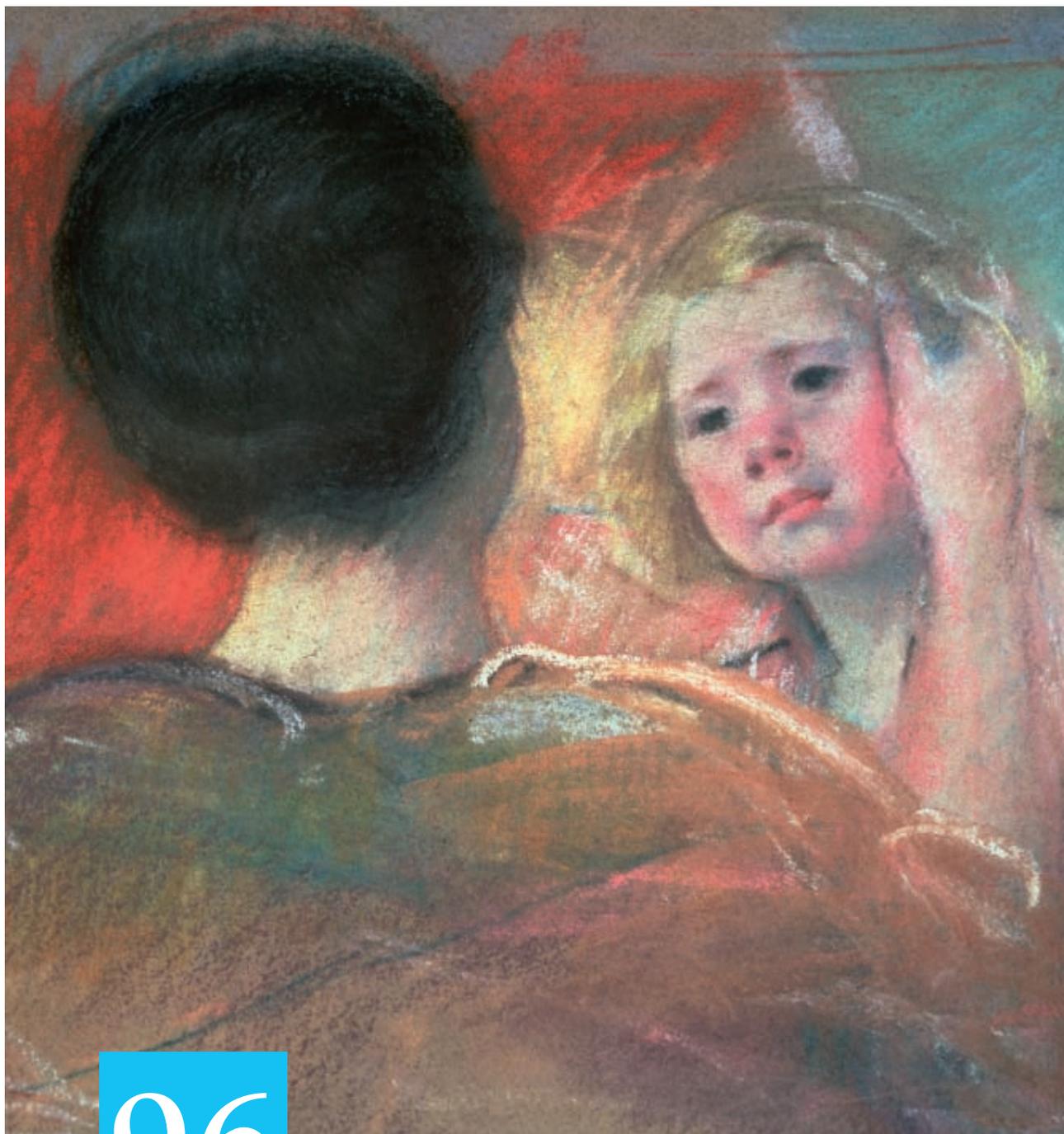


LES
CAHIERS

SYNGOOF

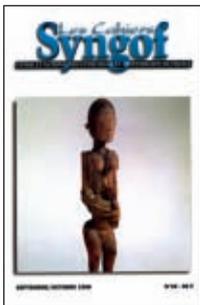
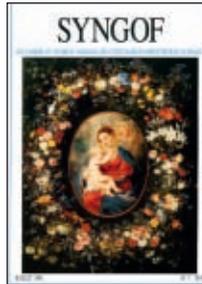
Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



96

Mars
2014

- Compte-rendu de l'Assemblée Générale
- HAS et contraception
- Ethique et droit du vivant : AMP, GPA...



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 14 mars 2014

J. MARTY

10 Conseil d'administration du 14 mars 2014

J. MARTY

13 HAS et contraception

E. PAGANELLI

ANALYSE DU RISQUE MÉDICAL

18 Revue de presse médicale :

- Oubli d'une compresse...
- Faute de l'obstétricien et de la clinique...
- Répartition des responsabilités...

M-A ROZAN

DROIT ET GYNÉCOLOGIE

21 Ethique et droit du vivant :

- Assistance médicale à la procréation (AMP)

A. PICARD et B. BEVIÈRE-BOYER

- Gestation pour autrui (GPA)

A. CHAUSSY

- Avortement

C-E. THIAW et A. CHAUSSY

- Recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires

M. US

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

28 Histoire des premières césariennes... une si longue attente

B. SEGUY

GYNÉCOLOGIE HUMANITAIRE

33 Quelles sont les motivations pour faire de l'humanitaire ?

A. BENBASSA

VOS RUBRIQUES

37 Formation Gynerisq-Syngof

38 Propos de lecture

40 Conseil d'administration

42 Délégués régionaux

44 Commissions de qualification

46 Petites annonces

47 Le coin des cinéphiles du siècle dernier

48 Agenda des congrès

96

mars



The Bridgeman Art Library

Mother combing Sara's hair

Cassatt, Mary Stevenson (1844-1926)

Private Collection - Christie's Images

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.

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

Email fxdelatour@gmail.com

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

Email : bdr@club-internet.fr

Siège social : Syngof, 25 rue du Tendat

81000 ALBI - Tél. 04 67 04 17 18

e.mail : syngof@syngof.fr

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

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

Conception et Réalisation :

Nadine Prugny

Maquette P.A.O. : Nadine Prugny

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2014

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

L'affichage médiatique des sages-femmes sous l'action d'un petit groupe très actif a fait émerger plusieurs concepts destinés à leur trouver une utilité nouvelle. La volonté planificatrice de l'administration française de la santé a réalisé la paupérisation des gynécologues obstétriciens pour encore une dizaine d'années et dans le même temps multiplié les sages-femmes, elles sont maintenant 23 000 dont 4 000 libérales. Parce que les sages-femmes ne sont pas des gynécologues obstétriciens les unes ne peuvent remplacer les autres, elles auront donc leur originalité, tirée de leur formation : les sages-femmes seront la "profession médicale" pour les femmes qui n'ont pas de pathologie !

L'accouchement physiologique, elles connaissent, elles en demandent l'exclusivité, la leur accorder serait méconnaître une caractéristique essentielle de notre activité : la pathologie ne s'affiche pas, l'accouchement ne peut être déclaré physiologique qu'après la sortie du délivre. Alors que tout est fait actuellement pour faire travailler les acteurs de salle de naissance ensemble, la demande d'isolement des sages-femmes dans des unités spécifiques ne peut être entendue.

Les sages-femmes demandent l'exclusivité de la consultation de premier recours. Les femmes ont actuellement un accès au spécialiste gynécologue dans les conditions financières identiques à celles du parcours de soins qui impose le passage par le médecin traitant. Imposer le passage par la sage-femme dont les compétences sont limitées à la prévention, au dépistage et à la contraception constitue un obstacle au juste soin pour toutes les femmes qui souffrent d'une pathologie, que celle-ci soit connue ou non, retardant l'accès aux praticiens compétents pour ces pathologies. Là encore, une offre de soins coordonnées entre sages-femmes et gynécologues obstétriciens au sein d'équipes habituées à travailler ensemble doit permettre à l'inverse une gestion optimisée de l'accès à des soins gynécologiques gradués. Ce modèle existe et fonctionne dans les meilleurs hôpitaux publics, il devrait pouvoir être appliqué à l'activité libérale de ville, comme des établissements de santé privés aujourd'hui menacés par la pénurie d'obstétriciens.

La sage-femme en ville, dans son cabinet, isolée ou en groupe a-t-elle un avenir ? Conçu par ses promoteurs comme un corps intermédiaire, produisant moins cher que les médecins, formé plus rapidement, dédié à la femme en bonne santé et à la petite enfance dépourvue de pathologie, la sage-femme est donc une profession médicale à part. Son cœur de métier c'est la physiologie de la femme, ou comment être en bonne santé et le rester.

C'est un concept très novateur, être chargé de maintenir la bonne santé plutôt que de traiter la maladie. Jusqu'à présent ce rôle était dévolu au médecin en plus de son rôle de soignant et bien souvent négligé faute de temps. La raréfaction des gynécologues obstétriciens provoquant même au début de ce siècle un véritable défaut d'accès aux soins comme à la prévention pour les femmes en France.

L'arrivée des sages-femmes en ville serait donc une bonne nouvelle ?

Pas forcément, car le modèle économique de leur fonctionnement n'a lui, rien de très novateur. Paiement à l'acte, absence de mission précise, d'objectifs de santé publique, de contrôle de leur installation, toutes caractéristiques identiques à celles des médecins. Les mêmes travers vont se répéter : sous paiement des actes qui vont se multiplier, orientation des activités en fonction de leur plus ou moins bonne rémunération et multiplication des actes inutiles, installation préférentiellement dans les villes à bon pouvoir d'achat. Et rien ne changera : creusement du trou de l'assurance maladie sans amélioration de la santé des femmes saines, la prévention ne décollera pas, les déserts médicaux resteront désert, les dépistages ne dépisteront rien de plus et les sages-femmes ne tarderont pas à redescendre dans la rue... Il doit y avoir mieux à faire avec toutes ces sages-femmes, non ?



FRANÇOIS-XAVIER BOYER DE LATOUR
DIRECTEUR DE PUBLICATION

Du bon usage de la nomenclature

L'action syndicale revêt de nombreux aspects certains touchant des sujets majeurs, et d'autres plus terre à terre.

Ainsi récemment, nous avons pu apprécier le travail de Pascale Le Pors Lemoine dans la négociation sur le statut des sages-femmes, ou celui qu'a conduit et que poursuit encore Jean Marty pour nos "trous de garantie" dans notre responsabilité civile professionnelle. Dans un registre plus prosaïque Bertrand de Rochambeau et moi-même avons décidé d'ouvrir une rubrique dans les cahiers du SYNGOF sur le bon usage de la NGAP et de la CCAM.

En effet, de réformes successives en retouches ponctuelles, la cotation de nos actes et de nos consultations est devenue d'une extrême complexité, notamment pour les jeunes installés. Aussi l'équipe du SYNGOF vous proposera dans chaque revue une explication sur la cotation d'une catégorie d'actes sur un thème donné. Comme nous ne prétendons pas tout savoir nous aimerions que cette rubrique soit interactive et que vous puissiez nous transmettre vos remarques, et vos suggestions. Pour cela nous ouvrirons un lien sur le site du SYNGOF sur lequel chacun pourra s'exprimer. Vos propositions seront ensuite analysées et retransmises sur la revue dès que possible.

Ainsi à notre échelle nous voudrions rendre la vie de nos adhérents plus facile, et finalement n'est-ce pas là un rôle fondamental de notre action au sein de notre syndicat ?

Assemblée générale 14 mars 2014

Nous avons participé avec tous les syndicats représentatifs à la présentation d'une architecture de texte qui pose le principe d'une limitation de la couverture des compléments d'honoraires inférieure pour les médecins de secteur 2 n'ayant pas adhéré au CAS...

J. MARTY*

é

étaient présents les Docteurs :

BASTIAN, BOHL, BONNEAU, BONNET, BOYER DE LATOUR, CACAULT, DE BIEVRE, DE ROCHAMBEAU, GERAUDIE, GUERIN, GUIGUES, HOROVITZ, LE PORS, LEGRAND, MARTY, MIRONNEAU, PAGANELLI, PEIGNÉ, ROUGÉ, TEFFAUD, THIEBAU-GEORGES, VERHAEGHE.

Étaient excusés les Docteurs :

DARMON, DREYFUS, FAVRIN, GRAVIER, HOMASSON, JELEN, LAPLACE, LEBOEUF, LONLAS, RIVOALLAN, ROZAN.

Le président ouvre la séance à 13h40. Il accueille le Dr Olivier THIEBAU-GEORGES, gynécologue obstétricien à Toulouse, candidat pour être administrateur du SYNGOF. Il se présente à l'Assemblée.

Adoption du PV de l'assemblée générale de 2013

Le procès-verbal est adopté à l'unanimité des membres présents.

Rapport moral du pôle GM E. PAGANELLI

Le pôle gynécologie médicale du SYNGOF défend l'intérêt des gynécologues médicaux sans léser l'ensemble des gynécologues.

La gynécologie médicale a toujours lutté pour sa reconnaissance et son existence, même, en tant que spécialité a été remise en cause sans cesse. Après avoir dû être reconnue par les gynécologues obstétriciens et les médecins généralistes elle doit être reconnue par les sages-femmes !

Cette spécialité existe à part entière avec une formation spécifique au sein de la faculté. L'AIGM, association des internes en gynécologie médicale est actuellement présidée par Stéphanie Bonne. Elle n'est pas venue ce jour car dit-elle "je n'ai malheureusement pas la possibilité de me rendre à l'AG du 14 mars pour cause de contrainte du service". C'est malheureusement également le cas des autres membres du bureau la

semaine étant visiblement riche en cours de DU de tous genres.

L'AIGM a d'ores et déjà dégagé un certain nombre de consensus au sujet de la politique sanitaire qui accompagne la filière de gynécologie médicale et au-delà.

- Juste répartition démographique des professionnels de santé et maintien de la liberté d'installation,
- Adaptation du nombre de praticiens formés aux besoins de santé publique.

L'AIGM vient de m'adresser les résultats d'un sondage fait auprès de 40 internes et 29 anciens internes de GM sur la grève des sages-femmes. Je vous livre les conclusions de l'enquête :

- Le travail des sages-femmes n'est pas revalorisé et payé à sa juste valeur.
- Un statut particulier pourrait se discuter mais non au statut de PH. Il reste quand même une grande différence en terme de formation entre le médecin gynécologue et la

*Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

sage-femme. Surtout sur la possibilité d'offrir une prise en charge globale.

- D'ailleurs, on entend beaucoup les syndicats parisiens... mais propos généraux recueillis dans les services sont plus modérés.
- La démographie médicale nécessite de réfléchir à la place des sages-femmes afin de permettre aux patientes d'avoir rapidement accès à un praticien pouvant l'aider avec les problèmes de contraception.
- La formation en gynécologie doit être encadrée, le programme précis, et les limites de prise en charge en gynécologie bien établies.
- Non au recours exclusif aux sages-femmes : les patientes doivent pouvoir nous consulter sans intermédiaire !
- Retours d'internes qui ressentent un ras-le-bol face à l'ambiance dégradée dans les services.

En 2013, la ministre Marisol Touraine a ouvert 41 postes aux ECN. L'AIGM évalue actuellement les besoins démographiques à environ 50 internes par an afin de remplir les missions qui incombent à la gynécologie médicale. Ce DES de 4 ans a pour but de former des spécialistes très compétents en endocrinologie de la reproduction, de l'infertilité et de son traitement ainsi que dans le domaine de l'oncologie hormono-dépendante comme le cancer du sein, de l'ovaire et de l'utérus. Cette spécialité ne saurait être remise en cause par le transfert d'une partie de son champ d'activité vers les sages-femmes.

Cursus médecin : 10 ans

Cursus sage-femme : 5 ans

Le rapport du Sénat par la Commission des affaires sociales sur la coopération entre professionnels de santé enregistré à la présidence du Sénat le 28-01-2014 clarifie les fondations d'une offre de soins de qualité sur l'ensemble du territoire. *"Il est tout à fait pertinent de libérer du temps médical disponible pour une meilleure répartition des compétences, améliorer la qualité des*

soins gynécologiques offerts aux patientes, proposer des protocoles de coopérations entre professionnels de santé pour une meilleure prise en charge des femmes".

Mais la Commission du Sénat rappelle aussi fermement dans son texte *"que le champ de compétence des sages-femmes est limité par rapport à celui des médecins". "Leur domaine comme les chirurgiens-dentistes est par nature borné par rapport à celui des médecins et ne peut s'étendre à l'ensemble de la médecine".*

Le SYNGOF sera vigilant sur le respect des compétences des sages-femmes et se tient à la disposition des conseils de l'ordre pour dénoncer le non-respect du champ des compétences. De même il ne saurait être question qu'une commission de qualification qualifie des médecins généralistes déjà spécialistes en médecine générale (spécialité revendiquée, obtenue et indispensable dans un 1^{er} recours) en gynécologues médicaux au prétexte qu'il ferait un DIU de gynécologie pour médecin généraliste ou d'autres DIU. Le médecin généraliste ayant fait un DIU d'HTA ne saurait revendiquer une spécialité de cardiologie. Si les besoins en gynécologie médicale sont réels, il faut augmenter le nombre d'internes formés en gynécologie médicale.

Le SYNGOF souhaite que chaque faculté qui fait un DIU informe clairement les étudiants des conséquences de l'obtention d'un tel diplôme.

Rapport moral du pôle PH P. LE PORS

L'année écoulée a été très dense marquée à la fois par les suites du *"pacte de confiance"* et le positionnement vis-à-vis du mouvement collectif des sages-femmes...

La publication de l'arrêté *Astreintes* (8-11-2013) appelle des précisions sur les modalités d'application. Le temps additionnel est réglementairement comptabilisé au-delà de 10 demi-

journées hebdomadaires, et non au-delà de 48 h comme tenteraient de l'imposer certaines directions...

L'activation de Commissions paritaires régionales est lente... leur rôle est important (dialogue social territorial, désamorçage des conflits) après appel à candidature, 4 membres du SYNGOF PH se sont portés volontaires, et participeront au titre d'*"Avenir Hospitalier"* dès la mise en place dans leur région.

L'activité libérale à l'hôpital : suite à la mission Laurent, pas de réforme majeure... mais la mise en place de contrôles accrus.

DPC à l'hôpital : telle complexité (et donc sous utilisation des crédits pourtant limités !), que les IS de PH demandent pour 2014 le maintien de la FMC classique et son financement. Gouvernance hospitalière : la mission *"bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements publics de santé"* a été de façon biaisée, confiée aux conférences hospitalières (Directeurs généraux, conférence des présidents de CME)... les 5 IS de PH simplement *"invitées"* pour une brève audition le 11 décembre 2013, ont décliné cette invitation et publié l'enquête réalisée auprès des PH, très critique vis-à-vis de ce volet de la loi HPST (Communiqué commun 5 IS dec 2013) cf. www.praticienshospitaliers.com

Sages-femmes : le mouvement du collectif des sages-femmes a souligné le ressenti de manque de reconnaissance de ce métier... mais aussi par contre coup, très largement l'important malaise (voire burn out) des gynécologues !

Grâce à la représentativité d'*Avenir Hospitalier* dont le SYNGOF est partenaire, la parole des gynécologues obstétriciens a été loyalement portée (cf. texte et enquête), ce qui était d'autant plus légitime et indispensable, que dans le groupe dit *"statut"* était en fait rediscuté, via les contours de la profession de sage-femme, ceux de la profession de gynécologue obstétri-



Vème
J.I.M.A.B.E

Journées Internationales de Médecine, d'Art et de Bien-Être

Du lundi 20 octobre au
mercredi 29 octobre 2014 à **SHANGHAI**



www.jimabe.com

 Un concept unique depuis 2009

Le congrès historique des J.I.F.P.L, les Journées Internationales de formation des professionnels libéraux, le congrès de tous les patrimoines.

La symbiose entre formation scientifique et patrimoniale, l'art et le bien-être



BANYAN TREE

7 Nuits / Tarifs : base chambre double avec petits déjeuners
Du lundi 20 octobre au mercredi 29 octobre 2014
(Vacances de Toussaint)

Hôtel Banyan Tree Shanghai ★★★★★
www.banyantree.com

Tarifs : **2800 €** / personne (non inclus les droits d'inscription de 400 €)

Base chambre double bed and breakfast

Invitation aux 2 soirées de gala d'ouverture et clôture avec cocktails et dîners gastronomiques

Accès à toutes les soirées culturelles (Montant éligible à la formation DIF)



Hôtel ★★★★★
Banyan Tree
 Shanghai

- 2013 • Shanghai Wow**
 Prix d'or de la meilleure terrasse avec vue sur la rivière
- 2013 • Golden Pillow Award of China Hotels**
 Top dix des hôtels les plus populaires récemment ouverts
- 2013 • Hurun Report**
 Prix de la meilleure suite présidentielle
- 2013 • Time Out Shanghai**
 Prix de la meilleure chambre d'hôtel
- 2013 • Time Out Shanghai**
 Prix du meilleur hôtel récemment ouvert

PRÉ-PROGRAMME

Quelques thèmes abordés... Parmi tant d'autres aussi surprenants !

LE PATRIMOINE

L'Europe a-t-elle enfin abrogé le monopole de la sécurité sociale française ?

Dr Claude Reichman, Président du Mouvement pour la Liberté de la Protection Sociale, le M.L.P.S

La faillite annoncée de la retraite par répartition : les mesures à prendre d'urgence pour vous éviter une catastrophe patrimoniale. Apprendre à se construire son propre avenir patrimonial.

- Plus que jamais l'exercice en Selarl et maintenant... la holding !,
- La diversification patrimoniale d'excellence : celle qui protège mais valorise.
- Enfin une méthode révolutionnaire de gestion financière qui crée de la

valeur et protège votre capital !

- Les investissements plaisirs mais indispensables : l'or physique, les grands vins, le cinéma, les manuscrits anciens, la photographie d'art, l'immobilier exotique,...

L'EXERCICE PROFESSIONNEL

- L'art de fidéliser sa clientèle.
- Le web au service de l'image du praticien : site internet et réseaux sociaux.
- La comptabilité optimale.

LA SCIENCE

La médecine fonctionnelle, la médecine de demain... aujourd'hui ! Nutrigénétique, séquençage génétique, bilan anti-âge, nutrition optimale. Un objectif : la santé optimale et le bien-être à chaque moment de la vie et avant l'apparition de la maladie. Avec l'expertise de l'Institut Européen des Sciences de la Santé et de la Longévité (I.E.S.S.L);

Présentation en première mondiale d'un outil informatique de bilan anti-âge complet destiné à tous les professionnels de la santé.

L'ART

- L'Art contemporain asiatique : vernissage d'une formidable exposition.
- Philosophie : conférence absolument exceptionnelle avec 3 des plus grands philosophes français sur le thème des mystères de l'univers : « Pourquoi y a-t-il quelque chose plutôt que rien ? L'origine de l'univers : qu'y avait-il avant le big bang ? ; Sommes nous nés au hasard dans un monde qui s'en moque ?
- Visites de Shanghai et de sa région.



M. Frédéric NADAL,
 Président des J.I.M.A.B.E

Renseignements et inscription pour les Journées Internationales de Médecine, d'Art et de Bien-Être

En ligne • www.jimabe.com

Par email • contact@vivezlesiles.fr

En demandant un bulletin d'inscription à l'agence **Vivez les îles**

Par courrier • **Vivez les îles** 1 bis, rue Joseph

Cabassol 13100 Aix en Provence

En renvoyant le bulletin d'inscription rempli et édité

Par téléphone • **Vivez les îles** - 04 86 11 10 08

Les **10 premières réservations** avec paiement intégral bénéficieront d'un **triple surclassement en chambre offert.**

Les **30 premières réservations** bénéficieront de **20% de réduction** sur **tous les soins spa.**

rien. Les liens et les échanges aussi bien avec le CNGOF, qu'avec la Fédération des cercles des hôpitaux généraux ont été fréquents et constructifs, permettant de faire valoir avec force l'engagement unanime des gynécologues dans la qualité des soins dus aux femmes, et le refus de voir réformer la périnatalité et le suivi des femmes sous la contrainte d'un mouvement spontané mais légalement non représentatif, très centré sur la profession de sage-femme au détriment de l'organisation indispensable, pluridisciplinaire et en réseaux...

La ministre a arbitré le 4 mars :

- Les gynécologues obstétriciens ne sauraient être exclus de certains secteurs des maternités, leur responsabilité va de pair avec le respect de leur compétence globale sur le physiologique comme le pathologique, ils peuvent être chefs d'unités fonctionnelles physiologiques.
- Les sages-femmes ont un statut spécifique de "sage-femme des hôpitaux" au sein de la fonction publique hospitalière.

Il reste encore le sujet majeur du premier recours et du suivi gynécologique. Nous revendiquons une information claire et loyale des femmes : le suivi de prévention et dépistage légalement accordé aux sages-femmes, n'est pas le suivi gynécologique et général offert par un médecin.

Avenir Hospitalier en 2014, c'est l'entrée dans les discussions sur la pénibilité (mission DGOS), acquise grâce à la journée de mobilisation d'Avenir Hospitalier (mouvement de novembre 2013) : établir les critères (physiques et psychosociaux, permanence des soins, travail de nuit, médico-légal etc.), prévenir la pénibilité (conditions de travail, dispositifs de surveillance, CHSCT, compte pénibilité), accompagner et compenser (indemnités, gestions des fins de carrière).

Une meilleure analyse et reconnaissance de la forte sujétion de la profession de gynécologue et obstétricien au-delà de l'hôpital vaudra pour tous : il faut porter ce travail.

Tous ces sujets majeurs de votre vie professionnelle... mais aussi sociale et familiale (+++) ont en commun la nécessité que tous s'engagent : une réforme ne peut arriver que par un syndicat, une intersyndicale représentative dont les événements récents viennent de démontrer l'importance.

Vous trouverez sur le site syngof.fr le texte : **Bilan et évaluation du fonctionnement des pôles dans les établissements de santé.**

Discussion avec la salle.

Rapport moral du pôle PTL et action syndicale J. MARTY

Cette année a été dominée par certains événements marquants :

- Suite de l'avenant 8.
- Préparation de la loi sur la stratégie nationale de santé
- Réunions

1 - Avenant 8

Accès aux dépassements pour les secteurs 1 titrés

L'avenant prévoit l'accès aux dépassements pour les secteurs 1 titrés : derrière la lutte contre les abus, il y a la reconnaissance que la majorité des compléments d'honoraires ne sont pas abusifs. Avec le regret que certains restent bloqués en secteur 1.

Les procédures contre les abus, dans les commissions paritaires, ont commencé et semblent caricaturales. Il nous a été relaté le cas de médecins âgés, de faible activité, qui ont un mode de facturation globalisée avec de gros dépassements. Toutefois ces derniers sont rares.

Les commissions critiquent ce harcèlement. La CNAM quant à elle se réjouit comme prévu du tassement des dépassements. Dans la réalité, le résultat semblerait modeste.

Les contrats responsables

Dans le prolongement de cet avenant 8, se situe la discussion sur le décret du contrat responsable des

complémentaires santé. Il s'agit des contrats des assurances complémentaires qui bénéficient d'un dégrèvement fiscal en contrepartie du respect d'un cahier des charges incluant la prise en charge du ticket modérateur mais interdisant la prise en charge d'autres franchises, notamment celle concernée par le non-respect du parcours des soins, les dépassements DA.

Nous avons participé avec tous les syndicats représentatifs à la présentation d'une architecture de texte qui pose le principe d'une limitation de la couverture des compléments d'honoraires inférieure pour les médecins de secteur 2 n'ayant pas adhéré au CAS.

Par contre il n'y a aucun plancher à la prise en charge des compléments d'honoraire.

Il est prévu que ces plafonds se réduisent progressivement sur 3 ans. Les chiffres seuils ne sont pas encore donnés mais nous gardons à l'esprit ceux avancés par la Mutualité qui préconise une limitation à 50% pour secteur 2 et à 100% pour les CAS et pousse le décret dans ce sens. Ce dernier va contrarier le dispositif des assureurs et des instituts de prévoyance qui, dans le cadre de ces contrats responsables de groupe, couvraient jusqu'à ce jour convenablement les compléments d'honoraires. Ce que ne font pas les mutuelles spécialisées dans les contrats individuels.

Il nous semble que la mutualité veut rendre plus difficile la couverture des compléments d'honoraires pour réduire la concurrence par rapport à ces mauvais contrats. Avec le risque que les contrats de sur-complémentaires prennent de l'importance si les chirurgiens maintiennent leurs dépassements, ce qui est probable.

2 - Stratégie nationale de santé

Quelques grandes orientations

Malgré la régionalisation et la montée en puissance des ARS comme tutelle de la médecine de ville, il n'y aura pas de convention régionale. Les

règles conventionnelles resteront nationales, sans pour autant prévoir une agence nationale de santé.

Labellisation globale "service public" des établissements de santé

La stratégie nationale de santé s'orientée vers une reconnaissance d'un label de service public pour les établissements qui répondent à un cahier des charges rigoureux et offrent les avantages du secteur public. Sur ce dernier point nous avons exprimé notre opposition à ce clivage. Il va déterrer la hache de guerre du secteur privé à l'hôpital, posant un dilemme aux confrères qui fournissent plus d'heures médicales au travers du secteur privé mais permettent par cette activité la rémunération de l'hôpital. Si cette activité est tolérée, il s'agira alors d'une mesure de favoritisme dogmatique.

En outre, ce label enlève sa valeur à la prise en charge des patients précaires dans le secteur libéral dans un esprit de service public qui ne sera plus reconnu. Cela comporte le grand risque de démotiver les libéraux qui ont accepté de pratiquer des soins à un tarif inférieur de 20% à 40%, si on compte les 8 Mds d'€ MIGAC dont bénéficie seul le secteur public. On peut redouter aussi que cela soit un motif pour exclure les libéraux de la PDES. Il nous a déjà été opposé le prétexte que certains patients sont hospitalisés en urgence, puis la phase aiguë étant passée, sont opérés avec des dépassements.

Nous sommes plus favorables à une contractualisation de tous les établissements pour des prises en charge de type service public pour les patients qui le justifient et dans le cadre de l'urgence. Ces prises en charges doivent légitimement ouvrir droit au tarif de service public.

Tiers payant

Mesure emblématique que nous connaissons déjà pour l'hospitalisation et qui serait attendue pour la consultation. Certains avancent l'épouvantail du retour de la possibilité de tarifs flottants. Mais pourquoi

davantage pour la consultation que l'hospitalisation ?

Il est surprenant que l'avance de frais qui est un facteur de responsabilisation soit abandonnée au moment où les Pouvoirs publics souhaitent faire des économies de 50 Mds.

Peut-être le gain de frais de gestion en éliminant les remboursements individuels compensera-t-il l'augmentation de la consommation ? Notons que tous les syndicats refusent le besoin d'avoir plus d'une caisse de liquidation.

Démocratie sanitaire

- Conditions de la représentation des usagers dans les ARS : l'orientation se fera surtout au niveau des instances régionales.
- L'ouverture de l'accès aux données sanitaires : c'est pour nous l'occasion de demander l'accès aux données à valeur médicale pour les démarches qualité et d'apprécier notre participation à l'effort d'économie qui nous sera imposé. Nous avons intérêt à pouvoir choisir nous-mêmes les économies réalisables dans le domaine des prescriptions pour limiter les contraintes sur les honoraires.

3 - Réunions

Nous avons participé à des réunions :

Le développement de professionnels de soins intermédiaires entre docteurs en médecine et auxiliaires médicaux (l'équivalent des sages-femmes dans tous les domaines de pénurie sanitaire).

Nous avons confirmé notre accord de principe pour organiser au sein de nos cabinets la délégation de soins afin d'économiser autant que nécessaire le temps médical. Mais nous refusons l'autonomisation avec l'obligation de prise en charge en cas de complication de ces soins pour lesquels nous n'aurions pas de responsabilité dans l'organisation.

Nous devons négocier une facilitation de la facturation en redéfinissant l'exigence sur notre participation lors de délégation pour l'acteur effectif des soins. Cette loi santé peut être de

plus, pour nous, l'occasion de modifier certaines dispositions d'ordre responsabilité. Nous avons en effet plusieurs difficultés limitées en nombre mais très préoccupantes pour les personnes concernées.

Le retour de collègues qui sont exposés au trou de garantie

pour la période des déclarations de sinistre entre 2002, date d'apparition des plafonds, et avant 2012 quand est intervenue la couverture par le caisse centrale de réassurance.

Avec le Président GILLET nous avons exploré toutes les possibilités. Nous demandons que la loi prévoit l'intervention de la CCR lorsque le dépassement du plafond est constaté.

En ce qui concerne l'aide à l'assurance pour les accoucheurs qui pratiquent un nombre important d'échographies de surveillance de stimulation, nous avons obtenu l'accord oral d'une dérogation par lettre de la ministre.

Nous demandons de plus le BCT pour les médecins de 60 ans qui sont exclus par AXA et se voient proposer des contrats de 40 000 €.

Rapport du trésorier J. MARTY

En 2013, 1187 adhérents ont réglé leur cotisation. 310 adhérents n'ont pas réglé leur cotisation et 115 sont en voie de radiation (conformément aux statuts).

Celles-ci ont rapporté 261 573 € alors que l'année précédente le chiffre était de 268 583 €.

La revue a rapporté, en 2013, 15 900 € alors que l'an dernier la somme était seulement de 12 000 €. Les formations organisées par le SYNGOF ont aussi rapporté en 2013 une prestation exceptionnelle de 26 700 €.

Le résultat d'exploitation est donc bénéficiaire de 84 630 €.

Les charges annuelles d'exploitation ont été de 223 038 € en 2013 alors que l'année d'avant ce chiffre était de 297 195 €.

L'Assemblée générale avait voté l'abandon du commissariat aux comptes. Conseil pris, cela n'est pas possible et les comptes lui ont donc été transmis tardivement. Nous n'avons pas son compte rendu annuel. Nous le produirons lors du prochain conseil en juin.

Après discussion avec la salle il est décidé que la cotisation annuelle ne changera pas cette année et restera à 230 € (même tarif depuis 3 ans).

Le Quitus est voté à l'unanimité des membres présents.

Elections des administrateurs J. MARTY

Se présentaient les docteurs :

Jacques HOROVITZ, PH, en Aquitaine
Jean-Pierre LAPLACE, GO privé en Aquitaine

Michél ROUGÉ, GO privé en Auvergne

Catherine GUÉRIN, GM privé en Bretagne

Pascale LE PORS LEMOINE, PH en Bretagne

Karen BONNET, PH en Ile de France
Jacques FAIDHERBE, GO privé en Languedoc-Roussillon

Béatrice GUIGUES, GM privé en Normandie

Harold JELEN, PH en Pays de Loire
Daniel LEGRAND, GO privé en Provence-Alpes-Côte d'Azur

Olivier THIEBAUGEORGES, GO privé en Midi-Pyrénées

Tous les administrateurs sont **élus à l'unanimité des membres présents.**

L'assemblée générale est levée.

Conseil d'administration

du 14 mars 2014

Le Conseil d'administration est ouvert par le Président le Dr J. MARTY.

Celui-ci demande au Dr E. PAGANELLI de présenter le colloque que le SYNGOF souhaite organiser au Sénat sous le titre : *les Etats Généraux de la gynécologie.*

Le Dr PAGANELLI se demande s'il serait possible d'indemniser éventuellement par le FAF les participants de ce colloque au lieu de demander des frais d'inscription.

Discussion avec la salle.

Etats Généraux de la gynécologie E. PAGANELLI

Le SYNGOF souhaite organiser une journée sur les états généraux de la gynécologie afin de valoriser notre métier. Je vous propose ce jour un pré-programme d'une journée à prévoir en automne 2014 au Sénat et je compte sur les membres du bureau pour s'investir avec les jeunes gynécologues médicaux de l'AIGM formés déjà très intéressés par ce projet. Nous proposons un pré-programme ci-dessous :

Accueil à 9h30

Le mot d'accueil :
Président du SYNGOF

Session 1 : Gynécologie pratique

- Les acteurs du suivi gynécologique, une interdisciplinarité nécessaire ou imposée ? (10h-11h30)
- Table-ronde : CNEGM (orateur en attente), Elisabeth Paganelli (SYNGOF), CNSF (orateur en attente) ISNAR-IMG (orateur en attente) ; Animation : AIGM/FNCGM (orateur en attente)
- Démographie et réseaux ville-hôpital en Gynécologie (11h30-12h15)
- Conférence Débat, animée par Elisabeth Paganelli et Pascale Le Pors SYNGOF ; CNOM (orateur en attente)
- La juste valorisation des actes en Gynécologie, halte aux idées reçues ! (12h15-13h)
- Conférence Débat, par Jean Marty (SYNGOF)

Session 2 : Gynécologie et société

- La contraception de demain. (14h15-15h). Conférence débat, CNEGM (orateur en attente) et SFG (orateur en attente)

- Le droit à l'IVG en 2014, quelle place pour les Gynécologues ? (15h-16h)

- Table-ronde : Planning familial (orateur en attente) ; Mouvement féministe (orateur en attente), SYNGOF (orateur en attente) AFC (orateur en attente) ; Animation : AIGM/FNCGM (orateur en attente)

- AMP pour tous, GPA, Gratuité, Secret... Quelles évolutions législatives et réglementaires en reproduction ? (16h-17h)

- Table-ronde : CNGOF (orateur en attente), Fédération des CECOS (orateur en attente), AIGM (orateur en attente), Collectif Oui (orateur en attente) ; Animation : AIGM/FNCGM (orateur en attente)
Les Drs Catherine GUÉRIN et Mireille BONNEAU vont aider Elisabeth PAGANELLI à organiser cette journée.

Le Dr MARTY propose de faire ce colloque fin octobre. E. PAGANELLI doit appeler le Sénat pour connaître la disponibilité des salles. Il faut faire la promotion de cette journée pour avoir, en gros, la participation de 100 personnes.

Discussion sur le programme avec la salle.

Revue SYNGOF
F.X. BOYER DE
LATOUR

Le Dr BOYER de LATOUR propose de mettre dans la revue le bon usage de la CCAM pour aider les gynécologues dans leur pratique quotidienne. Il souhaite un fichier interactif sur le site du Syngof.

Il est décidé de préparer une mise en ligne avec questionnaire pour les adhérents.

ONDAM
C. GUERIN

Depuis 4 années consécutives, nous observons que l'objectif national des dépenses de l'assurance maladie est respecté et cela, en particulier, grâce aux dépenses des soins de ville qui ont baissé.

En 2012 la sous exécution par rapport à l'objectif fut de l'ordre du milliard dont 635 millions d'économies réalisées par les soins de ville et 100 millions par les cliniques privées. En 2013, de nouveau, la sous exécution par rapport à l'objectif fut de

500 millions d'euros et ceci principalement grâce à l'effort de la ville.

Comment comprendre le blocage de nos honoraires notamment cliniques depuis près de 10 ans sachant que l'augmentation que nous venons d'obtenir correspond à la valeur cible des actes à techniques fixes en 2005 ! Nous ne pouvons que déplorer que pour 2014 l'ONDAM pour la ville ait été encore abaissé au chiffre de 2,4% de marge de progression (contre 2,7% pour 2013) alors que celui-ci reste fixé à 3% pour les établissements.

On lit encore que l'objectif 2014 est d'abaisser les honoraires des libéraux de 130 millions d'euros notamment ceux des radiologues et des biologistes...

Bon nombre de spécialités cliniques comme la nôtre réalisant des échographies sont fortement impactées par la baisse des tarifications.

En fait, il suffit d'abaisser la valeur des actes les plus fréquents (échographies pelviennes) tout en permettant le simple rattrapage des actes les moins nombreux (échographies obstétricales)... Le tour est joué!

Groupe de
travail HAS
O. THIBEAUGEORGES

Au sein de l'HAS, un groupe de travail se réunit actuellement afin d'élaborer un programme d'assurance qualité pour le dépistage combiné de la trisomie 21. Depuis 5 ans, les numéros d'identifiant permettant aux échographistes de participer à ce dépistage ont été donnés sur la base des EPP réalisées. Pour poursuivre ce programme, il convient de déterminer le rôle des différents acteurs institutionnels, les modalités pratiques du programme et les exigences vis-à-vis des échographistes. Les administrateurs souhaitent éviter la mise en place d'un nouveau programme dont la lourdeur diminuerait l'efficacité. L'utilisation et l'interprétation des données mises à disposition par l'ABM (moyenne et écart type des MoM des mesures de clarté nucale par opérateurs) pourraient permettre aux échographistes d'identifier la nécessité d'améliorer leurs pratiques via une participation au DPC.

La séance est levée à 16h30



Suivez l'actualité du SYNGOF
au quotidien sur

www.syngof.fr



L'Hôpital Croix Rouge Française, établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) situé à Kourou, ville du Centre Spatial Guyanais, regroupe 120 lits MCO autour d'un plateau technique complet

RECHERCHE GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN à 3/4 temps annualisé soit une présence de 29 semaines/an

Maternité de niveau 2A, 1000 accouchements par an, équivalent 60 6000 KC par an, présence de 5 anesthésistes sur l'établissement, APD à la demande, service de pédiatrie avec 3 pédiatres.

- ⇒ Prise en charge des accouchements eutociques par les sages-femmes, suivant un protocole de type hospitalier. Dystocie assurée par les gynécologues. 14 ETP sages-femmes.
- ⇒ Chirurgie avec 4 salles opératoires équipées en laparotomie, cœlioscopie, voie basse, mise en place de lits ambulatoires, laser disponible.
- ⇒ Plateau échographique avec échographe GE E8 date d'installation 08/2011, Voluson, échographiste référent sur place.

L'équipe est composée de 5 praticiens à 3/4 temps, soit 3,75 ETP de présence effective de deux praticiens sur site en continu.

Contact : Madame Nicole ROYER
Tél. 05 94 32 84 85 - 05 94 32 76 12
Email : royern@cmck.org
ou Docteur Jean-Pierre DUVERNOIS
Tél. 06 64 53 18 57 - 06 94 90 27 71



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>

HAS

et contraception

E. PAGANELLI*

L' HAS (Haute Autorité de Santé) va prochainement sortir deux documents d'aide à la décision partagée :

- 1 - "Choisir sa contraception avec un professionnel de santé"
- 2 - "Aider la personne à choisir une contraception adaptée"

Un document d'aide à la prescription est mis à disposition des prescripteurs afin de guider la discussion entre le prescripteur et la patiente (*voir documents pages suivantes*). Ce document peut également être transmis sur demande par l'exploitant et remis à l'occasion de visites médicales. Il est aussi téléchargeable sur son site Internet, ainsi que sur le site internet de l'ANSM à l'adresse suivante : www.ansm.sante.fr

Vous y lirez que la pilule n'est pas la seule contraception que les couples peuvent choisir.

On nous sollicite pour proposer systématiquement des contraceptions sans contrainte d'horaire, ou non hormonales, et si possible remboursées. Toutes les autres contraceptions comme les stérilets et l'implant sont à proposer systématiquement lors de chaque consultation.

L'HAS nous a aussi recommandé de déclarer tout évènement indésirable sous estroprogestatifs à l'ANSM.

Mais à qui déclarer les problèmes qu'ont vécu nos patientes avec un stérilet ?

Si vous avez des patientes qui ont vécu des problèmes avec leur stérilet il est important de faire remonter le signalement.

On nous a vivement conseillé de déclarer tout évènement indésirable sous estroprogestatifs.

Je vous conseille donc de faire une déclaration :

- soit à l'unité de matériovigilance de l'ANSM si le DIU concerné est un DIU au cuivre (déclaration en ligne via ce lien : <http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Votre-declaration-concerne-un-dispositif-medical/Votre-declaration-concerne-un-dispositif-medical-Vous-etes-un-professionnel-de-sante-un-correspondant-local-de-materiovigilance>)
- soit au centre de pharmacovigilance de votre région si le DIU est un Mirena® (déclaration en ligne via ce lien : <http://ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Votre-declaration-concerne-un-medicament/Votre-declaration-concerne-un-medicament-Vous-etes-un-professionnel-de-sante>).

Tous les éléments suivants, si vous en disposez, ont leur importance :

Exemple : expulsion d'un stérilet avec une coupe menstruelle.

Nom du DIU, marque de la coupe menstruelle, antécédents gynécologiques notables éventuels, date de pose du DIU, confirmation de la bonne insertion du DIU (clinique et/ou échographique), délai entre le début d'utilisation d'une coupe menstruelle et l'expulsion, date de l'expulsion, et bien sûr les conséquences éventuelles de l'expulsion (grossesse non désirée etc.).

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



INFORMATION TRANSMISE SOUS L'AUTORITE DE L'ANSM

Lettre aux professionnels de santé

Février 2014,

Contraceptifs hormonaux combinés : rester conscient des différences entre les spécialités face au risque thromboembolique, de l'importance des facteurs de risque individuels, et être attentif aux manifestations cliniques

Information destinée aux gynécologues, médecins généralistes, sages-femmes, pharmaciens et infirmiers, ainsi qu'aux centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF) et aux centres de PMI

Madame, Monsieur, Cher confrère,

En accord avec les autorités de santé européennes et l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM), les titulaires des autorisations de mise sur le marché des spécialités concernées souhaitent vous informer des résultats d'une évaluation menée à l'échelle européenne et des données relatives au risque thromboembolique associé à certains contraceptifs hormonaux combinés¹ (CHC). Cette lettre s'adresse à tous les prescripteurs de contraceptifs et à tous les professionnels de santé susceptibles d'être confrontés à un cas de thrombose survenant lors de l'utilisation d'un CHC.

Résumé

- Cette évaluation a confirmé les conclusions antérieures selon lesquelles le risque thromboembolique veineux associé à tous les CHC faiblement dosés (contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol) est faible.
- Les différences observées entre les CHC concernant le risque thromboembolique veineux (TEV), en fonction du type de progestatif qu'ils contiennent, sont bien documentées. Les CHC contenant les progestatifs suivants : lévonorgestrel, noréthistérone ou norgestimate, sont ceux qui comportent le risque TEV le plus faible (cf. tableau 1 ci-dessous).
- Lors de la prescription d'un CHC, une attention particulière doit être portée aux facteurs de risque individuels actuels de chaque patiente, en particulier ceux relatifs à la thromboembolie veineuse (TEV), et à la différence de risque de TEV entre les CHC.
- Il n'est pas nécessaire d'arrêter l'administration d'un contraceptif hormonal combiné pour une patiente qui n'a jusqu'alors présenté aucun problème.
- Aucune donnée n'a permis d'établir de différence au sein des CHC faiblement dosés (contenant moins de 50 µg d'éthinylestradiol) en ce qui concerne le risque thromboembolique artériel (TEA) qui leur est associé.
- Chez la plupart des patientes, les bénéfices associés à l'utilisation d'un CHC sont nettement supérieurs au risque de survenue d'effets indésirables graves. L'attention doit être portée sur les facteurs de risque individuels de chaque patiente et sur la nécessité de les réévaluer régulièrement. Lors de la prescription d'un CHC, il est également important de sensibiliser les patientes aux manifestations cliniques de TEV et TEA.
- Face à une patiente présentant des symptômes de TEV, la possibilité d'une thrombose induite par un CHC doit toujours être envisagée.
- Des documents d'aide complémentaires seront mis en place pour faciliter la consultation, notamment un document d'aide à la prescription listant les points à vérifier avec les patientes afin de s'assurer de la pertinence de la prescription du CHC. Un document pour les patientes, décrivant les principaux signes et symptômes de TEV et de TEA afin de les y sensibiliser, sera également disponible.

Informations complémentaires

De nombreuses études ont évalué le risque de TEV (thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire) chez les utilisatrices de différents CHC. L'analyse de l'ensemble des données a permis de conclure que le risque de TEV diffère d'une spécialité à l'autre, les spécialités associées au risque le plus faible étant celles contenant les progestatifs suivants : lévonorgestrel, noréthistérone ou norgestimate. Pour certains CHC, les données disponibles ne suffisent pas à définir le risque encouru comparé à l'utilisation de spécialités à faible risque.

Le tableau 1 ci-après rassemble les meilleures estimations du risque de TEV associé à un certain nombre de CHC contenant de l'éthinylestradiol et un progestatif, comparé au risque de TEV associé aux CHC contenant du lévonorgestrel.

Le risque de TEV associé à un CHC est inférieur à celui associé à la grossesse et à la période du post-partum.

¹ Les contraceptifs hormonaux combinés contenant de l'éthinylestradiol ou de l'estradiol associé à de la chlormadinone, du désogestrel, du dienogest, de la drospirénone, de l'étonogestrel, du gestodène, du nomégestrol, de la norelgestromine ou du norgestimate.

Tableau 1 : Risque de TEV associé aux contraceptifs hormonaux combinés

Progestatif contenu dans le CHC (associé à l'éthinylestradiol, sauf mention contraire)	Risque relatif vs. lévonorgestrel	Incidence estimée (pour 10 000 femmes par année d'utilisation)
Non utilisatrice de CHC, non enceinte	-	2
Lévonorgestrel	Réf.	5-7
Norgestimate / Noréthistérone	1,0	5-7
Gestodène / Désogestrel / Drospirénone	1,5-2,0	9-12
Étonogestrel / Norelgestromine	1,0-2,0	6-12
Chlormadinone / Diénogest/ acétate de nomégestrol (E2)	AC ¹	AC ¹

E2 – estradiol ; AC – à confirmer

¹ Des études supplémentaires sont en cours ou planifiées pour collecter des données suffisantes afin d'estimer le risque de ces spécialités.

Les prescripteurs doivent connaître les informations sur les médicaments ainsi que les recommandations cliniques en vigueur pour choisir le contraceptif le plus adapté à chaque patiente. Le risque de TEV est maximal durant la première année d'utilisation de tout CHC, ou lors de la reprise d'un CHC après une interruption de 4 semaines ou plus.

Le risque de TEV est également plus élevé en présence de facteurs de risque individuels. Les facteurs de risque de TEV évoluent avec le temps et le risque encouru par chaque patiente doit être réévalué régulièrement. Aussi, afin de faciliter un diagnostic précoce, il est impératif de demander à toute femme présentant des manifestations cliniques de TEV, si elle prend des médicaments ou "si elle utilise un contraceptif hormonal combiné". Il est nécessaire de garder à l'esprit qu'une part importante des thromboses ne sont pas précédées de manifestations patentées.

Par ailleurs, il est connu que l'utilisation de CHC accroît le risque de TEA (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral), mais les informations disponibles ne suffisent pas à déterminer si ce risque varie entre les différents CHC.

Aussi, le choix du CHC à utiliser doit impérativement être fait en concertation avec la patiente, après avoir discuté du niveau de risque de TEV associé aux différents CHC, de l'influence de ses facteurs de risque actuels sur le risque de TEV et de TEA, et de ses préférences.

>> Un document d'aide à la prescription est mis à disposition des prescripteurs afin de guider la discussion entre le prescripteur et la patiente (exemplaire joint à cette lettre). Ce document peut également être transmis sur demande par l'exploitant et remis à l'occasion de visites médicales. Il est aussi téléchargeable sur son site Internet, ainsi que sur le site internet de l'ANSM à l'adresse suivante : www.ansm.sante.fr

>> Des informations complémentaires destinées aux patientes seront également fournies et disponibles sur le site internet de l'ANSM.

Les informations relatives à ces médicaments ont été mises à jour afin de refléter l'analyse des données disponibles et de rendre ces informations aussi claires que possible. L'opportunité a été également saisie pour mettre à jour les incidences de TEV afin de refléter les données les plus récentes. L'augmentation des taux de TEV est probablement liée à l'amélioration de diagnostic, à une augmentation de la notification des cas de TEV et à un accroissement de la prévalence de l'obésité au cours du temps.

Déclaration des effets indésirables

Nous vous rappelons que vous devez déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament dont vous avez connaissance au centre régional de pharmacovigilance (CRPV) dont vous dépendez. Vous trouverez les coordonnées de ces centres sur le site internet de l'ANSM (www.ansm.sante.fr) ou dans le dictionnaire Vidal®.

Les informations complémentaires, ainsi que la liste des spécialités concernées, sont accessibles sur le site de l'ANSM à l'aide du lien suivant : www.ansm.sante.fr



INFORMATION TRANSMISE SOUS L'AUTORITE DE L'ANSM

**DOCUMENT D'AIDE A LA PRESCRIPTION
CONTRACEPTIFS HORMONAUX COMBINÉS**

Veillez utiliser ce document d'aide à la prescription conjointement avec le Résumé des Caractéristiques du Produit lors de toute consultation relative à l'utilisation des contraceptifs hormonaux combinés (CHC).

- L'utilisation de contraceptifs hormonaux combinés (CHC) est associée à un risque thromboembolique (par exemple, thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire, infarctus du myocarde ou accident vasculaire cérébral).
- Le risque thromboembolique associé aux CHC est plus élevé :
 - au cours de la première année d'utilisation ;
 - lors de la reprise d'une contraception hormonale combinée après une interruption de 4 semaines ou plus.
- Les CHC contenant de l'éthinylestradiol en association avec du lévonorgestrel, du norgestimate ou de la noréthistérone sont considérés comme ceux qui présentent le risque thromboembolique veineux (TEV) le plus faible.
- Le risque encouru par une patiente dépend également de son risque thromboembolique intrinsèque. La décision d'utiliser un CHC doit par conséquent prendre en compte les contre-indications et les facteurs de risques de la patiente, en particulier ceux liés au risque thromboembolique (voir les encadrés ci-dessous ainsi que le Résumé des Caractéristiques du Produit).
- La décision d'utiliser tout autre CHC que l'un de ceux associés au risque le plus faible de TEV doit être prise uniquement après concertation avec la patiente afin de s'assurer qu'elle comprend :
 - le risque thromboembolique associé à ce CHC ;
 - l'influence de ses facteurs de risque intrinsèques sur son risque de thrombose ;
 - la nécessité de rester attentive à toute manifestation clinique de thrombose.

Si vous cochez l'une des cases de cette section, ne prescrivez pas de CHC. La patiente a-t-elle :	
<input type="checkbox"/>	des antécédents personnels ou un événement actuel de thrombose, par exemple une thrombose veineuse profonde, une embolie pulmonaire, un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral, un accident ischémique transitoire, un angor ?
<input type="checkbox"/>	un trouble personnel connu de la coagulation ?
<input type="checkbox"/>	des antécédents de migraine avec aura ?
<input type="checkbox"/>	un diabète avec complications vasculaires ?
<input type="checkbox"/>	une pression artérielle très élevée, par exemple une pression systolique ≥ 160 mmHg ou une pression diastolique ≥ 100 mmHg ?
<input type="checkbox"/>	une hyperlipidémie importante ?
<input type="checkbox"/>	une intervention chirurgicale majeure ou une période d'immobilisation prolongée est elle prévue ? Si tel est le cas, <u>suspendre l'utilisation et conseiller une méthode de contraception non hormonale au moins pendant les 4 semaines précédant l'intervention ou l'immobilisation et les 2 semaines suivant le retour à une mobilité complète.</u>

Si vous cochez l'une des cases de cette section, vérifiez avec la patiente la pertinence de l'utilisation d'un CHC	
<input type="checkbox"/>	La patiente présente-t-elle un IMC supérieur à 30 kg/m ² ?
<input type="checkbox"/>	La patiente a-t-elle plus de 35 ans ?
<input type="checkbox"/>	La patiente fume-t-elle ? Si la patiente fume et est âgée de plus de 35 ans, il est impératif de lui

	<u>conseiller vivement d'arrêter de fumer ou d'utiliser une méthode de contraception non hormonale.</u>
<input type="checkbox"/>	La patiente présente-t-elle une pression artérielle élevée, par exemple une pression systolique entre 140 et 159 mmHg ou une pression diastolique entre 90 et 99 mmHg ?
<input type="checkbox"/>	La patiente a-t-elle un parent proche ayant présenté un évènement thromboembolique (voir liste ci-dessus) à un âge relativement jeune (par exemple avant l'âge de 50 ans) ?
<input type="checkbox"/>	La patiente ou quelqu'un de sa famille proche présente-t-il une lipidémie élevée ?
<input type="checkbox"/>	La patiente a-t-elle des migraines ?
<input type="checkbox"/>	La patiente présente-t-elle un trouble cardiovasculaire tel que fibrillation auriculaire, arythmie, coronaropathie ou valvulopathie ?
<input type="checkbox"/>	La patiente est-elle diabétique ?
<input type="checkbox"/>	La patiente a-t-elle accouché au cours des semaines précédentes ?
<input type="checkbox"/>	La patiente est-elle sur le point de faire un long voyage aérien (> 4 heures) ou effectue-t-elle des trajets quotidiens de plus de 4 heures ?
<input type="checkbox"/>	La patiente présente-t-elle toute autre maladie susceptible d'accroître le risque de thrombose (par exemple : cancer, lupus érythémateux disséminé, drépanocytose, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, syndrome hémolytique et urémique) ?
<input type="checkbox"/>	La patiente utilise-t-elle tout autre médicament susceptible d'accroître le risque de thrombose (par exemple : corticoïdes, neuroleptiques, antipsychotiques, antidépresseurs, chimiothérapie, etc.) ?
<p>La présence de plus d'un facteur de risque peut remettre en cause la pertinence de l'utilisation d'un CHC. Il faut garder en mémoire que les facteurs de risques de chaque patiente peuvent évoluer avec le temps. Il est important d'utiliser ce document à chaque consultation.</p>	

Veillez-vous assurer que votre patiente a compris qu'elle doit prévenir un professionnel de santé qu'elle utilise un contraceptif hormonal combiné si elle :

- doit subir une intervention chirurgicale ;
- doit subir une période d'immobilisation prolongée (par exemple à cause d'une blessure ou d'une maladie, ou si elle a une jambe dans le plâtre) ;

➤ Dans ces situations, il est recommandé de discuter avec la patiente de l'opportunité d'utiliser une méthode de contraception non hormonale jusqu'à ce que le niveau de risque redevienne normal.

Veillez également informer votre patiente que le risque de caillot sanguin est accru si elle :

- fait des trajets prolongés (> 4 heures) ;
- présente toute contre-indication ou tout facteur de risque relatifs aux CHC ;
- a accouché au cours des semaines précédentes.

➤ Dans ces situations, votre patiente doit être particulièrement attentive à toute manifestation clinique de thrombose.

Veillez **conseiller à votre patiente de vous informer** en cas d'évolution ou d'aggravation de l'une des situations mentionnées ci-dessus. **Veillez encourager vivement vos patientes** à lire la notice d'information de l'utilisateur qui figure dans l'emballage de chaque CHC, y compris la description des manifestations associées à la formation de caillots sanguins, auxquelles elles doivent rester attentives.

Nous vous rappelons que vous devez déclarer tout effet indésirable suspecté d'être dû à un médicament dont vous avez connaissance au Centre Régional de pharmacovigilance (CRPV) dont vous dépendez. Vous trouverez les coordonnées de ces centres sur le site internet de l'ANSM (www.ansm.sante.fr) ou dans le dictionnaire Vidal®.

Analyse

du risque médical

M-A ROZAN*

CCI : Conciliation et indemnisation

Oubli d'une compresse : la responsabilité du chirurgien n'est pas engagée

Relevé de décision d'une Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI)

Une femme de 51 ans, ayant eu deux césariennes, consulte son gynécologue pour des métrorragies abondantes. Celui-ci lui propose une hystérectomie et l'adresse à un chirurgien qui procède à l'intervention par laparotomie. Au cours de l'opération, en raison d'adhérences entre la vessie et le vagin, une plaie vésicale survient ; le praticien la suture. A M+1, la patiente présente des douleurs abdominales et son médecin traitant lui prescrit des antalgiques. A M+5, devant des douleurs abdominales diffuses associées à une défense abdominale et à un empâtement au toucher vaginal, il l'adresse aux urgences chirurgicales de l'hôpital où le diagnostic de sigmoïdite est suspecté. Le scanner met en évidence un abcès pelvien au sein duquel est décrit une masse hétérogène correspondant à un textile (compresse oubliée). La patiente est transférée à la clinique où elle avait été préalablement opérée. Le même chirurgien intervient à nouveau et procède à l'ablation de la compresse oubliée. Dans les suites, apparaît une fistule digestive qui nécessite une nouvelle intervention avec adhésiolyse et résection de 15 cm d'intestin grêle.

Le dommage consiste en l'oubli d'une compresse lors de l'hystérectomie.

Pour les experts, l'indication chirurgicale était conforme aux bonnes pratiques chez une femme en période de préménopause. En absence d'intervention, la patiente aurait présen-

té des hémorragies abondantes et des risques de complication de nécrose du fibrome. La voie d'abord était légitime en raison des antécédents de césariennes, lesquelles sont à l'origine des adhérences qui ont provoqué une plaie vésicale. Celle-ci a été suturée sans problème. A M+5, lors de la nouvelle intervention, une fistule s'est produite, ce qui est assez classique dans l'évolution de l'ablation d'une compresse, et la prise en charge a été conforme. **L'oubli de compresse doit être considéré comme une faute.** L'intervention a duré 2 heures mais a été entrecoupée d'une pause déjeuner et il est vraisemblable que les panseuses se soient remplacées au bloc : l'infirmière initialement responsable de l'intervention chirurgicale a été remplacée, remplacement qui est probablement à l'origine d'une erreur de compte des compresses. **Il y a donc co-responsabilité dans l'oubli de compresse. Pour la CCI, il n'y a pas eu de délégation de pouvoir du chirurgien à la panseuse, et celle-ci est employée par la clinique.** Le comptage des compresses est sous la responsabilité de la panseuse et la pause déjeuner a sans doute favorisé l'erreur.

La CCI retient une faute intégrale de la clinique.

Extrait de *Responsable santé* - n°201 du jeudi 17 octobre 2013

Le dommage consiste en l'oubli d'une compresse lors de l'hystérectomie.

* 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

Fautes de l'obstétricien et de la clinique qui n'ont pas prévenu le pédiatre d'une naissance à risque ni communiqué les examens

Relevé de décision d'une Commission de Conciliation et d'Indemnisation (CCI)

Une femme de 27 ans débute une première grossesse pour laquelle elle est suivie par son gynécologue de ville puis par l'obstétricien de la clinique dès 29^{1/2} SA. La prise de poids est de 16 kg au cours de la grossesse. Il n'y a pas de risque de trisomie 21 mais le test d'O'Sullivan à la recherche d'un diabète gestationnel est anormal, avec une glycémie à 1,64 une heure après charge en glucose, nécessitant un suivi par un endocrinologue. La patiente se présente à la maternité à 39 SA + 4 J pour rupture de la poche des eaux. Le lendemain, devant des saignements, l'obstétricien pratique une échographie qui montre un placenta occupant toute la face antérieure jusqu'à 1 cm de l'angle vésical, mais sans décollement. Une perfusion de SYNTOCINON® est mise en place. Un ralentissement du RCF est noté pendant une minute, suivi de trois autres ralentissements. Devant l'altération du RCF et la stagnation de l'enfant, le praticien décide d'une césarienne, sans demander au pédiatre d'astreinte d'être présent à la naissance. La mère met au monde, par césarienne sous rachianesthésie, un enfant dont le score d'APGAR est de 9 à une minute, 10 à 5 et à 10 mn. A H+1h^{1/2} de vie, le pédiatre, prévenu que l'enfant est pâle, endormi et hypotonique, prescrit une NFS dont il aura connaissance à H+3^{3/4}. Devant une anémie avec 9,9 mg/100ml d'HB, il décide de transférer l'en-

fant et de lui poser une voie d'abord vasculaire. Une fois le cathéter veineux ombilical posé, une apnée et une bradycardie surviennent, imposant une réanimation. Les manœuvres restent inefficaces et l'enfant décède.

Pour les experts, si les causes du décès ne peuvent pas être précisées en absence d'autopsie, l'anémie a participé à l'issue fatale. **Le pédiatre n'a pas été informé par téléphone pendant son astreinte du résultat de la NFS** et ne s'est rendu à la clinique que pour faire ses visites habituelles. Les anomalies du RCF, qui ont justifié la césarienne et pouvaient faire suspecter une souffrance fœtale, auraient dû inciter l'obstétricien à demander au pédiatre d'être présent à la naissance. Ne pas l'avoir fait constitue une imprudence, d'autant plus que cela aurait permis un diagnostic d'anémie fœtale plus rapide, même si les pratiques en vigueur n'exigeaient pas la présence systématique du pédiatre. Cette attitude à l'origine d'un retard de prise en charge de 4 heures n'a pas été conforme aux règles de l'art.

La CCI retient une faute partagée pour moitié par la clinique et l'obstétricien à l'origine d'une perte de chance non évaluable.

Extrait de Responsable santé - n°199 du jeudi 19 septembre 2013

La Cour de cassation précise la répartition des responsabilités des médecins en cas d'exercice collégial

Responsabilité civile

Une femme accouche le 18 décembre 1992 dans un établissement privé. Suite à l'accouchement elle se plaint de douleurs céphalées. Le médecin anesthésiste, appelé à son chevet, lui prescrit un neuroleptique. Finalement, la jeune femme est victime d'une phlébite cérébrale que le gynécologue obstétricien tarde à diagnostiquer.

La patiente engage une action indemnitaire contre le gynécologue. Celui-ci est condamné à indemniser 80% du préjudice de la victime.

Le gynécologue engage alors une action en garantie contre l'anesthésiste qui a participé à l'accouchement. l'affaire est portée une première fois en appel puis en cassation, le 28 avril 2011.

Après avoir cassé la décision, la Cour de cassation renvoie l'affaire devant la Cour d'appel de Dijon. Le 11 avril 2012, la cour rejette l'action en garantie du gynécologue. Les juges considèrent, en effet, que la pathologie dont a souffert la patiente était une suite de l'accouchement et non de l'anesthésie.

De plus, selon les juges d'appel, il revenait au gynécologue obstétricien d'assurer le suivi de la patiente au sein du service de "suites des couches". La patiente était placée sous sa surveillance. Il était compétent pour contrôler les suites de l'accouchement.

Le diagnostic de phlébite cérébrale relevait donc de sa compétence exclusive, même si les maux de la patiente avaient été signalés à l'anesthésiste.

Le gynécologue se pourvoit à nouveau en cassation. La Cour tire les conséquences des règles liées à la responsabilité contractuelle (article 1147 du code civil) et à l'exercice collégial de la médecine (article 64 du code de déontologie médicale).

Le contrat médical implique l'obligation pour tout médecin de donner à son patient des soins attentifs, consciencieux et conformes aux données acquises de la science. Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement de ce patient, le contrat médical implique l'obligation, pour chacun d'eux, d'assu-

rer un suivi de ses prescriptions afin d'assumer ses responsabilités personnelles au regard de ses compétences. L'anesthésiste appelé auprès de la patiente lui avait prescrit un neuroleptique pour la soulager. Il lui incombait donc de s'informer de l'effet de ce traitement, notamment pour déterminer, en collaboration avec le gynécologue obstétricien, si les troubles étaient liés à l'anesthésie ou à l'accouchement. Cela aurait permis un diagnostic plus précoce de la phlébite cérébrale.

En écartant la responsabilité de l'anesthésiste, les juges d'appel n'ont donc pas tiré les conséquences des faits qu'ils avaient constatés. Leur arrêt est de nouveau cassé. L'affaire devra être rejugée par une autre cour d'appel.

(Cour de cassation, 16 mai 2013, n° 12-21.338).

Extrait de la Lettre de la responsabilité médicale - n°74, septembre 2013



Centre hospitalier du val d'Ariège

**établissement pivot de territoire de 341 lits et places de MCO,
situé au pied des Pyrénées
et à 45 minutes au sud de Toulouse recrute :**

Un(e) gynécologue obstétricien(ne) à temps plein

- ⇒ Maternité de niveau 2B (1100 accouchements) ; pédiatrie avec unité de néonatalogie (4 places)
- ⇒ Bloc central avec 8 salles dont 1 d'endoscopie ; 1 bloc obstétrical ; 2 salles d'accouchement et 2 salles de pré travail
- ⇒ 30 000 passages aux urgences
- ⇒ Réanimation médico chirurgicale (8 lits de réanimation et 4 lits de surveillance continue)
- ⇒ Plateau technique complet (IRM - scanner - laboratoire - télémédecine)
- ⇒ Poste à pourvoir immédiatement
- ⇒ Statut de praticien hospitalier ou praticien contractuel ou assistant

www.chi-val-ariege.fr

Contacts : Dr Christian PONS

Tél. 06 45 89 46 67

Email : christian.pons@chi-val-ariege.fr

Dr Solène DURLIAT

Tél. 05 61 03 31 86

Email : solene.durliatellie@chi-val-ariege.fr

Ethique

et droit du vivant

Dans ce numéro des Cahiers nous publions une série de textes d'actualité sur les sujets sensibles de la PMA pour autrui, de l'avortement, de la recherche sur l'embryon. Ces textes reflètent les débats éthiques et les prises de position politiques de notre époque. Ils nous sont apparus suffisamment pertinents pour que le lecteur appréhende les enjeux qui sont au cœur des interrogations de notre société française et européenne. Ceux qui souhaitent approfondir ces sujets peuvent le faire en consultant les publications du LEH, qui mettent ses extraits à notre disposition.

B. de ROCHAMBEAU

Assistance médicale à la procréation (AMP)

Couple de même sexe

Article L.2141-2 du Code de la santé publique (proposition de loi visant à ouvrir l'accès à l'assistance médicale à la procréation aux couples de même sexe)

A. PICARD*

Une proposition de loi visant à modifier les conditions d'accès à l'assistance médicale à la procréation (AMP) a été déposée au Sénat, le 19 juillet 2013, par le sénateur Jean-Pierre Godefroy¹.

Cette proposition, constituée d'un article unique, fait suite à l'entrée en vigueur de la loi ouvrant le mariage et l'adoption aux couples de même sexe². Les sénateurs, dans une logique visant à l'égalité de tous les couples, souhaitent élargir les circonstances dans lesquelles un couple peut avoir recours à l'AMP, non plus seulement aux cas où il existe un risque de transmission d'une maladie d'une particulière gravité au conjoint ou à l'enfant et aux hypothèses d'infertilité médicalement diagnostiquée, mais plus largement aux hypothèses d'infertilité qu'ils qualifient de "sociales". Cette ouverture aurait pour conséquence la nécessité de modifier les termes de la loi actuellement en vigueur pour substituer à la référence au couple composé d'un homme et d'une femme, les termes plus neutres de couple et de personnes. Par ailleurs, selon les sénateurs, la question

de l'intérêt primordial de l'enfant issu d'une AMP ne se poserait plus dans la mesure où elle a déjà été débattue dans le cadre de la loi ouvrant l'adoption aux couples de même sexe. L'ouverture de l'AMP aux couples en question ne serait alors qu'une possibilité supplémentaire pour eux d'accéder à la parentalité.

Un avis du Comité consultatif national d'éthique est attendu et des états généraux sont programmés début 2014 pour débattre de cette question. Si, comme le soulignent les auteurs de cette proposition, l'avis du CCNE ne s'impose pas au législateur, il permettra néanmoins de nourrir le débat. L'ouverture de l'assistance médicale à la procréation à tous les couples soulèvera inévitablement des controverses importantes et pour lesquelles l'avis du Comité n'est pas négligeable. En effet, dans une logique d'égalité, se posera la question d'une possible légalisation de la gestation pour autrui. Or, une telle autorisation soulève un certain nombre de problèmes, à commencer par la question de la dignité et du respect du corps humain de la mère porteuse.

L'ouverture de l'AMP aux couples de même sexe ne serait alors qu'une possibilité supplémentaire pour eux d'accéder à la parentalité.

(1) Proposition de loi n° 786, modifiant l'article L.2141-2 du Code de la santé publique relatif à l'assistance médicale à la procréation, présentée par MM. J.P. Godefroy, R. Courteau, B. Cazeau, R. Madec et Mme M. Meunier et enregistrée à la présidence du Sénat, le 19 juillet 2013.

(2) Loi n° 2013-404, 17 mai 2013, ouvrant le mariage aux couples de personnes de même sexe, JO, 18 mai, p. 8253.

* Amandine Picard, doctorante en droit privé, université de Bourgogne Franche-Comté, CRJFC, EA 3225

Assistance médicale à la procréation (AMP)

Infertilité médicale - couples hétérosexuels

Article L.2141-2 du Code de la santé publique (proposition de loi visant à limiter l'accès à la procréation médicalement assistée aux seuls couples hétérosexuels confrontés à une infertilité médicale, déposée par M. Philippe Gosselin et enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 10 octobre 2013³)

B. BEVIÈRE-BOYER*

en réponse à la proposition de loi, déposée au Sénat le 19 juillet 2013, tendant à ouvrir l'accès à l'assistance médicale à la procréation (AMP) aux couples de même sexe⁴, la proposition de loi, déposée le 10 octobre 2013, suggère de la limiter. L'article L.2141-2 du Code de la santé publique précisant que "l'assistance médicale à la procréation [...] destinée à répondre à la demande paren-

tales d'un couple" serait restreinte "au couple composé d'un homme et d'une femme". Par ailleurs, cet article serait complété par un nouvel alinéa précisant que : "l'infertilité d'un couple composé d'un homme et d'une femme s'évalue par des moyens scientifiques qui constatent, pour ce couple, l'impossibilité médicale dans laquelle ils se trouvent de donner naissance à des enfants".

Gestation pour autrui (GPA)

Acte de naissance - transcription - refus - fraude à la loi - reconnaissance de paternité - nullité

Cass. 1^{re} civ., 13 sept. 2013, n° 12-18315 (1^{re} espèce) et n° 12-30138 (2^e espèce)

A. CHAUSSY**

dans les deux affaires à l'origine des arrêts rendus le 13 septembre 2013, deux pères français avaient effectué, en France, la reconnaissance prénatale d'enfants nés en Inde, de mère indienne et avaient sollicité auprès du consulat de France la transcription des actes de naissance de ces enfants. Il résultait des circonstances de l'affaire que la naissance des enfants était le fruit d'une convention de gestation pour le compte d'autrui, conduisant le ministère public à enjoindre aux services consulaires de surseoir à la demande. Dans la première espèce (n° 12-18315) il était même question "d'achat d'enfant"⁵.

Les pères, dont la filiation biologique n'était pas contestée, agirent en justice afin d'obtenir la transcription des actes de naissance des enfants sur les registres français. Le premier demandeur vit sa demande rejetée et sa reconnaissance de paternité annulée, tandis que le second, obtint de la cour d'appel de Rennes qu'elle ordonnât la transcription des actes de naissance⁶.

Sur pourvoi du père dans la première espèce, du procureur de la République, dans la seconde, la Cour de Cassation

vient une nouvelle fois rappeler, sans ambages, par des attendus de principes rédigés à l'identique, "qu'en l'état du droit positif, est justifié le refus de transcription d'un acte de naissance fait en pays étranger et rédigé dans les formes usitées dans ce pays lorsque la naissance est l'aboutissement, en fraude à la loi française, d'un processus d'ensemble comportant une convention de gestation pour le compte d'autrui, convention qui, fût-elle licite à l'étranger, est nulle d'une nullité d'ordre public" selon les termes des articles 16-7 et 16-9 du Code civil.

L'argument tiré de la violation de l'ordre public international français est désormais habituel dans le raisonnement de la Cour de cassation pour justifier le refus (ou l'annulation) de transcription d'actes de naissance d'enfants issus d'une convention de gestation pour autrui exécutée à l'étranger⁷. La Cour de cassation, dans les deux arrêts commentés, use, en outre, d'un fondement nouveau, suggéré par l'arrêt d'appel dans la première affaire : la fraude à la loi. Les magistrats du quai de l'Horloge estiment, en effet, que le recours à une convention de gestation pour autrui, dans un pays où celle-

(3) <http://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion1456.asp>

(4) Est visé l'ensemble des couples infertiles, qu'il s'agisse d'infertilité médicale ou "sociale".

(5) L'arrêt énonce notamment que le père avait remis à la mère la somme de 1 500 euros, équivalent à trois années de salaire et dont le montant ne pouvait correspondre aux frais de la grossesse.

(6) Le raisonnement de la cour d'appel de Rennes était exclusivement "formaliste" puisque les juges du fond ont cru pouvoir se prononcer sur la validité de l'acte de naissance indien, abstraction faite de la circonstance, qu'ils estimaient indifférente, selon laquelle la naissance résultait d'une convention de gestation pour autrui.

* Bénédicte Bevière-Boyer, maître de conférences HDR, université Paris 8, Laboratoire de droit médical et de droit de la santé EA 1581

** Anthony Chaussy, doctorant en droit privé, université de Bourgogne Franche-Comté, CRJFC, EA 3225

ci est autorisée, laisse apparaître un détournement effectif et intentionnel de son interdiction en droit français et constitue, à ce titre, un processus frauduleux faisant échec à toute transcription des actes de naissance sur les registres français. Cet argument tiré de l'adage *fraus omnia corrumpit* permet de surcroît, à la Cour, dans la première espèce, d'écarter sans y répondre, le moyen du demandeur selon lequel le refus de transcription de l'acte de naissance – régulier en la forme – constitue une violation de l'intérêt supérieur de l'enfant garanti par l'article 3, al. 1 de la Convention internationale des droits de l'enfant et du droit au respect d'une vie privée et familiale protégée par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme.

On observera au demeurant que, dans un de ses arrêts de 2011⁸, la première chambre civile avait répondu à un moyen similaire, jugeant que le refus de transcription *"qui ne prive pas l'enfant de la filiation maternelle et paternelle que le droit de l'État du Minnesota lui reconnaît ni ne l'empêche de vivre avec les époux X en France, ne porte pas atteinte au droit au respect de la vie privée et familiale de cette enfant au sens de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, non plus qu'à son intérêt supérieur*

garanti par l'article 3, al. 1 de la Convention internationale des droits de l'enfant". Finalement, ne revendiquer d'autre filiation que celle reconnue par le droit de l'État sous les auspices duquel les désirs d'enfant des demandeurs ont trouvé refuge, ne serait-il pas la meilleure façon de lui rendre grâce?

Enfin, dans la première espèce, le demandeur au pourvoi contestait l'annulation de sa reconnaissance de paternité anténatale⁹. La Cour de cassation approuve les juges du second degré en rappelant que l'article 336 du Code civil prévoit que la contestation de paternité est ouverte au ministère public s'il est établi notamment qu'il y a fraude à la loi, sans que doive être rapportée la preuve que l'auteur de la reconnaissance n'est pas le père au sens de l'article 332 du même Code.

La Cour de cassation continue de s'opposer fermement au contournement de la loi française en refusant d'admettre que des actes interdits en France y produisent des effets. La démarche doit être approuvée car *"la fonction protectrice assurée par la loi ne serait-elle pas réduite à néant s'il suffisait de se rendre à l'étranger, pour la contourner en étant assuré, à son retour, de voir sa situation "régularisée"?"*¹⁰

Avortement

Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes

Rapport n° 2013-0912 du Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes relatif à l'accès à l'IVG

C-E. THIAW*

a

fin de pallier les difficultés liées à l'accès aux services IVG dans l'organisation territoriale des soins, la carence d'information publique sur l'IVG sur Internet et la concurrence des sites délivrant une information biaisée, la ministre des Droits des femmes, a saisi le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes pour réaliser un travail de fond sur l'accès à l'avortement.

Cette saisine a eu pour objet tout d'abord l'identification des meilleures pratiques et outils d'évaluation de l'accessibilité des services permettant le recours à un avortement mis en œuvre par les territoires tout au long de l'année. Elle a demandé également que soient identifiées les modalités juridiques et organisationnelles permettant d'inscrire la prise en charge des demandes d'IVG dans la planification régionale de l'offre de soins et l'organisation de la politique

publique de santé. Enfin, la ministre des Droits des femmes a réclamé au Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes d'établir un état des lieux de l'information dispensée sur Internet en matière d'IVG afin d'identifier les réponses possibles, notamment juridiques.

Dans son pré-rapport (volet n° 1) rendu le 16 septembre 2013, le Haut Conseil à l'égalité entre les femmes et les hommes préconise l'accès à une information de qualité et envisage le recours à des solutions juridiques afin d'empêcher ou de limiter les informations biaisées sur Internet. Ces dernières n'étant pas jugées adaptées, le Haut Conseil pour l'égalité entre les femmes et les hommes, s'appuyant sur des outils pérennes, a formulé quatre recommandations : créer un site Internet institutionnel dédié à l'avortement à destination des femmes et des professionnels; mettre en place un numé-

(7) V. notamment Cass. 1re civ., 6 avril 2011, trois arrêts : n° 09-66486, 09-17130 et 10-19053; Cass. 1re civ., 17 déc. 2008.

(8) Cass. 1re civ., 6 avril 2011, 09-17130. L'arrêt n° 10-19053 du même jour énonce le même raisonnement pour une annulation de transcription. Adde. Pour un arrêt jugeant que l'intérêt supérieur de l'enfant ne saurait justifier un état civil et une filiation conférés en fraude à la loi V. Cass. 1re civ., 17 novembre 2010, n° 09-68399.

(9) L'article 316 fixe les règles d'établissement de la filiation par reconnaissance et prévoit que celle-ci peut être faite "avant ou après la naissance" de l'enfant.

(10) AN, rapport n° 2235 fait au nom de la mission d'information sur la révision des lois de bioéthique, 20 janvier 2010 cité par J.-R. Binet, "Circulaire Taubira. Ne pas se plaindre des conséquences dont on chérit les causes", JCP G 2013, act. 161.

* Clarisse-Élodie THIAW, doctorante en droit privé, université de Bourgogne Franche-Comté, CRJFC, EA 3225

ro national "guichet unique" à quatre chiffres, anonyme et gratuit; instituer une "équipe IVG" de veille et d'animation

et organiser la première campagne nationale d'information concernant la question du droit à l'avortement.

Avortement

Autorisation - risque vital - suicide - première loi autorisant l'avortement en Irlande clarification ou évolution du droit ?

Protection of Life During Pregnancy, Act 2013 (act n° 35 of 2013)

A. CHAUSSY*

La Loi de protection de la vie durant la grossesse¹¹ a été promulguée le 30 juillet 2013 par le président irlandais, Michael D. Higgins. Jusqu'alors, la république d'Irlande prohibait et sanctionnait pénalement l'avortement en vertu de l'*Offences against the Person Act* du 6 août 1861¹² maintenu en vigueur sur son territoire lors de son accession à l'indépendance en 1922. En 1983, le huitième amendement inscrit au nombre des droits fondamentaux garantis par la Constitution, "le droit à la vie de l'enfant à naître et le plein respect du droit égal de la mère à la vie". L'article 40, al. 3, 3° de la Constitution, auquel cet amendement a donné naissance, fut interprété par la Cour suprême irlandaise¹³ comme autorisant l'avortement en cas de "risque réel et sérieux pour la vie" de la femme enceinte. Un référendum du 25 novembre 1992 accueillit deux amendements¹⁴ qui vinrent compléter l'article 40, al. 3, 3° en précisant que celui-ci "ne limite pas la liberté de se déplacer entre l'État et un autre pays" et "ne limite pas la liberté d'obtenir des informations sur les services légalement disponibles dans un autre pays ou de rendre ces informations disponibles dans l'État, sans préjudice des dispositions établies par la loi". Ce même référendum rejeta, en revanche, un amendement proposant d'inscrire formellement dans la Constitution l'autorisation de l'avortement en cas de danger pour la vie de la mère¹⁵. Un vingt-cinquième amendement à la Constitution fut proposé dix ans plus tard pour faire du risque de suicide de la femme enceinte une cause autorisant l'avortement et réduire la protection de l'enfant à naître à partir de son implantation dans l'utérus. Il fut également repoussé par référendum, le 6 mars 2002. Le droit de l'avortement se limitait donc, jusqu'à l'entrée en vigueur du *Protection of*

Life During Pregnancy Act 2013, aux seules dispositions de l'article 40, al. 3, 3° de la Constitution telles qu'interprétées par la Cour suprême irlandaise. Il en résultait une certaine incertitude quant aux conditions précises d'ouverture du droit à l'avortement qui conduisit la Cour européenne des droits de l'homme à sanctionner l'Irlande (CEDH, Gr. ch., 16 décembre 2010, 05 A. B. C. c/ Irlande, n° 25579) pour ne pas avoir mis "en place une procédure effective et accessible qui aurait permis à la requérante de faire établir si elle avait ou non le droit de se faire avorter en Irlande"¹⁶.

Le législateur irlandais, face à cette situation juridique incertaine, à sa condamnation par la CEDH et au scandale médiatique provoqué en octobre 2012 par la mort d'une femme, des suites d'une septicémie à l'hôpital de Galway et dont l'avortement avait été refusé alors qu'elle faisait une fausse couche, décida de clarifier la règle tirée de l'interprétation de l'article 40, al. 3, 3° de la Constitution. S'inscrivant dans les limites fixées par les dispositions constitutionnelles, conformément au principe de la hiérarchie des normes, la "loi de protection de la vie durant la grossesse", du 30 juillet 2013, autorise l'avortement dans les seuls cas où la poursuite de la grossesse présente "un risque réel et substantiel pour la vie de la femme enceinte".

Le texte envisage deux hypothèses ouvrant la possibilité d'un recours à l'avortement. En premier lieu, lorsque celui-ci se justifie par l'existence d'un "risque réel et substantiel d'atteinte à la vie de la femme lié à une affection physique"¹⁷, le diagnostic doit être effectué par deux médecins (l'un d'entre eux obstétricien, l'autre devant être titulaire d'une spécialité appropriée à la pathologie en cause). La loi comporte des dispositions spécifiques aux situations d'ur-

(11) Les traductions sont celles de l'auteur.

(12) Les articles 58 et 59 de l'*Offences against the Person Act* prévoient que les infractions d'usage de substances ou d'instruments quelconques dans le but d'interrompre sa propre grossesse ou celle d'une autre femme et de fourniture de substances ou d'instruments quelconques dans le but d'interrompre une grossesse sont respectivement passibles des peines d'emprisonnement à vie et de deux ans d'emprisonnement.

(13) Cour suprême irlandaise, Arrêt X, 26 février 1992.

(14) Treizième et Quatorzième amendements constitutionnels.

(15) Douzième amendement constitutionnel.

(16) La Cour estime qu'il résulte de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme que les États ont une "obligation positive de garantir à leurs citoyens le droit à un respect effectif de leur intégrité physique et morale" à laquelle l'Irlande contrevient par l'absence de dispositif juridique clair.

(17) *Protection of Life During Pregnancy Act 2013*, art. 7, al. 1, a.

* Anthony Chaussy, doctorant en droit privé, université de Bourgogne Franche-Comté, CRJFC, EA 3225

gence : Elle prévoit qu'un médecin peut décider, seul, d'engager la "procédure médicale" d'avortement s'il estime qu'il existe un risque imminent de mort pour la femme enceinte nécessitant une intervention immédiate¹⁸.

En second lieu, le Protection of Life During Pregnancy Act vise la situation de "risque réel et substantiel d'atteinte à la vie de la femme par suicide". Dans cette circonstance, le diagnostic doit être établi par trois médecins : un obstétricien et deux psychiatres. Au moins l'un des deux praticiens en psychiatrie doit exercer dans un "établissement agréé" ou pour le compte d'un établissement public de santé¹⁹ (ou les deux). En outre, l'un d'eux au moins doit justifier d'une expérience dans le suivi psychiatrique de femmes au cours ou après leur grossesse²⁰.

Dans les deux cas visés par la loi, danger pour la vie de la femme enceinte lié à une affection physique et risque de suicide, il est précisé que les médecins doivent effectuer leur diagnostic "de bonne foi au regard de la nécessité de préserver autant que possible la vie de l'enfant à naître", en s'assurant que le danger ne peut être évité que par une intervention médicale.

Les conditions d'autorisation du recours à l'interruption de grossesse semblent désormais claires et demeurent très restrictives conformément à l'art. 40, al. 3, 3° de la Constitution irlandaise. Néanmoins, la loi nouvelle, en érigeant le risque de suicide – dont la dimension psychologique paraît rendre difficilement vérifiable la sincérité de son allégation – en condition d'ouverture au droit à l'avortement pourrait permettre

des interruptions de grossesses motivées, en réalité, par des causes que ni la Constitution, ni la loi (du moins en apparence) n'ont véritablement entendu admettre. Le parlement irlandais pouvait-il parvenir à un résultat différent? Si le risque de mort par suicide est un critère dont l'usage abusif peut permettre de contourner la finalité de la loi (et la règle constitutionnelle dont elle découle), l'écarter, en limitant l'accès à l'avortement aux seuls cas de périls de nature physique pour la mère, aurait vraisemblablement rendu le texte contraire à l'article 40, al. 3, 3° de la Constitution, car arbitrairement restrictif.

Sur le plan pénal, la loi apporte des modifications. Elle abroge les articles 58 et 59 de l'Offences against the Person Act de 1861²¹ et crée une nouvelle infraction de "destruction of unborn human life" dont la peine maximale est fixée à 14 ans d'emprisonnement²². L'atteinte à la vie du fœtus est donc moins sévèrement punie et la simple fourniture de substances ou instruments destinés à la pratique d'un avortement (illicite) n'est plus répréhensible. Enfin, l'"enfant à naître", au centre de la loi nouvelle, désigne la vie humaine du stade "de son implantation dans l'utérus jusqu'à la complète émergence du corps de la femme"²³. Le lecteur averti notera qu'à travers cette définition et certaines des règles précitées, la loi a la particularité d'avoir consacré le contenu des douzième et vingt-cinquième amendements constitutionnels nonobstant leur rejet par référendum en 1992 et 2002²⁴.

Recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires

Loi – bioéthique – autorisation – principe

Loi n° 2013-715 du 6 août 2013, tendant à modifier la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011, relative à la bioéthique en autorisant sous certaines conditions la recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires, JORF n° 0182, 7 août 2013, p. 13449

M. U.S.*

L'adoption de la loi n° 2013-715 du 6 août 2013 est l'événement estival marquant de la session extraordinaire du Parlement. Désormais la recherche médicale sur l'embryon humain et les cellules-souches embryonnaires est autorisée par principe, sous conditions toutefois.

Les parlementaires ont ainsi, à nouveau, eu l'occasion de se prononcer sur le sujet délicat du régime juridique gouvernant l'embryon humain. À l'occasion de la loi n° 94-654 du

29 juillet 1994²⁵, ils avaient inscrit deux articles dans le Code de la santé publique pour interdire "toute expérimentation sur l'embryon"²⁶. Avec les lois n° 2004-800 du 6 août 2004 et n° 2011-814 du 7 juillet 2011, de nouvelles dispositions ont été instituées, assouplissant le régime d'interdiction de la recherche sur l'embryon.

Désormais et à titre exceptionnel, "lorsque l'homme et la femme qui forment le couple y consentent, des études ne

(18) Protection of Life During Pregnancy Act 2013, art. 7, al. 1, a.

(19) Protection of Life During Pregnancy Act 2013, art. 8.

(20) Établissement relevant du Health Service Executive. Protection of Life During Pregnancy Act 2013, art. 9, al. 2.

(21) Protection of Life During Pregnancy Act 2013, art. 9, al. 3.

(22) Protection of Life During Pregnancy Act 2013, art. 22.

(23) Protection of Life During Pregnancy Act 2013, art. 2, al. 1.

(24) Voir supra le rappel de l'évolution chronologique du droit de l'avortement en Irlande.

* Maureen Us, doctorante en droit privé, université de Bourgogne Franche-Comté, CRJFC, EA 3225

portant pas atteinte à l'embryon peuvent être autorisées sous réserve du respect des conditions posées aux 4^e, 5^e, 6^e et 7^e alinéas⁽²⁷⁾. Cette exception est limitée à une période de cinq ans. La recherche ne peut concerner que les embryons conçus in vitro dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation. Par ailleurs, l'embryon ne doit plus faire l'objet d'un projet parental et ne pouvait servir à des fins de gestation.

Lors de la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011, le législateur est de nouveau intervenu sur les enjeux bioéthiques⁽²⁸⁾ en ajoutant de nouvelles conditions à l'encadrement de la procédure d'autorisation à titre exceptionnel de la recherche embryonnaire. Outre l'établissement de la pertinence scientifique du projet, il faut que la recherche entraîne des progrès médicaux majeurs et qu'aucune autre recherche ne soit possible.

Le régime juridique de la recherche embryonnaire connaît d'importantes réformes par la loi n° 2013-715 du 6 août 2013. Alors que le Parlement a à connaître d'une nouvelle proposition de loi intitulée *Recherche sur l'embryon et les cellules-souches*, il vote le principe de l'autorisation sous conditions de la recherche sur l'embryon et les cellules-souches embryonnaires. On passe alors d'un principe d'interdiction assorti de dérogations sous conditions à un principe d'autorisation sous conditions. Ce nouveau texte réaffirme la nécessité de la pertinence scientifique du projet, ainsi que le respect des principes éthiques relatifs à la recherche sur l'embryon et les cellules-souches embryonnaires. En revanche, des modifications sont apportées. Jusqu'alors la finalité médicale de la recherche s'ajoutait au caractère majeur des progrès médicaux escomptés. Désormais seule la finalité médicale est une condition légale. La notion de progrès majeurs escomptés disparaît de la loi. Mais surtout la condition qui énonçait qu'il soit expressément établi qu'il est impossible de parvenir au résultat escompté par le biais

d'une recherche ne recourant pas à des embryons humains est abandonnée. Il suffit aujourd'hui de démontrer qu'*en l'état des connaissances scientifiques, cette recherche ne peut être menée sans recourir à ces embryons ou ces cellules-souches embryonnaires*⁽²⁹⁾. Autrement dit, la notion d'état des connaissances scientifiques rend la preuve plus facile à rapporter. En effet, il est plus aisé de prouver qu'en l'état des connaissances scientifiques actuelles, une recherche ne faisant pas appel à l'embryon est impossible. Auparavant, il fallait certifier de l'impossibilité de parvenir au résultat escompté sans avoir eu recours à une recherche sur l'embryon. Pour le reste, la loi de 2013 reprend les critères fixés par la loi de 2011. Ainsi, il ne peut être mené qu'une recherche sur des embryons conçus in vitro, dans le cadre d'une assistance médicale à la procréation. Les embryons ne doivent plus faire l'objet d'un projet parental. Le consentement des parents doit être écrit, même si a disparu la notion de consentement libre et éclairé inscrit dans la loi du 7 juillet 2011. Enfin, le couple peut révoquer son consentement avant que les recherches n'aient commencé, et ce sans motif. La délivrance de l'autorisation de recherche relève de l'Agence de la biomédecine (ABM). À noter cependant que les ministres de la Santé et de la Recherche ne peuvent plus mettre un terme aux recherches. Ils peuvent néanmoins demander à l'ABM un nouvel examen du dossier dans deux cas limitativement énumérés dans la loi : en cas de doute sur le respect des principes éthiques ou sur la pertinence du projet scientifique et lorsque le protocole a été refusé. Enfin, il est rappelé dans ce nouveau texte la prohibition du transfert à des fins de gestation.

Adopté en deuxième lecture par l'Assemblée nationale par 314 voix pour 223 voix contre et 3 abstentions, le texte a été porté devant le Conseil constitutionnel par des députés de l'opposition. Le Conseil constitutionnel a déclaré cette loi conforme par une décision du 1^{er} août 2013⁽³⁰⁾.

(25) Loi n° 94-654 du 29 juillet 1994 relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal, JORF, n° 175 du 30 juillet 1994, p. 11060. Cependant l'article L. 152-8 du Code de la santé publique permettait des études ayant une finalité médicale et ne portant pas atteinte à l'embryon. Celles-ci devaient être inscrites dans une procédure encadrée.

(26) Art. L.152-8 ancien du Code de la santé publique.

(27) Art. L.2151-5 du Code de la santé publique, issu de la loi n° 2004-800 du 6 août 2004, JORF, n° 182, du 7 août 2004, p. 14040.

(28) Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011, relative à la bioéthique, JORF, n° 157, du 8 juillet 2011, p. 11826.

(29) Art. L.2151-5 du Code de la santé publique, al. 1, 3°, issu de la loi n° 2013-715 du 6 août 2013, JORF, n° 182, du 7 août 2013, p. 13449.

(30) <http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2013/2013-674-dc/decision-n-2013-674-dc-du-01-aout-2013.137980.html>

Recherche sur l'embryon et les cellules souches embryonnaires

Conseil constitutionnel

Loi n° 2013-715 du 6 août 2013, Conformité à la Constitution
(Conseil constitutionnel, décision n° 2013-67, 1^{er} août 2013⁽¹⁾)

M. US*

U

ne soixantaine de députés ont saisi le Conseil constitutionnel pour l'interroger sur la conformité à la Constitution de l'article unique de la proposition de loi visant à autoriser la recherche sur l'embryon et les cellules-souches embryonnaires. Ces députés reprochent au texte de méconnaître les règles d'adoption d'une loi relative à la bioéthique, de nier l'objectif à valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi et de porter atteinte au principe de sauvegarde de la dignité humaine.

Concernant la méconnaissance des règles d'adoption d'une loi relative à la bioéthique, ces députés regrettent que le texte présenté au Parlement ait pris la forme d'une proposition et non d'un projet de loi. Ils estiment que cela contrevient à l'article L.1412-1-1 du Code de la santé publique qui prévoit l'organisation d'états généraux pour débattre de ces questions éthiques. Le Conseil constitutionnel a estimé, quant à lui, que cette procédure a valeur législative et non constitutionnelle. Les sages rappellent que *"l'initiative des lois appartient concurremment au Premier ministre et aux membres du Parlement"* en application de l'article 39 du Parlement. Ce grief est donc considéré comme dénué de fondement car *"aucune règle constitutionnelle ou organique ne faisait obstacle au dépôt et à l'adoption de la proposition de loi dont est issue la loi déferée"*.

Sur le second grief, le Conseil répond que *"le législateur a entendu faire référence aux principes fixés notamment aux articles L.2151-1 et suivants du Code de la santé publique [...] et aux articles 16 et suivants du Code civil et L.1211-1 et suivants du Code de la santé publique"*. Le Conseil considère que ce nouveau texte voté par le Parlement n'est ni imprécis ni équivoque et qu'il n'est pas dès lors contraire *"à l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi"*. Par ailleurs, une incompétence négative du législateur a été soulevée par les députés à l'origine de la saisie du Conseil. Ceux-ci estiment

en effet que le législateur confie à une autorité administrative le contrôle des projets de recherche, contrôle qui doit normalement relever de la loi. Les sages estiment que ce n'est pas le cas. Selon eux, le législateur *"en subordonnant au respect de ces conditions la délivrance de toute autorisation de recherche sur l'embryon humain ou les cellules-souches embryonnaires issues d'un embryon humain, le législateur n'a pas confié à une autorité administrative le soin de fixer des règles qui relèvent du domaine de la loi"*. Autrement dit, c'est bien la loi qui détermine les conditions de contrôle des projets de recherche par la délivrance d'une autorisation. L'autorité administrative (ABM) n'est là que pour veiller à la bonne application des conditions légales de contrôle. Enfin, sur le troisième point du recours invoquant une atteinte au principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, les députés reprochent au nouveau texte de nier le principe de respect de l'être humain dès le commencement de sa vie et rappellent les principes d'intégrité de l'espèce humaine, d'insolvabilité et de non patrimonialité du corps humain. Le Conseil constitutionnel considère que le législateur a instauré des garanties concernant la délivrance de l'autorisation de recherche telles que se retrouvent préservés les principes énoncés par les députés.

C'est ainsi que le Conseil constitutionnel, dans sa décision du 1^{er} août, a précisé que *"la loi tendant à modifier la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique en autorisant sous certaines conditions la recherche sur l'embryon et les cellules-souches embryonnaires est conforme à la constitution"*. La loi n° 2013-715 du 6 août 2013 a ainsi pu être publiée au Journal Officiel⁽²⁾. Toutefois l'absence d'états généraux de la bioéthique sur ce sujet reste regrettable tant ils auraient permis une réflexion plus grande sur cette délicate question. Il eut été peut-être préférable d'attendre les états généraux prévus en 2014 avant de légiférer.

(31) <http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2013/2013-674-dc/decision-n-2013-674-dc-du-01-aout-2013.137980.html>

(32) Loi n° 2013-715 du 6 août 2013, JORF, n° 182 du 7 août 2013, p. 13449.

* Maureen Us, doctorante en droit privé, université de Bourgogne Franche-Comté, CRJFC, EA 3225

Histoire

des premières césariennes...

une si longue attente

B. SEGUY*

En réalité, il faudra attendre la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle avec Pasteur, Lister, Tarnier et Lucas-Championnière pour que l'asepsie et l'antisepsie permettent enfin de rendre possible la survie de la mère...

f

appel étymologique

Les trois étapes historiques de la naissance non naturelle sont bien connues : mode de naissance imaginée de certaines divinités antiques qui ne pouvaient surgir par les moyens habituels aux tristes mortels (Indra, Bouddha, Dionysos, Esculape, etc.) ; puis, extirpation sur femme morte d'un enfant encore vivant *in utero*, évoquée dès l'époque gallo-romaine mais probablement plus ancienne ; enfin, intervention sur femme vivante, dont les premiers et très rares cas, attestés avec suffisamment de véracité, remontent au XVIII^{ème} siècle (même si les illustrations rêvées, "vues d'artiste", de cette intervention se rencontrent bien antérieurement, Fig 1).

Mais la première question qui se pose, c'est l'étymologie de ce terme qui, comme on le sait, apparaît pour la première fois dans l'histoire de l'obstétrique, en 1581, avec le livre du français François Rousset "Traité nouveau de l'Hysteromotokie ou enfantement Caesarien" (Fig 2). Il entend ainsi l'extraction de l'enfant avec incision du ventre et de l'utérus de la mère, par analogie au mode de naissance que Pline, dans son "Historia Naturalis", décrit pour Scipion l'Africain, le premier des "Césars", le titre descriptif provenant évidemment du verbe caedere, couper, inciser, appliqué à l'utérus de la mère juste décédée. Nous ne retiendrons pas les explications trop imaginatives alléguant l'éléphant, le bleu-gris des yeux (caesius), ou une chevelure longue et fournie.



Fig. 1 Incunable de 1488

Déjà en 1513, Eucharius Rosslin écrivait (édition française de 1536, fin § IV) : "Si la femme meurt en travaillant et l'enfant est en vie dedans son ventre, il faut soigneusement garder et tenir la bouche de la femme mourante ouverte et les génitales semblablement avec la matrice afin que l'enfant par iceulles puisse respirer et avoir vent. Et puis faut récliner le côté senestre d'icelle et le trancher

L'un et l'autre de ces auteurs, pas plus que Pline, ne font nullement allusion à Jules César...

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

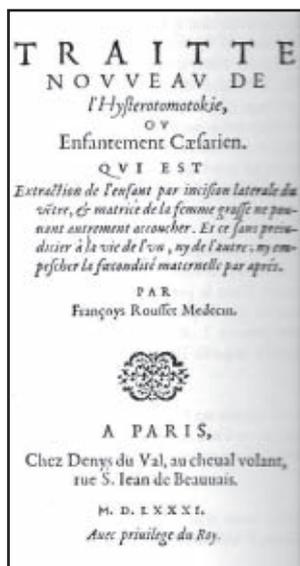


Fig. 2 Livre de F. Roussel

et l'ouvrir avec un rasoir, car le dextre côté n'est pas si propice. Et puis on doit tirer l'enfant par l'ouverture faite: par laquelle manière les enfants naissant sont appelés César comme cestuy la de Rome duquel la famille a été ainsi premièrement surnommée à cause q'icelluy premier César naquit du ventre de sa mère après être tranché pour le tirer en vie". La technique opératoire rapportée est directement copiée de celle de Guy de Chauliac décrite en 1343.

L'un et l'autre de ces auteurs, pas plus que Pline, ne font nullement allusion à Jules César mais à une famille, les gens Julia, dont l'une des deux branches portait le surnom de Caesar, à laquelle appartenait le conquérant des Gaules. Ce n'est que par la suite, pour ajouter une feuille miraculeuse de plus à sa couronne de laurier, que la légende attribua cette naissance si particulière à l'Empereur romain. En fait, il s'agit d'un amalgame assez logique : le membre le plus connu de cette famille romaine illustre étant Jules, et le rapprochement entre le nom et l'incision s'imposant à une époque où le latin était la seule langue médicale, il est tout naturel que ce soit à lui qu'on ait attribué ce mode si peu banal de venue au

monde. Par la suite, ce nom de famille est devenu synonyme d'Empereur dans diverses langues d'Occident (Czar, Tzar, Kaiser). Le contraire de Buonaparte où c'est le prénom Napoléon qui est devenu un label prestigieux. Rappelons simplement que la mère de Jules César n'est pas morte à sa naissance mais bien plus tard, pendant la campagne de Gaule. En fait, c'est surtout au Moyen-âge que s'est bâti la légende de la naissance fabuleuse de Jules César, illustrée dans plusieurs manuscrits, à une époque où, du fait de leur lutte contre les envahisseurs Goths, les empereurs romains devinrent, aux yeux de nos ancêtres gallo-romains, l'équivalent des Anglo-Saxons pour les Français de la dernière guerre mondiale. C'est ce qui explique la fréquence des prénoms (Jules, Marius, Claude, Justin, Rufus) et des noms romains dans la Gaule transalpine, devenus "à la mode" après la fin des grandes invasions. D'autres Gaulois avaient dû se soumettre aux envahisseurs, comme mon propre patronyme en témoigne.

L'étude historique de la technologie chirurgicale employée pour extraire un enfant vivant via l'abdomen maternel *a contrario* de la voie basse naturelle, montre clairement qu'il faudra attendre le tout début du XIX^{ème} siècle pour distinguer définitivement la simple incision de la seule paroi abdominale permettant de récupérer un fœtus vivant d'une grossesse abdominale extra-utérine, de la double incision abdominale et utérine qui caractérise la césarienne dans le sens moderne du terme. Or ce distinguo est plus que subtil, il est capital, opposant l'ouverture de la cavité abdominale puis de l'utérus, avec ses conséquences mortelles d'hémorragie et de septicémie, à la simple incision de la paroi abdominale à laquelle une femme pouvait parfois survivre si l'enfant se trouvait juste sous la peau et que son extraction ne nécessitait aucune manœuvre intra-abdominale, facteur d'infection. C'est cette diffé-

rence fondamentale qui domine toute l'histoire de la césarienne.

Les trois différents contextes techniques de l'intervention césarienne

De ce qu'il vient d'être vu, on peut en déduire qu'il existe, du point de vue historique, trois périodes bien différentes, pas forcément clairement tranchées d'ailleurs : la césarienne sur femme morte, l'extraction abdominale d'un enfant sur femme vivante, la césarienne vraie avec incision utérine sur femme vivante.

1 - La césarienne sur femme morte.

Elle semble avoir existé de lointaine antiquité, même si, cependant, on n'en trouve aucune mention dans les textes égyptiens ou grecs. On peut penser que l'idée en est venue à nos ancêtres lors de sacrifices rituels de femelles animales gravides et/ou en assistant à un accident mortel (coup de corne notamment) survenu à une femme près du terme dont le ventre ouvert laissa échapper le fœtus vivant qui, rapidement récupéré, survécut. Mais pour réaliser artificiellement cette intervention encore fallait-il la présence sur place d'un chirurgien sachant comment et où inciser. Il est donc très probable que pendant de très nombreux siècles, cette extraction post-mortem ne fut réservée qu'à des familles royales ou nobles. Même si la Lex Regia, promulguée à Rome en 715 av. JC, rendit obligatoire cette intervention post-mortem si les conditions le permettaient, les cas en furent certainement très rares et les récits crédibles se comptent sur les doigts d'une seule main. On retrouve cette obligation dans bien des cultures différentes tout autour du monde, sans davantage de preuves.

En Europe, et plus particulièrement en France, la notion de césarienne

post-mortem disparut avec la culture latine sous la double pression des invasions barbares puis de l'obscurantisme religieux. Il faudra attendre le XIV^{ème} siècle et Guy de Chauliac de la Faculté de Montpellier, la première à renouer avec les connaissances anciennes, pour retrouver des mentions de la césarienne post-mortem. Il recommande, comme nous l'avons vu avec Rosslin deux siècles plus tard, de tenir la bouche et le vagin de la mère défunte ouverts pour permettre le passage de l'air nécessaire à la survie du fœtus. Néanmoins, ses suiveurs (Viardel, Pare, Heister, Dionis) ne croient guère en ces méthodes et Mauriceau écrit : *"Si le chirurgien use de cette pratique que ce soit plutôt pour contenter les assistants, que pour la croyance qu'il pourrait avoir que cela fut nécessaire"*. Là encore les cas réels de naissance d'enfants vivants dans ces conditions extraordinaires sont rarissimes (moins d'une trentaine pour 25 siècles...) et il est difficile de faire la part du vrai (en essayant de ne pas amalgamer mort réelle et état de mort apparente de la mère) et du légendaire merveilleux. Par contre, ce qui est certain c'est que dès le XII^{ème} siècle, l'église catholique poussa progressivement à la césarienne post-mortem immédiate, au fil de ses conciles successifs, pour procéder au baptême du fœtus, peu important que l'enfant ait ou non des chances de survie ensuite. Ce n'est que vers le milieu du XVII^{ème} siècle que l'église abandonna l'obligation du baptême post-mortem maternel et s'en remit au jugement des médecins pour lesquels cette césarienne post-mortem présentait plus d'inconvénients (risque de tuer une femme en état de mort apparente) que d'avantages (chance rarissime d'extraire un enfant vivant et viable). Cependant des réfractaires à ce "laxisme" théologique apparurent dont les deux plus grandes figures furent Florentini et surtout le terrible Gangiamila, Grand Inquisiteur du Royaume de Sicile qui, avec son

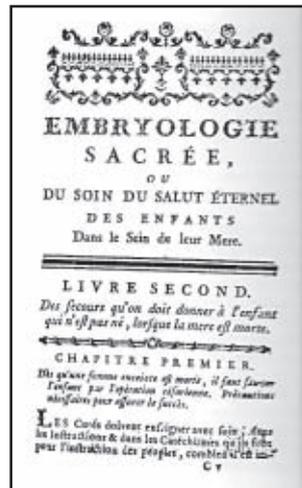


Fig. 3 Embryologie sacrée

ouvrage "Abrégé de l'Embryologie Sacrée" (1745) (Fig. 3), érigea une véritable terreur au sein de la population et des médecins italiens, exigeant la délation de toute grossesse officielle ou cachée, et l'exhumation de toute femme morte enceinte pour le baptême de l'embryon. Il fut suivi par son souverain, Charles III, Roi d'Espagne et de Sicile, qui édicta la trop célèbre "Sanction Pragmatique" rendant la césarienne post-mortem obligatoire sous peine de graves sanctions. Son ouvrage connut de nombreuses traductions et plusieurs rééditions, et constitue aujourd'hui un "must have" de tout bibliophile obstétricien.

C'est aussi pour des raisons essentiellement religieuses qu'on retrouve la notion de césarienne post-mortem dans le Talmud (pour essayer de sauver la vie de l'enfant), et dans la religion Hindoue (pour purifier le corps de la mère qui doit être débarrassé de l'enfant sur le lieu de son incinération). Mais, *a contrario*, c'est également pour des raisons religieuses et traditionnelles qu'elle ne fut jamais pratiquée ni même évoquée au Japon et en Chine, et que les missionnaires catholiques durent prudemment l'oublier de leur enseignement sur les conseils mêmes du Vatican. Enfin le Coran interdit formellement l'ouverture d'un cadavre.

2 – L'extraction abdominale d'un enfant vivant.

Comme déjà dit, il ne s'agit pas ici d'une véritable césarienne (qui implique par définition l'ouverture de l'utérus pour extraire un enfant *in utero*) mais "simplement" d'une incision de la paroi abdominale pour extraire un enfant vivant issu d'une grossesse extra-utérine abdominale. C'est à cette catégorie qu'appartiennent tous les cas rapportés, avant le XVII^{ème} siècle, de prétendues "césariennes" sur femme vivante et survivante, en ne retenant que ceux attestés par des témoignages crédibles. Il semble d'ailleurs que l'exemple en ait été donné par quelques cas d'expulsions spontanées de fœtus vivants par de larges fistules ombilicales sur grossesses abdominales. Le cas le plus célèbre est, bien entendu, celui du châtreur de porcs suisse Jacob Nüfer qui, en 1500, après les efforts infructueux de plusieurs sages-femmes pour délivrer son épouse à terme et avoir obtenu l'autorisation des autorités locales, ouvrit d'un seul coup de son couteau la paroi abdominale de la mère pour en extraire l'enfant toujours vivant. Le châtreur recousit alors la paroi abdominale en un plan, comme il avait l'habitude de le faire pour les porcelets. Son épouse survécut et eut, nous dit-on, d'autres enfants... Les renseignements disponibles sur cette intervention (qui ne fut rapportée que 80 ans plus tard par le Suisse Gaspard Bauhin en complément du travail de Rousset dont il fut le traducteur et le thuriféraire subjugué) sont beaucoup trop succincts et incomplets pour épiloguer sur ce cas qui n'a pour lui que le fait, important, que l'opérateur était un vrai professionnel expérimenté de l'ouverture abdominale et de sa fermeture. Il n'aurait pas pu exercer longtemps son métier si les porcelets à lui confiés n'avaient pas survécu à son couteau. D'autres cas d'ouverture abdominale maternelle pour extraction d'un enfant vivant ou

mort sont rapportés épisodiquement tout au long des XVI^{ème} et XVII^{ème} siècle, sans qu'aucun puisse être considéré comme concernant une césarienne vraie.

Certes dans son livre, susmentionné, François Rousset donne une description des deux temps nécessaires (et connus depuis longtemps), incision de la paroi abdominale puis de l'utérus lui-même pour en extraire l'enfant, mais on sait qu'il n'a jamais lui-même pratiqué cette intervention et qu'il n'en a très vraisemblablement jamais vu. Quant aux 7 cas qu'il rapporte, puisqu'il n'en a jamais été le témoin ou l'observateur direct, tous ses récits, très peu détaillés, restent du type *"l'homme qui a vu l'homme qui a vu l'ours"*. De ce même type sont les observations supplémentaires rajoutées par son traducteur Gaspar Bauhin. Nous considérerons donc toutes ces prétendues césariennes comme de simples incisions abdominales, voire de simples agrandissements de fistules spontanées. Mentionnons enfin que quelques très rares cas d'enfants vivants extraits *in utero* sur des femmes mourantes ou en mort apparente (éclampsie ?) ont été mentionnés pendant cette période.

3 – Les premières vraies césariennes.

C'est ici qu'on aborde le vrai problème historique qu'il faut replacer dans le contexte de l'époque, contexte réellement modifié profondément, et paradoxalement, par le livre de Rousset. Cet ouvrage, en effet, prêchait que la césarienne sur femme vivante, était non seulement possible, non seulement nécessaire quand toutes les autres méthodes par voie naturelle étaient vouées à l'échec, mais qui plus est, qu'elle était techniquement relativement facile et, surtout, très souvent suivie de succès tant pour la mère que pour l'enfant. La nature humaine est ainsi faite qu'elle a une tendance indiscutable à croire aux miracles, et plus ils sont gros plus ça marche d'où le succès,

même à notre époque, des médecines aussi *"naturelles"* que parallèles... et des promesses merveilleuses de nos politicards !!

Le livre de Rousset fut un best-seller, plusieurs fois réédité, et l'opinion médicale en fut profondément remuée. Très vite deux camps se formèrent, les pour et les contre... Parmi ceux qui récusait totalement les affirmations sans preuves réelles du livre et de l'auteur, on relève les noms d'Ambroise Paré, François Guillemeau, Cosme Viardel, Philippe Peu, François Mauriceau, Pierre Dionis, Richard Manningham (Angleterre), bref l'élite de l'obstétrique de l'époque. Fait notable, beaucoup parmi eux tentèrent la césarienne et ne portèrent un jugement la condamnant qu'après plusieurs échecs (notamment Paré et ses élèves à l'Hôtel-Dieu de Paris). François Mauriceau écrivit que *"Rousset avait été inspiré par la rêverie, le caprice et l'imposture"*... D'autres grands obstétriciens furent beaucoup plus sévères envers Rousset qu'ils traitèrent de charlatan ou de fou... Pour la Faculté et le Collège des Chirurgiens de Saint Côme *"la césarienne tue à tous les coups"*.

Parmi ceux qui voulaient croire aux affirmations de Rousset, et défendent le livre et l'auteur, on ne trouve que des praticiens peu connus de province ou de pays voisins qui écrivent beaucoup mais ne césarisent que fort peu et sans preuves réelles.



Fig. 4 1788

(Fig 4). Même si les *"Mémoires de l'Académie Royale de Chirurgie"* mentionnent, entre 1500 et 1746, près de soixante accouchements césariens (dont plusieurs femmes multicésarisées!!), les dossiers accompagnés d'éléments valables de preuves sont tout simplement inexistants !

Ayant ainsi déblayé le terrain des affabulations répandues pendant près de deux siècles, suite au délire du parano Rousset, nous nous retrouvons à notre point de départ historique : Qui a pratiqué la première vraie césarienne sur femme vivante et survivante avec enfant vivant ?

Vraies césariennes avec mère et enfant vivants ?

On peut citer, en 1610, l'intervention pratiquée en Saxe par les chirurgiens J. Trautmann et C. Seest sur la femme d'un tonnelier qui, près du terme, fut victime d'une grave blessure par l'éclatement d'un cercle de tonneau et en eut l'utérus gravide ouvert qui se trouvait sous la peau d'une large hernie abdominale. Les praticiens appelés en urgence réussirent à extraire l'enfant en se bornant à agrandir l'incision utérine accidentelle et refermèrent en un plan la seule paroi abdominale comme il était préconisé à l'époque. La mère survécut les premières semaines mais mourut brutalement le 29^{ème} jour, probablement d'une embolie pulmonaire. L'enfant vécut neuf ans, on ne sait dans quel état.

On peut citer, en 1689, l'intervention pratiquée à Saintes par le chirurgien Jean Ruleau aidé de son confrère Jolin, sur une parturiente en travail depuis quatre jours avec un bassin très rétréci par cal vicieux post-fracturaire. La femme survécut mais l'enfant, extrait vivant, mourut le deuxième jour.

En fait, il faut attendre le début du XVIII^{ème} siècle, et les progrès notables

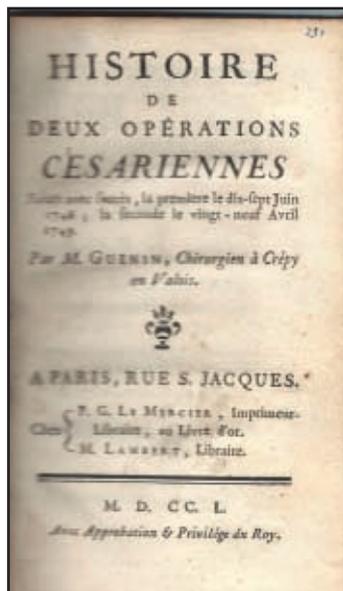


Fig. 5 Guenin 1750

de l'obstétrique, pour obtenir les premiers cas répondant réellement à nos critères. C'est, en 1740, à Paris, le chirurgien Soumain qui, en présence de plusieurs confrères, réussit l'intervention sauvant la mère et l'enfant. C'est en 1746, le chirurgien Guenin de Crepy en Valois, qui, aidé d'une sage-femme, réalise l'intervention avec un résultat doublement favorable. Il réussit une autre césarienne en 1749 aidé d'un confrère chirurgien, et publia ses deux observations en 1750 chez Lemercier, libraire à Paris, sous le titre évocateur *"Histoire de deux opérations césariennes"*. Ce petit livre de deux cents pages, (Fig 5) donne une description très détaillée des techniques employées (pas de suture utérine, suture en un plan de la paroi abdominale, suivant les pré-

ceptes de l'époque) et donne un compte-rendu fidèle de l'évolution de la cicatrice et de l'opérée.

Mais ce ne sont pas les quelques réussites miraculeuses publiées, alors que les nombreux échecs ne l'étaient évidemment pas, qui permirent aux chirurgiens honnêtes et sérieux de croire à l'innocuité de la césarienne : cette intervention tuait quasiment toujours, telle était la vérité (à Paris, sur 24 césariennes connues entre 1741 et 1800, il y eut 24 décès). Aussi l'immense majorité des chirurgiens continua à s'abstenir de la pratiquer. Si Baudelocque persista à en décrire la technique et à la recommander dans les cas extrêmes pour sauver (?) la vie de la mère, il faut bien reconnaître qu'il était difficile de le suivre car les résultats étaient très loin de répondre à ses espérances. Rappelons qu'un véritable mouvement anticésarien se fit jour contre Baudelocque et ses conseils chirurgicaux, mené surtout par le fameux Sacombe auteur du non moins fameux livre *"la Lucinade"*, terrible réquisitoire contre l'intervention prônée par Baudelocque. Ce contexte explique, évidemment, la concurrence exercée pendant quelques décennies par la symphyséotomie, alternative chirurgicale moins vitalement dangereuse mais aux résultats maternels forts discutables.

En réalité, il faudra attendre la deuxième moitié du XIX^{ème} siècle avec Pasteur, Lister, Tarnier et Lucas-Championnière pour que l'asepsie et l'antisepsie permettent enfin de ren-

dre possible la survie de la mère qui bénéficia, de plus, des progrès purement techniques chirurgicaux avec l'amélioration de l'hémostase et, surtout, la fermeture systématique et soigneuse de la plaie utérine (Kehrer 1881, Sängner 1882, Porak 1884) pour séparer la cavité utérine de la grande cavité péritonéo-abdominale.

Bibliographie

- Aubard Y. et al – *"Histoire de l'opération césarienne"*, Rev Fr Gynecol Obst 1995;90:5-11
- Barrat J. – *"Histoire de la césarienne"*, Rev Fr Gynecol Obstet 1988;83:225-30
- Delotte J. et al – *"Une brève histoire de la césarienne"*, La Lettre du Gynécologue, n° 321, avril 2007
- Guenin M. – *"Histoire de deux opérations césariennes"* – Le Mercier Ed. Paris 1750
- Jean M. – *"Symphyséotomie et opération césarienne"* – Maloine Ed. Paris 1901
- Lurie S., Glezerman M. – *"The history of cesarean technic"*, Am J Obstet Gynecol 2003;189:1803-6
- Pundel J.P. – *"Histoire de l'opération césarienne"* – Presses Académiques Européennes, Bruxelles, 1969
- Sacombe J.F. – *"La Lucinade"* – Courcier Ed. Paris An VII
- Stofft H. – une série d'articles sur ce sujet ont été publiés dans les Cahiers Syngof n°49, 51, 53, 73, 74
- Vigot A. – *"Manuel opératoire de l'opération césarienne"* – Adeline Ed. Caen, 1892

Quelles sont les motivations pour faire de l'humanitaire ?

A. BENBASSA*

Un retour vers des pratiques et une époque où le bon sens et la clinique, notamment l'examen clinique, avaient toutes leurs valeurs.

L'humanitaire rassemble sur le terrain des médecins très divers dont les motivations sont difficiles à préciser et parfois critiquées. A travers son expérience menée d'abord à "Médecins sans frontières" comme chirurgien-obstétricien, puis en fin de carrière à "Gynécologie sans frontières" en tant qu'enseignant mais aussi responsable du recrutement, l'auteur, aidé des témoignages de plusieurs collègues, tente de démêler les raisons qui amènent certains médecins à partir en mission. Il distingue : (1) des motivations de nature personnelle, comme la recherche d'un "ailleurs" géographique et humain, d'une pratique médicale plus basique, d'une poursuite de son activité malgré la retraite, de la satisfaction de transmettre son savoir, d'une évasion hors d'un quotidien perturbé ; (2) des motivations altruistes comme la participation à un travail sanitaire utile ou indispensable en pays démunis. Quelles que soient ces motivations, partir en humanitaire est le choix d'une rupture avec le quotidien et la recherche d'une façon de travailler autrement. Pour beaucoup cela les amène à en revenir différents et plutôt en mieux. Donner un peu de soi et recevoir beaucoup.

"là-bas" on n'est qu'un médecin parmi d'autres, le plus souvent totalement inconnu et il faudra faire ses preuves.



Photo Claude ROSENTHAL

Introduction

Quelles motivations pour faire de l'humanitaire ? Ici, ou là-bas ?

Il sera question dans notre propos des motivations pour faire de l'humanitaire "là-bas", Bien sûr il est possible d'en faire "ici", dans son environnement le plus proche : il existe en France bon nombre d'ONG (Organisation non gouvernementale), notamment Médecins du Monde ou même Gynécologie sans Frontières, qui ont aussi des actions dans notre pays, pour ceux qui sont les plus démunis, parfois sans abris, et souvent sans papiers. Mais ce "humanitaire-là", qui engage peut être plus profondément, n'est pas notre sujet, au contraire du "partir là-bas".

* Clinique Belledonne - 83 avenue Gabriel Péri - 38300 Saint-Martin d'Hères - Correspondance: andre.benbassa@sfr.fr



Photo Claude ROSENTHAL

1 - Partir en mission pour sa propre satisfaction...

...pour sortir de sa vie professionnelle quotidienne, dont on pressent parfois avec angoisse qu'elle risque d'être toute tracée et que rien ne va la changer. *"Je ne serai rien d'autre que celui que je suis aujourd'hui, avec un statut professionnel et social connu et bien cadré"*. Ce temps que l'on va donner *"ailleurs"*, parfois court, parfois, mais rarement, long, sans autre étiquette que celle d'être un médecin, permettra peut-être de se découvrir ou de se redécouvrir, débarrassé précisément de ce statut social que l'on a construit : *"là-bas"* on n'est qu'un médecin parmi d'autres, le plus souvent totalement inconnu et il faudra faire ses preuves ;

...pour rompre la monotonie du quotidien et vivre autre chose.

Chacun de nous ressent parfois que le quotidien, avec la répétition des mêmes gestes et attitudes, en regard des mêmes situations, a quelque chose de lassant. Bien sûr, et heureusement, il arrive parfois qu'un événement ou une personne vienne rompre ce quotidien par son caractère inattendu ou surprenant. Mais comme le dit Baudelaire au terme de *"Voyages"* : *"Plonger au fond du gouffre. Enfer ou ciel qu'importe. Au fond de l'inconnu, pour trouver du nouveau"*. C'est dans l'humanitaire, là-bas, que l'on a vraisemblablement le plus d'opportunité de trouver du nouveau !

...pour rencontrer d'autres cultures, d'autres modes de vie, tout en exerçant son métier. Il y a, bien sûr, la recherche de ces rencontres par le biais de l'humanitaire qui, en effet, peut répondre à ce besoin de voyager *"autrement"*, débar-

ressé de l'étiquette désagréable et combien pesante de simple touriste, objet de convoitises ou d'attentions souvent mal intentionnées. Quelle satisfaction de pouvoir ressentir, dans un vol vers des destinations lointaines, que l'on voyage *"autrement"*, alors que l'on se trouve entouré d'un groupe organisé et accompagné, et que l'on vole soi-même vers ces mêmes destinations, mais pour y *"faire de l'humanitaire"*. Qui n'a pas déjà perçu, lui-même, au cours d'une mission combien cette situation pouvait paraître enviable ;

...pour faire son métier mais rechercher des conditions de travail bien différentes, plus simples, avec plus d'indépendance et surtout moins de pesanteur administrative, moins de paperasse, moins de réunions, moins de staff. Bref, un retour vers des pratiques et une époque où le bon sens et la clinique, notamment l'examen clinique, avaient toutes leurs valeurs. *"Là-bas"* il n'y a pas de scanner, pas d'IRM, pas de laboratoire pour vous aider à faire un diagnostic. Il faut se débrouiller avec ce que l'on a sous la main, c'est-à-dire peu, parfois rien d'autre que son bon sens et son expérience. L'humanitaire *"là-bas"* n'est pas fait pour les débutants inexpérimentés qui partiraient pour *"se faire la main"*, Ce serait à la fois malsain et peu honnête de partir avec un tel état d'esprit. Voilà aussi pourquoi l'humanitaire à la faveur des médecins et chirurgiens retraités ou en voie de l'être. Être utile quand on peut encore l'être ;

...pour apporter à ceux qui ont moins, parfois rien, son expérience, sa compétence, et aussi pour vivre une aventure humaine qui sera le plus souvent très enrichissante. On ne revient pas d'une mission tout à fait indemne. Il y a l'avant et l'après. *"Partir en humanitaire"* c'est aussi appren-



Photo Claude ROSENTHAL

dre ce qu'est la misère des populations qui vivent avec moins de 1 € par jour, ou pire encore, reconnaître les atrocités et les séquelles de la guerre, des catastrophes naturelles. C'est ressentir l'injustice de la répartition des biens sur terre, en éprouver du malaise, en nourrir une certaine obligation de réforme et de changement politique, au sens large du terme, sachant qu'un petit mieux est toujours possible. C'est aussi rencontrer et côtoyer des gens qui ont le même fond "altruiste" (Pr Paul Stieglitz, CHU Grenoble) ; ...pour le plaisir de transmettre, enseigner, montrer ailleurs ce que l'on sait. En humanitaire il y a également au-delà des soins la possibilité de transmettre son expérience et ses connaissances. Bien sûr internet donne accès dans tous les pays où il y a de l'énergie électrique (pas toujours...) à ces connaissances mais rien ne vaut le message direct, l'apprentissage par le compagnonnage, la démonstration orale directe et le dialogue interactif. Le besoin d'appuyer sa pratique sur celle de professionnels expérimentés constitue une forte demande exprimée par nos collègues de "là-bas" ; ...pour partir et revenir différent, mais en mieux, plus tolérant, peut-être ? "Car partir c'est aussi contracter des liens affectifs avec ceux qui ont moins et rien que moins. Ceux que l'on va rencontrer ont besoin de se sentir considérés, aimés, et nous, on a besoin de se sentir moins égoïste, moins nantis et pour les plus vaniteux d'entre nous, plus humbles (P.S.)". Le retour de mission est souvent difficile et l'on se sent presque honteux de retrouver des conditions de vie aussi confortables et aussi sécurisés que sont les nôtres ; ...pour ne pas lâcher complètement son métier quand la retraite arrive... si subitement. Un jour vient, on le savait sans vraiment l'imaginer, où il faudra renoncer à se rendre, comme d'habitude, dans son service ou sa clinique ou son cabinet médical. Si l'on se trouve en bonne santé, encore jeune, compétent (presque toujours), alors l'humanitaire répondra à ce besoin d'être utile quelque part. Les ONG, surtout à mission chirurgicale, ont la faveur de ces chirurgiens retraités aux

cheveux blancs ou au crâne dégarni. Ils sont heureux d'être là, bravant l'inconfort et le manque d'hygiène par manque d'eau. Ils sont là et ils vont opérer, comme d'habitude et ils en sont heureux... "Au bloc opératoire, la vétusté et le manque de matériel étaient évidents. Armés d'une lampe frontale pour lutter contre la faiblesse des scialytiques ou contre les fréquentes coupures de courant, nous opérions 2 à 3 femmes par jour... Les femmes étaient regroupées ensemble dans un pavillon. Je me souviendrai toujours de l'odeur épouvantable d'urines et de selles qui accompagna ma première visite... (Claude Rosenthal Mission fistule Burundi 2012. GSF)". La saleté, la négligence, la désinvolture face à des situations médicales jugées comme préoccupantes peuvent rebuter au début et amener à douter de la pertinence de son engagement dans une mission humanitaire.

Quant au dormir et au manger ? Manger quoi ? Dormir où ? Comment ? Au début, les nuits ne sont pas faciles : lit de camp, décalage horaire, bruits, moustiques, problèmes intestinaux amènent souvent à se demander : "Que fais-je ici ? Dans quelle galère me suis-je mis ? j'étais si tranquille dans mon service ou ma clinique. On mange des pâtes trop cuites. Il est temps de déballer le duvet et de tomber dans le sommeil malgré la ronde incessante des camions. Je me retrouve au milieu de la nuit, sous la tente gonflable, avec 12 femmes voilées. Une grande multipare est à 8 cm, le tracé devient pathologique, ventouse d'engagement, le bébé naît sans encombre, ouf ! Nettoyage du sang, de la pluie qui s'est insinuée à l'entrée de la tente. Une dernière visite aux parturientes, la salle d'accouchement est propre, on peut aller se coucher, il est 6 heures du matin... (Olivier Garbin, Zaatari, camps réfugiés syriens, GSF)";

...pour fuir ! Il arrive malheureusement que l'on se trouve parfois débordé par des problèmes personnels, professionnels ou familiaux et que l'on ne voit pas d'autres solutions que de "quitter le navire". Cette motivation plus fréquente que l'on peut l'imaginer est souvent le fait de médecins encore jeunes en pleine activité. Une forme de "burn-out" ? Deviendra-t-on alors un professionnel de l'humanitaire ? Faudra-t-il revenir ? Et comment se passera le retour ? Et où ? Tant de questions auxquelles on sera inéluctablement confronté et qui appelleront une réponse parfois bien difficile à donner ;

...pour se faire plaisir, tout simplement ! L'on retrouve ici une motivation pas toujours clairement avouée que l'on garde consciemment ou non au fond de soi mais qui constitue probablement une vraie motivation pour partir. Se donner une image de soi plus valorisante et que l'on ne trouve pas, ou plus, dans son exercice quotidien. "La principale raison n'est-elle pas tout simplement de se faire plaisir, d'y prendre du plaisir et du bonheur et si possible d'en donner un tout petit peu... ? (Serge Boyer, GSF)". Et : "Quoi que l'on dise, quoi que l'on pense, on fait souvent de l'humanitaire pour soi, avec l'idée de servir à quelque chose ou à quelqu'un, avec le besoin d'être admiré pour des actions souvent gout-



Photo Claude ROSENTHAL

tes d'eau dans la mer et cela bien avant l'amour de son prochain. Alors on s'engage mais attention, sur le terrain il faudra montrer le fond de ses tripes (Claude Rosenthal GSF), sinon plus dure sera la chute ou la désillusion !

2 - Partir pour les autres...

...pour leur procurer ce que l'on sait faire d'utile, "pour obtenir des résultats" en faisant son métier, c'est-à-dire en consultant, opérant, accompagnant, formant tout en s'adaptant le mieux possible (pas toujours facile) aux cultures et mode de vie locaux mais aussi aux moyens matériels parfois simples, voire inexistantes.

Cette motivation est celle que reconnaissent et apprécient ceux qui en bénéficient, ceux qui en jugent les résultats, ceux qui subventionnent les ONG et, à la limite, ceux qui songent en tirer un avantage social ou des revenus.

Sans nier les bienfaits de l'aide humanitaire ponctuelle ou durable dans de nombreux pays et lors de circonstances diverses, il arrive parfois que le but de la mission soit à nos yeux hors de portée ou à côté des nécessités principales et on se demande alors si tout cela a du sens. "Nous revoilà Denis Therby, GSF et moi (l'auteur de ces lignes) en Haïti pour la troisième fois à Port-au-Prince. Nous sommes ici pour apporter un soutien pédagogique à la maternité de référence Isaïe Jeanty... 7 000 accouchements, 17% de césariennes, mortalité maternelle en Haïti 240 pour 100 000, trente fois plus élevée qu'en France ! Ici on vient souvent pour y mourir, les 3/4 des naissances ayant lieu à domicile avec les matrones. Quelle prétention ou inconscience que de vouloir faire de la formation en soins obstétricaux, alors que seulement 25% des femmes accouchent en milieu médical et quel milieu ?"

3 - Partir, mais où ?

En fonction de ses propres compétences, de son temps de disponibilité, des demandes d'ONG avec des programmes en fonction des pays et des situations politiques, il sera toujours possible de partir. Mais partir sous-entend toujours et au minimum un engagement personnel. Mises à part quelques ONG qui recrutent en international comme Médecins sans frontières, Médecins du monde, etc., le missionné devra préparer avec les permanents de ces ONG toutes les modalités de sa future mission : petit matériel médical, boîtes de chirurgie, parfois cours à préparer, photocopies, protocoles etc., mais parfois aussi les billets de transports aériens et terrestres. Enfin un contact avec les autorités sanitaires et une définition précise de sa mission seront évidemment nécessaires. Faire quoi, pourquoi et comment ? Une ONG n'est pas une agence de voyage ! L'envoi de son CV avec ses motivations sera nécessaire et un entretien avec le responsable du recrutement sera une étape souvent demandée. Il n'y a pas d'âge pour partir mais être en bonne santé (apparente...) constitue le minimum pour se jeter dans l'inconnu !

Conclusion

Les motivations pour partir et faire de l'humanitaire sont multiples. Certaines sont communes et facilement identifiées, d'autres le sont moins. Mais quelles que soient ces motivations, il y a toujours un engagement qui amène les praticiens à travailler différemment dans des conditions souvent difficiles et pleines d'inconnues. L'expérience mérite d'être vécue car elle apporte à chacun autant de bien qu'elle est censée en apporter aux autres.

Bon vol, bon voyage et bonne mission !

Remerciements

A mon ami le Pr Paul Stieglitz pour sa relecture et ses remarques aussi bienveillantes que justes...

A tous mes collègues et amis de GSF pour leurs témoignages et au Pr Henri-Jean Philippe, Président de GSF, qui m'a accordé d'emblée sa pleine confiance.

Mais aussi à tous ceux qui ont trempé au moins une fois dans leur vie dans le bain humanitaire.

Gynécologie sans Frontières (GSF)

Dr André Benbassa, responsable du recrutement
Université de Nantes - Faculté de Pharmacie - Bureau 405
9 rue Bias - BP 61112 - 44011 Nantes cedex 1

Tel. 02 53 48 46 35 - 02 53 48 46 41 <http://www.gynsf.org>

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, A. Benbassa, reconnais n'avoir aucun intérêt financier avec des ONG ayant des actions médicales humanitaires.

FORMATIONS 2014



Formations sur 2 jours

- ▶ **Asphyxie perinatale**
Toulouse les 4 et 5 avril 2014
Intervenants Pr RACINET, Drs LEJEUNE-SAADA et VAILLANT

- ▶ **Hémorragie du postpartum**
Paris Orly les 25 et 26 avril 2014
Intervenants Drs FOURNET et LONLAS

- ▶ **Dystocie des épaules**
Toulouse les 13 et 14 juin 2014
Intervenants Drs MIRONNEAU et THIEBAUGEORGES

- ▶ **Dystocie des épaules**
Toulouse les 3 et 4 octobre 2014
Intervenants Drs MIRONNEAU et THIEBAUGEORGES

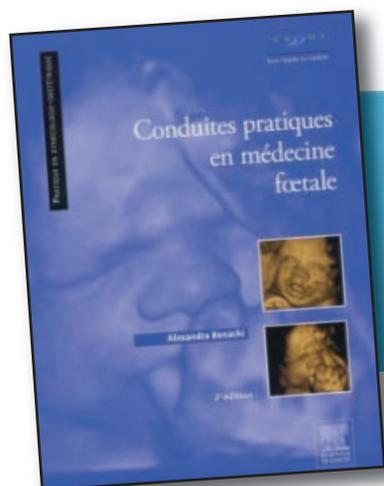
- ▶ **Chirurgie gynécologique : Prévention des risques**
Paris Orly les 3 et 4 octobre 2014
Intervenants Drs de ROCHAMBEAU et LONLAS

- ▶ **Chirurgie gynécologique : quand le risque se réalise (complément 1^{ère} session)**
Paris Orly les 19 et 20 décembre 2014
Intervenants Drs de ROCHAMBEAU - B. LE NIR

- Conditions :**
- Compléter une grille d'audit avant la formation et 2 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

Propos de lecture



Elsevier-Masson - Collection Pratique en gynécologie-obstétrique
368 pages

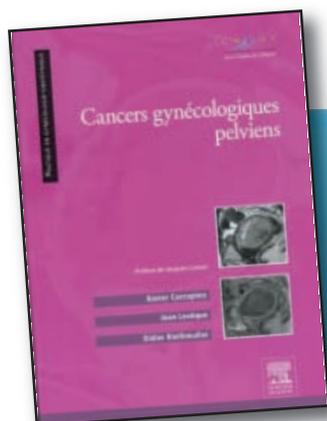
Conduites pratiques en médecine fœtale

Coordonné par Alexandra BENACHI

59 €

L'ouvrage coordonné par Alexandra Benachi est une aide précieuse pour les praticiens de la grossesse. Il fournit les clefs du raisonnement pratique qui permettent d'aborder au quotidien, avec les parents, les enjeux quand la surveillance fœtale n'est plus normale. Par sa construction appareil par appareil, il est facile à consulter. Il développe surtout les pathologies prises en charge par les obstétriciens (RCIU/Infections) et aborde l'accompagnement et la prise en charge psychologique pour conclure sur la place actuelle du diagnostic prénatal non invasif (DPNI).
Ce qu'il n'est pas : un manuel de spécialisation en médecine fœtale.

Bertrand de ROCHAMBEAU



Elsevier-Masson - Collection Pratique en gynécologie-obstétrique
460 pages

Cancers gynécologiques pelviens

Xavier CARCOPINO, Jean LEVEQUE, Didier RIETHMULLER

75 €

S'il devait y avoir un cours d'oncologie pelvienne destiné à la formation des gynécologues obstétriciens, cet ouvrage pourrait en être la base. Construit comme un cours, collaboratif, couvrant tous les thèmes auxquels les gynécologues obstétriciens se trouvent confrontés, il n'a pas d'équivalent. Il associe les données classiques aux mises au point les plus récentes, le tout avec une bibliographie conséquente.

Ce n'est pas qu'un traité chirurgical, il développe les données anapath, de biologie, d'imagerie et d'anesthésie, mais aussi radiothérapie et chimiothérapie propres à l'oncologie gynécologique. Un regret toutefois : les attitudes thérapeutiques purement franco-françaises ne sont pas mises en perspective internationale.

A recommander à tous ceux qui prennent en charge les cancers gynécologiques pelviens.

Bertrand de ROCHAMBEAU



Horay Edition
480 et 500 pages

J'attends un enfant J'élève mon enfant

Laurence PÉRNOUD

30,50 €



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

On y découvre cette année le *Prado* et une actualisation à partir des interrogations des lectrices. Il ne cède pas aux sirènes de la pseudo écologie, déconseille l'accouchement à domicile et insiste sur le soulagement des douleurs de l'accouchement. Au final c'est une excellente base pour l'éducation thérapeutique des femmes enceintes.

www.horay-editeur.fr

Bertrand de ROCHAMBEAU



LEH - Collection Pratiques professionnelles
80 pages

Accidents médicaux Règles et pratiques de la Commission de conciliation et d'indemnisation

Patrick MAIRÉ

30 €

La loi du 4 mars 2002 dite "*Loi Kouchner*" a constitué une avancée majeure en matière d'indemnisation du dommage causé par un accident médical, une affection iatrogène ou une infection nosocomiale. Elle a créé les commissions de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux (CCI) chargées de mettre en œuvre amiablement ce droit à être indemnisé lorsque le patient est victime d'un aléa thérapeutique ou d'une faute médicale.

Les victimes disposent désormais d'une procédure amiable, gratuite et rapide leur permettant d'obtenir une expertise et de recevoir une offre d'indemnisation. Avec en moyenne plus de 4700 procédures engagées chaque année, le dispositif imaginé en 2002 a montré qu'il était capable de fonctionner.

Toutefois, tous les dommages médicaux ne sont pas indemnifiables et la procédure qui se déroule devant les commissions d'indemnisation est semée d'embûches. La méconnaissance des règles et des conditions qui permettent d'aboutir à une indemnisation peut parfois être dramatique pour la victime et en tout cas à l'origine d'un profond ressentiment.

L'objet de cet ouvrage est d'aider les victimes, mais aussi leurs conseils, à mieux connaître ces règles pour faire valoir leurs droits dans les meilleures conditions et pour mieux comprendre le sens des avis donnés par les commissions.

Rédigé par un magistrat qui préside quatre commissions d'indemnisation, il présente non seulement ces règles mais aussi la jurisprudence qui s'est construite autour d'elles. Il donne de précieuses indications sur la préparation du dossier, l'expertise, l'audience devant la commission et le mécanisme des offres d'indemnisation.

Il clarifie ces mécanismes de façon pédagogique et analyse avec un œil critique l'évolution du dispositif dont l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) est devenu le pivot.

Les associations de victimes et leurs conseils, ainsi que les établissements hospitaliers et les médecins, dont la responsabilité est de plus en plus recherchée devant les commissions, les étudiants, disposeront d'un outil de travail pratique et complet sur un sujet qui n'avait jamais été présenté de façon aussi complète.

L'auteur : Patrick Mairé est magistrat de l'ordre judiciaire. Il est détaché auprès de l'ONIAM depuis octobre 2011 et préside à ce titre les commissions d'indemnisation des régions Aquitaine, Poitou-Charentes, Limousin et Midi-Pyrénées.

ISBN : 978-2-84874-534-3

<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 BASTIAN
Place du Grand Jardin - VENCE

Docteur BONNEAU
2 bd du Roy
LES PAVILLONS SOUS BOIS

Docteur BONNET
Hôpital de Fontainebleau
FONTAINEBLEAU

Docteur CACAULT
71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

Docteur CRISTINELLI
Clinique Arc-en-ciel - EPINAL

Docteur DARMON
18 rue des Remises
ST MAUR DES FOSSES

Docteur DE BIEVRE
6 rue St Fiacre - MEAUX

Docteur DENJEAN
7 av. Pierre Verdier - BEZIERS

Docteur DREYFUS
25 rue Garibaldi - LYON

Docteur 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 JELEN
CH - Maternité - LAVAL

Docteur LEOEUF
7 av. H. Barbusse
LE BLANC MESNIL

Docteur LEGRAND
12 rue de France - NICE

Docteur LE MEAUX
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Docteur LONLAS
6 rue de la manufacture
ORLEANS

Docteur MAALIKI
3 B rue A. Rodin BESANCON

Docteur MIRONNEAU
16 crs du Général de Gaulle
DIJON

Docteur MUHLSTEIN
3 rue des arquebusiers
STRASBOURG

Docteur PEIGNÉ
Polyclinique du Beaujolais - ARNAS

Docteur ROUGÉ
59 rue de la Chataigneraie
BEAUMONT

Docteur SEGUY
Av Leopold Heder - KOUROU

Docteur TEFFAUD
Polyclinique de l'Atlantique
ST HERBLAIN

Docteur THIEBAUGEORGES
Clinique Sarrus Teinturiers
TOULOUSE

Docteur TOMASINI
11 bd F. Salini - AJACCIO

Docteur TOURAME
230 av. du Prado
MARSEILLE

Docteur VERHAEGHE
43 rue des Meuniers - LESQUIN

Représentation syndicale

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

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



Le Centre Hospitalier de Bigorre à Tarbes, Hautes-Pyrénées

recrute

des gynécologues-obstétriciens

pour son activité de chirurgie gynécologique et cancérologique et d'obstétrique.
Statuts de praticiens hospitaliers, praticiens contractuels ou assistants.

Maternité de niveau 2B, 900 accouchements par an

Pour plus de renseignements, merci de contacter :

Contacts : Dr Jacques BROUQUET
Tél. 05 62 54 61 81 - jbrouquet@ch-tarbes-vic.fr
Dr Joseph ELCHAM
Tél. 05 62 54 61 80 - jelcham@ch-tarbes-vic.fr
Mme Audrey LIORT, Directrice adjointe
Tél. 05 62 54 56 37 - aliort@ch-tarbes-vic.fr

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 : dr.jplaplace@bordeauxnord.com

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

email : jplemeaux@yahoo.fr

Auvergne

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

email : rouge.m@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

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 Franklin DARMON

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

email : frankindarmon@free.fr

Dr Nelly HOMASSON

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

email : nelly.homasson@orange.fr

Dr Dominique LÉBOEUF

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

email : d.leboeuf@free.fr

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU

Hôpital Privé de Marne
Chanteraine
77177 BROU SUR CHANTEREINE
Tél. 01 64 72 74 31

email : bdr@club-internet.fr

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 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

Dr Olivier THIEBAUGEORGES

49 allée Charles de Fitte
31076 TOULOUSE
Tél. 05 61 77 33 33

email : othieb@gmail.com

Nord-Pas de Calais

Dr Yves VERHAEGHE

43 rue des meuniers
59810 LESQUIN
Tél. 03 20 57 99 90

email : yverhaeghe@nordnet.fr

Normandie

Dr Béatrice GUIGUES

2 bis av. du Canada
14000 CAEN
Tél. 02 31 85 77 84

email : b.guigues@wanadoo.fr

Pays de Loire

Dr Harold JELEN

CH - maternité
53000 LAVAL
Tél. 06 88 55 71 06

email : harold.jelen@chlaval.fr

Dr Olivier TEFFAUD

Polyclinique de l'Atlantique
44819 ST HERBLAIN CEDEX
Tél. 02 40 95 83 15

email : drteffaud@polyclinique-atlantique.fr

Picardie

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

PACA

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

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

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

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

Rhône-Alpes

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

Dr Emmanuel PEIGNÉ
Polyclinique du Beaujolais
69400 ARNAS
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



SYNGOF

Syndicat National des Oculistes Ombistes de France

domiserve

Financez vos dépenses privées via votre activité professionnelle et bénéficiez d'avantages fiscaux !



En 2014, ne passez pas à côté du CESU pour faire des économies !

Le CESU, c'est quoi ?

Le Chèque Emploi Service Universel (CESU) est LE moyen de paiement des services à la personne (garde d'enfants, entretien ménager, cours à domicile, etc.)

Comment ça des avantages fiscaux ?

Vous utilisez vos CESU dans un cadre privé et faites des économies dans votre cadre professionnel
Vous pouvez commander jusqu'à 1830 € de CESU par an.

Voici un cas pratique sur la base d'un professionnel libéral déclarant des BNC et soumis à l'impôt sur le revenu (fonctionne également si vous déclarez l'impôt sur les sociétés).

Achat de CESU Domiserve	1830 €
Crédit d'impôts sur la valeur des CESU financés (1)	- 458 €
Économie d'impôts sur le revenu – sur la tranche d'imposition marginale à 41 % (2)	- 750 €
Coût final de votre achat	= 622 €

soit 66% d'économies !

(1) 25% de crédit d'impôt sur la valeur des CESU financés par votre activité professionnelle.
(2) Cf. article 156 bis du Code de l'impôt sur le revenu (L. n° 173 du 9 novembre 2003).

Code promotionnel
SYN11

Pour une simulation de vos avantages fiscaux

Contactez Oriane
01 49 65 14 44

Le + écologique
Le CESU existe en version électronique

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

Commissions de qualification

	Titulaires	Suppléants
Commission Nationale de Première Instance	<p>Dr Jacques FAIDHERBE CHU Arnaud de Villeneuve 191 av. du Doyen Giraud 34090 MONTPELLIER Email : j-faidherbe@chu-montpellier.fr</p> <p>Dr Jacques RIVOALLAN 6 rue Saint Marc 29000 QUIMPER Email : jacques.rivoallan@wanadoo.fr</p>	<p>Dr Karen BONNET CH de Fontainebleau 55 bd Maréchal Joffre 77305 FONTAINEBLEAU Cedex Email : kbonnetchea@ch-fontainebleau.fr</p> <p>Dr Marc Alain ROZAN 32 Bis Boulevard du Château 92200 NEUILLY SUR SEINE Email : mar@marcalain-rozan.com</p>

	Titulaires	Suppléants
Commission Nationale d'Appel	<p>Dr Gérard LONLAS <i>(nomination en cours)</i> 6 rue du Brésil 45000 ORLÉANS Email : gerard.lonlas@wanadoo.fr</p> <p>Pr Jacques HOROVITZ Hôpital Pellegrin Service gynécologie-obstétrique 33076 BORDEAUX Cedex Email : jacques.horovitz@chu-bordeaux.fr</p>	<p>Dr Jean-Pierre LAPLACE <i>(nomination en cours)</i> Maternité Bordeaux Nord 35 rue Claude Boucher 33300 BORDEAUX Email : dr.jpplaplace@bordeauxnord.com</p> <p>Dr Pascale LE PORS CH de Saint Malo 1 rue de la Marne 35400 SAINT MALO Email : p.lepors@ch-stmalo.fr</p>

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

Je soussigné(e)

Nom _____

Prénom _____

Né(e) le _____ à _____

Date de votre installation _____

Tél _____ Fax _____

e-mail _____

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

Adresse professionnelle _____

Nom et adresse de la maternité où vous exercez : _____

Inscrit à l'Ordre des Médecins de _____

N° _____

sollicite mon admission au

SYNDICAT NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS DE FRANCE

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

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

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

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

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

• Type d'exercice Privé Public Privé et Public

- Cotisations 2014 -

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

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

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

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

Date, cachet et signature

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

■ NICE

Gynécologue médicale, compétences écho., psychosomatique et sexologique cède fin 2014, cabinet clés en mains : clientèle attachée et sympathique. Plusieurs options possibles : transmission clientèle en douceur avec assistanat si souhait, location du local professionnel ou rachat des murs au choix. Conditions privilégiées.

Tél. 06 83 76 32 57

■ LA ROCHELLE

Couple de gynécologues obstétriciens, proche de la retraite, recherche successeur pour reprise clientèle. Plateau technique obstétrico-chirurgical et cabinet de ville. Conditions à débattre.

Tél. 06 85 23 29 11

■ ANNECY

Cause retraite, Cédons patientèle de gynécologie médicale tenue 30 ans par 2 gynécologues femmes. Possibilité rachat locaux conçus pour 2 praticiens avec salle d'attente et secrétariat.

Tél. 06 82 10 36 22

■ PARIS

Cause retraite, gynécologue-obstétricien, secteur II, cède gratuitement patientèle, contre murs à vendre, surface 70 m2 avec parking.

Tél. 01 42 41 43 11

■ PAU

Cause retraite. Cède cabinet gynécologie obstétrique au sein d'une polyclinique neuve (1700 accouchements), 7 associés. Activité chirurgicale possible. Centre P.M.A., réa, I.R.M. Scanner.

Tél. 06 86 69 68 26 ou
05 59 84 87 95

■ THANN

Gynécologue obstétricien cède cabinet, grosse clientèle, contre rachat matériel. Possibilité mi-temps hospitalier et entrée

dans une clinique privée, avec garde sur place, secteur 1 ou secteur 2.

Tél. 03 89 37 20 02

■ SAINT AVOLD

Vous souhaitez travailler en toute indépendance en secteur privé. Maternité de niveau 1, 1200 accouchements/an, trois G.O. 8 anesthésistes 92% des patientes accouchent sous A.P.

Deux d'entre nous partent à la retraite. Nos successeurs sont assurés de s'épanouir tant sur le plan professionnel que financier.

Tél. 06 16 36 14 15

Associations

■ AIX EN PROVENCE

URGENT - Chirurgien gynécologue exclusif recherche associé(e) pour activité de chirurgie pelvienne essentiellement. Plateau technique performant (robot installé).

Tél. 06 60 02 47 75

■ ILE DE FRANCE

Gynécologue obstétricien chirurgien, proche banlieue ouest dans établissement MCO niveau 2A recherche associé en vue cessation activité courant 2014 cause retraite.

Tél. 07 81 90 39 39

■ SAINT-NAZAIRE

Gynécologue cherche associé(e) pour activité chirurgicale forte activité en cancérologie clinique récente avec scanner IRM unité de soins intensifs pas d'obstétrique secteur II.

Tél. 06 18 58 58 47

Remplacements

■ PARIS

PH (niveau 2B) GO, en disponibilité à partir du 01/02/2014, et dans l'attente d'une installation, cherche des remplacements réguliers en cabinet de ville (échographies fœtales privilégiées) et/ou en structure publique pour des gardes spécialisées (S2). Bonne expérience en médecine fœtale et agrément FIV.

Secteurs géographiques ciblés : Bretagne, PACA et région parisienne.

Tél. 06 88 55 71 06

■ 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

■ FONTAINEBLEAU

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

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

■ COLMAR

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

Tél. 06 16 67 13 32

■ PARIS

Praticien hospitalier en disponibilité, cherche remplacements (gardes, consultations, écho). DIU écho. EPP premier trimestre, DU colposcopie, DU coelioscopie hystérocopie et infertilité. DIU chirurgie vaginale.

Tél. 06 61 11 77 40

■ BORDEAUX

Recherche remplaçante secteur 2 (en priorité) pour congé maternité de **début mars à juillet 2014**. Cs gynéco et obstétrique (+/- Echo gyn et fœtale) 4 jours/semaine, astreinte obstétrique.

Tél. 06 26 29 47 89

■ NANCY

Gynécologue médicale, retraitée, cherche remplacements fixes ou ponctuels à partir de mars 2014 en Lorraine ou Bas-Rhin.

Tél. 06 45 48 97 41

■ PITHIVIERS

Gynécologue médicale, 25 ans d'expérience, propose des remplacements.

Tél. 06 52 03 46 60

Le coin des cinéphiles du siècle dernier



RICHARD ATTENBOROUGH

Le meilleur de l'intégrale tous les soirs d'avril, dès minuit.
12 films dont 4 en copies HD



Richard Samuel Attenborough, baron Attenborough, CBE, né le 29 août 1923 à Cambridge, est un acteur, producteur et réalisateur britannique. Il a été éduqué à Leicester et à la Royal Academy of Dramatic Art (RADA) dont il devient président, ainsi que de Capital Radio. Son frère cadet est Sir David Attenborough. En 1967, il est fait Commandeur de l'Ordre de l'Empire britannique, chevalier en 1976 et baron et Lord en 1993. A partir de 2003, il est le chancelier de l'université du Sussex.

Il est marié à Sheila Sim depuis 1945. Ils ont trois enfants, dont Michael Attenborough, metteur en scène. Au service de Sa Majesté

Vous le connaissez comme réalisateur (13 films): *Chorus Line*, *Un pont trop loin*, *Chaplin*, *Le Cri de la liberté*. Ou encore *Ghandi*, son chef-d'oeuvre aux huit Oscars. Vous l'avez vu crever l'écran dans ses rôles les plus connus, (64 films) du *Gang des tueurs* à *La Grande évasion*, de *La Canonniers du Yang-Tsé* à *Jurassic Park*.

En avril, TCM Cinéma vous propose de découvrir la face cachée de Lord Richard Attenborough, ses premiers pas autour d'une sélection de raretés incontournables.

Au début des années 40, le Royaume-Uni subit son pire traumatisme, une humiliation : le Blitz et la défaite. Film après film, le pays tout entier n'aura de cesse de rejouer, par écrans interposés, le match contre la Wehrmacht.

Quand la guerre éclate, Richard Attenborough vient d'avoir 16 ans. Ce jeune amateur de théâtre s'inscrit dans la Royal Air Force et fait ses premières armes en tant que sergent de la division cinématographique. Du film de propagande au cinéma, le soldat franchira la ligne dès 1942 en apparaissant pour la toute première fois à l'écran dans *Ceux qui servent en mer*, produit en pleine seconde guerre mondiale : l'histoire du HMS *Torin*, un navire de guerre dont le décor sera le point de départ d'une longue carrière héroïque. Richard Attenborough, désormais acteur à part entière, embarque pour une série d'exploits maritimes *La Nuit commence à l'aube*, *Commando sur Saint-Nazaire*, ou terrestres (*Les diables du désert*, *School For Secrets*, sans oublier le splendide film fantastique et poétique réalisé par le duo Michael Powell - Emeric Pressburger : *Une question de vie ou de mort*.)

Au service de Sa Majesté, certes, mais sur tous les fronts artistiques : Richard Attenborough ne se cantonnera pas aux rôles de soldats. Gamin des bas quartiers face à l'Angleterre de la haute dans *The Guinea Pig* ou *Boys In Brown*, il joue aussi aux côtés de Patrick McGoohan, *Le prisonnier*, Charles Mingus et Dave Brubeck dans *All Night Long*, une adaptation très jazzy d'*Othello*. Sa carrière parallèle de réalisateur s'étoffant avec le temps, les années 60 et 70 verront l'acteur se frotter à d'autres registres avec des rôles nettement plus ambigus. Celui d'un homme manipulé par sa femme médium dans le méconnu et sulfureux *Rideau de brume* ; le film d'espionnage (*Rosebud*, réalisé par Otto Preminger) ; sans oublier le pur thriller d'action 70's : l'excellent *Brannigan* avec John Wayne dans le rôle d'un flic nerveux de Chicago exilé au pays des Bobbies impassibles !



Films de l'intégrale d'avril :



Brannigan (1975), *Rosebud* (1975), *Le Rideau de brume* (1964), *Tout au long de la nuit* (1962), *Les Diables du désert* (1958), *Commando sur Saint-Nazaire* (1952), *La Nuit commence à l'aube* (1950), *Boys in Brown* (1949), *The Guinea Pig* (1948), *School for secrets* (1946), *Ceux qui servent en mer* (1942), *Une question de vie ou de mort* (1946)

Pour en savoir plus taper <http://tcmcinema.fr>

Je remercie TCM pour toutes ces informations. Si certains films méritent d'être enregistrés vous pouvez accéder à TCM à la demande.

Marc-Alain ROZAN

Agenda



- avril -

10 et 11 avril 2014

GYPOM 2014
14^{èmes} Journées de
Gynécologie, de Pédiatrie
néonatale, d'Obstétrique et
de Médecine prénatale

Domaine de l'Amirauté
 DEAUVILLE

Renseignements : JPCOM

Tél. 02 31 27 19 18

Email : jpcom@jpcom.fr

www.jpcom.fr

10 avril 2014

CVG 2014
Cercle de Vidéo-chirurgie
Gynécologique

Domaine de l'Amirauté
 DEAUVILLE

Renseignements : JPCOM

Ingrid LAISNE, Fanny LEVEZIEL

Tél. 02 31 27 19 18

Fax : 02 31 27 19 17

Email : jpcom@jpcom.fr

www.jpcom.fr

- mai -

7 au 10 mai 2014

23rd European Congress
of Obstetrics
and Gynaecology
EBCOG 2014

GLASGOW, SCOTLAND

Renseignements :

www.ebcog2014.org

Tél. +39 011 50 59 00

Fax : +39 011 50 59 76

Email : info@ebcog2014.org

14 au 16 mai 2014

42^{èmes} Assises Nationales
des Sages-femmes

Palais des Congrès
 BORDEAUX

Renseignements :

CERC Tél. 05 55 26 18 87

Email : contact@cerc-congres.com

www.cerc-congres.com

- octobre -

13 au 17 octobre 2014

Séminaire de Maternologie
Clinique

Hôtel de ville

VERSAILLES

Association Française

de Maternologie

Institut de recherche

et d'enseignement

Renseignements : 06 46 62 54 30

Email : materno@sfr.fr

www.maternologie.fr

20 au 29 octobre 2014

V^{ème} J.I.M.A.B.E.

Hôtel Banyan Tree

SHANGHAI

Journées Internationales de

Médecine, d'Art et de Bien-Être

La symbiose entre formation

scientifique et patrimoniale,

l'art et le bien-être

Renseignements : Vives les îles

Tél. 04 86 11 10 08

contact@vivezlesiles.fr

www.jimabe.com

www.jifpl.com

formations
syngof - gynecisq

➡ **Hémorragie du postpartum**

Orly les 25 et 26 avril 2014

Drs FOURNET et LONLAS

➡ **Dystocie des épaules**

Toulouse les 13 et 14 juin 2014

Drs MIRONNEAU et THIEBAUGEORGES

➡ **Dystocie des épaules**

Toulouse les 3 et 4 octobre

2014

Drs MIRONNEAU et THIEBAUGEORGES

➡ **Chirurgie gynécologique :**

Prévention des risques

Orly les 3 et 4 octobre 2014

Drs de ROCHAMBEAU et LONLAS

➡ **Chirurgie gynécologique :**

quand le risque se réalise

Orly les 19 et 20 décembre 2014

Drs de ROCHAMBEAU - B. LE NIR

Renseignements : Nadine Prugny

Administration SYNGOF

T. 04 67 04 17 18

10 et 11 octobre 2014

Les 1^{ères} Journées
AIUS/SEXOGYN

sous la présidence

de Sylvain MIMOUN et Marcel RUFO

Renseignements : Com&Co - Benjamin RICHIER

Tél. 07 77 91 00 65 Fax : 04 96 15 33 08

Email : brichier@comnco.comSite : www.comnco.com



Gynélog
L'Association

Hôtel La Marée



Un hébergement sur l'île de Ré dans un hôtel tout confort



321 av. Albert Sarrault
17940 RIVEDOUX - ILE DE RÉ
T. 05 46 09 80 02

SÉMINAIRE ANNUEL des utilisateurs de MEDYCS

11 et 12 octobre 2014

PROGRAMME

- ⇒ Développement du logiciel d'aide à la prescription
- ⇒ Questions d'actualité

Séminaire indemnisé - 25 places

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



Gynécologie Sans Frontières
Université de Nantes, Faculté de Pharmacie
9 rue Bias - BP 61112
44011 NANTES CEDEX 1
<http://www.gynsf.org>
admin.gynsf@gmail.com
Credits photos: Claude Rosenthal

