PMA qui ne se pratiquent pas près de chez nous.

J'informe mes patientes que la France est un pays d'Europe, mais que les règles sont différentes selon les pays.

Et elles ont vite fait de trouver sur internet la réponse la plus adaptée à leur demande.

Je les ai simplement informés qu'ailleurs des pratiques différentes existaient.

Je n'en ai jamais retiré aucun bénéfice, en tous cas financier. Le seul bénéfice que j'en ai retiré est la satisfaction de voir les visages heureux de mères ou de parents comblés après des mois d'attente en France, parce qu'à Barcelone, Madrid, Saint-Sébastien ou ailleurs, une équipe médicale européenne a violé la loi française en permettant à une Française hors la loi de vivre enfin une maternité tant attendue.

Je ne connais pas personnellement ces équipes médicales; je n'ai jamais rencontré ces gynécologues espagnols ou autres; parfois j'ai reçu un courrier, rarement.

Mais je vais peut-être prévenir mes collègues espagnols de ne pas faire état de leur activité s'ils viennent en congrès ou

même en vacances en France, leur activité illégale pouvant conduire la police française à les interpeller à Hendaye ou au Perthus s'ils traversent la frontière.

D'ailleurs que fait Interpol ? Pourquoi leur permet-on de continuer à violer la loi française ?

La circulaire dirigée aujourd'hui contre les gynécologues me rappelle douloureusement les menaces à notre égard quand, naguère, l'interruption de grossesse était interdite en France et se pratiquait en toute impunité tout autour de nos frontières. L'image du village gaulois a la vie dure.

Mais tout cela n'est pas drôle.

Au-delà des situations médicales individuelles, ce nouveau texte vient en point d'orgue d'un concert médiatico-politique inquiétant par son éloignement de la réalité du terrain.

La démographie médicale en médecine périnatale et de la reproduction est en chute libre.

Quel jeune praticien aujourd'hui acceptera de se lancer dans la carrière de gynécologue obstétricien au risque de voir sa responsabilité collective ou individuelle quotidiennement recherchée publiquement ?

Il est temps que des équilibres se rétablissent.

Je m'adresse donc publiquement au CNOM qui a relayé cette circulaire ministérielle : la réalité de l'exercice médical est bien loin de ce type de texte rétrograde, et une réflexion de fond initiée par le Conseil National de l'Ordre sur la pratique des gynécologues obstétriciens me semble urgente, sous peine de ne plus voir guère de volontaires au sortir de nos facultés.

Je m'adresse de la même manière aux organismes représentatifs de nos professions, qu'ils soient scientifiques ou syndicaux (CNGOF, SYNGOF, FNCGM...).

Une réflexion collective s'impose, à la fois concertée, maîtrisée, mais urgente dans son initiation, pour aider les décideurs à retrouver leur raison aujourd'hui perdue dans les méandres d'un ministère qui nous donnent à tous le vertige. Je suis coupable de dire à des couples infertiles que des solutions extra-hexagonales existent.

Vis-à-vis des femmes et des couples que je prends en charge, je serais aujourd'hui coupable de me taire.

\* Gynécologue obstétricien, Pdt CDOM 31, Pdt réseau MATERMIP - Toulouse  
dr.j.thevenot@orange.fr  
jean.thev@wanadoo.fr

# Le contrat d'accès aux soins

B. de ROCHAMBEAU\*

*Je suis en secteur 1 et je veux souscrire le contrat d'accès aux soins.*

*Je suis secteur 2 et je discute le contrat d'accès aux soins.*

**L**a convention médicale qui régit les rapports entre les médecins et les caisses d'assurance-maladie a été modifiée par l'avenant N° 8 du 25 octobre 2012. Il prévoit entre autres mesures la mise en place à partir du premier juillet 2013 d'un nouveau secteur d'activité, appelé Contrat d'Accès aux Soins (CAS), en plus des secteurs 1 à tarifs opposables et 2 à honoraires libres qui persistent. Il verra le jour quand 1/3 des médecins éligibles auront contracté, ce pourrait être après le premier juillet. Une fois ouvert chacun pourra, s'il le souhaite, rejoindre ce secteur à tout moment. Ce nouveau secteur est ouvert aux médecins de secteur 2 à qui il est proposé de signer un contrat pour 3 ans. Il n'est pas proposé aux médecins de secteur 1, à l'exception, obtenue lors des négociations de l'avenant 8, des médecins de secteur 1 disposant des titres leur permettant d'exercer en secteur 2\* et qui attendent depuis toujours une "fenêtre" pour en sortir. Il s'agit pour eux d'une occasion probablement unique de sortir du secteur 1. Les médecins titulaires d'un droit à dépassement permanent sont aussi invités à signer ce CAS.

## Les règles de fonctionnement du CAS

Ce contrat est résiliable annuellement à la date anniversaire à laquelle il a été signé ou à la date anniversaire de l'avenant au contrat qui sera proposé lors des modifications des tarifs de remboursement des actes. On ne sait pas ce qu'il adviendra à l'issue des 3 ans où une nouvelle convention sera négociée en 2016. Mais il est essentiel de comprendre quelle sera la situation tarifaire des médecins gynécologues qui le signeront à l'issue de ces 3 ans.

*Il est essentiel de comprendre quelle sera la situation tarifaire des médecins gynécologues qui le signeront à l'issue de ces 3 ans.*

Le contrat prévoit un engagement ferme des médecins signataires à "ne pas augmenter leur pratique tarifaire" et "à respecter le taux de dépassement moyen recalculé" c'est-à-dire à modérer leurs tarifs selon des règles précises.

1. Le taux moyen de dépassement (somme annuelle des dépassements/honoraires totaux remboursables, hors forfaits, gardes etc.) dans le CAS ne doit pas dépasser celui observé en 2012 tel que signifié par la caisse et ne doit pas être supérieur à 100% du tarif opposable.
2. Le taux de dépassement moyen recalculé est une donnée créée par la caisse pour l'occasion et que les médecins s'engageront à respecter dès le premier jour sans savoir ce qu'il recouvrera exactement. Ce taux est calculé en prenant pour base le tarif opposable des secteurs 1. (Par exemple 28 € pour le CS contre 23 en secteur 2). Ce tarif opposable des secteurs 1 sera celui appliqué aux signataires du CAS et sera amené à évoluer au cours du contrat (les tarifs CCAM doivent évoluer en 3 paliers) et le taux de dépassement maximum sera alors recalculé par la caisse (afin que la pratique tarifaire n'augmente pas et que cette augmentation profite au patient et pas au praticien) qui le signifiera par avenant au contrat, au praticien qui sera libre de l'accepter et de continuer ou de le refuser et de quitter le CAS.
3. La part d'activité à tarif opposable doit être supérieure ou égale à celle constatée sur l'année 2012. Il n'est pas précisé si cette part est définie par nombre d'actes ou par type d'acte car dépasser sur des consultations qui sont fréquentes est différent de dépasser sur des actes techniques moins fréquents.
4. Concernant les nouveaux installés et les médecins issus du secteur 1 et qui sont éligibles, le taux de dépassement applicable à ces médecins ne peut être supérieur à la moyenne, pondérée par les effectifs, des taux de dépassement constatés pour les médecins éligibles au contrat d'accès aux soins de la même spécialité et de la même région. Le taux d'actes au tarif opposable ne pouvant être inférieur à 30%.

\* Vice-président du SYNGOF. Directeur de publication des Cahiers Syngof



En contrepartie l'engagement de la caisse dit que les tarifs opposables devront atteindre en 2015 les valeurs cibles de la CCAM fixés lors de la convention de 2005 ! La caisse s'engage sur un calendrier de 3 ans à enfin appliquer des tarifs qu'elle avait fixés il y a 10 ans (tarifs âprement négociés alors et qui ne représentaient que 25% de la perte de valeur due au blocage des 10 années précédentes). L'augmentation des tarifs opposables c'est-à-dire de la base de remboursement de la caisse ne s'appliquera que pour les actes pratiqués par les médecins de secteur 1 et ceux qui auront signé le CAS. Pour ceux qui resteront en secteur 2, cette base de remboursement restera aux valeurs actuelles ; en d'autres termes le déremboursement des consultations comme des actes techniques des médecins en secteur 2 : chirurgie et accouchements continuera, et pour les autres on s'alignera en 3 ans sur les tarifs prévus il y a 10 ans et qui avaient eux-mêmes 10 ans de retard sur l'évolution du coût de la vie. La caisse s'engage pour les signataires du CAS à permettre l'application du modificateur K aux accouchements augmentant ainsi sa valeur de 11,5%. La caisse s'engage à prendre en charge les cotisations sociales des médecins signataires du CAS sur toute l'activité réalisée aux tarifs opposables, au même titre que les médecins secteur 1. Cette prise en charge est évaluée par la caisse en moyenne à 4 300 € annuels.

### Je suis gynécologue en secteur 1 (44% des GO et 51% des GM<sup>(1)</sup>)

Ce contrat me permettrait de sortir du carcan infernal de sous valorisation des actes qui pousse à la multiplication de ceux-ci, aux journées interminables, à la dévalorisation de mon métier. J'ai de plus en plus de mal à me motiver pour des consultations à haute responsabilité honorées à 28 €, à devoir pratiquer 70 accouchements pour financer seulement ma prime d'assurance professionnelle. Malgré les efforts de restructuration de nos maternités, le partage des gardes, le travail en équipe, je ne trouve plus de jeunes confrères pour continuer à pratiquer ainsi cette activité sous financée.

**Le seuil de 100% de dépassement autorisé dans le CAS officialise la reconnaissance du taux de sous financement de notre activité qui n'est valorisée que pour la moitié de sa valeur.**

Il est particulièrement inégalitaire de la part des gouvernements successifs qui pilotent la caisse de laisser ainsi les médecins qui ont fait l'effort de suivre les tarifs opposables, dans le souci d'un complet accès aux soins, dans des difficultés sans cesse croissantes. Ce n'est pas l'application d'ici 2015 des tarifs cibles de la CCAM prévus en 2005 (+8% en 3 ans) qui changera significativement la donne. Cette situation aboutira à la disparition de la pratique libérale de la gynécologie à tarifs opposables. Ce ne sont pas les prises en

charges partielles, toujours insuffisantes, des charges sociales obligatoires qui sauveront ce secteur. Seul un espace de liberté, même contrôlé et balisé comme le CAS est à même d'inverser la tendance vers la paupérisation de notre pratique.

Je suis Gynécologue en secteur un et je demande à pouvoir souscrire au Contrat d'Accès aux Soins.

### Je suis gynécologue en secteur 2 (66% des GO et 49% des GM<sup>(1)</sup>)

Clairement ce contrat est fait pour m'attirer.

Le gouvernement souhaite accroître l'activité médicale à tarif opposable pour améliorer l'accès aux soins. Le principe, dit-il est de permettre aux médecins de secteur 2 de moduler le montant de leurs honoraires à des niveaux conciliables avec l'accès aux soins de tous les assurés sociaux.

**Il fait partie de mes engagements de fixer mes tarifs avec tact et mesure de la même manière il fait partie des engagements de la caisse de financer les actes médicaux à leur juste valeur.**

En cette période de difficultés économiques durables, il serait bon que chacun se rappelle ses engagements. Certains médecins ont des pratiques tarifaires excessives et l'avenant 8 a prévu des modalités de contrôle de ces pratiques afin d'y remédier. *Les syndicats signataires de cet avenant les ont acceptés, aujourd'hui ils reviennent sur cet engagement ! Ces représentants sont irresponsables.* L'insuffisance des tarifs opposables a été reconnue, y compris par le gouvernement et les députés lors des débats publics, la caisse ne fait pas l'effort de les remettre à niveau en s'engageant à appliquer en 2015 les tarifs cibles de 2005 (+8% sur 3 ans). Le choix du gouvernement et des assemblées n'est pas de pérenniser la médecine libérale à tarif opposable mais de sauver les hôpitaux, l'argent ira aux hôpitaux. Pourtant la juste revalorisation des tarifs opposables aurait immanquablement abouti au succès du mot d'ordre : accès aux soins pour tous les assurés sociaux en particulier les plus modestes : ceux-ci continueront à faire la queue aux urgences hospitalières.

Le Contrat d'accès aux soins ne s'adresse pas aux praticiens dont les pratiques tarifaires sont excessives. Il s'adresse à ceux qui ont une pratique modérée de leurs tarifs, c'est la plus grande majorité des médecins de secteur 2. Ce qui peut paraître rassurant dans le CAS c'est sa durée limitée à 3 ans et la possibilité annuelle ou à chaque avenant d'en sortir. Il faudra rester vigilant car il y a toujours un risque que la règle change en cours de route, comme en 1990 et 1999 où les médecins du secteur 1 qui le souhaitaient se sont retrou-

(1) Médecins exerçant en secteur 2 en 2010 - Assurance Maladie - 17 mai 2011

(2) Frédéric Bizard : une ordonnance pour la France Thierry Souccar Editions

vés bloqués, ne pouvant passer en secteur 2 comme prévu initialement. Il est prévu que le CAS s'arrêtera avec cette convention. C'est-à-dire qu'une autre convention sera alors négociée par les syndicats alors représentatifs. Ce seront probablement les mêmes qui ont signé cet avenant 8 et s'accommodent très bien du blocage tarifaire. La crise économique ne sera probablement pas terminée et on peut craindre qu'ils enferment dans le CAS ceux qui auront accepté d'y entrer comme ils se sont accommodés de la fermeture du secteur 1 en 1990.

C'est donc aux plus modérés dans leur liberté tarifaire que l'on demande les efforts les plus significatifs, tout est fait pour faire baisser les dépassements au cours de ces 3 années.

**Le taux moyen de dépassement en 2010 était de 83% chez les GO et de 58% chez les GM<sup>(1)</sup>**

- **Si mes dépassements sont <100% en 2012**, (moyenne annuelle) je suis le cœur de cible du CAS, je m'engage à ce que ma moyenne trimestrielle reste sous cette valeur 2012 pendant 3 ans. En période de crise économique cela peut paraître jouable, certains "gros dépassements" peuvent être facturés à des patients bien assurés ou fortunés, il faut seulement que la moyenne trimestrielle reste < à la moyenne annuelle 2012. Si elle était par exemple de 30% elle doit rester <30% ! Là c'est plus contraignant : je me suis modéré et on me demande de le rester. **Si ma patientèle évolue je suis piégé.** Le fait d'appliquer un seuil annuel à un contrôle trimestriel implique un contrôle quotidien plus sévère du niveau de dépassement et donc aboutira à une baisse de celui-ci. *Structurellement le niveau de dépassement va baisser* ; c'est ce que veut la caisse, est-ce bien ce que je veux ? La seule évolution qui m'est consentie est l'augmentation de 8% du tarif opposable qui est planifié en 3 étapes et qui correspondra à une baisse du taux de dépassement recalculé que je m'engage à respecter. Le seul moyen d'augmenter mon chiffre d'affaires sera de multiplier les actes, me voilà enfermé dans un secteur 1 bis !

- **Si mes dépassements sont > 100% en 2012**, je serais invité à baisser sous ce seuil pendant 3 ans.

**La part d'actes au tarif opposable égale ou supérieure à 2012.** Elle dépend actuellement de la part de patientes soignées en urgence, des CMUC, AAH et AME mais aussi de patientes aux revenus modestes traitées humainement au tarif opposable. Cette part variable va être étendue réglementairement par l'avenant 8 à toutes les patientes éligibles à l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS). Les patientes devront avoir un certificat justificatif avant que cette notion figure sur la carte Vitale. Cette part de la population étant annoncée autour de 5 millions d'assurés, ils augmen-

teront naturellement le taux d'actes au tarif opposable. Ce critère posera peu de problèmes à ceux qui ne sélectionnent pas leur patientèle. *La liberté, pour chacun du choix de sa patientèle, est à l'inverse contrainte par cette mesure.*

En contrepartie de mes engagements au gel voir à la baisse de mes tarifs : la caisse règle à ma place 4300 € de charges sociales en moyenne. Mes patientes sont remboursées sur la base du secteur 1 : 28 € pour une consultation au lieu de 23 actuellement, elles bénéficieront aussi de l'augmentation de 8% planifiée sur 3 ans pour les actes techniques.

Au total, le Contrat d'accès aux soins est un engagement social structurant pour longtemps ceux qui le signeront. Il est créé, nous dit-on pour s'adapter à la crise économique que nous vivons. Le danger est qu'il survive à cette crise et que ce soit aux médecins de poursuivre les efforts consentis. Les faits avalisant la situation, **les médecins perdront définitivement un espace de liberté tarifaire sans contrepartie significative.** Tant que nos gouvernements financeront 30% de plus l'hôpital que la médecine de ville en France, à l'inverse des autres pays de l'OCDE (2), il n'y aura pas les moyens pour la caisse d'assurance-maladie de lutter efficacement contre l'affaiblissement de la médecine libérale et le développement des déserts médicaux.

## Résumé

Le contrat d'accès aux soins (CAS) créé par l'avenant 8 à la convention est d'accès libre.

**1. Je suis en secteur 1 et je suis éligible au CAS.** J'ai intérêt à prendre le CAS seule possibilité offerte pour desserrer le carcan du secteur 1.

**2. Je suis en secteur 2, et je passe en CAS.**

- Avantages : prise en charge d'une partie des cotisations d'assurance-maladie (environ 4300 € par an), meilleur remboursement pour mes patients;
- Inconvénients : je m'engage à ne pas augmenter mes honoraires jusqu'à la fin de la convention, donc pendant 3 ans (même en cas de revalorisation des tarifs de la CCAM).
- Risque : Au terme de la convention actuelle, une nouvelle négociation par les mêmes qui l'ont créé aura lieu et le risque de voir le CAS se refermer sur ceux qui l'ont choisi (comme les secteurs 1 en 1990) n'est pas nul.

**3. Je suis en secteur 2 et j'y reste.** Je garde ma liberté tarifaire, la maîtrise de mon entreprise individuelle. Mes patientes seront progressivement moins bien remboursées par l'assurance-maladie, elles devront compter sur leurs complémentaires.

A vous de choisir !

# La renaissance de l'accouchement douloureux

O. BUISSON\*

*C'est ainsi que près de 100 000 mamans, qu'on dit dégoûtées de la médecine, désirent rechanter le cantique des cantiques de l'accouchement naturel...*

Quand un livre touche à quelques vérités dérangeantes, il déclenche toujours des réactions émotionnelles voire haineuses. Cependant refuser de taire ce que la pensée conformiste interdit de dire a toujours son utilité, ne serait-ce que celle de se soulager du poids difficilement supportable de l'hypocrisie ambiante.

Faisant suite à une enquête auprès de 952 femmes (où 15% d'entre elles estiment que leur projet de naissance ou leur choix pour l'accouchement n'a pas été respecté), la sénatrice Muguette Dini, 72 ans, a présenté le 7 février dernier un projet autorisant l'expérimentation des maisons de naissance. Or si les débats concernant l'accouchement naturel mettent tous l'accent sur la nécessaire sécurisation de l'accouchement dans ces nouvelles structures, la douleur, pourtant élément central de l'accouchement, n'est jamais évoquée.

Dans certaines maisons de naissance, le refus d'offre de soulagement médical lorsqu'une femme vient à le réclamer pose une interrogation majeure. Comme si les douleurs de l'accouchement n'existaient pas, comme s'il allait de soi qu'une maman doit continuer à les supporter et ce, quelle que soit l'intensité de sa souffrance. Sur une échelle de 1 à 10, la douleur est souvent cotée 12 mais les contempteurs de la médecine viennent mettre au rebut un détail de l'histoire humaine qu'ils ne veulent plus entendre : un "accouchement naturel" est avant tout un "accouchement avec douleurs". Et dans "l'accouchement avec douleurs", la mère souffre de contractions plus fréquemment insupportables que tolérables.

Pourquoi les débats actuels, au nom d'un ordre physiologique, persistent-ils à occulter la douleur et quelles sont les raisons profondes de cet épais silence ?

Un début d'explication réside sans doute dans les nouvelles injonctions culturelles et historiques qui dirigent la pensée

de ce début de siècle. D'une certaine manière, on peut dire que l'accouchement "naturel" actuellement promu par les maisons de naissance et soutenu par certains décideurs est avant tout un accouchement "culturel".

L'injonction est culturelle car on ne peut plus nier que ce nouveau siècle est en quête de sens et de spiritualité. Mais il est également historique car une crise économique sans précédent frappe une France qui croule sous le déficit social. Et c'est bien dans la violence de ces deux lames de fond, l'une mystique et l'autre matérialiste, que la condition des femmes risque de sombrer soudainement.

**C'est ainsi que près de 100 000 mamans, qu'on dit dégoûtées de la médecine, désirent rechanter le cantique des cantiques de l'accouchement naturel.**

Re-naissance, certes. Mais aussi étincelles de diablerie. Car avant la généralisation de la péridurale, les salles d'accouchements ont retenti de hurlements, de cris et de suffocations des parturientes. Une polyphonie dissonante de gémissements douloureux a rempli l'espace de ces théâtres clos qu'étaient les maternités.

Car l'accouchement naturel laisse aux femmes le soin de tauréer le succube et réussir l'épreuve initiatique. Un chœur antique récite : "Montre nous que tu es une mère" tandis qu'une morale antique insinue : "Montre-nous Si tu es bien mère". Les folles de douleurs ou les chanceuses qui ne les ressentent pas accourent et exécutent leurs transes naturelles avec la fierté des Masaï. Celles qui craquent et supplient finiront bien par apprendre à aimer ça car si le dressage est douloureux en son début, une fois implémenté dans la conscience, il va de soi.

Cependant il est juste de dire que les maisons de naissance répondent fort à propos au nouveau désir d'intimité des couples pour l'arrivée de l'enfant à naître en offrant une hôtellerie cosy absente des maternités publiques. De plus, à raison d'une sage-femme pour 50 accouchements, l'accompagnement du travail de l'accouchement est permanent. A titre indicatif, dans les grosses maternités, le ratio<sup>(1)</sup> peut être parfois d'une sage-femme pour 800 accouchements ou pire encore.

\* Gynécologue obstétricienne échographiste. Auteur de "Sale temps pour les femmes"

(1) Ratio du nombre de SF de gardes/par le nombre d'accs annuels.

*Pourquoi les débats actuels, au nom d'un ordre physiologique, persistent-ils à occulter la douleur et quelles sont les raisons profondes de cet épais silence ?*

**Faut-il faire semblant d'être surpris quand de plus en plus de femmes veulent fuir ces paquebots bondés et sous dotés que sont devenues les grosses maternités de France ?**

En effet la suppression des petites maternités décidée en 1999, autant pour des raisons de sécurité que d'économies, a créé une concentration d'accouchements dans de gigantesques structures comptabilisant jusqu'à 5000 accouchements par an. Ceci n'aurait posé aucun problème si l'intendance avait suivi en terme de personnel soignant, de lits d'hospitalisation et d'espaces chaleureux adaptés.

Malheureusement la loi des 35 heures appliquée dès l'année suivante a fait voler en éclat l'équilibre précaire de maternités dont le personnel travaillait déjà à flux tendu et a achevé de désorganiser les services rendus aux patientes. L'écoute, l'accompagnement et l'adaptation personnalisée à la demande des parturientes ont disparu face aux contraintes d'un personnel débordé, soumis chaque jour davantage à des cadences infernales.

La *Loi Hôpital santé et territoire* votée en juillet 2009 sous le ministère de Roselyne Bachelot a achevé l'entreprise de destruction en installant de nouvelles contraintes budgétaires, asservissant les médecins chef de service à une obligation de rentabilité. Le résultat ne s'est pas fait attendre car si en raison des efforts constants et du travail en sur régime des soignants, les soins médicaux ont été préservés, les services personnalisés aux parturientes ont disparu.

Inévitablement la confiance des mamans envers la médecine hospitalière et ses médecins harassés en a pâti puisqu'elles ont la désagréable impression de ne pas être suffisamment considérées.

Peut-on dire que c'est bien de la conjonction de ces deux ordres, mystique et matérialiste, qu'est né dans la tête d'une sénatrice septuagénaire ce projet de maison de naissance ? Car 40 ans plus tôt, ce projet aurait-il vu le jour lorsque les femmes réclamaient, presque dans la rue, le droit de ne plus souffrir en accouchant ? Mêmes questions pour l'ensemble des laudateurs dont certains noms choquent tant on se demande ce qu'ils sont venus faire dans cette galère vieille comme l'humanité. Ont-ils perdu la mémoire ?

Il est vrai qu'ils ne sont plus très jeunes et que les très jeunes, n'ayant jamais connu ce qui les attend, ne commentent guère les fougades d'une sénatrice travaillant à renvoyer les femmes dans l'état où elles étaient avant les années cinquante.

**Pourquoi un ratio<sup>(1)</sup> d'une sage-femme pour 50 accouchements est-il possible dans une maison de naissance alors qu'il est inenvisageable dans les maternités publiques ?**

L'argent des associations des maisons de naissance n'est-il pas d'origine publique ? Est-il vraiment nécessaire de gaspiller un argent devenu rare dans cette lubie plutôt que de l'injecter de toute urgence dans les grosses maternités pour la création ou l'amélioration de pôles physiologiques

de la naissance gérés, faut-il le rappeler, eux aussi par des sages-femmes ? Que signifie cette différence de traitement crânement affichée ?

Un élément de réponse réside peut-être dans ces quelques phrases extraites du rapport de la cour des comptes de 2011 sur le rôle des sages-femmes dans le système de soins :

*"Selon une enquête de la DREES de 2006, 80% des femmes interrogées déclarent avoir bénéficié d'une péridurale, dont 5% sans l'avoir demandée" puis tout de suite après "cette conception française de l'accouchement est loin d'être universelle".*

Et enfin en ce qui concerne les Pays-Bas :

*"Moins de 10% des femmes bénéficient d'une analgésie péridurale au moment de la dilatation. Les Néerlandaises sont en effet nombreuses à penser la péridurale inutile".*

Quel esprit lucide peut-il encore ignorer ce qui est visé ? Et qui peut encore ignorer ce que la Sénatrice Muguette Dini, membre de la commission des affaires sociales du Sénat, veut privilégier ? Est-ce vraiment l'accouchement "naturel" ? Mais dans ce cas pourquoi ne pas favoriser l'éclosion de pôles physiologiques dans les maternités ? Ou l'objectif ne serait-il pas plutôt d'infléchir le taux massif de péridurale tant les Françaises ont intégré l'idée de ne plus souffrir en accouchant ?

En 2004, L'*American College of Obstetricians and Gynecologists* remarquait qu'il n'existe aucune autre situation clinique où l'on considère acceptable qu'un individu souffre d'une douleur sévère sans traitement, alors qu'il est soigné par un médecin et que des moyens analgésiques sûrs existent pour cette douleur mais c'était encore une petite survivance du siècle dernier...

Car signes des temps, les mesures gouvernementales concernant la santé des femmes vont toutes dans le sens de la régression : haro sur la péridurale, apologie de l'accouchement avec douleur, disparition de la gynécologie médicale de proximité et de qualité, retour précoce à domicile après l'accouchement, contraception vilipendée etc.

Les Françaises qui n'ont jamais démérité dans les services qu'elles rendent à la nation (ce sont les Européennes qui travaillent le plus et ont le plus d'enfants) seront les premières à pâtir des économies de santé et quand ils affirment le contraire, les décideurs insultent une fois de plus leur intelligence.



Lisez :  
**Sale temps pour les femmes, d'Odile Buisson**

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

Je soussigné(e)

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Date de votre installation \_\_\_\_\_

Tél \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

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

Adresse professionnelle \_\_\_\_\_

Nom et adresse de la maternité où vous exercez : \_\_\_\_\_

Inscrit à l'Ordre des Médecins de \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_

sollicite mon admission au

### SYNDICAT NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS DE FRANCE

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

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

• Nom de votre compagnie d'assurances : \_\_\_\_\_ Tarif 2012 \_\_\_\_\_

• 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 2013 -

⇒ Membre actif	230,00 €
⇒ Assistant chef de clinique	150,00 €
⇒ 1 <sup>ère</sup> année d'installation	150,00 €
⇒ Retraité	70,00 €
⇒ Interne	50,00 €

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

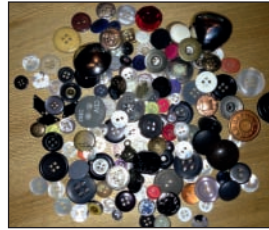
• 20% de réduction sur le tarif "membre actif" pour les gynécologues médicaux inscrits à un Collège de Gynécologie Médicale pour un groupe supérieur ou égal à 5 cotisants sous réserve d'un paiement en une seule fois de tous les membres.

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

Date, cachet et signature

# Adieu Diane Bonjour.....boutons

E. PAGANELLI\*



**m**erci à mon amie Sylvie Mesrine, gynécologue, endocrinologue et chercheur d'avoir participé à la rédaction scientifique de cet article.

Pour rappel, Diane 35 a été introduit sur le marché national en 1990. L'autorisation de mise sur le marché a été renouvelée en 2011. La décision de suspension du médicament par la direction du médicament et de la pharmacie a été prise suite à la décision de retrait prise par l'Agence nationale de sécurité du médicament en France. "Diane 35 ne doit plus être prescrit" : c'est en ces mots que le directeur général de l'agence française, Dominique Maraninchi, a annoncé la suspension de la commercialisation de ce médicament et de ses génériques en raison des risques de thromboses et d'embolies pulmonaires liés à sa prise.

#### Question

Ai-je moins de risque d'embolie pulmonaire avec une troisième génération qu'avec Diane ?

#### Faux

Les études ont conclu à un risque de thrombose sous Diane variable, parfois bien supérieur à celui des pilules de 3<sup>ème</sup> génération. Cependant, l'une des études les plus larges sur le sujet, basée sur les registres danois et parue en 2011, a conclu à un risque de thrombose veineuse équivalent de Diane 35 et des pilules de 3<sup>ème</sup> génération.

#### Question

DIANE était-il un médicament plus efficace sur l'acné que d'autres contraceptifs ?

#### Vrai

La méta-analyse de la Cochrane montrait une efficacité supérieure des OP à la cyprotérone et chlormadinone.

*De nombreux sites n'offrent aucune garantie, et les médicaments commandés peuvent être des contrefaçons,*

#### Pour mémoire

Cette nouvelle méta-analyse inclut six nouvelles études, sans modifications dans les conclusions. Les 6 contraceptifs combinés évalués dans des études contre placebo sont efficaces dans la réduction des lésions acnéiques du visage inflammatoires et non inflammatoires. Les différences d'efficacité entre des contraceptifs combinés différents par le progestatif utilisé et le dosage d'éthinylestradiol sont moins claires, et les données sont limitées. Les contraceptifs combinés contenant de l'acétate de chlormadinone et de l'acétate de cyprotérone améliorent plus l'acné que celles au lévonorgestrel. Une contraception combinée contenant de l'acétate de cyprotérone a entraîné une amélioration de l'acné supérieure à une contenant du désogestrel, mais les études donnent des résultats conflictuels. De même, les pilules au lévonorgestrel entraînent une amélioration modérée de l'acné par rapport aux pilules au désogestrel, mais les résultats sont inconsistants. Un contraceptif au drospirénone apparaît plus efficace qu'une pilule au norgestimate ou à une association de 17 estradiol et nomégestrol, mais moins efficace qu'une pilule contenant de l'acétate de cyprotérone. L'efficacité comparée des contraceptifs combinés et des autres traitements anti-acnéiques est inconnue car une seule étude existe à ce sujet. La seule étude (Monk 1987) comparant l'association d'acétate de cyprotérone et d'éthinylestradiol 50 µg et l'hydrochloride de minocycline 50 mg montre que les deux groupes ne diffèrent pas significativement dans l'autoévaluation de l'amélioration acnéique ou dans les taux d'arrêt de traitement. Cependant, cette seule étude est de petite taille avec des intervalles de confiance larges.

#### Question

Les pilules de 2<sup>ème</sup> génération ont-elles un effet défavorable sur l'acné ?

#### Faux

Cochrane 2012 : les pilules de 2<sup>ème</sup> génération ont un effet favorable sur l'acné contre placebo.

#### Question

Les antibiotiques sont-ils dangereux pour traiter mon acné ?

**Vrai** pour un, qui n'a plus l'indication de traitement anti-acnéique.

\* Secrétaire Générale du SYNGOF - Pôle gynécologie médicale  
Vice-présidente de la FNCGM

La commission d'AMM du 29 septembre 2011 a considéré que le rapport bénéfice/risque de la minocycline ne demeurerait favorable que dans un cadre restrictif d'utilisation, à savoir chez l'adulte ou l'enfant de plus de 8 ans, dans le traitement des infections microbiologiquement documentées des souches bactériennes résistantes aux autres cyclines et sensibles à la minocycline et pour lesquelles aucun autre antibiotique par voie orale ne paraît approprié.

De plus, la Commission d'AMM a également considéré que la prescription des spécialités à base de minocycline devrait désormais être soumise à une prescription hospitalière.

#### Question

Mon dermatologue hésite à me prescrire du Roaccutane ? Ce médicament est en effet soumis à une procédure spécifique de surveillance.

Avis de l'ANSM concernant le Roaccutane (3 mai 2012)  
Contraçné, Curaçné, Isotrétinoïne, Téva, Procuta.

Les spécialités contenant de l'isotrétinoïne, administrées par voie orale (gélules), font l'objet d'une surveillance renforcée. Ces médicaments, indiqués dans le traitement de l'acné sévère, sont en particulier responsables de malformations graves du fœtus lorsqu'ils sont pris pendant une grossesse. Par ailleurs, un risque potentiel de troubles psychiatriques est en cours d'évaluation.

#### Question

Mon dermatologue me conseille l'androcur pour améliorer mon alopecie androgénique.

#### Vrai

Cela fait partie des indications.

Le médicament a l'AMM. Mais pas d'intérêt de la cyprotérone dans l'alopecie androgénique.

De nombreux autres traitements n'ont été testés que dans une seule étude à chaque fois et même pour les traitements les plus couramment proposés comme la spironolactone, le finastéride, l'acétate de cyprotérone voire le laser, on manque d'essais randomisés contrôlés de qualité, tous ceux retenus comportant de nombreuses faiblesses dans la méthodologie adoptée de sorte que le niveau de preuve de leur efficacité est insuffisant.

En l'état actuel de la littérature, le minoxidil topique reste donc le seul traitement répondant aux critères de l'*evidence based medicine*.

(Van Zuuren EJ et coll. : *Evidence-based treatments for female pattern hair loss : a summary of a Cochrane systematic review. Br J Dermatol 2012; publication avancée en ligne le 5 octobre. doi: 10.1111/j.1365-2133.2012.11166*).

#### Question

Existe-t-il une pilule pour l'acné?

#### Vrai

Il existe deux pilules avec progestatifs de 3<sup>ème</sup> génération qui contiennent du norgestimate (Tricilest et Triafémi) et qui ont la double AMM acné et contraception mais elles ne sont pas remboursées.

Le risque de thrombose veineuse est équivalent pour les contraceptifs contenant du norgestimate et du lévonorgestrel ; cependant, les deux pilules citées sont assez fortement dosées 35 µg d'éthinylestradiol.

Il faut conclure à une bonne présomption de risque TEV diminué pour ces pilules avec une nuance de la commission de transparence en Juin 2012 :

*"La commission de la transparence prend acte du fait que le poids de la preuve du surrisque du norgestimate est moindre que celui du gestodène et du désogestrel. Toutefois elle considère que les données disponibles ne permettent pas actuellement de différencier le norgestimate du gestodène et du désogestrel en termes de surrisque thromboembolique veineux. La commission de la transparence sera donc à l'avenir attentive à toute nouvelle donnée scientifique concernant plus particulièrement le norgestimate."*

#### Question

Mon amie commande la pilule Diane sur internet, est-ce raisonnable ?

#### Faux

*"Commandez maintenant Diane 35 en ligne et recevez votre traitement dans la journée.*

- *Livraison express en 24h à votre porte sous pli discret.*
- *Service patients vous accompagnant tout au long de votre traitement.*
- *Garantie de l'authenticité de la pilule Diane 35.*
- *Partenariat avec des pharmacies homologuées ainsi que des médecins agréés.*

*Nous vous proposons votre traitement contraceptif Diane 35 pour une durée de 3 mois pour 60 € et 6 mois pour 90 € soit une économie de 25%"*

#### Mais :

De nombreux sites n'offrent aucune garantie, et les médicaments commandés peuvent être des contrefaçons, sans composant actif ou même des composants dangereux pour la santé.

Tout médicament a des risques, c'est à votre médecin d'évaluer si ceux-ci sont importants du fait de vos antécédents et si le médicament vous est adapté.

# Compte rendu de l'A.G de l'EBCOG

J. NIZARD\*, J. HOROVITZ\*\*

Bruxelles novembre 2012

**C**ette assemblée générale de l'EBCOG s'est tenue à Bruxelles, proche du Parlement européen car les relations avec le parlement étaient au centre de l'ordre du jour.

## Relation entre l'EBCOG et le Parlement européen

L'objectif de l'EBCOG est d'arriver à mettre en avant la santé de la femme et la formation des spécialistes. L'EBCOG essaie d'avoir un accès plus facile au parlement et à ses membres (les assistants en priorité, pas les députés). L'EBCOG propose que chaque pays travaille avec ses députés européens dans ce sens. De la même façon, l'EBCOG cherche à se rapprocher des groupes de patients pour que les efforts de tous soient synergiques. Ces efforts doivent donc être faits au niveau national et européen. Il est proposé d'améliorer le site Internet de l'EBCOG car c'est une vitrine importante.

## Groupe de travail sur des demandes de financement à l'UE

Des subventions pourraient être demandées sur des thèmes suggérés par le bureau, le conseil sur des thèmes de recherche d'intérêt général qui intéressent l'UE. Le premier thème suggéré est le diabète gestationnel qui est un sujet d'intérêt majeur pour l'Europe.

## Stratégie

L'UEMS déménage dans la *Domus Medica Europea*, où elle propose d'héberger les différentes sociétés scientifiques

*Il est proposé d'améliorer le site Internet de l'EBCOG car c'est une vitrine importante*

médicales (moyennant location de bureaux). Ce projet immobilier prend du retard mais semble être une réalité pour fin 2013 – début 2014.

La place de l'EBCOG dans l'attribution des crédits FMC est discutée. L'argent généré par ces crédits FMC est réparti de la façon suivante, 1/3 pour l'UEMS, 1/3 pour l'entité spécialiste européenne (ici l'EBCOG), et 1/3 pour la société nationale qui héberge la manifestation FMC.

## Relations avec d'autres structures

- FIGO : Les relations entre la FIGO et l'EBCOG sont bonnes. L'EBCOG avait un stand au congrès de la FIGO à Rome cette année.
- *European Society of Contraception* (ESC) : l'EBCOG aura une session à leur congrès à Copenhague en mai 2013.
- *European Society of Cardiology* (ESC aussi) : session commune à leur prochain congrès en août-septembre 2013.
- *European Scientific Working Group on Influenza* a demandé à l'EBCOG de participer à un groupe de travail sur la vaccination contre la grippe au cours de la grossesse. Il y a eu un débat sur la place de l'EBCOG dans des décisions qui relèvent de responsabilités nationales. L'EBCOG a accepté de participer à une réunion de travail avec ce groupe.
- *European Medical Journal* : ce journal d'accès libre propose d'afficher des liens entre les pages internet du journal et de l'EBCOG. L'EBCOG ne désire pas pour l'instant de lien avec un journal dans l'idée d'un vrai partenariat prochain.
- *E-oncologia* : initiative de l'institut Catalan d'oncologie rapprochant l'Amérique du sud et l'Espagne dans la formation des oncologues. *E-oncologia* propose un partenariat concernant le programme de formation des formateurs de l'EBCOG. Un partenariat va donc se monter entre les deux structures.

\* Service de gynécologie obstétrique, GH Pitié-Salpêtrière, Paris

\*\* Service de gynécologie obstétrique et médecine fœtale, Hôpital Pellegrin, Bordeaux



## **SCTR** **(Standing meeting on training recognition)**

De plus en plus de deuxièmes visites réalisées et programmées dans les prochains mois. Le comité insiste sur le fait que l'objectif principal de ces visites européennes est d'encourager les pays à développer un système national de visites d'accréditation. Il n'est pas prévu de poursuivre indéfiniment les visites européennes. L'évaluation des services qui accueillent des internes doit être nationale maintenant.

Allonger la durée entre les évaluations d'accréditation de 5 à 7 ans avec à 4 ans, une évaluation sur formulaire uniquement. Si nécessaire, une visite est organisée à 5 ans, sinon, nouvelle visite à 7 ans.

## **Formation des formateurs pour l'encadrement des internes et les visites d'accréditation**

Le programme européen s'est tenu du 15 au 17 novembre derniers à Turin et a été couronné de succès. Les participants venaient d'Italie, Ukraine, Lituanie, Grèce et Espagne.

## **Groupe de travail : "former les formateurs"**

Il est annoncé que ces formations ont du succès et que le groupe de formateurs est invité à Malte, Barcelone, Vienne, Pérouse. Il est recommandé de lire la monographie sur le professionnalisme en gynécologie-obstétrique.

## **Liens entre l'EBCOG et l'Ukraine**

Des représentants de l'EBCOG ont participé au congrès national de la Société d'obstétrique et gynécologie de l'Ukraine en septembre 2012. L'EBCOG propose son aide dans la mise en place d'un programme national d'accréditation des services, d'amélioration de la formation des spécialistes, et d'une association d'internes, avec l'aide de l'ENTOG.

## **Congrès de l'EBCOG**

### **2012 : Tallin**

Le bilan de ce congrès : 788 participants payants, dont 189 internes/sages-femmes. 42% des participants payants ont pris part aux ateliers pratiques. Il y a eu 356 abstracts soumis. Le bilan financier n'est pas encore arrêté car les subventions promises par le gouvernement estonien viennent d'arriver.

### **2014 : Glasgow**

7-10 mai 2014, date à retenir.

Il est demandé à chaque pays de proposer des thèmes et orateurs pour le programme.

Le choix des thèmes pour les ateliers pratiques et les cours s'est fait par une enquête auprès des représentants nationaux à l'EBCOG.

Limites de soumission d'abstract novembre 2013+++

### **2016 : Istanbul**

Les organisateurs en sont au choix du lieu car la ville en propose plusieurs.

## **EAPM** **(European Association of Perinatal Medicine)**

L'EAPM va continuer à promouvoir les visites d'accréditation européennes et travaille en ce moment sur les *Standards of Care* de la surspécialité. Il n'y a qu'un représentant pour la partie obstétricale, alors que les pédiatres sont représentés par 4 associations différentes.

## **EUGA** **(European Uro-Gynecology Association)**

Il y a eu une visite d'accréditation. Ils vont faire plus d'effort pour mettre en avant ces visites d'accréditation. Leur prochain congrès se tiendra à Monaco dans un an. La prochaine mise à jour de leur site internet se fera le 6 décembre 2012.

## **ENTOG**

Le prochain programme d'échange sera début mai en Slovaquie. Le congrès d'interne aura comme thèmes la responsabilité de l'interne, l'interaction interne-sage-femme, et l'apprentissage du leadership pour les internes. L'ENTOG va reconstruire son site internet, comme l'EBCOG. 2 nouveaux pays intègrent l'ENTOG : l'Ukraine et la Suisse. L'ENTOG et la WATOG (*World association of Trainees in Obstetrics and Gynecology*), qui est une association toute récente mais très active, se sont rapprochés lors de la FIGO. Bourse de fellowship de l'ENTOG : ce projet de mobilité européenne des internes, soutenu par l'EBCOG, a été un succès en 2011. L'expérience est reconduite cette année. La limite de dépôt de dossier est le 18 février 2013.

## **Groupe de travail sur la simulation en gynécologie obstétrique**

Une des premières difficultés est de définir ce que regroupe le terme "simulation" en gynécologie obstétrique, ainsi que

l'étendu du domaine. Ce groupe est très actif tant dans la formation que la recherche. Nous avons eu une démonstration d'une plateforme internet de formation à la coelioscopie : [www.winnersproject.com](http://www.winnersproject.com) (puis aller sur "test"). C'est un programme pour les jeunes internes qui demande environ 4 heures à compléter.

### Groupe de travail sur l'e-learning

Depuis 2008 le groupe de travail a listé les experts européens en e-learning, a répertorié le matériel d'e-learning existant en Europe, a évalué les potentialités de la télé médecine. Il a aussi fait une évaluation sur les besoins européens en matériels d'e-learning. Il va faire l'inventaire de tous les sites web ayant un intérêt professionnel, faire une analyse de tous les matériaux collectés et créer une base de données qui sera sur le site de l'EBCOG. Un lien avec les vidéos d'enseignement sera aussi mentionné

### Groupes de travail sur les études cliniques

Le groupe suggère que des recommandations soient rédigées par des experts reconnus soumis à critiques puis mis

sur le site de l'EBCOG sur des thèmes comme : soins prénataux (gestes à faire ou ne pas faire), GEU, prise en charges des hémorragies, complications grave de l'hyperstimulation ovarienne, voyages en avion et grossesse etc.

### Election d'un nouveau membre au bureau de l'EBCOG

Il y avait 4 candidats et c'est Jacky Nizard, représentant la France, qui a été élu au premier tour.

**Prochain bureau exécutif et groupes de travail 1-2 mars 2013.**

**Prochain conseil 11 mai 2013 à Bratislava**

Pour toute correspondance

Dr Jacky Nizard,

Tel : +33-1-42-17-77-01

[jacky.nizard@psl.aphp.fr](mailto:jacky.nizard@psl.aphp.fr)



Cette année la *Société méditerranéenne de médecine de la reproduction* tient son XI<sup>ème</sup> congrès annuel dans la très attractive ville de **Marrakech du 2 au 4 mai 2013**, période particulièrement agréable pour cette ville du sud Marocain. Les thèmes développés lors de cette édition porte sur les actualités en terme de prise en charge des infertilités ainsi que les avancées technologiques dans le domaine de l'assistance médicale à la procréation.

**Trois ateliers pratiques en langue française sont programmés le jeudi 2 mai :**

- ▀ sur la médecine de la reproduction et la prise en charge chirurgicale des infertilités en partenariat avec l'international Society of tubal surgery,
- ▀ sur l'embryologie et les aspects pratiques de la biologie de la reproduction,
- ▀ sur les modalités et procédures de rédaction d'un article scientifique en partenariat avec RBM Online.

*La langue officielle du congrès est l'anglais avec traduction simultanée en langue française.*

**Pour les séances plénières sept sessions sont à l'ordre du jour :**

- I+II *Controlled ovarian stimulation*
- III *Intra-utérine insémination*
- IV *Implantation failure and pregnancy loss*
- V *Reproductive surgery*
- VI *Endometriosis*
- VII *Embryo transfaert*

Tous les détails relatifs au programme figurent sur le site officiel du congrès en ligne [msrm-marrakech2013.com](http://msrm-marrakech2013.com)

Le président du congrès  
Pr Omar SFRIQUI

Contact : Dr Jean-Michel DREYFUS  
Tél. 06 09 42 70 70  
Email : [dreyfusjm@yahoo.fr](mailto:dreyfusjm@yahoo.fr)

# Lecture pratique du RCF pendant le travail

S. FAVRIN\*

**L**a mise en route de "l'E.learning" sur le site "gynerisq.net", fournit l'occasion d'une mise au point sur la lecture du Rythme Cardiaque Fœtal (RCF) pendant le travail. Nous rappelons que les exemples de tracés actuellement sur le site sont à utiliser uniquement en lecture, sans chercher à donner ou à critiquer la conduite à tenir obstétricale. Ces exemples seront complétés, à court terme, par des "cas cliniques" où un avis sera alors demandé sur la prise en charge. Nous invitons les adhérents de Gynerisq à nous adresser des exemples de tracés accompagnés de l'observation clinique anonymisée.

## Principes de la surveillance

La surveillance du Rythme Cardiaque du Fœtus (RCF) pendant le travail a pour but de détecter une hypoxie fœtale pouvant conduire à l'acidose métabolique source potentielle d'encéphalopathie néonatale avec son risque éventuel de séquelles neurologiques ("cerebral palsy" ou I.M.O.C). L'évolution vers l'acidose sera d'autant plus rapide que le fœtus sera fragile (RCIU par exemple) ou fragilisé par une pathologie associée (pré-éclampsie, infection...) ou une circonstance particulière (dépassement de terme...).

Le tracé du RCF est un reflet de l'état du fœtus au moment où il est enregistré. Il doit donc être répété pour s'assurer de l'absence d'évolution péjorative.

*Le tracé du RCF est un reflet de l'état du fœtus au moment où il est enregistré. Il doit donc être répété pour s'assurer de l'absence d'évolution péjorative.*

*La mise en route de "l'E.learning" sur le site "gynerisq.net", fournit l'occasion d'une mise au point sur la lecture du Rythme Cardiaque Fœtal (RCF) pendant le travail.*

**A l'admission de la patiente, en début de travail, il est recommandé de faire un enregistrement de 30 mn** avec, dans le même temps, une analyse des éléments du dossier obstétrical à la recherche des situations à risques où la tolérance fœtale et l'eutocie ne sont pas garanties et justifiant une surveillance continue :

- Prématurité ou suspicion de RCIU
- Utérus cicatriciel
- Terme dépassé
- Grossesse gémellaire
- Présentation du siège
- Diabète antérieur à la grossesse ou diabète gestationnel mal équilibré
- Pré-éclampsie
- Rupture prématurée des membranes > 24heures
- Oligoamnios ou hydramnios
- Saignements antepartum
- RCF anormal en antepartum ou Doppler Ombilical anormal
- Arythmies cardiaques fœtales
- Anémie fœtale chronique
- Déclenchement artificiel du travail
- Fièvre maternelle (> 38°)
- Liquide amniotique méconial

### Durant le travail

- **Cette surveillance continue sera également nécessaire en cas de :**
  - travail dirigé (ocytocine)
  - d'analgésie péridurale
  - d'apparition d'anomalies du RCF, de saignements, d'un liquide méconial ou absent à la rupture, de fièvre > 38°, d'anomalies des contractions utérines et/ou de la dilatation.
- **En cas de tracé normal, et de situation "à bas risque",** la surveillance ultérieure du RCF peut être continue ou discontinuée avec un enregistrement au moins toutes les 30 mn pendant la dilatation et toutes les 15 mn à partir de la dilatation complète.

\* Administrateur du Syngof. Gynécologue-obstétricien Clinique de l'Union 31240 SAINT JEAN

## Critères de lecture des tracés de RCF

La lecture des tracés du RCF passe par l'analyse systématique de cinq critères qui bénéficient maintenant de définitions internationales consensuelles.

1. **Les contractions utérines (CU)** à la recherche d'une tachysystolie (tableau 1). Elle peut être le premier signe d'une pathologie sous-jacente (décollement placentaire). Même isolée et inexplicquée, elle augmente le risque d'acidose fœtale.
2. **Le rythme de base** (tableau 2) qui peut être normal ou anormal avec une tachycardie ou une bradycardie.
3. **La variabilité** (tableau 3) qui peut être modérée, minime, absente ou marquée. Le rythme sinusoïdal (tableau 4), en règle générale pathologique, étant décrit à part.
4. **La présence ou l'absence d'accélération transitoires (AT)** (tableau 5).
5. **La présence ou l'absence de ralentissements** (tableau 6) classés en ralentissements variables les plus fréquents (tableau 7), ralentissements précoces (tableau 8), tardifs (tableau 9) ou **prolongés** (tableau 10).

Un **tracé normal** se caractérise par un enregistrement de 30 mn avec :

- un nombre de CU  $\leq 5/10$ mn
- un rythme de base  $\geq 110$  et  $\leq 160$  bpm
- une variabilité modérée ( $\geq 6$  et  $\leq 25$  bpm)
- la présence d'au moins une AT
- l'absence de ralentissements

Il est la garantie d'un bien-être fœtal.

**Les tracés anormaux** peuvent correspondre à de multiples combinaisons et sont classés en fonction de leur risque d'association à une acidose fœtale installée ou potentielle. Les critères de lecture sont désormais communs mais, il n'existe pas encore de classification consensuelle (tableau 11). Néanmoins, on peut, d'un point de vue pratique, regrouper ces tracés anormaux en 3 grandes catégories :

1. Les **tracés pathologiques** associés à un risque réel d'acidose. Ils justifient une décision rapide de terminaison de l'accouchement. Ils correspondent aux tracés "à risque important" et "à risque majeur d'acidose" de la classification du CNGOF.
2. Les **tracés à risque** potentiel d'acidose qui justifient un déplacement du praticien auprès de la patiente et une attitude active avant décision éventuelle de terminaison dont les modalités seront fonction du contexte. Ils correspondent aux tracés "à risque d'acidose" de la classification du CNGOF.
3. Les **tracés à surveiller** qui vont justifier une surveillance continue. Ils correspondent aux tracés "à faible risque d'acidose" de la classification du CNGOF.

**Les tracés à risque posent le plus de problèmes en pratique.** Ils justifient :

- **Une évaluation précise de la situation :**
  - Recherche d'un événement aigu conduisant à une conduite spécifique : saignement, hypotension, troubles respiratoires, procidence du cordon, tachysystolie et/ou hypertonie,

Tableau 1 : Tachysystolie

*Elle est définie par la présence de plus de 5CU par 10mn (soit plus de 15 CU sur les 30mn d'enregistrement). Cette définition s'applique que le travail soit spontané, déclenché ou dirigé. Elle doit être systématiquement recherchée à chaque analyse du Tracé. Elle peut être associée ou pas à des anomalies du RCF.*

*En cas de perfusion d'ocytocine, celle-ci doit être arrêtée en cas d'anomalies du RCF et diminuée en cas de tracé normal ou non suspect. Si elle persiste elle doit faire évoquer la possibilité d'un décollement placentaire, surtout si elle s'accompagne d'un mauvais relâchement utérin entre les CU.*

*Elle peut faire discuter l'indication d'un traitement tocolytique, sans retarder l'extraction fœtale en cas de tracé pathologique. Peut ainsi être discutée :*

- La terbutaline (Bricanyl) souvent citée dans les recommandations anglo-saxonnes à la posologie de 250 microgrammes en sous-cutané ou IV
- Les dérivés nitrés utilisés soit par voie IV (90 à 120 microgrammes) soit en spray en pulvérisation sublinguale ou à l'intérieur de la joue (400 microgrammes)
- Le salbutamol à la posologie de 100 microgrammes sous-cutané ou IV (1/5 d'ampoule)

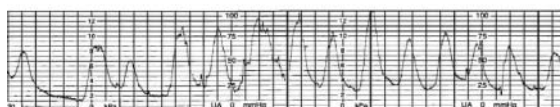
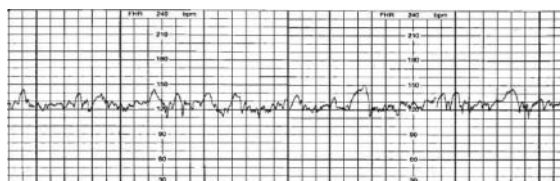


Tableau 2 : Rythme de Base

**Définition** : Fréquence de référence, exprimée en bpm. Elle est calculée sur une fenêtre de 10 mn, en excluant les accélérations, les ralentissements et la variabilité marquée.

- Rythme de base normal si  $\geq 110$  et  $\leq 160$  bpm
- Bradycardie si  $< 110$  bpm pendant au moins 10 mn
- Tachycardie  $> 160$  pendant au moins 10 mn

**Note physiopathologique** :

- La bradycardie : Sa survenue brutale, toujours inquiétante, peut correspondre à une hypotension, une compression du CO, un décollement du placenta, une rupture utérine, un engagement rapide, une tachysystolie.
- La tachycardie : Elle peut être secondaire à une infection. L'acidose fœtale est possible, surtout si elle est associée à une diminution des oscillations ou à des ralentissements

**EXEMPLES** (A Berthier and al - Antibiotiques en fin de grossesse. À propos de cinq réactions allergiques sévères, Gynécologie Obstétrique & Fertilité, 2007, 35,11, 1181-1182)

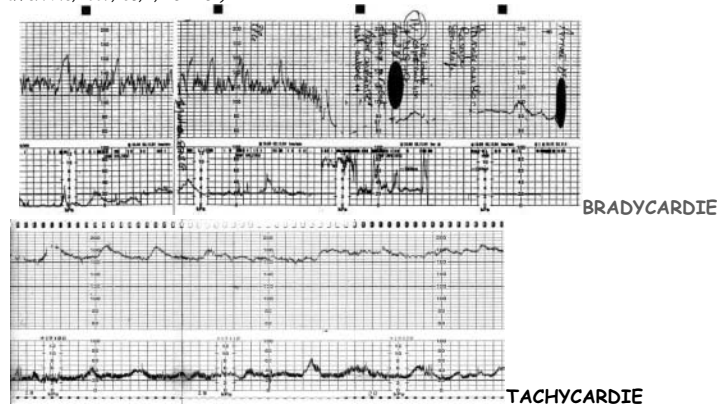


Tableau 3 : Variabilité

**Définition** : Elle étudie l'amplitude des fluctuations de la ligne de base, encore appelées oscillations. Elle est exprimée en bpm, en mesurant l'écart entre le point le plus haut et le point le plus bas sur 1 mn.

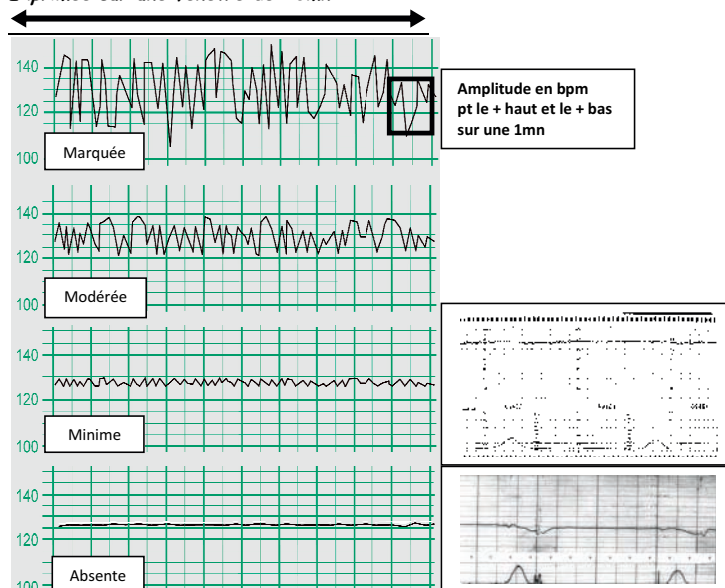
Elle est lue sur une fenêtre de 10 mn, avec 4 catégories :

- Modérée si  $\geq 6$  et  $\leq 25$
- Minime si  $\geq 2$  et  $\leq 5$
- Absente, non visible si  $< 2$
- Marquée si  $> 25$

**Note physiopathologique** :

- La présence d'une variabilité modérée est en très en faveur de l'absence d'acidose fœtale au moment de l'enregistrement
- La variabilité minime peut être en rapport avec un cycle d'endormissement du fœtus. Elle disparaît alors en 20 à 40mn. La persistance au-delà de 40mn doit faire évoquer la possibilité d'une hypoxie fœtale. Elle peut aussi être secondaire à la prise de médicaments (morphiniques, sulfate de Mg, beta-méthasone.)
- La variabilité absente est suspecte d'acidose fœtale

Exprimée sur une fenêtre de 10mn



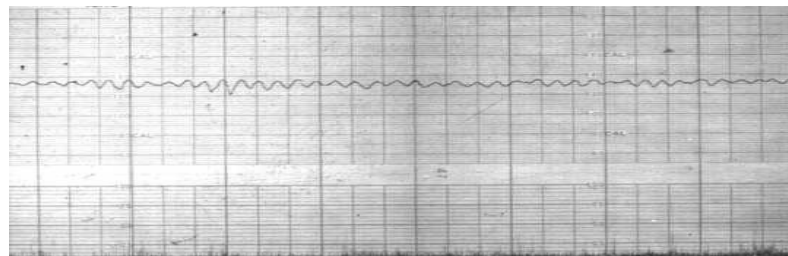
J P Schaal, A Martin, Surveillance foetale : guide de l'enregistrement cardiotaographique et des autres moyens de surveillance du foetus - 2<sup>ème</sup> ed, Montpellier, Sauramps Médical, 2004

**Tableau 4 : Rythme sinusoidal**

**Définition**

Ondulation du rythme de base avec une fréquence de 3 à 5 cycles par minutes, régulière et persistante pendant au moins 20mn

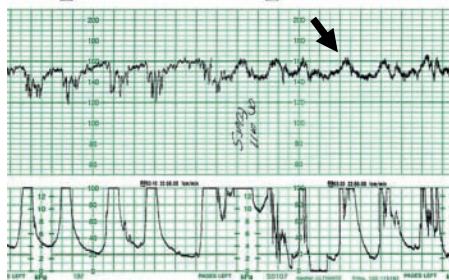
**Note physiopathologique :** Le vrai rythme sinusoidal est associé à un risque majeur d'acidose



**Tableau 5 : Accélération Transitoires**

**Définition :** Augmentation rapide et abrupte du rythme de base (moins de 30s entre le début et le sommet) ayant une amplitude  $\geq 15$  bpm (10 bpm avant 32sa) et une durée  $\geq 15$  s (10 s avant 32sa) et  $< 2$ mn. L'accélération est dite prolongée si elle est  $\geq 2$  mn. Au-delà de 10mn, c'est un changement du rythme de base.

**Note physiopathologique :** La présence d'accélération spontanées ou provoquées (TV: massage scalp 15 sec) est, comme la variabilité modérée, très en faveur de l'absence d'acidose fœtale au moment de l'enregistrement



**Tableau 6 : Ralentissements**

Les ralentissements sont une diminution du rythme de base ayant une amplitude (différence entre le rythme de base et le nadir)  $\geq 15$  bpm et une durée  $\geq 15$  sec et  $< 2$  mn avant le retour au rythme de base. Les ralentissements sont dits répétés s'ils accompagnent au moins 50% des contractions utérines sur un segment de 20mn.

- Rappel du contexte obstétrical,
- Analyse de l'évolution du travail (partogramme).
- **La mise en place de "mesures correctrices" adaptées**
  - Changement de la position maternelle avec mise systématique en décubitus latéral,
  - Correction d'une tachysystolie,
  - Remplissage vasculaire si nécessaire,
  - Oxygénothérapie éventuelle.
- **Une information de la patiente**
- **Une surveillance resserrée des anomalies du RCF en recherchant notamment :**
  - Des éléments rassurants : l'existence d'une variabilité modérée et/ou d'accélération spontanées ou provoquées par le TV sont très en faveur de l'absence d'acidose fœtale,
  - Des éléments d'aggravation des anomalies :
    - ↳ répétition,
    - ↳ accentuation (amplitude, profondeur, durée, atypies),
    - ↳ association.
- **La persistance d'un tracé à risque doit conduire soit à la terminaison de l'accouchement** (qui aura été anticipée suivant le contexte local) **soit à la réalisation d'un contrôle de l'équilibre acido-basique du fœtus (EABF) par prélèvement au scalp** qui dictera alors la CAT (tableau 12).

## En pratique on peut distinguer

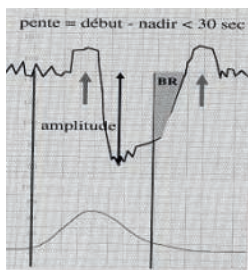
### 1. En cas de variabilité modérée

- **Des tracés pathologiques**
  - Bradycardie brutale sévère ( $< 90$  bpm)
  - Ralentissements variables, tardifs ou prolongés répétés avec absence d'AT.
- **Des tracés à risque**
  - Tachycardie sévère isolée ( $> 180$  bpm),
  - Bradycardie modérée isolée ( $< 100$  bpm et  $\geq 90$  bpm),
  - Ralentissements :
    - ↳ variables répétés et/ou sévères et/ou atypiques avec présence d'AT,
    - ↳ tardifs épisodiques,
    - ↳ prolongés avec durée  $> 3$  mn.
  - Variabilité marquée isolée ( $> 25$  bpm).
- **Des tracés à surveiller**
  - Tachycardie modérée ( $> 160$  et  $\leq 180$  bpm),
  - Bradycardie modérée ( $< 110$  et  $\geq 100$  bpm),
  - Ralentissements :
    - ↳ variables épisodiques, typiques et non sévères,
    - ↳ précoces,
    - ↳ prolongés épisodiques avec une durée  $\leq 3$  minutes.

**Tableau 7 : Ralentissements Variables**

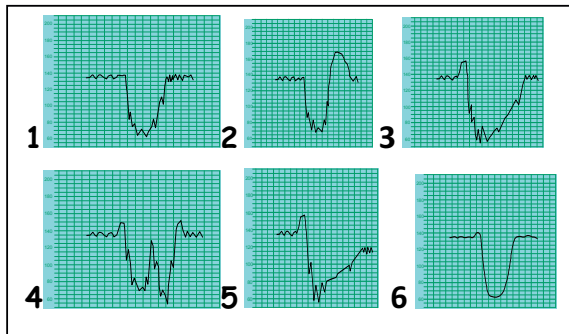
**Les ralentissements variables sont les plus fréquents et se caractérisent par une pente initiale rapide et abrupte ( $< 30s$  entre le début et le nadir) et, un aspect variable par rapport aux contractions utérines. On leur définit également :**

- **des critères d'atypies** : le ralentissement variable est dit :
  - **typique** s'il est précédé et suivi d'une accélération
  - **atypique** s'il présente un ou plusieurs des critères suivants
    1. perte de l'accélération initiale et/ou secondaire
    2. accélération secondaire prolongée
    3. retour lent au rythme de base
    4. aspect biphasique
    5. retour à un rythme de base inférieur
    6. variabilité absente
- **des critères de sévérité** ("règle des 3x60") : le ralentissement variable est dit **sévère** si
  - sa durée est  $> 60$  secondes
  - ET son nadir est  $\leq 60$  bpm ou son amplitude  $> 60$  bpm)



SEVERES si Durée > 60s ET (nadir  $\leq 60$  ou amplitude > 60

ATYPIQUES



JP Schaal, A Martin, Surveillance foetale : guide de l'enregistrement cardiotachographique et des autres moyens de surveillance du fœtus 2<sup>ème</sup> ed, Montpellier, Sauramps Médical, 2004

**Note physiopathologique** : Ce sont les ralentissements les plus fréquents. Ils sont dus à une compression du cordon ce qui explique l'effet parfois favorable des changements de position maternelle. L'acidose fœtale est à craindre s'ils sont répétés et/ou avec tendance à l'aggravation (atypies surtout 4 - 5 et 6 - profondeur et durée).

## 2. En cas de variabilité minimale

### • Des tracés pathologiques

- Variabilité minimale isolée plus de 60mn,
- Ralentissements répétés et/ou bradycardie,
- Séquence de Hon : Tachycardie progressive, variabilité minimale, perte des accélérations, puis ralentissements.

### • Des tracés à risque

- Variabilité minimale isolée durant plus de 40 mn

### • Des tracés à surveiller

- Variabilité minimale isolée durant moins de 40 mn

## 3. En cas de variabilité absente ( $< 2$ bpm) : isolée plus de 40 mn ou associée à une autre anomalie = Tracés pathologiques.

Dans tous les cas : les anomalies de tracé du RCF imposent les prélèvements au cordon ombilical pour l'étude de l'EABF (tableau 13).

## Conclusion

La lecture des tracés du RCF pendant le travail a bénéficié ces dernières années de la mise au point d'un langage sémiologique consensuel. La connaissance de celui-ci est indispensable aux équipes prenant en charge les accouche-

ments. On peut espérer, par une lecture plus rigoureuse, avoir des réactions encore plus adaptées avec d'un côté l'organisation efficace anticipée d'une terminaison rapide en cas de situation à risque confirmée et d'un autre la diminution d'interventions médicales injustifiées.

La décision finale revient toujours à l'obstétricien responsable qui doit intégrer la lecture du RCF à un contexte plus ou moins complexe faisant notamment intervenir les antécédents, l'histoire de la grossesse, l'analyse du partogramme et ses conditions locales d'exercice.

### Rappelons pour terminer quelques chiffres concernant ces événements :

- Les anomalies du RCF, leur interprétation et leur gestion médicale représentent 54 à 74% des plaintes en responsabilité (G.Boog, 2011),
- Les suspicions d'hypoxie foetale pendant les accouchements à terme représentent environ 10% des cas,
- L'acidose perinatale (APN) compliquent environ 0,5% des naissances à terme,
- L'encéphalopathie néonatale secondaire à une APN représente environ 1 naissance sur 1000,
- Enfin une paralysie cérébrale sera secondaire à une APN dans la proportion de 0,3 pour mille naissances.

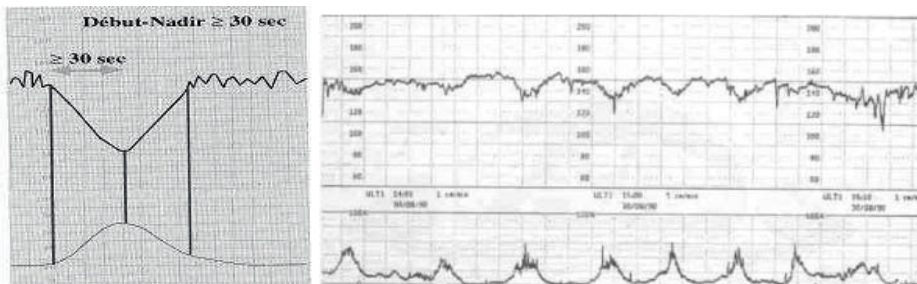
Tracés	Décision Terminaison	Mesures correctrices	Obstétricien	Anesthésiste	Pédiatre	Patiente
<b>Pathologiques</b>	terminaison rapide	oui	auprès de la patiente	auprès de la patiente	prévenu immédiatement disponible	informée au bloc opératoire
<b>A Risque</b>	décision si persiste	oui	auprès de la patiente	prévenu disponible	prévenu disponible	informée bloc opératoire prêt
<b>A surveiller</b>	décision fonction évolution	oui	prévenu disponible	RAS	RAS	informée et surveillée
<b>Autres Anomalies</b>	non	oui	prévenu	RAS	RAS	nouvelle évaluation

**Proposition de CAT suivant le type de tracé**

**Tableau 8 : Ralentissements Précoces**

*Les ralentissements précoces sont caractérisés par une pente initiale lente et progressive (≥ 30s entre le début et le nadir). Ils sont associés aux contractions utérines, en miroir. Ils débutent et finissent avec la contraction utérine.*

*Note physiopathologique : Isolés, ils sont considérés comme anodins par les classifications modernes*



*JP Schaal, A Martin, Surveillance foetale : guide de l'enregistrement cardiotachographique et des autres moyens de surveillance du foetus - 2<sup>ème</sup> ed, Montpellier, Sauramps Médical, 2004*

## Références

1. Modalités de surveillance foetale pendant le travail – RCP du CNGOF, 2007.
2. Intrapartum care : Care of healthy women and their babies during childbirth, NICE, clinical guideline 55, sept 2007.
3. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 106: intrapartum fetal heart rate monitoring: nomenclature, interpretation, and general management principles. Obstet Gynecol 2009;114, 192-202.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG practice bulletin no. 116 : management of intrapartum fetal heart rate tracings. Obstet Gynecol 2010;116:1232-40.
5. Macones. G, Management of intrapartum category I, II, and III fetal heart rate tracings – UpToDate mai 2012.
6. Miller DA, Electronic fetal heart rate monitoring : applying principles of patient safety, Am J Obstet Gynecol, 2012, vol. 206, no4, pp. 278-283.
7. Parer JT et col, Standardized management of intrapartum fetal heart rate patterns – Am J Obstet Gynecol, 2007, 197, 26.
8. Ayres-de-Campos D, Bernardes J - Twenty-five years after the FIGO guidelines for the use of fetal monitoring: Time for a simplified approach? Int J Gynaecol Obstet, 2010, 110, 1, 1-6.
9. JP Schaal, A Martin, Surveillance foetale : guide de l'enregistrement cardiotachographique et autres moyens de surveillance du foetus – 2<sup>ème</sup> ed, Montpellier, Sauramps Médical, 2004.

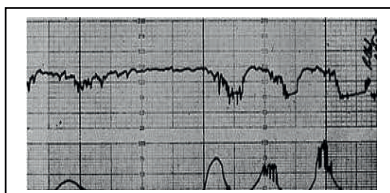
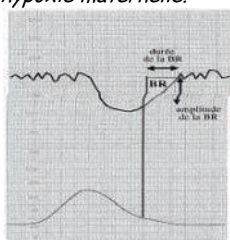


**Tableau 9 : Ralentissements Tardifs**

**Les ralentissements tardifs** sont caractérisés par une pente initiale lente et progressive ( $\geq 30s$  entre le début et le nadir). Ils sont associés aux contractions avec un décalage. Le début, le nadir et le retour surviennent après le début, le sommet et la fin de la CU, définissant ainsi une aire résiduelle. En cas d'association à un tracé aréactif (absence d'accélération) avec une variabilité minimale ( $\leq 5$  bpm), la définition des ralentissements tardifs inclut les amplitudes inférieures à 15 bpm.

**Note physiopathologique :**

Ils correspondent à une insuffisance utéro-placentaire secondaire aux CU ou bien à une hypotension ou une hypoxie maternelle.



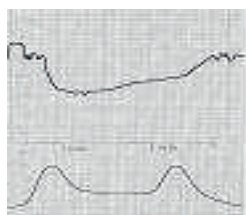
JP Schaal, A Martin, Surveillance foetale : guide de l'enregistrement cardiotaohographique et des autres moyens de surveillance du foetus - 2<sup>ème</sup> ed. Montpellier. Sauramps Médical. 2004

**Tableau 10 : Ralentissements Prolongés**

**Les ralentissements prolongés** sont caractérisés par une durée  $\geq 2$  mn et  $< 10$ mn avant le retour au rythme de base. Leur pente initiale est souvent abrupte (moins de 30 sec entre le rythme de base et le nadir) et leur aspect en général variable, par rapport à la contraction.

**Note physiopathologique :** Leur signification est comparable à la bradycardie.

JP Schaal, A Martin, Surveillance foetale : guide de l'enregistrement cardiotaohographique et des autres moyens de surveillance du foetus - 2<sup>ème</sup> ed, Montpellier, Sauramps Médical, 2004



SOURCE	CLASSIFICATION	CAT RECOMMANDÉE
<b>CNGOF</b> RCP : modalités de surveillance foetale pendant le travail (2007)	<b>NORMAUX</b> = RDB ( $\geq 110$ et $\leq 160$ bpm) + V ( $\geq 6$ et $\leq 25$ bpm) + AT (présence) + R (absence)	Surveillance de base
	<b>RISQUE FAIBLE D'ACIDOSE</b> = RDB ( $> 160$ et $\leq 180$ bpm) ou ( $< 110$ et $\geq 100$ bpm) plus de 10mn OU V ( $\leq 5$ bpm moins de 40mn) OU R (R prec ou R prol $\leq 3$ mn ou RV typiques non sévères)	Surveillance continue
	<b>RISQUE D'ACIDOSE</b> = RDB ( $> 180$ bpm) ou ( $< 100$ et $\geq 90$ bpm) plus de 10mn OU V ( $\leq 5$ bpm plus de 40mn ou $> 25$ bpm) OU R (RV atypiques et/ou sévères) ou (RT non répétés) ou (Rprol $> 3$ mn)	Mesures correctrices et technique de 2 <sup>ème</sup> ligne si anomalies persistent
	<b>RISQUE IMPORTANT D'ACIDOSE</b> = V ( $\leq 5$ bpm inexploquée plus de 60mn) OU Associations R répétés (RV ou RT ou RPro) + (V $\leq 5$ bpm ou AT absentes) OU rythme sinusoidal de plus de 10mn	Technique de 2 <sup>ème</sup> ligne ne doit pas retarder la terminaison rapide
	<b>RISQUE MAJEUR D'ACIDOSE</b> = RDB (subitement $< 90$ bpm plus de 10mn) OU Associations V absente (non visible $< 2$ bpm) + R répétés (RV, RT ou RPro) OU Séquence de Hon = V ( $\leq 5$ et $> 2$ bpm) + RDB (progressivement $> 160$ bpm) + (perte AT) puis R	Terminaison rapide
<b>NICE</b> NICE clinical guideline 55 Intrapartum care (2007)	<b>NORMAUX</b> = RDB ( $\geq 110$ et $\leq 160$ bpm) + V ( $\geq 5$ ) + AT (présence) + R (absence)	Surveillance de base
	<b>SUSPECTS</b> = RDB ( $< 110$ et $\geq 100$ bpm) ou ( $> 160$ et $\leq 180$ bpm) plus de 10mn OU V ( $< 5$ bpm plus de 40mn et moins de 90 mn) OU R (RV typiques répétés plus de 90mn ou Prol $\geq 3$ mn)	Surveillance continue + mesures correctrices
	<b>PATHOLOGIQUES</b> = 2 anomalies suspectes OU RDB ( $< 100$ ou $> 180$ bpm) plus de 10 mn OU V ( $< 5$ bpm pendant plus de 90mn) OU R (RV atypiques répétés plus de 30mn ou RT plus de 30mn ou R prol $> 3$ mn) OU Rythme sinusoidal plus de 10mn	pH au scalp et CAT en fonction
<b>ACOG</b> Practice bulletin 106, Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles (2009)	<b>CATEGORIE I (normaux)</b> = RDB ( $\geq 110$ et $\leq 160$ bpm) + V ( $\geq 6$ et $\leq 25$ bpm) + AT (présence ou absence) + R (RPréc absents ou présents, RV absents, RT absents, R Prol absents)	Surveillance de base
	<b>CATEGORIE II (indéterminés)</b> = ni normaux, ni anormaux La présence d'accélération (spontanées ou provoquées) et/ou d'une variabilité modérée, est hautement prédictive d'un état acido-basique foetal normal	Surveillance continue + évaluation + mesures correctrices + décision de terminaison en fonction
	<b>CATEGORIE III (anormaux)</b> = Associations V absente (non visible $< 2$ bpm) + (RDB $< 110$ bpm pendant plus de 10mn ou R V répétés ou R T répétés) OU rythme sinusoidal plus de 10mn	Mesures correctrices et préparation à terminaison rapide

**Tableau 11 : synthèse des Recommandations**

RDB=rythme de base – V=variabilité – AT=accélération transitoire – R=ralentissements – R prec= R Précoces – R prol=R prolongé – RV=R variables – RT=R tardifs

Tableau 12 : Exploration EAB du fœtus pendant le travail

**PRINCIPES :** Les prélèvements faits sur le scalp du fœtus pendant le travail, permettent des dosages fiables par micro-méthode. Outre l'aspect technique nécessitant un apprentissage et un entretien régulier du matériel, ils sont contre-indiqués en cas de

- prématurité < 34sa
- coagulopathie
- infection maternelle (portage strepto B exclu)
- présentation rendant le scalp fœtal inaccessible

D'après les recommandations du CNGOF de 2007 ce type de prélèvement est surtout utile en cas de tracés du RCF "à risque d'acidose", quand les anomalies persistent malgré les mesures correctrices. Il peut être réalisé en cas de tracés "à risque important d'acidose" à condition de ne pas retarder la terminaison rapide de l'accouchement qui est de toute façon indiquée

**RESULTATS ET INTERPRETATION :** La mesure du pH fœtal reste la mesure de référence avec les seuils suivants :

- pH > 7,25 : normal
- pH entre 7,21 et 7,25 : pré acidose
- pH ≤ 7,20 : acidose

Du fait d'une plus grande simplicité de mise en œuvre, certaines équipes ont recours au dosage des lactates avec les seuils suivants

- Lactates < 4,2 mmol/l : normal
- Lactates entre 4,2 et 4,8 : pré acidose
- Lactates > 4,8 : acidose

En cas d'acidose l'accouchement doit être rapidement terminé. En cas de pré acidose et de persistance des anomalies, sans aggravation, un nouveau prélèvement doit être effectué 30 mn plus tard. En cas de pH normal et de persistance des anomalies, sans aggravation, un nouveau prélèvement doit être effectué 60 mn plus tard.

**REFERENCES :**

1. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail - RCP du CNGOF, 2007
2. B Carbone, A Nguyen - Surveillance foetale par mesure du pH et des lactates au scalp au cours du travail, J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2008, 37, 1, S65-571
3. E Wiberg-Itzel, C Lipponer, M Norman, A Herbst, D Prebensen, A Hansson, AL Bryngelsson, M Christoffersson, M Sennstrom, UB Wennerholm, L Nordstrom - Determination of pH or lactate in fetal scalp blood in management of intrapartum fetal distress: randomised controlled multicentre trial. BMJ. 2008. 7. 336. 1284-1287.

Tableau 13 : Exploration EAB du fœtus à la naissance (cordon ombilical)

**INTÉRÊT :** L'analyse de l'EAB à partir des prélèvements du cordon ombilical est actuellement considérée comme l'examen de référence pour le diagnostic de l'acidose perinatale. Celui-ci repose sur le prélèvement du sang de l'artère ombilicale avec l'association de 2 critères : un pH < 7 unités et un déficit de bases (DB) ≥ 12 mmol/l

**TECHNIQUE :** Isolement d'un morceau de cordon de 15cm environ entre 2 clamps, immédiatement après la naissance (un clampage tardif peut faussement diminuer le pH). Ponction à l'aiguille avec seringue héparinée et prélèvement de 1 à 2ml d'abord de l'artère ombilicale (AO) puis de la veine ombilicale (VO), en évitant de mettre de l'air (ce qui peut faussement augmenter le pH). Conservation dans de la glace et analyse de la gazométrie (pH, PO2, PCO2, à partir desquels sont calculés automatiquement, un taux d'Hb et un DB) la plus rapide possible en sachant qu'elle peut toutefois se faire dans les 60mn avec encore une fiabilité reconnue. Horaires et noms des intervenants tracés et résultats validés par un biologiste.

**INTERPRETATION :** Les AO amènent le sang du fœtus au placenta et les prélèvements faits sont donc le reflet du fœtus. La VO amène le sang oxygéné du placenta vers le fœtus et les prélèvements faits sont donc le reflet du compartiment materno-placentaire. Physiologiquement le pH est plus bas et la PCO2 plus élevée dans l'AO que dans la VO. Un critère important de fiabilité du prélèvement est l'existence de ces gradients artério-veineux attestant qu'un des prélèvements a bien été fait dans l'artère. Ces gradients doivent être au moins de 0,02 unités pour le pH, 0,5 kPa ou encore 3,75 mm Hg (1kPa=7,5mmHg) pour la PCO2 - Les valeurs moyennes sont :

	pH	DB	PCO2(kPa)	PCO2(mmHg)	Lactates
Art Omb	7,25 ±0,08	4,62 ±3,21	7,1 ±1,4	53 ±11	4,44 ±2,00
Veine Omb	7,33 ±0,07	4,50 ±2,93	-	-	3,97 ±1,80

D'après A Martin - CHR Besançon - 5269 nouveau-nés "single" à terme (s 37sa)

Une acidose peut avoir deux origines éventuellement associées : respiratoire et métabolique. Il est reconnu que la composante la plus à risque pour le fœtus et le nouveau-né est l'acidose métabolique. Outre le taux de cette acidose métabolique, d'autres éléments de la gazométrie sont importants pour apprécier le pronostic et le mécanisme. Faire la part entre acidose respiratoire et métabolique est donc fondamental. Une acidose métabolique se caractérise par un DB important et une PCO2 peu modifiée. En cas de PCO2 élevée, au-delà des valeurs physiologiques, on peut utiliser la formule d'Eisenberg qui abaisse le pH de 0,08 unités par tranche de 10 mmHg de PCO2 au-dessus de la normale. Le mécanisme de l'acidose peut être appréhendé par l'importance du différentiel de pH entre artère et veine :

- un différentiel important (> 0,05 unités) est en faveur d'un accident aigu, récent
- un différentiel faible est en faveur d'une installation plus ancienne de l'acidose

Enfin, en termes de pronostic on souligne l'importance

- de la valeur du DB, pathologique à partir de 12 mmol/l, il aggrave nettement le pronostic au-delà de 16 mmol/l
- de la dynamique du pH artériel, une correction dans les 2 premières heures étant un facteur de meilleur pronostic

L'élément essentiel du pronostic reste l'existence, la précocité et l'importance d'une encéphalopathie néonatale clinique.

**INDICATION :** Il est conseillé de faire un prélèvement artériel et veineux pour gazométrie complète sur tous les nouveau-nés. Leur normalité objective l'absence d'acidose métabolique et sera un argument excluant un accident perinatal en cas d'anomalie neurologique d'apparition plus tardive.

Ces prélèvements deviennent indispensables dans les circonstances suivantes :

- Extraction pour signes d'anoxie foetale
- Score d'Appgar à 5 min < 7
- Suspicion de RCIU
- Anomalies du monitoring du RCF et/ou liquide méconial
- Maladie maternelle thyroïdienne
- Fièvre pendant le travail > 38° C
- Naissances multiples (en différenciant bien les prélèvements)

**REFERENCES :**

1. Modalités de surveillance fœtale pendant le travail - RCP du CNGOF, 2007
2. Umbilical cord blood gas and acid base analysis. ACOG Committee Opinion n°348: American College of Obstetricians and Gynecologists - Obstet Gynecol 2006, 108, 1319-1322 (reaffirmed 2010)
3. Recommandations pour les prélèvements sanguins fœtaux pendant le travail et au cordon à la naissance - Réseau « Sécurité Naissance - Naître ensemble » des Pays de la Loire, Rédaction : B. BRANGER - le 20 décembre 2008

# Recommandations pour la pratique clinique

## Les infections génitales hautes

**e**n partenariat avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français nous publierons régulièrement dans cette revue des recommandations issues des conférences de consensus et de la réflexion d'experts à qualités.

Nous remercions le CNGOF d'avoir bien voulu accepter la publication de ces recommandations que vous pouvez retrouver sur leur site internet : <http://www.cngof.asso.fr>

F. X. BOYER de LATOUR

teur privé, Lyon), P. FAUCHER (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), H. FERNANDEZ (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), O. JOURDAIN (gynécologue obstétricien secteur privé, Bordeaux), M. KOSKAS (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), B. LANGER (gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), J. LEVÊQUE (gynécologue obstétricien, CHU, Rennes), J.P. LUCOT (gynécologue obstétricien, CHU, Lille), H. MARRET (gynécologue obstétricien, CHU, Tours), T. MAY (infectiologue, CHU, Nancy), M. NISOLLE (gynécologue obstétricien, CHU, Liège, Belgique), P. PANEL (gynécologue obstétricien, CH, Versailles), J. RAIGA (gynécologue obstétricien, CH, Monaco), R.C. RUDIGOZ (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), J.L. SCHMIT (infectiologue, CHU, Amiens), A. TORRE (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy).

### Le groupe de travail

#### Promoteur :

CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) 91 bd de Sébastopol - 75002 Paris

#### Comité d'organisation :

P. JUDLIN, président (gynécologue obstétricien, CHU, Nancy), O. GRAESSLIN, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Reims), A. FAUCONNIER, méthodologiste (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy), J.P. PELAGE (radiologue, CHU, Caen), R. VERDON (infectiologue, CHU, Caen), J.L. BRUN (gynécologue obstétricien, CHU, Bordeaux), M. SCHEFFLER (gynécologue médicale secteur privé, Nancy).

#### Experts du groupe de travail :

A. AGOSTINI (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), A. BOURRET (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), E. DERNIAUX (gynécologue obstétricien, CHU, Reims), O. GARBIN (gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), C. HUCHON (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy), C. LAMY (gynécologue obstétricien, CHU, Nancy), R. QUENTIN (bactériologie, CHU, Tours).

#### Lecteurs

S. ALOUINI (gynécologue obstétricien, CHR, Orléans), K. ARDAENS (gynécologue médicale secteur privé, Seclin), C. BÉBÉAR (microbiologiste, CHU, Bordeaux), A. BERREBI (gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse), J. CREQUAT (échographiste secteur privé, Paris), B. DE BARBEYRAC (microbiologiste, CHU, Bordeaux), J. DERRIEN (gynécologue obstétricien sec-

## 1 - Diagnostic d'une infection génitale haute (IGH) Quels critères cliniques, paracliniques ? Place de l'imagerie et de la coelioscopie

### Définition d'une IGH

Les IGH regroupent les différentes formes des infections utéro-annexielles compliquées ou non : endométrites, salpingites, abcès tubo-ovariens, pelvipéritonite d'origine génitale. Les endocervicites isolées sont exclues du champ des recommandations.

1. Les critères suivants doivent être utilisés pour faire le diagnostic d'IGH. La présence des critères majeurs (en l'absence d'autre diagnostic) est suffisante pour la mise en route du traitement (grade C) (Tableau 1).
2. Il faut réaliser une NFS avec dosage de la CRP (grade B) mais l'absence d'anomalies n'infirme pas/n'exclut pas le diagnostic d'IGH non compliquée.
3. Il faut systématiquement réaliser une échographie pelvienne car elle permet d'évoquer le diagnostic (signes spécifiques), d'éliminer une forme compliquée d'IGH (abcès tubo-ovarien) ou une autre pathologie (grade B).

Critères majeurs proposés (l'absence des critères tend à éliminer le diagnostic d'IGH)
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Douleur pelvienne spontanée (en l'absence d'autres pathologies)</li> <li>- ET :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• douleur annexielle provoquée</li> <li>• et/ou douleur à la mobilisation utérine</li> </ul> </li> </ul>
Critères additifs (chaque critère présent augmente d'autant la probabilité d'une IGH)
<p><b>Interrogatoire :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Antécédent d'IST</li> <li>- Contexte de post-partum, post-abortum, manœuvre endo-utérine récente</li> <li>- Métrorragies</li> <li>- Syndrome rectal (ténésme, épreinte)</li> </ul> <p><b>Examen clinique :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- T &gt; 38°C</li> <li>- Leucorrhées purulentes</li> </ul> <p><b>Examens complémentaires :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Élévation de la CRP</li> <li>- Présence de <i>Chlamydia trachomatis</i>, gonocoque ou <i>Mycoplasma genitalium</i> à l'examen bactériologique</li> <li>- Histologie :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• endométrite à la biopsie endométriale</li> <li>• salpingite à la biopsie fimbriale</li> </ul> </li> <li>- Présence de signes échographiques spécifiques:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• épaissement pariétal tubaire &gt; 5 mm</li> <li>• OU signe de la roue dentée (franges tubaires épaissies donnant un aspect de septa incomplets)</li> <li>• OU masse hétérogène latéro-utérine +/- cloisonnée avec de fins échos</li> </ul> </li> </ul> <p>Absence d'autres pathologies (GEU, appendicite, endométriose, kyste ovarien compliqué (torsion, rupture), infection urinaire, pathologie fonctionnelle...)</p>

Tableau 1 - Critères majeurs et additifs pour le diagnostic d'IGH

4. En cas de doute diagnostique, et dans les formes mineures, la biopsie d'endomètre doit être réalisée car cet examen histologique a de bonnes sensibilité et spécificité pour le diagnostic d'IGH (grade B). Les critères pertinents sont : infiltration de polynucléaires neutrophiles avec au moins 5 polynucléaires neutrophiles par champ x 400 d'épithélium endométrial superficiel et au minimum une cellule plasmocytaire par champ x 120 de tissu endométrial.
  5. En cas de doute diagnostique clinique et écho graphique, il faut réaliser un scanner (TDM) abdominopelvien car il permet de préciser les anomalies et de faire certains diagnostics différentiels (grade C). I1IRM peut être discutée en seconde intention (grade C).
  6. En cas d'IGH non compliquée, la coelioscopie diagnostique n'est pas recommandée en première intention (grade B) mais elle constitue l'examen de référence en cas de doute diagnostique persistant après l'imagerie (grade B).
- Des critères doivent être utilisés pour documenter le diagnostic coelioscopique (grade C) ; ces critères sont les suivants : œdème tubaire, érythème tubaire, et exsudat fimbrial au niveau du pavillon (NP2). La réalisation concomitante de prélèvement histologique, endométrial ou par

biopsie fimbriale est recommandée en cas de coelioscopie macroscopiquement normale lorsqu'il existe une suspicion clinique d'IGH (grade C).

## 2 - Diagnostic d'une IGH : Microbiologie

7. En cas de suspicion d'IGH, il faut faire:
  - un prélèvement vaginal avec examen direct pour la recherche de leucocytes altérés (comptage) et d'autres anomalies (trichomonase, vaginose) et pour la réalisation de tests moléculaires (TAAN (tests d'amplification des acides nucléiques), recherche de *Chlamydiae trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* et *Mycoplasma genitalium*) (grade B) ;
  - un prélèvement d'endocol, après désinfection de l'exocol, avec analyse bactériologique (germes aérobies et anaérobies, y compris capnophiles) (grade A).
8. Si une coelioscopie ou une laparotomie est effectuée, des prélèvements tubopéritonéaux doivent être réalisés (grade B). Ces prélèvements ne justifient pas à eux seuls le recours à ces actes chirurgicaux car leurs performances ne sont pas supérieures à celles des prélèvements vaginaux et endo-cervicaux (NP 2).
9. La sérologie *Chlamydia trachomatis* n'a pas d'intérêt pour le diagnostic d'une IGH en phase aiguë (grade B) ni pour la surveillance de l'évolution de la maladie (NP2). En cas d'IGH liée à une IST (infection sexuellement transmissible), un bilan sérologique complémentaire à la recherche d'autres IST doit être réalisé (grade C).

## 3 - Prise en charge des infections génitales hautes non compliquées

Aucune donnée de la littérature ne permet de différencier la prise en charge thérapeutique des endométrites et des salpingites non compliquées.

10. En cas de suspicion d'IGH, une antibiothérapie probabiliste doit être mise en place précocement sans attendre les résultats bactériologiques de façon à préserver au mieux la fertilité (grade B).
11. En cas d'IGH non compliquée, le traitement en hospitalisation et/ou par voie intraveineuse n'offre aucun avantage par rapport au traitement en externe (NPI) et ne modifie pas le pronostic ultérieur de ces patientes (NP2). Dans ce cadre, l'utilisation de la voie orale (et/ou IM) en externe, lorsqu'elle est possible, est recommandée (grade B).
12. Évaluée contre un traitement de référence et répondant aux contraintes bactériologiques actuelles, l'association ofloxacin 400 mg x 2/j + métronidazole 500 mg x 2/j pendant 14 jours doit être proposée en première intention, en l'absence de contre-indications (grade B). La

	Antibiotiques	Posologies et voie d'administration	Durées	Remarques
Traitement proposé en première intention	Ofloxacin	400 mg x 2/jour per os	14 jours	
	+ Métronidazole +/- Ceftriaxone	500 mg x 2/jour per os (500 mg, 1 injection IM unique)	14 jours	
Alternatives possibles	Ceftriaxone	500 mg IM	dose unique	
	+ Azithromycine	1 g par semaine	14 jours	Hors AMM Protocole à l'efficacité limitée sur les anaérobies
	Moxifloxacin	400 mg/jour	14 jours	Coût plus élevé que l'ofloxacin Précautions si troubles hépatiques connus
	Ceftriaxone	500 mg, 1 injection IM	dose unique	
	+ Métronidazole	500 mg x 2/jour per os	14 jours	
	+ Doxycycline	100 mg x 2/jour per os	14 jours	

Tableau 2 - Protocoles d'antibiothérapie des IGH non compliquées

recherche de gonocoque doit être systématique (grade B). Une injection IM complémentaire de ceftriaxone 500 mg doit être associée secondairement en cas de découverte de gonocoque, ou d'emblée en fonction du contexte (haute prévalence, facteurs de risque, suivi aléatoire...) (grade A).

13. Aucun des protocoles étudiés n'étant supérieur à un autre en termes d'efficacité ou de tolérance, les alternatives suivantes (Tableau 2) sont possibles (notamment en cas d'allergie) (grade B).
14. Les patientes doivent être revues dans un délai bref (3 à 5 jours) afin de s'assurer de l'observance, de l'efficacité clinique et micro-biologique, ainsi que de la bonne tolérance du traitement (grade C).
15. Les mêmes protocoles de traitement sont à utiliser chez les patientes infectées par le VIH (grade B).
16. En cas d'IGH survenant sur DIU, il est recommandé de retirer le DIU et de l'analyser en bactériologie (grade B).
17. En cas d'IGH liée à une IST, il faut recommander un dépistage des autres IST chez le partenaire et lui proposer systématiquement un traitement en fonction du germe en cause (azithromycine pour *C. trachomatis*, ceftriaxone pour *N. gonorrhoeae*) (grade B).

#### 4 - Prise en charge des abcès tubo-ovariens

18. Les IGH compliquées avec abcès tubo-ovariens (ATO) ne relèvent pas d'une antibiothérapie seule et doivent être drainés (grade B) par radiologie interventionnelle (grade B) ou par coelioscopie (grade C). En cas de collec-

tion > 3 cm, un drainage doit être réalisé (grade B) car le taux d'échec est supérieur en l'absence de drainage (NP2) et car il existe des risques de complications graves (NP2).

19. La ponction par voie transvaginale est à préférer au drainage chirurgical (grade C) car elle a une très bonne faisabilité, peut se faire d'emblée (grade B) sous simple sédation et être éventuellement répétée (grade C). Si la ponction est effectuée sous scanner, la voie infrapyri-forme doit être privilégiée car elle est moins hémorragique que la voie transpyri-forme (grade C). Il n'est pas nécessaire de laisser un drain en place (accord professionnel).
20. Si une chirurgie est réalisée, elle doit l'être de préférence par coelio-scopie (grade C), et le drainage est préférable à l'exérèse sauf cas particuliers (grade C). La coelioscopie permet en outre d'apprécier l'état tubaire.
21. La prise en charge chirurgicale des ATO est indiquée en première intention dans les formes graves (rupture, péritonite généralisée, choc septique) (accord professionnel).
22. Dans la littérature, les protocoles d'antibiothérapie évalués dans les abcès tubo-ovariens sont les suivants :
  - Ampicilline et gentamycine et clindamycine ou métronidazole,
  - Ampicilline et lévofloxacin et métronidazole,
  - Ampicilline et gentamycine,
  - Clindamycine et gentamycine,
  - Gentamycine et métronidazole,
  - Céfoxitine ou céfotetan et doxycycline,
  - Ciprofloxacine et métronidazole.

	Molécule***	Posologie et voie	Durée
Première intention	Ceftriaxone + Métronidazole**** + Doxycycline****	1 à 2 g x 1/j IV 500 mg x 3/j IV 100 mg x 2/j IV	14-21 j
Alternatives**	Ofloxacin**** + Métronidazole	400 mg x 2/j IV 500 mg x 3/j IV	14-21 j
	Céfoxitine + Doxycycline	1 à 2 g x 3/j IV 100 mg x 2/j IV	14-21 j

\* En cas de choc septique, sepsis grave, immunodépression, la gentamicine peut être ajoutée 3 à 8 mg/kg/j en 1 injection IV, sans dépasser 5 jours.

\*\* Ces schémas ne couvrent pas toutes les situations bactériologiques (résistance de certains gonocoques aux fluoroquinolones ; résistance de certaines entérobactéries...).

\*\*\* Une réévaluation de l'antibiothérapie est indispensable à 72 h en fonction de la clinique et des résultats des examens microbiologiques. En cas de désescalade dans le spectre antibiotique, il est conseillé de conserver pendant tout le traitement une action anti-anaérobie et contre *C. trachomatis*.

\*\*\*\* L'ofloxacin, le métronidazole et la doxycycline ayant une bonne biodisponibilité orale, il est possible de les administrer per os dès que l'apyrexie et l'amélioration clinique sont obtenues et en l'absence de troubles digestifs.

Tableau 3 - Propositions d'antibiothérapie pour le traitement des abcès tubo-ovariens \*

Cependant, ces protocoles ne semblent pas adaptés aux situations rencontrées. L'antibiothérapie des ATO doit en effet couvrir l'origine polymicrobienne fréquente de ces infections (entérobactéries, streptocoques, anaérobies, et bactéries responsables des IST) (NP2). Ainsi, en tenant compte du caractère polymicrobien, des résistances des entérobactéries dans la communauté, de la nécessité de couvrir les anaérobies et les agents responsables des IST, il apparaît licite de recommander les antibiothérapies suivantes (accord professionnel) (Tableau 3) :

## 5 - Prise en charge des infections du post-partum

23. Le diagnostic clinique d'endométrite aiguë du post-partum est facile quand s'associent des douleurs pelviennes, une hyperthermie et des lochies fétides. En cas de doute sur une vacuité utérine ou de non-réponse au traitement bien conduit par antibiothérapie, une échographie doit être pratiquée (grade B).
24. En tenant compte des données disponibles dans la littérature concernant le traitement de 1<sup>ère</sup> intention de l'endométrite du post-partum qui sont anciennes, et n'ont été évalués que l'antibiothérapie par voie IV, on peut recommander :
- En l'absence d'allaitement maternel: une association clindamycine (900 mg 3 x/jour) et gentamycine (1,5 mg/kg 3 x/jour) par voie intraveineuse (grade A) ;
  - En cas d'allaitement maternel et compte tenu du risque potentiel chez l'enfant, d'autres molécules doivent être proposées : céphalosporine de 3<sup>e</sup> génération

(ceftriaxone, 1 g/jour par voie IM ou IV associé ou non à du métronidazole 2 x 500 mg/j) ou une pénicilline combinée à un inhibiteur des  $\beta$ -lactamases (amoxicilline-acide clavulanique, 3 à 4 g/jour) (grade C).

La prescription de l'antibiotique de première intention ne doit pas être retardée par l'attente des résultats de l'analyse microbiologique. La durée optimale de traitement en cas d'endométrite ne peut pas être déterminée par la littérature (5 à 10 jours) d'autant que l'intérêt d'un relais par voie orale n'a pas été démontré.

25. Une tomodensitométrie ou une IRM avec injection de produit de contraste devront être réalisées devant une fièvre persistante ( $\geq$  5 jours) malgré une bi-antibiothérapie appropriée prescrite dans le cadre d'une infection du post-partum, à la recherche d'une thrombophlébite pelvienne ou d'un abcès profond (grade B).
26. En cas de thrombophlébite pelvienne associée à une endométrite du post-partum, le traitement doit associer une antibiothérapie adaptée à une héparinothérapie à dose hypocoagulante pendant la durée de l'antibiothérapie sur une durée minimale de 7 à 14 jours (grade C). La poursuite du traitement et le recours à un relais par AVK devront être évalués en fonction de la localisation du thrombus et de son extension (veine cave inférieure, embolie pulmonaire) et éventuellement de sa persistance.
27. Une antibioprophylaxie faisant appel aux céphalosporines de 1<sup>ère</sup> et 2<sup>ème</sup> générations est indiquée en cas de césarienne au moment de l'incision cutanée qu'elle soit réalisée en urgence ou de manière programmée (grade A).

## 6 - Antibio prophylaxie (ATBP) et prévention des IGH

28. Lors de la réalisation d'une hystérosalpingographie, une antibio prophylaxie est recommandée en cas de notion de dilatation tubaire (grade C) ou chez les patientes ayant des antécédents d'infection génitale haute (accord professionnel).
29. L'antibio prophylaxie n'est pas recommandée après hystérocopie diagnostique ou opératoire car le risque d'IGH est faible et qu'il n'existe aucune preuve de l'efficacité de celle-ci (accord professionnel).
30. Il n'y a pas lieu de proposer une antibio prophylaxie lors de la pose d'un DIU afin de diminuer le risque d'IGH ou de diminuer le risque de retrait (grade A).
31. La réalisation d'une délivrance artificielle et/ou d'une révision utérine augmente le risque d'infection pelvienne mais il n'existe aucun argument pour recommander une antibio prophylaxie lors de ces gestes qui doivent être effectués dans des conditions d'asepsie chirurgicale (grade A).
32. Il n'y a pas d'indication actuelle d'antibio prophylaxie pour les IVG médicamenteuses (grade B).
33. L'antibio prophylaxie à base de doxycycline ou de métronidazole réduit le risque d'infection pelvienne après IVG chirurgicale (NP1). L'ATBP systématique doit être préférée à une ATBP ciblée (NPI). Il n'existe pas de différence d'efficacité entre ces deux antibiotiques. Il n'existe pas d'argument pour associer plusieurs antibiotiques. Une ATBP doit être réalisée systématiquement avant l'IVG chirurgicale (grade A). Cette ATBP doit utiliser la doxycycline ou le métronidazole selon les protocoles retenus (grade A). Chez la femme de moins de 25 ans, étant donné la prévalence élevée de *Chlamydiae trachomatis* (CT) dans ce groupe de femmes et l'absence de politique de dépistage du CT, la doxycycline doit être privilégiée (grade C).

### Les posologies recommandées sont les suivantes :

- Patientes de moins de 25 ans ou autre groupe à risque de MST : doxycycline 100 mg per os 1 heure avant l'IVG suivie de 200 mg juste après la procédure (grade A). L'azithromycine per os 1 g constitue une alternative intéressante et notamment en cas d'intolérance à la doxycycline (accord professionnel) ;
- Patientes de plus de 25 ans : métronidazole 500 mg per os au moment de l'IVG puis 500 mg per os 4 et 8 h après (grade A).

## 7 Conseils après IGH

34. A l'instauration du traitement, la patiente doit bénéficier d'une information complète sur la prévention des IST et sur la nécessité d'un suivi pour diminuer le risque de récurrence (grade B).
35. Il n'y a pas lieu de répéter les examens bactériologiques à distance de l'IGH sauf en cas d'infection initiale par *Chlamydiae trachomatis* ou *Neisseria gonorrhoeae* (dépistage des recontaminations à 3-6 mois) (grade B).
36. La réalisation d'une échographie 3 mois après l'épisode infectieux initial peut dépister les séquelles d'IGH à type d'hydrosalpinx ou de faux kyste péritonéal (NP2). Cependant sa réalisation n'est pas recommandée en l'absence de symptômes dûment avérés (douleurs, infertilité) (accord professionnel).
37. Il n'est pas indiqué de réaliser de façon systématique une hystérosalpingographie à distance d'une IGH en dehors éventuellement de l'exploration d'une infertilité (grade C).
38. Il n'y a pas de données dans la littérature permettant de recommander la réalisation systématique d'une hystérocopie après IGH (grade C).
39. La coelioscopie de contrôle ne doit être envisagée qu'en cas d'infertilité ou de douleurs pelviennes chroniques, plus particulièrement si l'IGH était sévère (grade C).
40. L'utilisation des préservatifs dans les suites d'une IGH liée à une IST doit être recommandée car elle réduit le risque de séquelles futures par une diminution des épisodes récurrents (grade B).
41. La contraception orale diminue les risques d'IGH et doit donc être proposée en l'absence de contre-indications, parallèlement aux mesures préventives concernant les IST (utilisation du préservatif) (grade C).
42. Avant la pose de DIU, la recherche d'une IST est préconisée en présence de facteurs de risque (jeune âge, comportement sexuel à risque, antécédent d'IST) (grade C). La présence d'un DIU n'est pas associée à un sur-risque d'IGH en l'absence de facteurs de risque (NP2).
43. L'utilisation des DIU peut s'envisager chez les patientes aux antécédents d'IGH et en particulier si elles ont déjà mené une grossesse après l'épisode infectieux, en l'absence d'hydrosalpinx et de facteurs de risque d'IST (grade C).
44. Une échographie pelvienne précoce est recommandée en cas de grossesse survenant chez des patientes aux antécédents d'IGH afin de s'assurer de sa localisation intra-utérine (grade B).

**Niveaux de preuve et grades des recommandations  
selon la HAS cités par certains auteurs**

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques) Grade des recommandations

<p><b>Niveau 1 (NP1)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Essais comparatifs randomisés de forte puissance</li> <li>• Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés</li> <li>• Analyse de décision basée sur des études bien menées</li> </ul>	<p>Preuve scientifique établie</p> <p><b>A</b></p>
<p><b>Niveau 2 (NP2)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Essais comparatifs randomisés de faible puissance</li> <li>• Etudes comparatives non randomisées bien menées</li> <li>• Etudes de cohorte</li> </ul>	<p>Présomption scientifique</p> <p><b>B</b></p>
<p><b>Niveau 3 (NP3)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etude cas-témoins</li> </ul>	<p>Faible niveau de preuve</p> <p><b>C</b></p>
<p><b>Niveau 4 (NP4)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etudes comparatives comportant des biais importants</li> <li>• Etudes rétrospectives</li> <li>• Séries de cas</li> </ul>	



**Partenaire du SYNGOF**

Grâce au CESU Domiserve,

**Financez vos services à la personne via votre activité professionnelle...**

**... Et bénéficiez de plusieurs avantages fiscaux !**

**Qu'est ce que le CESU Domiserve ?**

Accessible à tous les professionnels libéraux, avec ou sans salarié, le CESU est un titre de paiement vous permettant de régler plus de 20 Services à la Personne dans un cadre privé.

Les plus utilisés : la garde d'enfant (crèche, halte garderie, assistante maternelle...), l'entretien ménager, les cours à domicile, le bricolage, le jardinage...

**Quels sont vos avantages fiscaux ?**

Financé par votre activité professionnelle, votre achat de CESU Domiserve est amorti par les avantages fiscaux mis en place par les pouvoirs publics.

- ➔ Jusqu'à 1830 € de CESU Domiserve déduit de votre bénéfice imposable chaque année
- ➔ Un crédit d'impôt de 25% de la valeur des CESU financés

**Pour des informations détaillées ou commander vos CESU Domiserve :**

<http://www.domiserve.com/syngof>

Tél. 0810555555



# Analyse

## du risque médical

M-A ROZAN\*

Responsabilité civile

**Même en cas de difficultés psychologiques, si la grossesse ne met pas la santé de la femme en danger, l'interruption médicale de grossesse n'est pas autorisée**

Une femme, suivie à la maternité régionale Adolphe Pinard de Nancy (Meurthe-et-Moselle), bénéficie d'une échographie à 22 semaines d'aménorrhée. L'examen révèle que le fœtus présente une agénésie transversale du membre supérieur gauche. Informés de ce handicap, les parents demandent aux médecins d'interrompre la grossesse. L'équipe médicale refuse.

Le 2 mars 2009, la femme donne naissance à une petite fille handicapée, conformément à ce que laissent prévoir les examens.

Les parents de l'enfant engagent la responsabilité de la maternité régionale Adolphe Pinard afin d'obtenir l'indemnisation du préjudice lié au refus des médecins d'interrompre la grossesse suite à la détection du handicap de l'enfant. Le 15 février 2011, le Tribunal administratif de Nancy rejette leur requête. **Les parents font appel. Ils considèrent, en particulier, que la fragilité de l'état psychique de la mère justifiait l'interruption médicale de la grossesse.**

L'article L.2213-1 du code de la santé publique fixe les conditions de réalisation de l'interruption volontaire médicale pour raisons médicales (aussi appelée interruption médicale de grossesse). Cette interruption de la grossesse peut être pratiquée sans conditions de délai, si deux médecins membres d'une équipe pluridisciplinaire attestent, après avis consultatif de l'équipe, que la poursuite de la grossesse met en péril grave la santé de la femme ou qu'il existe une forte probabilité que l'enfant à naître soit atteint d'une affection d'une particulière gravité incurable au moment du diagnostic.

Les juges relèvent que la grossesse de la requérante ne mettait pas, par elle-même, sa santé en péril. De plus les demandes des parents d'interrompre la grossesse ont été refusées en raison des avis du centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal.

Les parents invoquent aussi le fait que, statistiquement, les malformations du fœtus conduiraient dans des proportions importantes à des interruptions médicales de grossesse et que la position du centre de diagnostic prénatal consulté ne correspondrait donc pas à celle traditionnellement adoptée au niveau national. La Cour d'appel dénie toute utilité à ces arguments et les rejette. La responsabilité de l'hôpital n'est donc pas engagée.

*(Cour administrative d'appel de Nancy, 12 janvier 2012, n°INCO0619).*

Le juge refuse ici de qualifier la situation de fragilité psychologique de la mère de péril grave pour la santé de la femme causée par la grossesse. En effet, une telle qualification pourrait aboutir à confondre les régimes de l'interruption volontaire de grossesse (autorisée dans un délai limité à 12 semaines sur décision de la mère) et l'interruption thérapeutique ou médicale de grossesse (possible à tout moment si les conditions légales, appréciées par les médecins, sont remplies).

Notons que les médecins qui pratiquent une interruption médicale de grossesse ne doivent pas oublier d'informer la mère sur les risques médicaux liés à cet acte, en particulier le risque de rupture utérine susceptible d'imposer une hystérectomie (Cour administrative d'appel de Douai, 30 mars 2010, n°08DA01652).

*Responsable santé n°167 du 15 mars 2012*

*Les juges relèvent que la grossesse de la requérante ne mettait pas, par elle-même, sa santé en péril.*

\* Revue de presse colligée par le Dr ROZAN, Président d'honneur du Syngof  
Le SYNGOF remercie les Editions SORMAN pour ces parutions.  
[www.editionssorman.com](http://www.editionssorman.com)

# Ethique

## actualités

J-R BINET\*, N-J MAZEN, M. BOULET, A. CATHERINE  
A. CHAUSSY, G LAW de LAURISTON, A. PICARD,  
C-E THIAW, A-C POMMIER

28 juin 2012

**L**es Cahiers du Syngof ouvrent par cette nouvelle rubrique un partenariat avec un éditeur spécialisé dans le droit médical : Les Etudes Hospitalières (LEH). Cet éditeur nous propose des textes dans 3 domaines que nous avons ciblés avec lui : *Ethique, Exercice libéral et Exercice hospitalier public*. Nous reproduirons ceux que nous choisirons en fonction de l'actualité. Ainsi vous trouverez dans ce numéro, un texte d'analyse sur les recommandations par la HAS sur l'information du patient, une résolution du Parlement européen qui vient en écho à l'article de Jean Thévenot et une analyse de contentieux sur les contrats d'exercice survenu à l'occasion de la cession d'établissements, situation de plus en plus fréquente en cette période de crise économique.

B de ROCHAMBEAU

### Recommandations de bonnes pratiques relatives à la délivrance de l'information à la personne sur son état de santé

Le 28 juin 2012, la **Haute Autorité de santé** a publié ses recommandations de bonnes pratiques relatives à la délivrance de l'information à la personne sur son état de santé. La HAS n'avait pas actualisé son guide de bonnes pratiques depuis mars 2000. Or, la loi du 4 mars 2002 a clairement établi le droit pour toute personne d'être informée de son état de santé (1). Ces recommandations visent à donner des outils pratiques aux praticiens pour délivrer l'information aux patients. Celle-ci vise à permettre aux personnes de prendre des décisions de manière libre et éclairée, ainsi que le relève d'ailleurs la Haute Autorité de santé.

Cette instance précise les qualités attendues de l'information médicale, qu'elle soit délivrée à l'oral ou par le biais d'un document écrit. L'information doit être synthétique et surtout compréhensible. La HAS précise même que le professionnel doit s'assurer de la compréhension par son patient de l'information délivrée, au besoin en lui faisant exprimer ce qu'il a compris. En principe, l'information est délivrée lors d'un entretien individuel ou la personne a le loisir de poser toutes les questions qu'elle estime nécessaires. Cet entretien doit se dérouler dans un climat psychologiquement favorable pour la personne et, au besoin, l'information doit être délivrée progressivement. En ce qui concerne les mineurs, la HAS rappelle que l'information doit être en principe délivrée aux titulaires de l'autorité parentale, même si un entretien particulier peut être proposé au mineur suivant son âge. Celui-ci doit recevoir une information adaptée à sa maturité, mais le principe reste que les titulaires de l'autorité parentale prennent la décision relative à la santé de l'enfant. Néanmoins, le mineur a une certaine autonomie sanitaire et, dans certains cas, il peut s'opposer à ce que les titulaires de l'autorité parentale soient informés. Dans ce cas, un médecin pourra mettre en œuvre les traitements relatifs nécessaires à la sauvegarde de la santé du mineur, après avoir tenté de le convaincre d'informer les titulaires de l'autorité parentale.

En ce qui concerne les majeurs protégés, les recommandations prennent en compte les modifications induites par la loi du 5 mars 2007 relative à la protection des majeurs. C'est

\*Jean-René BINET Professeur de droit privé, directeur du Centre de recherches juridiques de Franche-Comté (CRJFC, EA 3225)

Noël-Jean MAZEN Directeur du groupe de recherches Droit et Éthique du vivant à l'université de Bourgogne, MCU, chargé de conférences à l'EPHE, vice-président de l'Espace Éthique Bourgogne - Franche-Comté

avec la participation de :

Mathilde BOULET Docteur en droit public, CRJFC, EA 3225

Aurora CATHERINE Docteur en droit public, CRDFED, EA 2132

Anthony CHAUSSY, Guillaume LAW de LAURISTON, Amandine PICARD et Clarisse-Élodie THIAW Doctorants en droit privé, CRJFC, EA 3225

Anne-Claire POMMIER MII Droit sanitaire et social, université Paris II, Panthéon-Assas

Extrait de la revue générale de droit médical n°45, décembre 2012

Rubrique "Éthique et droit du vivant", p. 228-248

(1) CSP, art. L.1111-2, al. 1 : "Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé".

ainsi que le majeur protégé doit recevoir personnellement une information sur son état de santé adaptée à ses facultés de compréhension. Éventuellement, le juge peut permettre au médecin de délivrer l'information relative à la santé du majeur protégé au tuteur seul. Le médecin peut également délivrer l'information à la personne de confiance s'il en a été désigné une et que sa mission a été confirmée par le juge en cas de mise sous tutelle.

Un point important de ces recommandations est la question du rôle de l'écrit dans la délivrance de l'information. Ainsi, la HAS précise que l'information doit toujours être délivrée à l'oral et que la remise de documents écrits n'en est qu'un complément. En particulier, il n'est pas nécessaire que ces documents écrits soient signés par la personne que l'on informe et ne doivent pas comporter de formules invitant à le signer. En effet, la HAS demande à ce que le dossier contenant les informations de santé soit rempli et mentionne les informations délivrées par le personnel médical à la personne concernée. Ces mentions apposées sur le dossier médical doivent servir de preuve en cas de litige. Ces observations à propos de la place de l'écrit révèlent une différence entre les activités de médecine classique et les pra-

tiques médicales relevant de la bioéthique. En effet, dans le cadre de la bioéthique, l'information est souvent délivrée par un comité d'experts et le consentement formulé par écrit. Bien que l'exigence d'un écrit n'intervienne que pour le consentement, le lien entre l'information et le consentement a été clairement établi (2). C'est ainsi qu'un écrit est exigé en matière d'assistance médicale à la procréation (3), de recherches biomédicales (4), de stérilisation (5), etc. Le consentement doit même parfois être donné dans des formes plus contraignantes, à l'image du prélèvement de produits et éléments du corps humain devant le président du tribunal de grande instance (6). C'est le cas également en cas de don d'organe par une personne vivante (7). Ces spécificités symbolisent le caractère particulier de la bioéthique aujourd'hui, dû à la gravité et à la nature des actes envisagés. – G. L.

(2) Binet (J.-R.), *Droit médical*, Montchrestien, 2010, § 252, p. 130.

(3) CSP, art. L.2141-10.

(4) CSP, art. L.1122-1-1.

(5) CSP, art. L.2123-1.

(6) CSP, art. L.1241-1.

(7) CSP, art. L.1231-1.

## Parlement européen

### Résolution n° 2011/2193 (INI) - 11 septembre 2012 sur les dons volontaires et non rémunérés de tissus et de cellules

C'

est à une très large majorité (85%) que le Parlement européen a adopté, le 11 septembre dernier, une résolution relative aux dons volontaires et non rémunérés de tissus et de cellules. Ce texte fait suite au deuxième rapport rendu par la Commission sur la question (COM (2011)0352). Cette résolution est tout d'abord l'occasion pour le Parlement européen de dresser un rapide état des lieux des pratiques et des législations nationales applicables en la matière. Cette analyse le conduit ensuite à réaffirmer les principes régissant le don, trop souvent méconnus dans les faits, avant d'enjoindre les États à les appliquer plus rigoureusement. Il s'agit également pour les députés européens de trouver des solutions encourageant le développement du don dans un contexte où les besoins en tissus et cellules utilisés à des fins médicales et thérapeutiques sont toujours plus importants. Ils rappellent que malgré le contexte de pénurie touchant de manière régulière la moitié des États, les réponses apportées pour faire face à cette situation ne doivent pas pour autant conduire à méconnaître les principes régissant le don mais bien au contraire s'inscrire dans le cadre des règles éthiques strictes et sanctionnées. Ces principes sont autant de garanties pour la santé du donneur et

du receveur et le respect de l'intégrité humaine. Ainsi, le texte rappelle que tout don de tissus ou de cellules provenant du corps humain doit être anonyme, volontaire, consenti après délivrance d'une information claire et loyale et enfin ne doit pas être subordonné à rémunération.

L'un des points principaux de cette résolution consiste à réaffirmer avec force le caractère gratuit du don. Malgré cette affirmation posée par la directive 2004/23CE, on constate que de nombreux États, outre le fait d'indemniser les donneurs, prévoient également des incitations aux dons, les dons les plus concernés par ces pratiques étant les dons de gamètes. Le Parlement, en insistant sur le principe de non-rémunération des dons, appelle à la prohibition des incitations financières mais aussi à un encadrement plus strict des indemnisations qui doivent, selon lui, être transparentes, contrôlées et se limiter aux frais engendrés par le don pour le donneur (frais médicaux, perte de revenus, frais de transport...); encadrement d'autant plus rigoureux et nécessaire lorsque la compensation est accordée aux parents d'un donneur décédé. Il invite, par la même occasion, la Commission à légiférer et à poser de manière explicite le principe de gratuité devant gouverner le don. Les députés

encouragent également les États à intensifier les campagnes d'information et de sensibilisation des populations aux dons de tissus et de cellules et à s'assurer que ces dernières reçoivent une information "claire, loyale, scientifiquement prouvée et probante" avant de pouvoir consentir de manière éclairée au don et non pour des considérations financières qui mettraient en danger la santé du donneur.

Le second aspect notable de cette résolution concerne le vif encouragement des États membres à développer leurs échanges et coopérations sur la question, pour permettre à terme une amélioration générale de l'accès des malades aux tissus et cellules ayant fait l'objet d'un don ainsi que pour répondre aux besoins en greffons partout en Europe. Dans cette optique de collaboration des États, le Parlement souligne l'importance des accords bilatéraux conclus entre certains États mais va également plus loin en les encourageant à développer l'utilisation de bases de données communes recensant donneurs et receveurs à l'échelle européenne telles qu'Eurocet. Ces bases de données permettraient, selon eux, une meilleure gestion de l'offre et des besoins, tout en s'assurant d'une meilleure compatibilité entre donneur et receveur et de la limitation des risques pour leur santé par une meilleure traçabilité des dons. Cette collaboration pourrait également, selon les députés, passer par le développement d'échanges de bonnes pratiques concernant notamment le développement de campagnes incitant au don, l'approvisionnement en tissus et cellules mais aussi leur préservation ou encore la formation du personnel de santé amené à les manipuler.

Enfin, les députés européens soulignent les progrès scientifiques réalisés ces dernières années quant à l'utilisation des cellules souches, notamment celles issues du sang de cordon, et qui offrent des perspectives et des avantages médicaux non négligeables. Paradoxalement, ils constatent que les travaux en la matière sont principalement réalisés hors de l'Union européenne et que les dons de sang de cordon sont encore très faibles de nos jours (dons dans moins d'1% des cas). Une fois encore, le Parlement insiste sur les principes devant gouverner le don et notamment sur la nécessité du

*L'un des points principaux de cette résolution consiste à réaffirmer avec force le caractère gratuit du don.*

recueil par écrit du consentement éclairé de la mère, ainsi que sur la gratuité du don réalisé de préférence à des fins allogéniques. Le Parlement encourage donc la Commission et les États à légiférer, d'une part, afin d'adopter un cadre normatif incitant au don par une meilleure information des couples sur la possibilité de ce don et les utilisations qui vont en résulter et, d'autre part, afin de réglementer le fonctionnement des banques de stockage. Le Parlement propose en ce sens d'obliger les États à mettre en place au moins une banque publique nationale destinée à recevoir et stocker ces dons et encourage la collaboration des banques privées et publiques, nationales et européennes. Il note enfin qu'il convient d'assurer une meilleure homogénéité sur le territoire des maternités aptes à recueillir ces dons pour permettre un approvisionnement uniforme.

Si les encouragements et les sollicitations du Parlement européen semblent pertinents, on peut toutefois douter de l'impact et des conséquences d'une telle résolution sur les législations internes. Nul n'est besoin de rappeler que ce texte constitue une résolution non législative qui ne contraint en rien les institutions nationales à légiférer. En effet, l'Union européenne ne dispose d'aucune compétence directe en matière de santé publique, les soins de santé relevant de la compétence nationale. Néanmoins, la nécessité de trouver des solutions à la pénurie actuelle de tissus et cellules et le besoin de lutter contre le développement d'un marché noir concernant ce type de produits, principalement aux frontières de l'Union européenne et concernant les gamètes, rend plus que nécessaire l'adoption de mesures destinées à faire face aux besoins toujours plus importants de ces tissus et cellules. – A. P.



Retrouvez les petites annonces  
sur

[www.syngof.fr](http://www.syngof.fr)

# Exercice libéral

## actualités

G. MÉMETEAU\*

### Contrat d'exercice. Cession Acceptation ou refus par le praticien ?

Un centre hospitalier intercommunal reprend l'activité d'une clinique privée. Le contrat d'exercice d'un médecin se trouve résilié de ce fait. Il est prétendu que la rupture est imputable au praticien, qui aurait refusé de conclure un contrat d'autorisation d'intervenir dans l'hôpital, qui lui aurait permis de travailler en clinique ouverte "dans le strict respect des conditions de son contrat d'exercice privilégié". La cour d'appel constate "qu'aucune disposition légale ou conventionnelle ne contraignait l'anesthésiste à exercer son art dans une structure de clinique ouverte, celle-ci étant soumise aux contraintes de gestion du Service public" (Dupont [M.], Bergoignan-Esper [C.], Paire [Ch.], *Droit hospitalier*, Dalloz, 7<sup>e</sup> éd., n°647). Il y aurait eu un bouleversement des cadres d'exercice, ne répondant plus aux conditions contractuelles convenues vingt ans plus tôt. Dès lors, le médecin demeurerait libre de ne pas accepter ce contrat de collaboration. En revanche, la clinique cédante, qui avait transmis tous ses moyens et l'exclusivité de son activité médicale, s'était par là même placée dans l'impossibilité de poursuivre l'exécution de ses engagements contractuels. Elle était responsable de la rupture. Le bulletin présentant l'arrêt contient la clause de l'acte de cession : "Contrat des praticiens : l'acquéreur fera son affaire personnelle de l'ensemble des contrats conclus entre les praticiens et le vendeur. L'acquéreur s'engage à prendre en charge les conséquences, y compris financières, de

l'éventuel refus de l'un des praticiens". Cette stipulation est inopposable au médecin, qui n'est pas partie au contrat de cession. Bien sûr, il peut théoriquement agir contre le cessionnaire, s'il manque à l'obligation de "faire son affaire" du contrat, en invoquant une stipulation pour autrui dans laquelle le cessionnaire est le promettant, pour autant que "faire son affaire" signifie "poursuivre la relation contractuelle"... Mais, le cédant (clinique) ne stipule pas, du moins à ce que nous lisons, la classique obligation de bons offices qui, il est vrai, aurait été mal harmonisée avec la stipulation qui précède (Cass. civ. 1<sup>re</sup>, 3 juillet 2001, *Dalloz*, 2002, p. 23, nos obs. ; Leandri [A.], *Le contrat d'exercice libéral du médecin*, thèse, Aix, 1<sup>er</sup> décembre 2006, n° 370). Au fond, c'est le problème de la cessibilité du contrat d'exercice, à un autre établissement ou à un autre médecin, qui est posé.

Ce contrat, étant marqué d'un fort *intuitus personae*, n'est pas cessible. Ou alors, il l'est avec l'accord des trois parties mais ce n'est qu'une fausse cession, le mot faisant image. Ceci étant, on devine l'utilité de faire participer les titulaires des contrats d'exercice aux pourparlers préparatoires de la cession, afin d'en rendre les stipulations opposables aux intéressés.

CA Angers, 5 juillet 2011, in *Lettres du cabinet*, I. LUCAS-BALLOUP, septembre 2012

*L'acquéreur s'engage à prendre en charge les conséquences, y compris financières, de l'éventuel refus de l'un des praticiens.*

\* Gérard MÉMETEAU Professeur à la faculté de droit de Poitiers  
Extrait de la revue générale de droit médical n°45, décembre 2012  
Rubrique "Droit des contrats en exercice libéral", p. 291-296

# Tarnier

## et la troisième courbure

B. SEGUY\*

*Troisième partie*

n

é en 1828, Tarnier Etienne, dit Stéphane, est le fils d'un chirurgien exerçant dans la région Dijonnaise. Comme souvent à l'époque, il s'engage dans la même carrière que son père mais, très doué et gros travailleur, il part à 20 ans à Paris poursuivre ses études et n'hésite pas à se lancer dans la voie des concours hospitaliers. Il est nommé *Interne des Hôpitaux de Paris* au concours de **1852** (2<sup>ème</sup> sur 22) et effectue un internat axé sur l'obstétrique qui le fait travailler et s'instruire dans les meilleurs services de l'époque.

Son enthousiasme est cependant rapidement assombri par le spectacle affligeant des ravages causés par la

fièvre puerpérale dans les lits hospitaliers. A la fin de son internat, il consacre sa thèse (**1857**) à ce problème en osant officiellement y défendre le caractère contagieux de cette infection. Il y écrit : *"c'est avec sincérité et conviction que nous soutenons que la fièvre puerpérale est contagieuse"* ce qui heurtait de front les croyances et consensus de l'époque. Mais, dans sa thèse, il s'appuyait sur des statistiques irréfutables, même si difficiles à *"accepter"* : la fièvre puerpérale tuait quinze fois plus à l'hôpital qu'à domicile (9,6% contre 0,6%), ce que ne voulaient pas voir les pontifes de l'époque... Ayant terminé son internat, il essaie alors de gagner sa vie comme médecin d'un

bureau de bienfaisance, sans grand succès. Il s'apprêtait à quitter Paris pour tenter sa chance en Province, quand la même année l'Académie de médecine mène pendant quatre mois, des discussions houleuses sur l'origine de cette fièvre, discussions pendant lesquelles la thèse du jeune Tarnier est maintes fois mentionnée, malgré une opposition certaine, la pertinence de ses écrits sera cependant reconnue par l'Académie de médecine, ce qui lui valut une notoriété immédiate.

Nommé Chef de clinique en **1861** à l'Hospice de la Maternité (Port Royal), il en devient six ans plus tard, en **1867**, Chirurgien en chef, comme successeur du Pr Trelat. On sait qu'il y mit rapidement en pratique ses idées, confirmées par les travaux de Semmelweis (qui s'était suicidé en 1865), de Pasteur et de Lister, par la mise en œuvre des notions d'asepsie, en séparant dans des bâtiments distincts les accouchées saines des

*"C'est avec sincérité et conviction que nous soutenons que la fièvre puerpérale est contagieuse".*

\* Expert honoraire près la Cour d'Appel

Membre de la Société Française d'Histoire de la Médecine



Tarnier par Nadar (fig. 1)

infectées avec un personnel distinct, et des notions d'antisepsie (avec l'acide phénique) pour l'entretien des salles, du mobilier, des instruments, complétées par l'éducation du personnel. Nommé en **1884** Professeur à la "Chaire d'accouchement et maladies des femmes", puis en **1889** Professeur à la "Chaire de clinique obstétricale" de la Faculté, (fig. 1) comme successeur de Pajot. Ses leçons cliniques sur "l'Asepsie et l'antisepsie en obstétrique" furent publiées en 1894 par un de ses élèves (J. Potocki). Membre de l'académie de médecine (1872), il en est élu président en **1891**.

Il rédigea un important "Traité de l'art des accouchements" dont la parution prit plusieurs années. La première édition de 1888 comprenait deux tomes, le premier, rédigé avec son élève Chantreuil, est consacré à la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité normales, le deuxième tome, rédigé avec son élève Budin, est consacré à la pathologie de la grossesse. Le troisième tome, "Dystocie maternelle", paraîtra en **1897, année de sa mort**. Le quatrième tome, "Dystocie fœtale", paru en 1901, sera donc posthume et rédigé par Budin.

Il ne faut pas oublier que Tarnier se battit aussi sur un autre front celui de la mortalité infantile. Il mit au point en **1881**, après de nombreux

essais, une couveuse artificielle efficace pour lutter contre l'hypothermie des nouveau-nés, idée qu'il avait eue en se promenant au Jardin d'acclimatation avec Geoffroy Saint Hilaire et en observant une couveuse pour poussins. Il essaya également de trouver une solution au manque chronique de nourrices pour les nouveau-nés orphelins ou abandonnés. Après des essais non concluants avec des chèvres, une vache et une ânesse, stabulées dans les dépendances de la maternité, la stérilisation du lait, imposée par Pasteur, permit de solutionner l'approvisionnement depuis les fermes des environs de Paris. Mais ce sont ses recherches dans le domaine de l'instrumentation de la naissance elle-même qui nous intéressent plus particulièrement. L'instrument de base de l'obstétrique, à la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, est toujours le forceps dont l'efficacité avait été bien améliorée, mécaniquement, par la deuxième courbure "pelvienne" de Levret, et, pratiquement, par des progrès dans l'enseignement de son positionnement correct dans le bassin (problème qui n'existait pas ou peu avec les forceps droits, antérieurs) et son utilisation prudente. L'instrument qui, depuis Levret, avait donné lieu à plusieurs centaines de variantes ou "améliorations" plus ou moins intéressantes, régnait en maître absolu dans toutes les maternités du monde "moderne" et dans la sacoche de tout praticien "de terrain".

Néanmoins, les nombreux modèles disponibles n'apparaissaient pas parfaits, non pas pour des détails, mais par le principe même : la traction exercée par l'accoucheur sur les manches de l'instrument ne tirait pas la tête fœtale dans l'axe de descente de l'excavation pelvienne. Et cela était anatomiquement impossible puisque la morphologie du bassin maternel aurait impliqué une traction à travers le périnée...

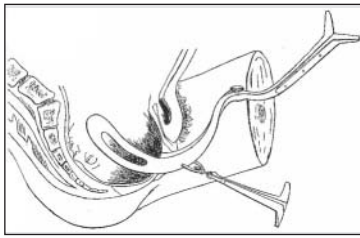
Comme l'explique Tarnier : "Tous les accoucheurs savent que dans une

application de forceps bien conduite, les tractions doivent être autant que possible dirigées suivant l'axe du bassin, mais tous assurent qu'au détroit supérieur et au-dessus de ce détroit, il est impossible de tirer assez en arrière, parce que l'instrument est forcément maintenu dans une mauvaise direction par la résistance du périnée". Ce qu'il illustre par un schéma célèbre montrant bien que la traction exercée par l'accoucheur "se décompose en deux forces, l'une qui abaisse la tête dans la direction de l'axe du détroit supérieur, l'autre représentant une pression nuisible qui vient se perdre contre le pubis. Cette pression est doublement nuisible : d'une part elle comprime le pubis, d'autre part, elle augmente la résistance que la tête opposait aux efforts d'expulsion". Et il conclut ainsi : "on ne peut jamais faire des tractions suivant l'axe du canal pelvi-génital, quelle que soit d'ailleurs la hauteur à laquelle la tête fœtale est placée : détroit supérieur, excavation, détroit inférieur, orifice vulvaire. La mauvaise direction des tractions est inhérente à la forme même du forceps".

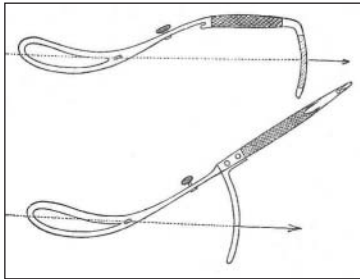
Comme la quadrature du cercle pour les mathématiciens, la "traction dans l'axe" restait donc un problème à résoudre pour les obstétriciens les plus perfectionnistes.

Certes depuis longtemps de nombreux accoucheurs avaient imaginé de courber les branches de l'instrument dans une "courbure périnéale", mais qui était destinée à protéger le périnée et non pas à résoudre le problème, énoncé ci-dessus, de la traction dans l'axe. Tels étaient notamment les forceps de Johnson (1769), de Young (1784), de Campbell (1833).

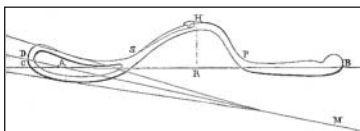
D'autres avaient tenté de résoudre plus directement le problème de traction, déjà envisagé par Levret lui-même qui avait tenté d'exercer ses tractions via une jarretière passée dans les fenêtres. Citons le suisse Hermann en **1844** (fig. 2) dont le forceps, marqué par une importante



Hermann 1844 (fig. 2)

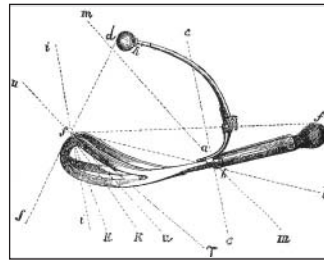


Hubert 1860 (fig. 3)



Morales 1864 (fig. 4)

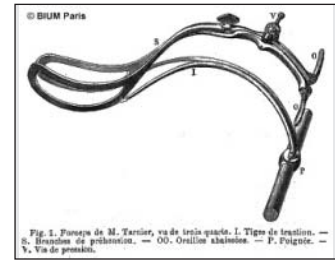
courbure pelvienne et une petite courbure périnéale inverse, était muni d'une tige de traction amovible, qui, fixée au-dessous des branches du forceps, jouait alors le rôle d'un tracteur distinct des branches du forceps lui-même. En **1860-61**, le Belge Hubert (fig. 3), après de savantes études géométriques, énonça que "la direction des tractions doit coïncider avec la ligne qui constitue l'axe des cuillères" et ajouta une tige métallique inférieure perpendiculaire au manche et à l'axe des cuillères, permettant une traction se rapprochant de l'axe idéal. Morales (fig. 4) en **1864** accentua la courbure périnéale ; Hartmann, (fig. 5) en **1870**, sur les mêmes principes, ajouta un appendice supérieur. Ces ajouts étaient peut-être théoriquement efficaces, mais rendaient le manie-



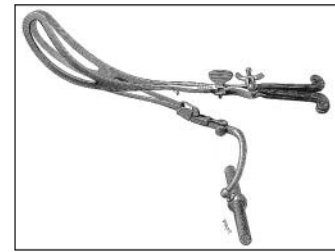
Hartmann 1870 (fig. 5)

permettait pas, en réalité, la traction dans l'axe, car, pour cela, il fallait que la traction ne soit pas effectuée sur les cuillères, mais très en dessous puisqu'elle devait être réalisée dans l'axe de descente c'est-à-dire "à travers le périnée". Il comprit également que la tête fœtale devait conserver une certaine mobilité naturelle pour pouvoir s'adapter aux différentes étapes de sa descente dans l'excavation et que l'instrument ne devait pas exercer dessus une force trop considérable. Il comprit surtout qu'il fallait, pour cela, séparer complètement la saisie de la tête fœtale par les cuillères, de la traction par les manches, traction qui devait, de plus, se faire suivant l'axe idéal.

C'est donc en **1877** qu'il présente le résultat de ses cogitations, un instrument long (42 cm) formé de deux branches de préhension, croisées et marquées d'une importante courbure périnéale, sur lesquelles viennent s'articuler deux tiges mobiles inférieures de traction. La grande nouveauté est que les deux tiges de traction se fixent directement sur les cuillères de préhension céphalique en leur partie initiale, produisant donc un faible effet de levier protégeant ainsi la tête fœtale d'une compression-traction trop forte. Ces deux tiges de traction dessinent, de plus, une importante courbure périnéale qui, certes protège le périnée, mais surtout permet de rejeter l'axe de traction vers le bas, plus bas que les manches du forceps et donc vers l'axe idéal transpérinéal. Autre nouveauté : l'opérateur n'agit plus directement sur le forceps lui-même, celui-ci ayant été correcte-



Tarnier 1877 (fig. 6)



Tarnier 1882 (fig. 7)

ment positionné, car les deux cuillères sont maintenues en place par une vis de jonction, située juste avant leur croisement, immobilisant les deux manches en bonne position. Pour la première fois, cet instrument permettait d'appliquer l'effort de traction selon l'axe idéal, tout en évitant de faire supporter à la tête fœtale, qui gardait une mobilité certaine et pouvait donc se positionner au mieux, une pression trop forte (fig. 6).

Dès **1882**, il présente un modèle plus "épuré" où la courbure périnéale des branches et des deux tiges de traction est beaucoup plus discrète (fig. 7). Mais le principe reste le même : la traction est exercée directement sur les cuillères, sans aucun effet de surcompression de la tête, et la courbure des deux tiges de traction, reliées en leur point terminal par une poignée transversale de préhension, rejette cette traction vers l'axe transpérinéal.

Le forceps Tarnier s'imposera rapidement comme l'instrument de référence dans le monde occidental. En France, les fabricants, notamment Charrière, Mathieu et Collin apporteront, au fil des décennies, des améliorations techniques de détails, surtout en ce qui concerne la jonction des



tiges de traction avec la poignée de saisie, ou la forme de celles-ci. À l'étranger, l'instrument français fut fabriqué sous licence ou copié sans scrupule. Ainsi Alexandre Simpson, neveu du célèbre Pr. James Simpson d'Édimbourg, présenta en **1879** un forceps, à axe de traction déporté, clairement "inspiré" de celui de Tarnier. En fait, on va retrouver l'axe de traction déporté, "la troisième courbure de Tarnier", sur la plupart des longs forceps imaginés après 1880. Et le forceps de R. Milne-Murray, que les anglo-saxons considèrent comme le "spécialiste" de l'axe de traction du fait de son mémoire présenté devant la Royal Society d'Édimbourg en 1896 (mémoire où il attribue la courbure pelvienne à Smellie, évidemment...), est lui aussi très clairement "inspiré" de l'invention de Tarnier. On peut en dire autant des forceps de Gardner (1892), Aitken (1893), Mackness (1896), Dewey (1900), Bonney (1902), James (1906), Knapp (1911) et de bien d'autres.

Le forceps moderne aux trois courbures (céphalique, pelvienne et périnéale) restera le roi de l'obstétrique jusqu'au milieu du XX<sup>ème</sup> siècle, où il sera détrôné par l'intervention césarienne d'abord et ensuite par la ventouse obstétricale sur les têtes déjà engagées.

En quatre siècles d'utilisation, l'instrument, inventé et perfectionné par les obstétriciens français, se sera révélé comme un authentique "Bienfaiteur de l'humanité" en sauvant d'innombrables vies féminines et enfantines. C'est d'un véritable "bond en avant" que l'utilisation du forceps a fait bénéficier l'obstétrique qui, depuis la plus lointaine antiquité, ne disposait d'aucun moyen efficace, en dehors de la version podalique sur enfant vivant (XVI<sup>ème</sup>), pour essayer de sauver l'enfant et la mère dans les cas difficiles. Le forceps



Monument Tarnier - Paris (fig. 8)

est donc loin de mériter le dédain voire les critiques que lui font subir aujourd'hui de jeunes générations d'obstétriciens élevés dans le cocon de l'anesthésie performante, de la césarienne réglée et de l'antibiothérapie rassurante.

Ceux de ma génération (premier forceps en 1960), une espèce en voie de disparition et non protégée, gardent une infinie reconnaissance au forceps de Tarnier et à son inventeur pour leur avoir permis bien souvent de terminer avec succès, après une nuit d'inquiétude, une naissance difficile.

## Bibliographie

1. Tarnier S., Budin P – "Traité de l'Art des Accouchements" – 1901 Steinheil Ed. Paris
2. Tarnier S. – "Description de deux nouveaux forceps" – Ann. Gynec., 1877, 7, 241-64
3. Poznanski D. – "Le Pr Stéphane Tarnier" – J. Gyn. Obst. Biol., 1998, 27, 1, 9-12
4. Dumesnil R., Bonnet-Roi F. – "Les Médecins célèbres" – 1947 Mazenod Ed. Paris

## Notes

Rappelons qu'à la Faculté de médecine de Paris (construite en 1794 rue des Cordeliers et agrandie de 1878 à 1900) était annexé, juste en face, "l'hôpital des cliniques" élevé sur les fondations de l'ancien Couvent des Cordeliers confisqué et détruit à la Révolution. Trois services de "clinique", c'est-à-dire d'enseignement au lit du malade (du grec klinikos "qui visite les malades alités"), y étaient installés : médecine, chirurgie, puis, en 1823, une clinique d'obstétrique. Mais, en 1878, les bâtiments, trop vétustes, furent détruits après le transfert des cliniques de médecine et de chirurgie vers des hôpitaux parisiens, et de celle d'obstétrique vers un nouveau bâtiment élevé sur les terrains détachés du jardin du Luxembourg, rue d'Assas. Le nouvel établissement, dénommé "clinique d'accouchement" est inauguré en avril 1881 et compte 74 lits. Tarnier est titulaire de cette chaire et, pionnier de la lutte contre le sepsis, publie en 1894 son ouvrage "De l'asepsie et antisepsie en obstétrique". En 1897, l'administration attribue au bâtiment le nom de "Clinique d'accouchement Tarnier" en hommage au Pr Tarnier disparu quelques semaines auparavant (fig. 8). Son élève, Budin, lui succédera à la tête de la clinique. Le bâtiment conservera sa fonction obstétricale jusqu'en 1962, et l'auteur de cet article y fut interne en 1962 (déplacement provisoire du service du Pr Varangot). Le regroupement des maternités parisiennes ferma celle de l'Hôtel-dieu et celle-ci, parmi d'autres (Boucicaut, St Vincent de Paul, etc.).

# La fistule obstétricale : la pathologie des exclues

J. BLANCHOT\*

*Les fistules obstétricales sont favorisées par le sous-développement et représentent ainsi un exact baromètre de la santé maternelle et infantile.*

Aminata, jeune peule de 14 ans, habite dans un village non loin de Kissidougou en Guinée forestière. Elle a été mariée dès ses premières règles, et attend son premier enfant. L'accouchement est difficile car le bassin d'Aminata n'est pas encore formé. Malgré l'intervention d'une accoucheuse traditionnelle, le travail de l'accouchement va durer plusieurs jours... plusieurs jours d'hypertonie utérine... si bien que toute la famille se cotise pour qu'Aminata prenne un taxi-brousse et se rende à l'hôpital de Kissidougou. Elle sera césarisée par le Dr Thierno Barry d'un enfant mort. Elle retourne au village quelques jours plus tard et découvre alors qu'elle ne peut absolument plus contrôler ses urines. Elle ne comprend pas pourquoi. Son mari, ses parents et son village la rejettent. Elle s'isole de plus en plus. Aminata souffre comme plus de 2 millions de femmes d'une fistule obstétricale.

Cette histoire peut encore aujourd'hui s'écrire pour 2 à 5 parturientes africaines sur 1000... Cette pathologie, qui a disparu en Europe après la guerre, au Maghreb dans les années 70, reste endémique en Afrique sub-saharienne. Les fistules obstétricales sont favorisées par le sous-développement : grossesses précoces, accès difficile aux soins, pauvreté ; et représentent ainsi un exact baromètre de la santé maternelle et infantile.

La physiopathologie associe d'une part une dystocie mécanique responsable d'un enclavement de la présentation, et une réplétion vésicale, ce qui va induire une nécrose tissulaire du vagin, de la vessie, voir du rectum ; puis une fistule, dont la gravité (atteinte du système de continence) va dépendre du point où s'installe la nécrose. Plus rares sont les fistules iatrogènes. De multiples classifications sont propo-

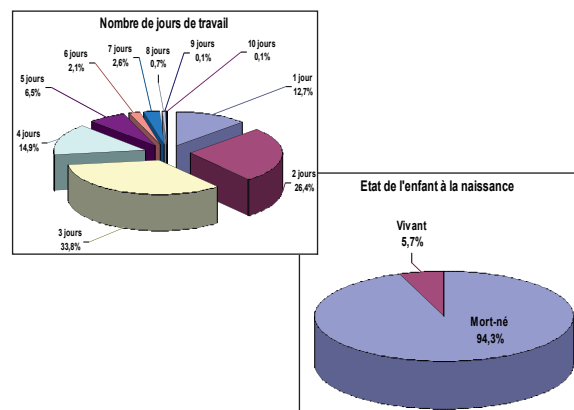


*Patientes en attente de chirurgie à Kissidougou, Guinée forestière*

sées. Celle de Maurice Camey est simple : fistule vésicale simple à distance des orifices et < 3cm ; fistule complexe qui touche le trigone, l'urètre, mais sur une seule face ; fistule récidivée ; fistule vésicale grave quand les 2 faces sont touchées (transsections). A part : fistule vésico-utérine, fistule recto-vaginale haute où basse (sphinctérienne), et fistule vésicale et rectale associées.

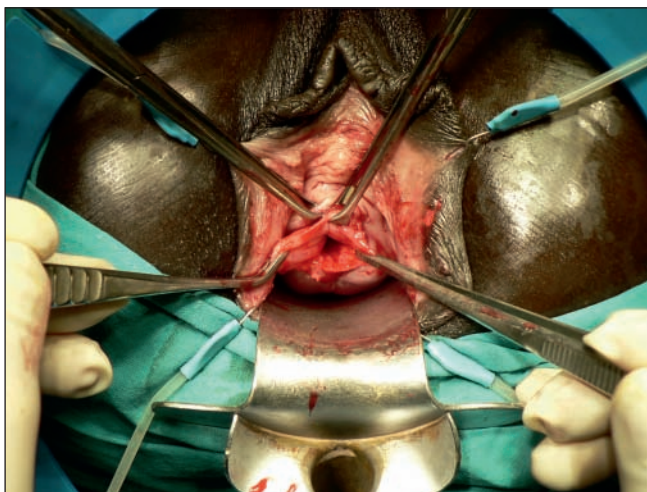
Les conséquences sont certes somatiques : incontinence, infection locale, pyélonéphrite, insuffisance rénale, stérili-

*Cette pathologie, qui a disparu en Europe après la guerre, au Maghreb dans les années 70, reste endémique en Afrique sub-saharienne.*



*FO : résultats de l'enquête de la mission MDM, MOPTI*

\* Secrétaire d'AFOA, clinique mutualiste de la Sagesse, 4 pl. St Guérolé, 35043 RENNES CEDEX jeromeblanchot@orange.fr T. 02 99 25 31 99



Fistule obstétricale simple

té ; mais surtout psychologiques : séparation, exclusion sociale, suicide.

La prise en charge des fistules obstétricales comprend 3 volets : prévention, réparation et réinsertion sociale. Le gynécologue-obstétricien est bien sûr très impliqué dans les 2 premiers.

**Le volet prévention** doit agir sur les facteurs sociaux : précarité, mariage précoce ; les facteurs médico-économiques : suivi obstétrical (évaluation du pronostic), prise en charge de l'accouchement (partogramme, sondage vésical...), et techniques des interventions obstétricales, mais aussi les facteurs politico-économiques : infrastructures du pays (hôpitaux, routes, moyens de transport...).

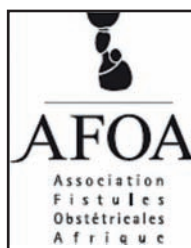
**Le volet réparation** : rachi-anesthésie et chirurgie vaginale sont adaptées à ce type de pathologie et aux conditions de chirurgie en Afrique, les voies hautes ou voie mixtes étant réservées aux fistules hautes et vésico-utérines.

Le traitement des fistules simples est relativement aisé si l'on respecte les principes de chirurgie urologique : exposition de la fistule obstétricale, mobilisation large permettant une suture solide sans tension et drainage vésical prolongé. Le traitement chirurgical des fistules complexes et graves est beaucoup plus complexe car il nécessite souvent une épisiotomie uni ou bilatérale du fait d'une fibrose souvent majeure, un cathétérisme urétéral avec probable réimplantation, une réfection du col vésical et parfois de l'urètre et souvent, une interposition d'un lambeau autologue : Martius (muscle bulbo-caverneux) où plus rarement Gracilis à des fins de cicatrisation et de continence. Le drainage doit être très prolongé et sans failles.

**Le volet réinsertion sociale** : est fondamental. Il implique une fermeture de la fistule et une réparation du système de continence. L'accompagnement social des patientes va permettre, grâce à des appuis financiers (micro-crédits), le développement d'activités génératrices de revenus.



Appui de l'Association nigérienne MATA à une ancienne patiente guérie



## L'AFOA

L'AFOA est une petite association de chirurgiens gynécologues et urologues ayant acquis une certaine expérience dans la réparation chirurgicale des fistules obstétricales et qui se propose d'appuyer un certain nombre de programmes chirurgicaux africains.

**Les objectifs sont** : la formation des chirurgiens, le travail collaboratif avec les experts africains, la mise à disposition d'un certain nombre d'outils d'évaluation... Nous travaillons en collaboration avec la fondation genevoise GF-MER ([www.fistula-group.org](http://www.fistula-group.org)).

Si vous êtes chirurgien expérimenté, en particuliers en chirurgie vaginale, et si le travail dans des conditions précaires ne vous inquiète pas... **vous êtes les bienvenus à l'AFOA !**



Bloc opératoire du Centre Jean-Paul 2, Conakry.

# Medy CS et le ROSP\*

F. SBERRO\*\*

*La DMP compatibilité dans MedyCS est actuellement en cours d'homologation.*

**L**a nouvelle convention médicale récompense les médecins par une prime annuelle calculée en fonction de 19 indicateurs d'organisation et de qualité médicale.

Si vous respectez ces indicateurs, vous accumulerez des points. Chaque point rapporte 7 euro.

**Un médecin spécialiste pour accumuler jusqu'à 250 points.** A vos calculatrices, cette prime rapporte donc au maximum 1750 €.

Nous allons vous présenter ce que MedyCS permet d'ores et déjà de vous faire bénéficier comme avantage financier et les améliorations à venir permettant de répondre favorablement aux standards réglementaires.

- MedyCS est un logiciel de tenue de dossier informatisé qui permet la saisie des données cliniques. MedyCS vous rapporte 75 points, soit 525 €.
- MedyCS propose un module de télétransmission de feuilles de soins électroniques agréé Sesam Vitale par le CNDA selon le cahier des charges 1.40.5.2. Si les deux tiers de vos feuilles de soins sont télétransmises électroniquement et que vous avez utilisé au moins une fois les télé-services de l'assurance-maladie (à travers votre navigateur Internet), MedyCS vous rapporte 75 nouveaux points, soit 525 €.
- En affichant vos horaires de consultation dans votre cabinet (avec ou sans rendez-vous), vous accumulez 50 points de plus, soit 350 €.

A ce stade, faisons un petit bilan de ce que MedyCS vous permet de bénéficier.

**75 + 75 + 50 = 200 points, soit 1400 € par an.**

Les autres indicateurs sont spécifiques aux médecins traitants et ne concernent pas les gynécologues obstétriciens. Conscient que la réglementation évolue à rythme élevé et

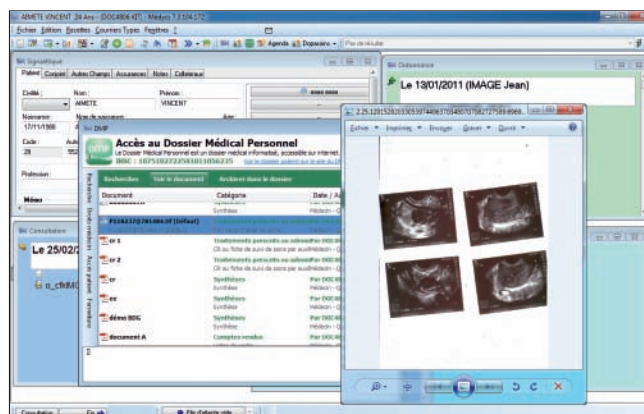
impose certains standards aux logiciels médicaux, l'**association Gynelog** a entrepris des chantiers importants afin de doter MedyCS de fonctionnalités supplémentaires en phase avec les enjeux nationaux.

La DMP compatibilité dans MedyCS est actuellement en cours d'homologation. Elle va permettre aux médecins de consulter et déposer en ligne des documents au sein d'un dossier patient en ligne.

Ensuite, nous allons concrétiser le module d'aide à la prescription homologué par la HAS, ce qui rapportera 50 points supplémentaires (350 €) dès l'année prochaine

Enfin, l'**association Gynelog** évaluera l'intégration native dans MedyCS de certains télé services de l'assurance-maladie, tels que la déclaration de l'arrêt de travail, ou l'accès à l'historique des remboursements du patient.

Ainsi, cette année 2013 est résolument axée sur la mise en place d'outils communicants (DMP, télé-services) et sécurisants (aide à la prescription) qui viendront remplir la panoplie de fonctionnalités déjà très riche du logiciel MedyCS.



*Avec le DMP, le partage sécurisé de l'information médicale devient réalité dans MedyCS*

*La nouvelle convention médicale récompense les médecins.*

\* Rémunération sur objectif de santé publique

\*\* Informaticien de GYNELOG

Pour plus d'informations : [fabrice@gynelog.asso.fr](mailto:fabrice@gynelog.asso.fr)

## FORMATIONS 2013



### Formations sur 2 jours

- ▣▣▣▣ ➤ **Hémorragie du Post-Partum**  
**Paris Orly les 12 et 13 avril 2013**  
*Intervenants Drs FAVRIN et LONLAS - Expert Pr ABID*
  
- ▣▣▣▣ ➤ **Asphyxie perinatale**  
**Paris Orly les 24 et 25 mai 2013**  
*Intervenants Drs RACINET et LEJEUNE-SAADA - Expert A. MARTIN*
  
- ▣▣▣▣ ➤ **Dystocie des épaules**  
**Toulouse le 31 mai et 1er juin 2013**  
*Intervenants Drs MIRONNEAU et THIEBAUGEORGES*
  
- ▣▣▣▣ ➤ **Chirurgie gynécologique : prévention des risques**  
**Paris Orly les 31 mai et 1er juin 2013**  
*Intervenants Drs de ROCHAMBEAU et LONLAS - Expert B. LE NIR*
  
- ▣▣▣▣ ➤ **Dystocie des épaules**  
**Toulouse les 20 et 21 septembre 2013**  
*Intervenants Drs FAVRIN, MIRONNEAU, THIEBAUGEORGES*
  
- ▣▣▣▣ ➤ **Chirurgie gynécologique : quand le risque se réalise** (complément 1<sup>ère</sup> session)  
**Paris Orly les 21 et 22 décembre 2013**  
*Intervenants Drs de ROCHAMBEAU et LONLAS - Expert B. LE NIR*

- Conditions :**
- Compléter une grille d'audit avant la formation et 3 mois après.
  - Remboursement des participants à hauteur de 345 € par journée de formation

**Renseignements et inscriptions**  
SYNGOF 04 67 04 17 18 et par email [syngof@syngof.fr](mailto:syngof@syngof.fr)

# Propos de lecture



Editions Elsevier Masson  
184 pages

## La coloscopie Technique et diagnostics 3<sup>e</sup> édition sous l'égide du CNGOF

Jacques MARCHETTA, Philippe DESCAMPS

65 €

Sans doute l'ouvrage pratique le plus complet et mis régulièrement à jour. Vous y trouverez tout ce qui est utile pour organiser et pratiquer la coloscopie au cours de la consultation. Vous n'y trouverez pas de conseils sur les matériels disponibles et auprès de qui se les procurer. Ce manque est toutefois gage d'indépendance des auteurs. En bref (presque) tout y est.

*Bertrand de ROCHAMBEAU*



Editions Elsevier Masson - Collection Imagerie médicale : diagnostic  
352 pages

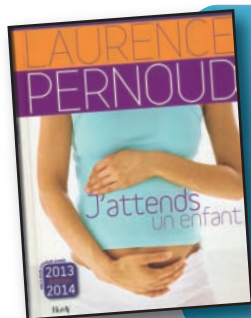
## Imagerie du sein

Joseph STINÈS

115 €

Destiné aux radiologues cet ouvrage très complet de 352 pages est une mine d'informations sur un sujet complexe et sensible pour tous les gynécologues qui devraient l'avoir dans leur bibliothèque. Vous y trouverez l'essentiel des connaissances et des recommandations pratiques en matière d'imagerie du sein, y compris un chapitre sur les aspects médico-légaux et la qualité de la prise en charge des patientes en imagerie.

*Bertrand de ROCHAMBEAU*



Horay Editions  
480 pages

## J'attends un enfant

Laurence PERNOUD

29,50 €

La bible des ouvrages généralistes sur la grossesse est sortie actualisée pour 2013 et 2014. Solide sur le plan médical on y aborde entre autres la grossesse tardive à 40 ans, le diagnostic anténatal, les grossesses multiples, l'hospitalisation au cours de la grossesse ; la césarienne y est détaillée et la mort foetale *in utero* évoquée dans une double page qui aidera les couples qui y seront confrontés. Les illustrations y sont nombreuses et de qualité. Les détails pratiques sont innombrables avec un mémento pratique en fin d'ouvrage qui détaille entre autres les prestations familiales des principaux pays francophones. On ne parle pas encore du programme PRADO, mais les retours précoces de maternité sont évoqués. Au total "J'attends un enfant" atteint aujourd'hui parfaitement son but et devra dans ses prochaines éditions se saisir des sujets de demain : la raréfaction des maternités de niveau 1 et des accoucheurs, le classement des maternités, la sécurité dans les maternités qui sont les sujets dont le net se saisit déjà et qui ne sont pas encore traités dans cet ouvrage.

*Bertrand de ROCHAMBEAU*

# Propos de lecture



LEH - Collection "A la croisée des regards"  
392 pages - Février 2013

## La religion dans les établissements de santé

sous la direction de Vincente FORTIER et François VIALLA

42 €

Cet ouvrage est le fruit d'une réflexion collective dont l'originalité tient à la perspective dans laquelle s'inscrivent les contributions. En effet, en réunissant spécialistes du droit de la santé, du droit des religions et des sciences politiques, il permet d'offrir au lecteur un regard critique sur les rapports entre religion et santé dans l'espace des établissements de santé.

Revisitant les thèmes de la laïcité, de l'acte de soins ou de la relation de soins au prisme du religieux, les auteurs interrogent le croisement entre particularismes (d'origine religieuse), espace d'expression (vers une instrumentalisation de la religion) et établissements de santé. Il ne s'agit pas ici seulement de décrire l'état du droit au regard de la place de la religion dans les établissements de santé ou de prétendre traiter l'exhaustivité des problématiques en ce domaine. Fondamentalement, chacun des auteurs s'attache à confronter les droits en présence et l'utilisation qui en est faite : droit à la liberté de choisir son praticien, droit de refuser des soins, droit à l'exercice du culte... Comment l'utilisation d'un droit peut-elle devenir le vecteur d'un particularisme religieux, donc d'une revendication à tout le moins d'une réclamation, religieuse ?

Cet ouvrage permet également de lever le voile sur un certain nombre de préjugés selon lesquels l'hôpital serait fermé ou ne pourrait souscrire à une demande de nature religieuse, ou à l'inverse serait investi par le fondamentalisme.

ISBN : 978-2-84874-340-0

<http://www.leh.fr>



LEH - N° spécial Revue générale de droit médical  
136 pages - Janvier 2013

## Dix ans d'application de la loi Kouchner

sous la direction de Laurent BLOCH

46 €

À l'occasion des dix ans de la loi du 4 mars 2002, dite "loi Kouchner", l'Institut du droit de la santé de l'université Bordeaux IV a réuni d'éminents spécialistes des questions de responsabilité médicale. Tous les maillons de la procédure d'indemnisation ont ainsi pu être analysés : ONIAM, CNAMED, CCI, experts. Les évolutions législatives, mais également les principales décisions jurisprudentielles, sont ici abordées afin d'offrir une vision actualisée du dispositif.

La victime d'un accident médical n'est toutefois pas tenue de suivre la procédure de règlement amiable, aussi la place du juge reste très importante en matière d'accidents médicaux. La loi de 2002, en maintenant une dualité de juridictions, oblige les praticiens à connaître aussi bien la jurisprudence des juridictions administratives que celle des juridictions judiciaires. Au-delà de la procédure d'indemnisation, amiable ou contentieuse, les différents faits dommageables, à savoir la faute d'humanisme, les infections nosocomiales, les accidents médicaux non fautifs, ou encore les produits de santé, ont suscité des tables rondes.

Cet ouvrage recueille les réflexions d'intervenants d'horizons variés : magistrats, médecins, juristes, universitaires, représentants des victimes. Cette pluralité d'intervenants confère à ce colloque sa singularité.

ISBN : 978-2-84874-414-8

<http://www.leh.fr>

# Conseil d'Administration

## du Syngof

### Président

**Docteur MARTY**

Clinique Claude Bernard - ALBI

### Présidents d'honneur

**Docteur COUSIN**

Professeur GIRAUD

**Docteur ROZAN**

### Vice-Présidents

**Pôle Gynécologie Obstétricale  
Libérale**

**Docteur DE ROCHAMBEAU**

Hôpital privé Marne Chantereine  
BROU SUR CHANTEREINE

**Docteur LAPLACE**

Maternité Bordeaux Nord  
BORDEAUX

**Pôle Praticiens Hospitaliers**

**Docteur FAIDHERBE**

CHU Arnaud de Villeneuve  
MONTPELLIER

**Docteur LE PORS-LEMOINE**

Centre Hospitalier - ST MALO

**Pôle Gynécologie Médicale**

**Docteur GUERIN**

13 bd des rochers - VITRÉ

**Docteur HOMASSON**

5 rue Chanez - PARIS

### Secrétaire Générale

**Docteur PAGANELLI**

46 rue de la Victoire - TOURS

### Secrétaire Général Adjoint

**Docteur RIVOALLAN**

6 rue Saint Marc - QUIMPER

### Secrétaire Général honoraire

**Docteur MISLER**

### Trésorier

**Docteur BOYER DE LATOUR**

1 bd Schweitzer - SAINT QUENTIN

### Trésorier adjoint

**Docteur BOHL**

1-3 av. Carnot - ST MAX

### Membres de droit

Professeur COLETTE

Professeur GIRAUD

Professeur MONROZIES

### Membres du Bureau

**Docteur BOHL**

Tél. 03 83 18 22 22

**Docteur BOYER DE LATOUR**

Tél. 03 23 64 53 59

**Docteur DE ROCHAMBEAU**

Tél. 01 64 72 74 31

**Docteur FAIDHERBE**

Tél. 06 85 73 38 00

**Docteur GUERIN**

Tél. 06 35 22 19 33

**Docteur HOMASSON**

Tél. 01 40 71 93 64

**Docteur LAPLACE**

Tél. 05 56 43 72 24

**Docteur LE PORS-LEMOINE**

Tél. 02 99 21 21 98

**Docteur MARTY**

Tél. 05 63 77 79 00

**Docteur PAGANELLI**

Tél. 02 47 37 54 49

**Docteur RIVOALLAN**

Tél. 02 98 95 84 84

### Membres

**Docteur AMOR**

42 bd Jean Jaurès - ST RAPHAEL

**Docteur AZZOZ**

CH de Falaise - FALAISE

**Docteur BASTIAN**

Place du Grand Jardin - VENCE

**Docteur BELAICHE**

117 rue de la Colline - GRABELS

**Docteur BIAUSQUE**

11 Hôpital de Seclin - SECLIN

**Docteur BONNEAU**

2 bd du Roy

LES PAVILLONS SOUS BOIS

**Docteur BONNET**

Hôpital de Fontainebleau

FONTAINEBLEAU

**Docteur CACAULT**

71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

**Docteur CARRON**

1 bd Bonrepos - TOULOUSE

**Docteur CONSILLE**

2 bd du Roy

LES PAVILLONS SOUS BOIS

**Docteur CORTEY**

28 av. Rockefeller- LYON

**Docteur CRISTINELLI**

Clinique Arc-en-ciel - EPINAL

**Docteur DARMON**

18 rue des Remises  
ST MAUR DES FOSSES

**Docteur DE BIEVRE**

6 rue St Fiacre - MEAUX

**Docteur DENJEAN**

7 av. Pierre Verdier

BEZIERS

**Docteur DREYFUS**

25 rue Garibaldi - LYON

**Docteur FAVRIN**

Nouvelle Clinique de l'Union  
SAINT-JEAN

**Docteur GERAUDIE**

26 bd Dubouchage - NICE

**Docteur GRAVIER**

12 bd Paul Painlevé - BRIVE

**Docteur GUIGUES**

2 bis av. du CANADA - CAEN

**Professeur HOROVITZ**

Hôpital Pellegrin Maternité  
BORDEAUX

**Docteur JUBIOT**

Clinique St Jean - TOULON

**Docteur LEBOEUF**

7 av. H. Barbusse

LE BLANC MESNIL

**Docteur LEGRAND**

12 rue de France - NICE

**Docteur LE MEAUX**

Maternité Bordeaux Nord  
BORDEAUX

**Docteur LONLAS**

6 rue de la manufacture

ORLEANS

**Docteur MAALIKI**

3 B rue A. Rodin

BESANCON

**Docteur MAJIDI- AHI**

Polyclinique de Courlancy

REIMS

**Docteur MIRONNEAU**

16 crs du Général de Gaulle

DIJON



**Docteur MUHLSTEIN**3 rue des arquebusiers  
STRASBOURG**Docteur PEIGNÉ**

Polyclinique du Beaujolais - ARNAS

**Docteur PROUVOST**254 rue de Vaugirard  
PARIS**Docteur ROUGÉ**59 rue de la Chataigneraie  
BEAUMONT**Docteur SEGUY**

Av Leopold Heder - KOUROU

**Docteur TEFFAUD**Polyclinique de l'Atlantique  
ST HERBLAIN**Docteur TOMASINI**

11 bd F. Salini - AJACCIO

**Docteur TOURAME**230 av. du Prado  
MARSEILLE**Docteur VERHAEGHE**43 rue des Meuniers  
LESQUIN

# Représentation syndicale

**Représentants à l'UPIGO**

Dr Jacques FAIDHERBE, Pr Guy SCHLAEDER

**Représentant au SML**

Dr Jean MARTY

**Représentant à la FMF**

Dr Catherine GUERIN

**Représentant à l'U.ME.SPE**

Dr Yves VERHAEGHE représente l'obstétrique

**Représentants à l'E.B.C.O.G.**

Pr Jacques HOROVITZ

**Représentant à Avenir Hospitalier**

Dr Pascale LE PORS

**Représentant à la Commission Nationale de la Naissance et de la Petite Enfance**

Le Président du SYNGOF

**Représentant au Conseil National de la Chirurgie**

Le Président du SYNGOF

**Représentant au syndicat Le BLOC**

Le Président du SYNGOF

**Représentant pour le CLAHP**

Le Président du SYNGOF

Dr de ROCHAMBEAU

**Représentant de l'Association des Internes en Gynécologie Médicale (AIGM)**

Florence SCHEFFLER

**Représentant de l'Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation (AGOF)**

Le Président de l'AGOF est membre coopté du CA du SYNGOF



Je soussigné(e) :

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date d'installation \_\_\_\_\_

Tél. \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

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). **230 €**
- Option : Module FSE Pyxvital** (pour UN médecin et son secrétariat). **+ 220 €**
- Adhésion simple annuelle à l'association** (permet uniquement de recevoir les informations sur la vie de l'association mais ne donne pas droit au logiciel). **20 €**

#### A faire parvenir au trésorier de l'Association

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

Date, cachet et signature

# Délégués régionaux

## du Syngof



### Alsace

Dr Claude MUHLSTEIN  
3 rue des arquebusiers  
67000 STRASBOURG  
Tél. 03 88 36 30 47

email : claude.muhlstein@libertysurf.fr

### Aquitaine

Pr Jacques HOROVITZ  
Hôpital Pellegrin  
33076 BORDEAUX CEDEX  
Tél. 05 56 79 55 52

Fax 05 56 79 61 74

email : jacques.horovitz@chu-bordeaux.fr

Dr Jean Pierre LAPLACE  
Maternité Bordeaux Nord  
33300 BORDEAUX  
Tél. 05 56 43 72 24

email : drjplaplace@bordeauxnord.com

Dr Jean Patrick LE MEAUX  
Maternité Bordeaux Nord  
33300 BORDEAUX  
Tél. 05 57 19 52 10

email : jplemeaux@yahoo.fr

### Auvergne

Dr Michel ROUGE  
59 rue de la chataigneraie  
63110 BEAUMONT  
Tél. 04 73 40 80 81

email : rouge.m@crossmedicalsistem.com

### Bourgogne

Dr Philippe MIRONNEAU  
16 cours du Général de Gaulle  
21000 DIJON  
Tél. 03 80 67 50 33

email : pmironneau3333@orange.fr

### Bretagne

Dr Catherine GUÉRIN  
13 bd des rochers  
35500 VITRÉ  
Tél. 06 35 22 19 33

email : cathguerin@gmail.com

Dr Pascale LE PORS-LEMOINE  
CH de St Malo  
35400 ST MALO  
Tél. 02 99 21 21 98

email : p.lepors@ch-stmalo.fr

Dr Jacques RIVOALLAN  
6 rue Saint Marc  
29000 QUIMPER  
Tél. 02 98 95 84 84

email : jacques.rivoallan@wanadoo.fr

### Centre

Dr Gérard LONLAS  
6 rue du Brésil  
45000 ORLEANS  
Tél. 02 38 62 70 77

email : gerard.lonlas@wanadoo.fr

Dr Elisabeth PAGANELLI  
46 rue de la Victoire  
37000 TOURS  
Tél. 02 47 38 57 00

email : elizabeth.paganelli@wanadoo.fr

### Champagne-Ardenne

Dr Abdol MAJIDI-AHI  
Polyclinique de Courlancy  
51100 REIMS  
Tél. 03 26 77 27 32

email : majidi.courlancy@wanadoo.fr

### Corse

Dr Roger TOMASINI  
11 bd F. Salini  
20000 AJACCIO  
Tél. 04 95 21 59 02

email : tomasini.roger@wanadoo.fr

### Franche-Comté

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

### Ile-de-France

Dr Pascal DE BIÈVRE  
6 rue St Fiacre  
77100 MEAUX  
Tél. 01 64 35 13 18

email : p-debievre@ch-meaux.fr

Dr Karen BONNET  
55 bd Maréchal Joffre  
77305 FONTAINEBLEAU Cdx  
Tél. 01 48 75 23 32

email : kbonnet@ch-fontainebleau.fr

Dr Mireille BONNEAU  
2 bd du Roy  
93320 LES PAVILLONS/BOIS  
Tél. 01 41 55 19 21

email : mirbonneau@club-internet.fr

Dr Jean Alain CACAULT  
71 bd Commandant Charcot  
92200 NEUILLY  
Tél. 01 47 22 62 38

email : ja.cacault@wanadoo.fr

Dr Bruno CONSILLE  
2 bd du Roy  
93320 LES PAVILLONS/BOIS  
Tél. 01 41 55 19 20

email : bruno.consille@aliceadsl.fr

Dr Franklin DARMON  
18 rue des Remises  
94100 ST MAUR DES FOSSÉS  
Tél. 01 48 83 95 78

email : franklindarmon@free.fr

Dr Nelly HOMASSON  
5 rue Chanez - 75016 PARIS  
Tél. 01 40 71 93 64

email : nelly.homasson@sls.ap-hop-paris.fr

Dr Dominique LEBOEUF  
Clinique du Blanc Mesnil  
93156 LE BLANC MESNIL  
Tél. 01 43 78 08 92

email : d.leboeuf@free.fr

Dr Christian PROUVOST  
254 rue Vaugirard  
75015 PARIS  
Tél. 01 56 56 89 89

email : provost.kaitiaki@wanadoo.fr

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU  
Hôpital Privé de Marne  
Chantereine  
77177 BROU SUR CHANTEREINE

Tél. 01 64 72 74 31

email : bdr@club-internet.fr

### Languedoc-Roussillon

Dr Régis DENJEAN  
7 av Pierre Verdier  
34500 BEZIERS  
Tél. 04 67 30 69 01

email : regis.denjean@free.fr

Dr Jacques FAIDHERBE  
CHU Arnaud de Villeneuve  
34090 MONTPELLIER  
Tél. 04 67 75 78 39

email : j-faidherbe@chu-montpellier.fr

### Limousin

Dr Antoine GRAVIER  
12 bd Paul Painlevé  
19100 BRIVE  
Tél. 05 55 18 55 24

email : a.gravier@mac.com

### Lorraine

Dr Marc BOHL  
1-3 av. Carnot  
54130 SAINT MAX  
Tél. 03 83 18 22 22

email : marc.bohl@free.fr

Dr Stéphane CRISTINELLI  
Clinique Arc-en-ciel  
88000 EPINAL  
Tél. 03 29 68 63 64

email : stephane.cristinelli@gmail.com

### Midi-Pyrénées

Dr Claude CARRON  
1 Bd bonrepos  
31000 TOULOUSE  
Tél. 05 61 63 46 45

email : claudecarron@wanadoo.fr

Dr Serge FAVRIN  
Nouvelle Clinique de l'Union  
Bd de Ratalens  
31240 SAINT JEAN

Tél. 05 61 37 87 43

email : serge.favrin@wanadoo.fr

Dr Jean MARTY  
Clinique C. Bernard  
81000 ALBI  
Tél. 05 63 77 79 00

email : amcom@wanadoo.fr

### Nord-Pas de Calais

Dr Serge BIAUSQUE  
Maternité de Seclin  
59113 SECLIN  
Tél. 03 20 97 50 31

email : serge.biausque@wanadoo.fr

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

#### Normandie

Dr Rachid AZZOUZ  
Centre Hospitalier  
14700 FALAISE  
Tél. 02 40 55 88 10  
email : rachidaz@wanadoo.fr

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

#### Pays de Loire

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

#### Picardie

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

#### PACA

Dr Henry AMOR  
42 bd Jean Jaurès  
83700 ST RAPHAEL  
Tél. 04 94 19 81 81  
email : h.amor@free.fr

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

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

Dr Jacques JUBIOT  
Clinique St Jean  
83000 TOULON  
Tél. 04 94 16 60 00  
email : doc.jubiot@wanadoo.fr

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

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

#### Rhône-Alpes

Dr Catherine CORTEY  
28 av Rockefeller  
69008 LYON  
Tél. 04 78 93 15 58  
email : catherine.cortey@me.com

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

Dr Emmanuel PEIGNÉ  
Polyclinique du Beaujolais  
69400 ARNAS  
Tél. 04 74 65 66 06  
email : emmanuel.peigne@orange.fr

#### Outre-Mer

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



## Erratum

### Coordonnées de l'ONG HumaniTerra

A la page 46 du magazine Les cahiers SYNGOF du mois de Décembre 2012, dans l'article "Tremblement de terre", si vous voulez vous mettre en relation avec l'ONG **HumaniTerra International**, les adresses de contact à retenir sont :

152, avenue du Prado - 13008 MARSEILLE

Tél : 04 91 42 10 00

Site : <http://www.humani-terra.org>

Mail de contact : [contact@humani-terra.org](mailto:contact@humani-terra.org)

**HumaniTerra** est une ONG spécialisée dans l'amélioration de l'offre chirurgicale dans les pays en développement. Son but est d'aider les pays et les populations émergents de crises économiques et humaines à reconstruire leur système de santé de façon durable.

**HumaniTerra** s'engage sur 3 actions essentielles et complémentaires : soigner, enseigner et reconstruire.

# 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

### ■ TOURCOING

Cause retraite 1<sup>er</sup> avril 2013, gynécologue obstétricien cède gratuitement importante clientèle tenue depuis 30 ans. Possibilité de louer un cabinet dans une maison médicale à 5 mn de la clinique. Maternité de 1000 accouchements/an. Activité chirurgicale possible.

Tél. 06 09 66 83 13

### ■ MARSEILLE

Cause retraite 1/07/2013, gynéco-obstétricienne, médecin référent en écho fœtale transmet gratuitement clientèle créée depuis 25 ans. Location ou vente cabinet médical rénové, rdc, proche CHU. Peut accueillir 3 médecins.

Tél. 06 86 85 41 84

### ■ ALSACE

Cause retraite, gynécologue obstétricien cède cabinet médical fin 2012, forte clientèle, région Mulhouse, avec vente des murs du cabinet et appartement y attenant (130m2 en tout). Parking privé au sous-sol.

Tél. 03 89 50 36 88

### ■ SETE

Cause départ en retraite avril 2013. Cède cabinet gynécologie obstétrique au sein d'une polyclinique. (500 accouchements par an, 3 associés).

Tél. 06 15 34 08 81

### ■ PARIS

Cession, cause décès, cabinet de gynécologie obstétrique secteur 2, deux pas Metro Convention.

Tél. 06 67 38 95 47

### ■ NANCY

Cause retraite juin 2013, gynécologue obstétricien cède patientèle + matériel et mobilier de bureau gratuitement. Cabinet loué à proximité immédiate Polyclinique Majorelle, maternité niveau IIB, 2600 accts/an. Activité chirurgicale possible.

Tél. 06 80 71 24 33

### ■ TOULOUSE

Gynécologue-obstétricien cherche successeur(s) obstétricien ou gynécologue médical(e) cause départ retraite. Importante clientèle en centre ville. Clinique niveau 2.

Tél. 06 80 13 53 97

### ■ BASTIA

Cause retraite 1<sup>er</sup> juillet 2013, gynécologue-obstétricien secteur II, cède patientèle tenue depuis 35 ans (€ symbolique) plus matériel dont échographe G.E. 730 pro (janvier 2010). Agréable cabinet individuel centre-ville. Plateau technique à proximité, sans apport.

Tél. 06 07 09 98 13

## Associations

### ■ SETE

Cause départ retraite Avril 2013 cherche 3<sup>ème</sup> associé pour chirurgie gynéco. et obstétrique (500Acc./an). Cabinet au sein de la polyclinique.

Tél. 06 15 34 08 81

### ■ TARBES

Groupe de cinq gynéco-obstétriciens cherche un associé, établissement de 300 lits, 950 accouchements pôle chirurgical fort, radiothérapie et chimiothérapie sur place, secteur 2.

Tél. 06 15 56 73 45

### ■ ALBI

Groupe de 3 gyn-obstétriciens cherche associé(e). Mat. niveau 1, 600 accts, autorisation ARS renouvelée en 2012. Gros potentiel. Aucun apport. Cabinet sur site avec pédiatres. Locaux neufs. Clinique 225 lits, réa, scanner, IRM, centre départemental de cancérologie.

Tél. 06 81 56 85 89

## Remplacements

### ■ Spécialiste du remplacement

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

Tél. 04 77 57 14 90

ou 06 81 30 65 72

### ■ LOIRE ATLANTIQUE

Gynécologue obstétricien cherche remplacements en secteur public et privé, France métropolitaine et Dom Tom.

Tél. 06 99 47 74 81

### ■ ILE DE FRANCE

URGENT : gynécologue-obs. secteur 2, ACCA AIHP, cherche remplaçant pour consultations en cabinet et activité obstétricale en secteur libéral. Possibilité cession.

Tél. 06 61 92 99 26

### ■ COLMAR

Chirurgien gynécologue obstétricien + écho. Retraité, cherche remplacements si possible réguliers en secteur public ou privé.

Tél. 06 16 67 13 32

### ■ POINTE-A-PITRE

Gynécologue obstétricien ouvert et disponible pour toute proposition de remplacement en France ou Outre-mer.

Tél. 06 96 24 76 95

### Recherche emploi de gynécologue médicale

au sein d'un établissement de santé, à temps plein ou partiel. Je suis médecin salarié en activité avec plus de 10 ans d'expérience professionnelle. CES de gynéco obs.

CV sur demande.

Tél. 06 37 95 46 61

### ■ MARSEILLE

Gynécologue médicale disponible pour remplacements en cabinet à partir de novembre 2012. CCA en CHU.DESC de médecine de la reproduction. DIU d'échographie.

Tél. 06 09 86 78 29

### ■ FONTAINEBLEAU

Gynécologue obstétricienne recherche des remplacements réguliers ou occasionnels. Activité de consultation. DU de colposcopie.obstétricien.

Tél. 06 83 17 23 98

### ■ MARTIGUES-MARSEILLE

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

Tél. 06 50 07 61 98

## Matériel

### ■ ILE DE FRANCE

Souhaite acheter un appareil d'échographie pour morphologie fœtale.

Tél. 06 11 37 41 50

# Le coin des cinéphiles du siècle dernier



## L'INTÉGRALE Irene DUNNE

Tous les soirs d'avril dès minuit

Le meilleur de l'intégrale les samedis à partir de 22h25

17 films à découvrir ou à revoir

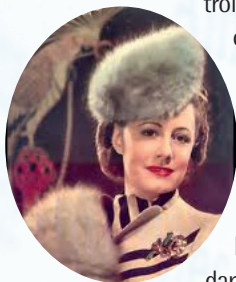


Si ses talents vocaux et musicaux lui ont permis d'amorcer une carrière d'actrice, c'est en multipliant les genres que la discrète Irene Dunne va atteindre le statut de star. Spécialisée dans les rôles mélodramatiques à ses débuts, la finesse de son jeu et son air naturel vont la faire s'épanouir totalement dans la *screwball comedy*\*, formant à trois reprises avec Cary Grant un duo irrésistible. Souvent qualifiée de meilleure actrice à n'avoir jamais remporté d'Oscars, malgré cinq nominations, c'est à cette icône quelque peu oubliée que TCM rend hommage.

Née le 20 décembre 1898 dans le Kentucky d'un père inspecteur des bateaux à vapeur et d'une mère pianiste et professeur de musique, Irene Dunne racontera "qu'aucun de ses succès sur scène ou à l'écran ne lui procurera autant d'émotion que lorsqu'elle descendait le Mississippi en bateau aux côtés de son père". Mais après le décès de ce dernier, alors qu'elle n'a que onze ans, l'influence musicale exercée par sa mère va totalement imprégner la petite Irene. Particulièrement douée, Irene suit des prestigieux enseignements comme celui du *Chicago Musical College*. Elle s'installe à New-York en 1920 afin de décrocher des petits rôles sur scène pour étoffer son bagage artistique.

Irene Dunne va progressivement se faire une place à Broadway jusqu'à obtenir ses premiers rôles à la fin des années 20, comme celui de Magnolia dans *Show Boat*, qui lui permettra de se faire remarquer par un scout de la RKO. Le studio qui se spécialise au début des années 30 dans le mélodrame va offrir à l'actrice de nombreux rôles comme dans *Consolation marriage*, *L'Ame du ghetto*, *No other woman*, *The Silver cord*, *Ann Vickers*, *This man is mine*, ou bien encore dans le très rare *Stingaree* qui fait parti de la *Collection Lost and Found* des films retrouvés et restaurés par TCM.

A la fin de son engagement avec la RKO, l'actrice préférera travailler en indépendante, tournant des films avec la RKO, Universal, Columbia ou encore MGM. En 1937, elle tournera ainsi au sein de la Columbia, dans l'un des joyaux de la comédie américaine, *Cette sacrée vérité* aux côtés de Cary Grant. Son rôle de Lucy lui vaudra une troisième nomination aux Oscars (après *Cimarron* et *Theodora goes wild*), mais tout



comme Cary Grant, elle ne décrochera jamais la récompense tant convoitée. Et ce, malgré une nouvelle nomination pour *Elle et lui* (1939) où elle retrouve le réalisateur Leo McCarey. Ironie du sort, c'est Cary Grant qui reprendra le rôle masculin lors du remake de 1957. Désormais très à l'aise dans les rôles comiques, Irene Dunne retrouve Cary Grant et Randolph Scott pour tourner le mythique *Mon épouse favorite* où elle tente par tous les moyens de récupérer son mari Nick, remarié suite à une longue disparition (son rôle sera repris par Marilyn Monroe dans le remake inachevé de George Cukor, *Something's got to give*). Au cours des années 40 Irene Dunne tournera dans de nombreuses comédies, devenant une icône du genre, que ce soit sous la direction de Charles Vidor

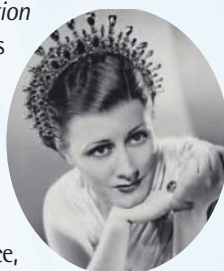
dans *Coup de foudre*, ou aux côtés de Fred MacMurray dans *Mon cowboy adoré*. L'actrice se distingue toujours dans des rôles plus dramatiques et son personnage d'immigrante norvégienne dans *Tendresse* en 1948 lui vaudra une cinquième et dernière nomination aux Oscars... toujours infructueuse. Le choix d'indépendance qu'avait fait l'actrice envers les grands studios est certainement une des explications à cette injustice.

Peinant à retrouver le succès et lassée du manque de reconnaissance de ses pairs, l'actrice arrête sa carrière cinématographique en 1952 à l'âge de 54 ans, préférant se consacrer à des activités caritatives et politiques en étant même nommée déléguée aux Nations Unies par le président Dwight Eisenhower en 1957. Irene Dunne était une icône des années 40, dont la discrétion l'a empêchée de garder, au fil du temps, l'aura de certaines de ses contemporaines comme Rita Hayworth ou Ingrid Bergman. Elle laisse derrière elle une filmographie riche et variée avec certains joyaux du cinéma et d'autres plus rares que TCM vous propose de découvrir ou redécouvrir.

Le meilleur de l'intégrale les samedis d'avril sur <http://tcmcinema.fr>

Je remercie TCM pour toutes ces informations. Pour plus de détails sur la programmation actuelle et future voici leur adresse <http://tcmcinema.fr>

Si certains films méritent d'être enregistrés vous pouvez accéder à TCM à la demande.



Marc-Alain ROZAN

## Agenda



## - avril -

11 avril 2013

**Cercle de vidéochirurgie gynécologique**Domaine de l'Amirauté  
DEAUVILLERenseignements : JPCom  
75 Avenue Georges Clémenceau  
14000 CAEN  
Tél. 02 31 27 19 18  
Fax 02 31 27 19 17  
E-mail : [jpc@jpc.com](mailto:jpc@jpc.com)  
Site : [www.jpc.com](http://www.jpc.com)

11 et 12 avril 2013

**13<sup>èmes</sup> Journées Gynécologiques, Pédiatriques et Obstétricales Modernes**Domaine de l'Amirauté  
DEAUVILLERenseignements : JPCom  
75 Avenue Georges Clémenceau  
14000 CAEN  
Tél. 02 31 27 19 18  
Fax 02 31 27 19 17  
E-mail : [jpc@jpc.com](mailto:jpc@jpc.com)  
Site : [www.jpc.com](http://www.jpc.com)

18 et 19 avril 2013

**JOROP 2 Journées Réunionnaises Obstétrico-Pédiatriques**Domaine du Moca  
ST DENIS de LA RÉUNIONRenseignements :  
Réseau Périnatal Réunion  
10 bis allée des gloxinias  
Bassin Plat 97410 ST PIERRE  
Tél. 02 62 35 95 87  
E-mail : [Sec.polefme.ghsr@chr-reunion.fr](mailto:Sec.polefme.ghsr@chr-reunion.fr)

## - mai -

2 au 4 mai 2013

**XI<sup>th</sup> MSRM Mediterranean Society for Reproductive Medicine**

Marrakech

Congress Secretariat : Natalie FONO  
Tél. +212 661 165 033  
E-mail : [info@eventsfactory.net](mailto:info@eventsfactory.net)30 mai au 1<sup>er</sup> juin 2013**1<sup>st</sup> World Congress on abdominal & Pelvic Pain**

Amsterdam

THE NETHERLANDS

Congress Secretariat :  
P.O. Box 1050  
6501 BB Nijmegen - The Netherlands  
Tél. +31 (0) 6 223 116 30  
Project manager : Silvia de Bruin  
E-mail : [s.debruin@congreslink.nl](mailto:s.debruin@congreslink.nl)

## - juin -

12 au 14 juin 2013

**10<sup>ème</sup> Congrès International de Gynécologie Obstétrique et Reproduction de la Côte d'Azur**Hôtel le Negresco  
NICERenseignements :  
Creative Spirit - Magali LIOTIER  
Tél. : 04 97 06 39 39  
Mobile : 06 65 65 02 84  
E-mail : [magali@creativespirit.eu](mailto:magali@creativespirit.eu)

13 au 16 juin 2013

**Gyn-Monaco**Hôtel Fairmont  
MONACO

Présidente : Michelle NISOLLE (Liège)

Secrétariat scientifique :  
Charles Nahmanovici  
E-mail : [nahmano@gyn-monaco.com](mailto:nahmano@gyn-monaco.com)  
Tél. 06 11 50 42 98  
[www.gyn.monaco.com](http://www.gyn.monaco.com)  
Secrétariat : Tradotel Riviera  
Laurence Douai  
Tél. 04 93 53 00 10  
Mobile : 06 11 50 61 86  
E-mail : [gyn@gyn-monaco.com](mailto:gyn@gyn-monaco.com)

24 au 26 juin 2013

**RCOG Royal College of Obstetricians and Gynaecologists**

Liverpool

UNITED KINGDOM

Renseignements :  
Hampton Medical Conferences Ltd  
113-119 High Street  
Hampton Hill  
Middlesex, TW12 1NJ - UK  
Tel: +44 (0) 20 8979 8300  
Fax: +44 (0) 20 8979 6700  
E-mail : [info@rcog2013.com](mailto:info@rcog2013.com)

## - septembre -

18 au 21 septembre 2013

**10<sup>ème</sup> Congrès de la Société Européenne de Gynécologie**Square Meeting Centre  
BRUXELLESRenseignements :  
Marc ROBBIANO  
Tél. + 32 4 225 61 11  
E-mail : [marc.robbiano@chu.ulg.ac.be](mailto:marc.robbiano@chu.ulg.ac.be)  
Secrétariat du congrès :  
[www.biomedicaltechnologies.com](http://www.biomedicaltechnologies.com)  
Tél. + 39 070340293  
E-mail : [seg2013@btcongress.com](mailto:seg2013@btcongress.com)  
Site : [www.seg2013.com](http://www.seg2013.com)  
[www.seg-web.org](http://www.seg-web.org)

28 et 29 septembre 2013

**Séminaire GYNÉLOG**  
**Hôtel Le Régent - La Baule**Renseignements : Nadine PRUGNY  
SYNGOF : 04 67 04 17 18  
[syngof@syngof.fr](mailto:syngof@syngof.fr)



**SYNGOF**  
Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



## "TOUT SAVOIR SUR VOTRE GROSSESSE"

[www.syngof.fr](http://www.syngof.fr) → Espace grand public

A la demande du Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France (Syngof), la Haute Autorité de santé (HAS) a fait paraître des recommandations : "Comment mieux informer les femmes enceintes"<sup>1</sup>. Le Syngof a souhaité rendre accessibles aux femmes enceintes ces recommandations scientifiques destinées initialement aux professionnels de santé. Il les a enrichies du fruit de l'expérience quotidienne des gynécologues obstétriciens et des dernières données médicales. *Site mis à jour en 2010.*

### **Tout pour vivre votre grossesse en confiance**

Sur le site "Tout savoir sur votre grossesse" vous trouverez informations pratiques, conseils face aux petits maux de la grossesse, mises en garde devant les résultats des examens, etc.

Au sommaire de

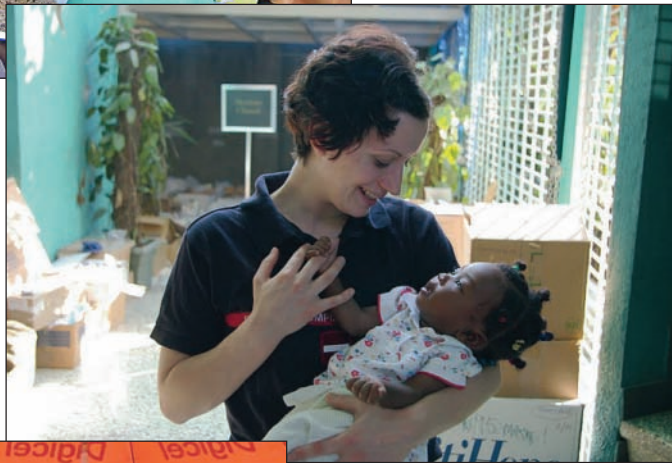
### **"TOUT SAVOIR SUR VOTRE GROSSESSE"**

- Pour informer les femmes enceintes
- Vos interlocuteurs
- Vos rendez-vous médicaux
- La consultation, pour quoi faire ? :  
Tout ce que la femme enceinte doit signaler au praticien ; le contenu détaillé des consultations, médicales et échographiques et leur objectif
- Signes d'alerte : attention, urgence !
- Travail, nutrition, médicaments, couple, loisirs
- Nouveautés :
  - L'entretien au 1<sup>er</sup> trimestre pour vous initier à la parentalité
  - La consultation en vue d'une grossesse
- Mémento de la grossesse mois après mois
- Glossaire :  
Tous les termes techniques mentionnés sur le site "Tout savoir sur votre grossesse" sont expliqués en termes clairs



**HumaniTerra**

ONG d'aide chirurgicale aux pays en développement



ASSOCIATION RECONNUE D'INTÉRÊT GÉNÉRAL - PROGRAMME HUMANITEREA

