

LES
CAHIERS

SYNGOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



101

Juin
2015

- Commission de recours et d'expertise de Gynerisq
- Modernisation de notre système de santé
- Témoignage : Burn-out d'un gynécologue

CHAMPIONNAT DE FRANCE CYCLISTE DES GYNECOLOGUES



BREST
12 SEPTEMBRE 2015

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION

mullerm26@gmail.com

Bonjour,

Le Groupe Cycliste des Gynécologues Obstétriciens Français (GCGOF) est heureux de vous informer de la tenue du premier championnat de France Cycliste des Gynécologues.

Celui-ci se tiendra le 12 septembre 2015 à Brest.

S'agissant d'une grande première il y aura certainement quelques imperfections. L'ambiance se veut surtout conviviale et chaleureuse.

Le but est surtout de nous réunir nous gynécologues et amoureux de la bicyclette.

Parallèlement à cette compétition, il sera organisé une randonnée cyclotourisme à la découverte du littoral breton.

N'hésitez pas à diffuser l'information si vous connaissez des gynécologues cyclistes !

Entraînez-vous et à très bientôt.

Sportivement.

Vous pouvez vous inscrire jusqu'au 1er septembre 2015

Les membres du Bureau du GCGOF.

2 Éditoriaux

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

INFORMATIONS SYNDICALES

4 AG extraordinaire du 5 juin 2015 Conseil d'administration

B. de ROCHAMBEAU

11 Commission de recours et d'expertise de Gynerisq

C. RACINET

12 Projet de loi de modernisation de notre système de santé. Propositions d'amendements

R. PELLET

20 Refus de soignant par un patient pour motif religieux

J. THÉVENOT

22 Rubéole en cours de grossesse, le généraliste impliqué

Présenté par E. PAGANELLI

TÉMOIGNAGES

24 Burn out des gynécologues

Présenté par M. BOHL

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

30 Audition du Collège des gynécologues accou- cheurs le 19 octobre 1979 concernant l'applica- tion de la loi du 17 janvier 1975 relative à l'ivg

Présenté par E. PAGANELLI

36 L'humanisation de la naissance

B. SEGUY

VOS RUBRIQUES

40 Commissions de qualification

42 Conseil d'administration

43 Propos de lecture

44 Délégués régionaux

46 Petites annonces

47 Le coin des cinéphiles du siècle dernier

48 Agenda

101

juin



The Bridgeman Art Library

Feeding the Young, 1850 (oil on canvas)

Millet, Jean-François (1814-75)

Musée des Beaux-Arts, Lille

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

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

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

Email fxdelatour@gmail.com

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

Email : bdr@club-internet.fr

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

e.mail : syngof@syngof.fr

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

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

Créateur des Cahiers Syngof :

Raymond Belaiche

Conception et Réalisation :

Nadine Prugny

Maquette P.A.O. : Nadine Prugny

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 2^{ème} trimestre 2015

Imprimé en France

SOUJIE Imprimeur - 34110 FRONTIGNAN

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

Magazine adressé à titre gratuit aux adhérents du Syngof.



FRANÇOIS - XAVIER BOYER DE LATOUR
DIRECTEUR DE PUBLICATION

à

ux urnes !

L'automne prochain sera peut être décisif pour l'avenir de la médecine en France. La loi de Marisol Touraine repassera à l'Assemblée nationale après le Sénat. Cette loi liberticide va entraîner, à terme, la disparition de la médecine libérale notamment par le biais du tiers payant généralisé obligatoire que rejette l'ensemble des syndicats médicaux. Nous devons poursuivre notre mobilisation contre cette loi.

Parallèlement vont se dérouler en octobre des élections professionnelles pour les URPS qui ont pour principal intérêt de permettre au SYNGOF par le biais du BLOC de rester représentatif lors des discussions conventionnelles. Voter est une action simple. Plus votre vote sera massif pour vous opposer au projet de loi, plus nous aurons de légitimité pour négocier avec le pouvoir politique.

Préparez-vous donc à des actions citoyennes contre cette loi, mais la première action, la plus naturelle est le vote. Ne l'oubliez pas à la rentrée



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION

*Nous ouvrons dans le courant de
l'été un compte "Facebook",
inscrivez-vous et participez*

A

u lendemain de la manifestation du 15 mars, contestant l'ensemble de la loi de santé, le premier ministre est venu soutenir sa ministre de la Santé dans une conférence pour affirmer devant l'ensemble des syndicats que la loi serait votée avant l'été. L'été a commencé et la loi n'est pas votée. Le processus législatif sera plus long qu'annoncé. Ce n'est pas que la volonté fasse défaut à Marisol Touraine, ce qui lui manque c'est le soutien populaire. Sa cote de popularité est au plus bas, dans le récent observatoire de l'accès aux soins de la FHF, 80% des Français se déclarent opposés au tiers payant généralisé, mesure emblématique de cette loi. Les soutiens de la ministre ne retiennent alors plus leurs attaques contre les médecins libéraux ; Catherine Lemorton qui déclare à un journaliste qui lui faisait remarquer que les médecins n'ont jamais laissé mourir personne : *"Dans les hôpitaux publics, je peux vous affirmer que oui. Je n'en dirai pas plus..."*. Brigitte Dormont plus récemment affirme que le but est de mettre un terme à la liberté de soigner du médecin libéral : *"le tiers payant généralisé c'est la mort annoncée de la médecine libérale, ce qui est une bonne chose"* *"ça rend les médecins dépendants du financeur"* et plus récemment la *"motion santé"* présentée au congrès du PS qui supprime la médecine libérale et étatisé la santé. Cette étatisation est dans l'article 1 de cette loi : *"Art. L. 1411-1. La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'État"*.

La mobilisation de tous les médecins attachés à la liberté d'exercice, qu'il soit hospitalier ou libéral dépasse largement le cadre de la gynécologie. Par des actions de résistance citoyenne nous pouvons nous opposer à ce destin que nos gouvernants nous réservent. Nos confrères généralistes l'ont compris, et les foyers de résistances se multiplient. Comme gynécologues nous avons une place particulière et tenons les clés des maternités, à nous d'imaginer un type d'action qui nous permette de garder la tête haute. Nous avons l'été pour nous concerter et nous organiser, le texte de la loi sera travaillé au sénat cet été et reviendra à l'assemblée cet automne. Ce sera le "dernier quart d'heure" de la partie, le "money time" des Anglo-Saxons, soyons prêts. Chacun se doit de participer s'il veut assurer son indépendance professionnelle, l'action syndicale est un relais efficace quand les syndicats sont représentatifs, ce que nous sommes en exercice libéral comme en exercice hospitalier : rejoignez-nous, renouvez vos cotisations, apportez votre énergie à la cause commune. Nous ouvrons dans le courant de l'été un compte "Facebook", inscrivez-vous et participez.

Assemblée Générale Extraordinaire

Conseil d'administration

5 juin 2015

B.de ROCHAMBEAU*

Les honoraires des médecins ayant signé le contrat d'accès aux soins devaient être mieux pris en charge par ces contrats, ce n'est pas le cas au final.

é

étaient présents les Drs :
BASTIAN, BOHL, BONNEAU, CACAULT, COUSIN, DE BIEVRE, DE ROCHAMBEAU, DENJEAN, DREYFUS, FAIDHERBE, GRAVIER, GUERIN, GUIGUES, LAPLACE, LEOEUF, LE PORS, LONLAS, MARTY, PAGANELLI, RIVOALLAN, ROUGÉ, TEFFAUD.
Emeline BARBÉ, Béatrice LE NIR

Etaient excusés les Docteurs :
BLUM, BOYER DE LATOUR, DARMON, FRANQUEBALME, GERAUDIE, GUIGUES, HOMASSON, HOROVITZ, JELEN, LEGRAND, LE MEAUX, MIRONNEAU, SEGUY, THIEBAU-GEORGES, TOURAME, VERHAEGHE
Procurations pour élections des docteurs : DARMON, GERAUDIE, MIRONNEAU, SEGUY, THIEBAU-GEORGES, TOURAME, VERHAEGHE.

Le Président le Dr Jean MARTY ouvre l'Assemblée Générale Extraordinaire et propose la modification des sta-

tuts tels qu'ils ont été envoyés il y a 3 mois aux administrateurs. Le Commissaire aux comptes ayant demandé expressément que l'indemnisation du Président pour sa perte d'activité soit incluse dans les statuts du SYNGOF.

Le Dr MARTY lit les 3 alinéas ci-dessous qui sont mis aux votes lors de cette assemblée :

- **Indemnisation du Président pour sa perte d'activité professionnelle lorsqu'il représente le syndicat.**
- **Indemnisation, lorsqu'il missionne un autre membre libéral du syndicat pour le représenter.**
- **Remplacer dans les statuts le mot gynécologue obstétricien par "Gynécologue obstétricien et Gynécologue médical".**

Le Dr RIVOALLAN demande à ce que l'indemnisation des autres membres du SYNGOF soit calculée de la même manière que celle du Président. Il

propose comme dans les autres syndicats 12 C par demi-journée.

La discussion s'engage sur ce sujet. Après l'expression de l'avis des administrateurs il sera rajouté au 1^{er} alinéa : **Dans le cadre d'une enveloppe budgétaire fixée annuellement lors du CA qui précède l'Assemblée générale ordinaire.**

Vote des administrateurs :

Contre : 2

Abstention : 0

Le changement des statuts est adopté.

Le Dr MARTY clôt l'Assemblée Générale.

Conseil d'Administration

Ouverture du Conseil d'Administration par le Dr MARTY.

Le Dr MARTY démissionne de son rôle de président et propose l'élection d'un nouveau Président aux administrateurs présents. Il propose le vote à bulletins secrets ce qui est refusé par l'Assemblée.

Un seul administrateur se présente le Dr Bertrand de ROCHAMBEAU.

*Ce Syngof moderne et opiniâtre, respecté et craint est l'aboutissement du mandat de notre président sortant, et totalement à son image.
Merci Jean MARTY.*

* Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

Si vous êtes adhérent au SYNGOF vous pouvez bénéficier du comité des experts Gynerisq. Si vous avez un sinistre n'hésitez pas à nous contacter. Les assurances seront beaucoup plus vigilantes à votre dossier si le SYNGOF vous soutient.

Vote des administrateurs :

Contre : 0 Abstention : 1

Le Dr Bertrand de ROCHAMBEAU
est élu Président du SYNGOF

Approbation du PV du CA précédent B. de ROCHAMBEAU

Le PV est approuvé à l'unanimité.

Election du nouveau Bureau B. de ROCHAMBEAU

Election du Secrétaire Général :

se présente Elisabeth PAGANELLI

Vote des administrateurs :

Contre : 0 Abstention : 0

Réélue à l'unanimité

Election du Trésorier :

se présente Jean MARTY

Vote des administrateurs :

Contre : 0 Abstention : 0

Elu à l'unanimité

Election des vice-présidents :

Se présentent :

Pôle Gynécologie obstétrique :

Jean-Pierre LAPLACE

François-Xavier BOYER de LATOUR

Vote des administrateurs :

Contre : 0 Abstention : 0

Elus à l'unanimité

Pôle Praticien Hospitalier :

Pascale LE PORS-LEMOINE

Vote des administrateurs :

Contre : 1 Abstention : 0

Elue

Pôle Praticien Hospitalier :

Jacques FAIDHERBE

Vote des administrateurs :

Contre : 0 Abstention : 0

Elu à l'unanimité

Pôle Gynécologie Médicale :

Catherine GUÉRIN

Nelly HOMASSON

Vote des administrateurs :

Contre : 0 Abstention : 0

Elues à l'unanimité

Election du Trésorier adjoint

se présente Antoine GRAVIER

Vote des administrateurs :

Contre : 0 Abstention : 0

Elu à l'unanimité

**Election du Secrétaire-général
adjoint**

se présente Jacques RIVOALLAN

Vote des administrateurs :

Contre : 0 Abstention : 0

Elu à l'unanimité

**Discussion sur la composition de la
Commission AMP et DAN**

La commission est composée des
docteurs : Jean-Michel DREYFUS,
Olivier THIEBAUGEORGES, Béatrice
GUIGUES, Pascal de BIEVRE

Discours du nouveau Président B. de ROCHAMBEAU

"Chers amis,

Arrivé en pleine tempête en 2008 au
Syngof j'ai vite compris que rien
n'est simple dans notre grande spé-
cialité. A l'époque ceux qui avaient
anticipé les changements se sont
heurtés aux tenants de la continui-
té. L'histoire a montré que le "mou-
vement emporte les immobiles".
Notre syndicat a survécu car il s'est
adapté, il s'est modernisé en indivi-

Nouveau Bureau du SYNGOF

Président : Bertrand de ROCHAMBEAU

Secrétaire Générale : Elisabeth PAGANELLI

Secrétaire Général Adjoint : Jacques RIVOALLAN

Trésorier : Jean MARTY

Trésorier adjoint : Antoine GRAVIER

Vice-présidents :

Pôle Gynécologie Obstétrique

François-Xavier BOYER de LATOUR

Jean-Pierre LAPLACE

Pôle Praticien Hospitalier

Jacques FAIDHERBE

Pascale LE PORS-LEMOINE

Pôle Gynécologie Médicale

Catherine GUÉRIN

Nelly HOMASSON

dualisant les pôles de notre spéciali-
té, chaque pôle ayant la réactivité
du terrain et la légitimité entière du
Syngof. Dans la foulée, parce qu'une
possibilité historique de devenir syn-
dicalement représentatif dans le jeu
conventionnel s'est présentée avec
la loi HPST, le Syngof a constitué l'u-
nion syndicale des acteurs des blocs
opératoires avec les chirurgiens de
l'UCDF et les anesthésistes de l'AAL.
Cette union a, en 2010, remporté les
élections professionnelles sur l'en-
semble du territoire français et a
gagné la représentativité qui lui a
ouvert les portes des discussions
conventionnelles. Depuis le Syngof,
au sein du Bloc n'a cessé d'être en
première ligne pour la défense de
l'activité libérale de notre spécialité.
Sur le même modèle le pôle hospita-
lier public du Syngof a obtenu au
sein d'Avenir Hospitalier la représen-

tativité syndicale de la fonction hospitalière publique. La Gynécologie Médicale, activité sinistrée des 10 années précédentes, a relevé la tête, au sein du Syngof, notre secrétaire générale à sa tête, elle s'organise en accord avec les différents collègues qui l'animent et a cette année obtenue la présidence du Conseil National Professionnel de Gynécologie et Obstétrique (CNPGO) qui pilote les réflexions nationales sur l'évolution de notre spécialité.

Le Syngof s'est donc adapté, mais il a aussi persévéré dans la lutte commencée en 2002 pour la solvabilisation de la Responsabilité Civile Professionnelle des plus exposés d'entre nous. 90% de l'objectif est atteint, pas encore 100% et nous ne lâcherons rien avant d'avoir obtenu que plus personne ne soit exposé à la faillite personnelle du fait de sa responsabilité civile professionnelle et que les primes soient maîtrisées. Le Syngof a aussi été moteur dans la démarche de l'accréditation des pratiques en étant à l'origine de Gynerisq, organisme agréé HAS de gestion des risques, envié par l'ensemble de la profession et en particulier des Hospitalo-universitaires du CNGOF avec qui Gynerisq travaille de plus en plus en partenariat. Ce Syngof moderne et opiniâtre, respecté et craint est l'aboutissement du mandat de notre président sortant, et totalement à son image. Merci Jean MARTY.

Vous m'accordez votre confiance pour poursuivre ce mouvement qui assurera notre pérennité. Les structures sont posées, elles devront vivre et combattre, pied à pied, car la conjoncture politique ne nous est pas favorable. Ce combat aura un sens et nous en sortirons vainqueur si la jeunesse de la gynécologie et de l'obstétrique se mobilise pour cela. Rien ne se fera sans les jeunes gynécologues.

- Le pouvoir politique œuvre sans cesse pour soumettre le monde médical à son schéma de corps de

santé à sa botte. La médecine libérale n'a jamais été si ouvertement agressée que par la loi de santé en cours de vote devant la représentation nationale. Les médecins hospitaliers sont soumis depuis la loi HPST au joug de l'administration hospitalière et il faut une énergie farouche dans ces conditions pour faire respecter la médicalisation de l'hôpital. La loi de santé donne à l'état les clés de l'organisation de l'hôpital. La logique humaniste et médicale du soin recule face à la puissance du pouvoir qui met la main sur la totalité de la santé, en ville et en établissements.

Cette évolution sociétale, nous la refusons ; les jeunes se rebelleront-ils ? Notre capacité à communiquer avec eux sera déterminante à ce sujet.

- La représentativité si chèrement acquise en 2010 est déjà menacée. La loi de santé comporte un article qui annonce la disparition du collège des Anesthésistes, Obstétriciens et Chirurgiens pour leur réintégration au sein de tous les spécialistes autres que la médecine générale à l'horizon 2020. Nous serons alors à nouveau noyés dans les syndicats polycatégoriels. Cette situation d'avant 2010 a conduit au sous financement de nos spécialités par le truchement des CCAM tant cliniques que techniques. Il est aisé et simple de comprendre que ces syndicats ont toujours favorisé les spécialités qui forment le plus gros de leurs mandants et que les minoritaires n'ont pas été défendus avec autant d'ardeur.

C'est donc ce combat, dont dépendra notre existence, qu'il faut mener : contre la loi de santé et pour notre succès aux prochaines élections professionnelles qui nous conduiront jusqu'en 2020. Ces élections auront lieu le 12 octobre prochain et se préparent dans chaque région dès maintenant. Dans chaque

liste du Bloc il y aura des GO en position éligible et nous avons un objectif de résultat supérieur aux résultats de 2010 où nous avons obtenu près de 60% des suffrages.

Le Syngof tiendra sa place au sein du Bloc et nous continuerons à être moteurs dans la défense de la médecine libérale financée au niveau en rapport avec ses responsabilités.

- Le premier juillet le président du Syngof deviendra le président pour un an du CNPGO, instance nationale qui représente l'ensemble de la spécialité au sein de la fédération des spécialités médicales (FSM) et dont le rôle est de fédérer la spécialité sur les sujets de fond qui forgeront l'avenir : la formation professionnelle, l'expertise professionnelle, l'évolution des spécialités, les relations avec les autres spécialités. Les travaux ont commencé en 2015 et se poursuivront avec les mêmes objectifs. Le sujet des rapports avec les Sages-Femmes sera un sujet d'actualité brûlante qui sera traité au cours de notre mandat.

- En 2008 le site internet du Syngof s'est ouvert aux non-membres du syndicat : l'audience en a été décuplée. Les plus jeunes d'entre nous, mais aussi les autres, se sont emparés des réseaux sociaux comme moyen de communication et liens entre eux. Les 2 principaux sont les réseaux Facebook et Twitter.

Je propose qu'en 2015 nous ayons un affichage et une animation sur ces 2 réseaux qui alimenteront notre site internet. Croyez-vous en cette initiative à la rencontre des plus jeunes ?

- La loi impose désormais à tous les employeurs de proposer à leurs employés une complémentaire santé. Nous sommes pour beaucoup d'entre nous employeurs et cette obligation s'imposera à nous au premier janvier 2016. Dans le même temps la loi a créé des contrats complémentaires santé

aits responsables, c'est-à-dire avec des primes modérées car en partie défiscalisées et des niveaux de remboursements variables. Les honoraires des médecins ayant signé le contrat d'accès aux soins devaient être mieux pris en charge par ces contrats, ce n'est pas le cas au final.

Il a été créé au sein du Bloc, une association Loi 1901 qui a lancé un appel d'offres au marché pour des contrats responsables à des tarifs privilégiés pour les acteurs des blocs : employeurs et employés.

L'appel d'offres a permis de conclure avec une assurance filiale de la CNP : APS SCBO CNP

Le contrat de base est un contrat responsable à 9 € mensuel pour l'employeur et 9 € pour le salarié, il existe 3 niveaux supplémentaires responsables et 3 niveaux non responsables. Le premier niveau rembourse 100% au-delà du tarif opposable, le niveau le plus élevé +350.

www.aps-prevoyance.fr/web/scbo/home

• *La loi de santé : Le calendrier*

Le passage de la loi devant l'assemblée a fait croître la loi en volume, c'est devenu un vrai catalogue qui regroupe toutes les idées que le gouvernement et les députés veulent porter. Ce texte est soumis au sénat à la commission des affaires sociales, présidée par Alain Milon, confrère généraliste, que nous connaissons bien au Syngof puisqu'il nous avait aidés pour la RCP à organiser un colloque au Sénat.

Nous sommes actifs dans ce temps et après avoir rencontré le président du Sénat, celui des républicains, le premier ministre, accompagné de sa ministre. Nous allons rencontrer à nouveau Alain Milon et Manuel Valls avec nos propres arguments.

La commission rendra ses travaux le 27 juillet et le sénat discutera la 3^{ème} semaine de septembre et votera la première semaine d'octobre. Alors une commission mixte paritaire

députés et sénateurs constatera les différences des 2 textes et les travaux seront repris par les députés qui voteront définitivement le texte. Ce retour devant les députés va se heurter au calendrier chargé à la chambre à cette époque puisqu'ils doivent prioritairement se pencher sur le projet de loi de finances et le PLFSS. Le vote définitif aura alors lieu après ces 2 textes. Mais on sera en Novembre quelques semaines avant les élections régionales avec la tension que l'on peut supposer. Ce temps sera celui d'une contestation maximale et il est prévu si rien ne change un "blocage sanitaire" qui doit marquer l'opposition globale et farouche des professionnels à diverses dispositions de cette loi. Il est possible alors que cette loi ne soit pas votée en l'état, voir pas votée du tout.

Il y a des mesures utiles, certaines indispensables, dans cette loi. Nous avons exposé préalablement nos craintes sur un certain nombre de dispositions, certaines ont évolué plutôt favorablement comme le service territorial de santé au public, où l'initiative doit revenir aux soignants des territoires et ne plus être une organisation imposée par les ARS, même si celles-ci gardent le pouvoir de financement.

Quelles dispositions sont nos lignes de défenses :

- *Le service public hospitalier qui exclut toute liberté d'honoraires en son sein et toutes les mesures qui en découlent.*
- *Le tiers payant généralisé obligatoire, mesure emblématique pour le gouvernement actuel, irréalisable techniquement, à moins que l'assurance maladie et les complémentaires arrivent à résoudre ce qu'en 10 ans elles n'ont pas voulu ou su faire. S'il est mis en place, ce sera une étape significative vers le glissement du paiement direct par les complémentaires et l'arrivée de leurs réseaux de soins qui déjà sont proposés aux ETS. Il n'est pas*

certain que les syndicats médicaux ne finissent pas par l'accepter contre leur base.

- *La disparition du 2^{ème} Collège en 2020 qui signe notre enterrement de première classe et notre réintégration dans les syndicats polycatégoriels qui font tout pour que cet article qu'ils ont négocié, passe".*

Discussion de l'Assemblée.

Le Dr GRAVIER pense que si le SYNGOF se met sur Facebook et Twitter c'est une très bonne idée car les jeunes médecins discutent tous dessus et ont besoin à l'heure actuelle de réponses rapides à leurs problèmes.

Le Dr de ROCHAMBEAU propose au Dr GRAVIER d'être le moteur et avec E. BARBÉ de mettre cela en place pour le SYNGOF.

Le Dr de ROCHAMBEAU demande si les administrateurs sont d'accord sur les points à défendre en priorité.

- *Doit-on rejeter la loi santé globalement ? ou quels sont les points sur lesquels il ne faut pas céder ?*
- *Le Service public hospitalier qui est incompatible avec la médecine libérale*
- *Le tiers payant généralisé*
- *La suppression du 2^{ème} Collège qui supprime notre représentativité.*

Le Dr BOHL pense que le syndicat ne communique pas assez en son nom sur ces points. Il serait bien de mettre à la disposition des adhérents des affiches explicatives pour leurs salles d'attente.

Le Dr de ROCHAMBEAU répond que les moyens sont partagés avec le BLOC afin de réduire les coûts.

Le Dr MARTY dit que dans la loi il y a un autre aspect qui mérite une réflexion ce sont les données numériques. La loi est une régression relative vis-à-vis des médecins. Il y avait jusqu'à aujourd'hui des informations modestes mais à parité entre les médecins et l'administration.

Dans la nouvelle loi il n'y a que l'État qui détient le pouvoir et qui accorde l'accès à qui il veut. De ce fait, nous sommes mis au même niveau que la

Presse et les assurances complémentaires.

Nous n'aurons plus d'informations sur le chaînage (avant l'hospitalisation, l'hospitalisation et le postopératoire). A terme cela ne nous permettra plus de contester la tarification. Ce n'est pas innocent si nous sommes privés de ce type d'informations.

Le Pr Pellet prépare actuellement les amendements de la loi que pourrait porter pour nous Alain Milon au Sénat (lire en page 12). Rémi Pellet avait déjà été le rédacteur des propositions sur la responsabilité et les sénateurs avaient porté son texte qui était impeccable.

Dans ces amendements j'ai demandé que les médecins aient les connaissances économiques de ces informations avec la préservation du secret médical.

Le Dr LE PORS intervient pour dire qu'il est effectivement important de préserver le secret médical.

Les Groupements hospitaliers de territoire P. LE PORS

Les Groupements Hospitaliers de Territoire "GHT" Loi Santé article 27 ("petite loi" terme consacré avant retour et vote définitif à l'assemblée). Notre spécialité est particulièrement concernée, au travers d'un débat sécurité/proximité des maternités qui se pose dans de nombreux territoires...

- Chaque établissement public de santé garde sa "personnalité morale" et va devoir pour janvier 2016 adhérer à un GHT, chaque GHT comporte un CHU (recherche, activité universitaire). Les établissements privés et le secteur médico-social peuvent s'associer par convention.

L'ARS signe la conformité de la convention de GHT avec les Projets Régionaux de Santé et attribue le financement. La Convention consti-

tutive définit le Projet médical partagé (transfert éventuel d'activités de soins ou d'équipements lourds), les modalités de constitution des éventuelles équipes médicales communes ou pôles inter-établissements.

Le Comité stratégique comprend les directeurs, les présidents de CME, les présidents de commission des soins infirmiers.

Un Comité territorial des élus peut émettre des propositions.

La finalité affichée, de mettre à disposition des usagers les moyens existants est louable.

- Tout le problème est de savoir si l'engagement ministériel de principe "c'est bien le projet médical, et donc le service rendu au patient qui doit guider à la création de ces groupements" sera respecté.

Nécessité de sécurité de la naissance, et contraintes de démographie médicale sont "restructurantes", encore faut-il que les restructurations ou les non-restructurations répondent à des critères reconnus par les gynécologues obstétriciens, anesthésistes et pédiatres.

- Les nouvelles qui nous remontent des régions sont clairement inquiétantes : le projet dit médical n'est pas toujours le projet "des équipes médicales" mais plutôt celui des autorités.

Le statut de PH est mis à mal par des maquillages de postes (poste de GO publié dans un hôpital pour aller travailler dans un autre, PH sommé de muter sans même être informé du profil de poste qui lui est proposé dans sa future nomination etc.)

Si des restructurations sont pertinentes, elles doivent être menées dans le respect des intervenants et de leur statut !

Dans les GHT, il peut y avoir le meilleur (projet médical consensuel), comme le pire : remplacer les mercenaires par des PH – beaucoup moins chers ! – et éviter toute réflexion d'avenir sur la sécurité des parturientes et des nouveau-nés, ainsi que l'attractivité des carrières de PH.

Le SYNGOF et l'ensemble des gynécologues obstétriciens doivent être très vigilants afin que les GHT soient menés par un réel projet médical motivant les équipes de soins au service des usagers.

Cet article 27 de la loi santé est capital.

CNPGO E. PAGANELLI

Le Dr PAGANELLI a été nommée par le Syngof comme expert au CNPGO. Elle a participé à une réunion téléphonique le 9 avril (participants : O. AMI, P. FOURNET, J.J. BALDAUF, M. SCHEFFLER, J. BELAISCH-ALLART, E. PAGANELLI et A. TOUZAA) et à une réunion présentielle le 2 juin dernier (participants : O. AMI, P. FOURNET, P. DE REILHAC, B. LETOMBE, E. PAGANELLI). L'AG aura lieu le 17 juin.

Bureau exécutif du CNPGO :

Dr Michèle SCHEFFLER, présidente
Dr Vincent ZERR, vice-président
Dr Bertrand de ROCHAMBEAU, vice-président
Pr Geneviève PLU-BUREAU, trésorière

Dr Olivier AMI, secrétaire général
Dr Patrick FOURNET, secrétaire général adjoint

Le groupe de travail sur les experts crée une liste de domaines de la spécialité de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale au sein de laquelle des experts peuvent être mandatés, et élabore des critères d'évaluation des candidatures d'experts pour chaque domaine concerné.

La liste la plus importante pour la spécialité comporte les experts en obstétrique dont la sélection doit être particulièrement rigoureuse pour organiser la défense des professionnels.

Catégories d'experts prévues : Financement de la recherche, DPC, CRCL, HAS, CNOM, ANSM, ARS, INCA, Relations presse du CNPGO.

Les critères de chaque liste d'experts ont été discutés en réunion présentielle le 2 juin par le groupe de tra-

vail. Une fois élaborés les critères de chaque liste, nous proposons une intention de candidature avant l'assemblée générale du 17 juin 2015.

Une première évaluation sera faite par le bureau du CNPGO.

Les premières listes d'experts seront communiquées à l'AG et les avis des composantes sur ces listes seront relevés. Les candidatures consensuelles seront validées jusqu'à l'AG suivante. Les candidatures litigieuses seront examinées en détail par le bureau et validées de manière consensuelle au sein du bureau après exposé des vérifications faites.

Pour les réunions ultérieures, une procédure pour l'évaluation des experts et une procédure d'exclusion des listes sera mise en place.

Une liste d'experts en relation presse du CNPGO motivés sur certains sujets et connus pour leurs qualités d'orateurs sera constituée.

Une procédure de communication en urgence avec les composantes et entre les membres du bureau et les experts en relation presse sera mise en place.

Qualification en gynécologie médicale

E. PAGANELLI
J. RIVOALLAN

Elisabeth PAGANELLI

Les gynécologues médicaux, libéraux salariés et universitaires, pour la plupart ne connaissent pas les Commissions nationales de qualification des médecins. Ils sont surpris d'apprendre que des médecins généralistes ont été qualifiés par la Commission nationale en gynécologie et obstétrique. Cette Commission nationale est composée de gynécologues venant de 3 groupes de médecins. Il existe une Commission nationale de 1ère instance et une Commission nationale d'appel. Les personnes sont nommées pour 5 ans par arrêté du Ministre de la Santé. 2 sont membres du corps enseignant, 4

sont membres du Conseil de l'ordre, 4 sont membres du Syngof (liste en page 40).

Cette commission qualifie des médecins n'ayant pas les titres universitaires reconnus pour être spécialiste en gynécologie médicale ou en gynécologie obstétrique. Elle qualifie aussi les gynécologues ayant fait un CES ou n'ayant pas de diplôme français.

Depuis la création de l'internat en gynécologie médicale des médecins ayant une expérience professionnelle en gynécologie demandent à obtenir, via cette commission, une qualification en gynécologie médicale.

Jusque-là des médecins étaient rarement qualifiés en gynécologie médicale car il n'y avait pas vraiment de trame. Le président de la commission avec les membres titulaires a validé un référentiel de requalification de médecin généraliste en gynécologue médical (texte envoyé sur demande à syngof@syngof.fr).

Le Dr RIVOALLAN prend le relais pour l'historique des commissions de qualification et explique son fonctionnement aux membres du CA.

"Un certain nombre de critiques se sont fait jour récemment sur la qualification de médecins généralistes en gynécologie médicale.

Il faut rappeler que les commissions de qualification du Conseil National de l'Ordre, ont été créées pour permettre à certains praticiens de changer de spécialité, ou en acquérir une, au vu des acquis de l'expérience.

Mais ces commissions ne font qu'émettre un avis, c'est le Conseil départemental de l'Ordre, et lui seul, qui peut attribuer une qualification. Suite à la disparition temporaire de la formation de spécialité de gynécologie médicale, il n'y avait pas de commission de qualification dans cette spécialité. Quand la spécialité a été de nouveau mise en place, la tâche de qualification a été confiée à la commission de gynécologie obstétrique.

Elle a, dans un premier temps, essentiellement qualifié des médecins

ayant acquis la "compétence" en Gynécologie médicale par la voie du CES, et quelques anciens internes ayant suivi la filière endocrinologique pendant la période d'absence d'internat qualifiant en gynécologie médicale.

Puis sont venues des demandes de qualification de médecins généralistes exerçant la gynécologie, que ce soit à leur cabinet ou dans un établissement de santé.

Pendant un certain temps, l'attitude de la commission fut d'opposer un refus systématique à ces demandes, considérant que les DES de médecine générale n'avaient pas à être requalifiés comme spécialistes. Mais il est apparu que si certaines demandes étaient parfaitement illégitimes, d'autres pouvaient être assimilées à des Validations des Acquis d'Expérience.

La commission a donc jugé nécessaire d'établir des critères minimums pour qu'une demande soit jugée recevable, et elle a créé un référentiel tenant compte de la formation théorique et de l'expérience pratique, sur lequel elle peut s'appuyer pour émettre un avis.

Ce référentiel n'est qu'un outil d'aide au jugement, et la commission reste maître de ses décisions.

Enfin, depuis la création de ce référentiel, les avis favorables sont peu nombreux et se comptent par unités".

Extension du domaine d'intervention des sages-femmes

J. RIVOALLAN

- Les sages-femmes ont obtenu récemment un élargissement de leur domaine de compétence, et ceci commence à poser des problèmes sur la prise en charge des femmes en France.

Il aurait été important d'organiser de façon consensuelle la collaboration des gynécologues avec les Bac+5 que

sont les sages-femmes, et ce, sous la responsabilité des médecins. Or, cela s'est fait de façon accélérée et sans contrôle particulier, leur donnant des prérogatives parfois discutables au vu de la durée et du déroulement de leur formation.

Cela a entraîné une vague d'installations en libéral qui commence à poser problème aux gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens installés en ville (j'ai reçu plusieurs coups de téléphone de confrères sur le sujet).

Actuellement, ces sages-femmes nouvellement installées recrutent par l'intermédiaire du Prado, et proposent leurs services pour le suivi gynécologique de ces patientes qui étaient auparavant suivies, et dont la grossesse a été suivie par un gynécologue.

- Le fait que leur nomenclature ait vu récemment coter des actes discutables vis-à-vis de leur formation, comme l'accouchement du siège avec petite extraction, le monitoring échographique de l'ovulation, ou l'ablation d'un stérilet par matériel de préhension intra-utérin, peut engendrer une certaine inquiétude, d'autant que certaines sages-femmes, s'assimilant à des gynécologues, ne se contentent pas toujours du domaine de la physiologie qui leur est attribué.

Tout cela ne va pas dans le sens de la sécurité et de la prise en charge adaptée des femmes.

- A cela s'ajoute un problème inacceptable de nomenclature, qui voit les actes obstétricaux réalisés le samedi après-midi ou à certaines heures de la nuit mieux rémunérés pour les sages-femmes que pour les obstétriciens ! De même, la plu-

part des actes techniques sont remboursés sur une base supérieure quand ils sont réalisés par une sage-femme que par un gynécologue de secteur 2, ce qui est aussi inacceptable !

On pourrait voir, par ailleurs, dans l'avenir, dans certaines cliniques, les accouchements physiologiques effectués par les sages-femmes, et facturés par la clinique, ne laissant plus aux obstétriciens que les accouchements dystociques et à risque.

Il ne leur reste plus que les extractions instrumentales, qu'elles réclament depuis des années, et l'on se demande quel serait l'intérêt de faire une formation de gynécologie obstétrique en 15 ans si l'on peut faire la même chose avec un Bac+5.

Se pose la question de savoir ce que peut, ou doit faire le syndicat dans ce contexte.

Discussion avec la salle

Le Dr de ROCHAMBEAU clôt le débat en précisant qu'il faut absolument déterminer le rôle de chacun. Où finit la physiologie et où commence la pathologie? Peut-être que grâce au CNPGO on pourra mettre en place ce travail et l'imposer aux pouvoirs publics.

RCP J. MARTY

- Le plus gros problème de responsabilité reste toujours le trou de garantie pour les sinistres qui ont eu lieu entre 2002 et 2012. Un certain nombre de médecins sont non couverts et les assureurs leur écrivent que le risque est de dépasser le plafond de garantie et donc ces collègues risquent vraiment d'être

ruinés. Une dizaine de médecins sont, à l'heure actuelle, concernés. Un de nos confrères est décédé le lendemain de son assignation et sa famille est menacée.

Nous essayons de faire en sorte que la couverture intervenue après 2012 commence en 2002.

- Le deuxième problème qui bloque toujours est l'aide à l'assurance pour ceux qui font de l'AMP. On sent actuellement une volonté de la Ministre de ne pas débloquer cette situation.

Une réunion doit avoir lieu en juillet avec le premier ministre et nous essaierons d'en reparler.

- Le troisième problème est l'assurance des médecins de plus de 60 ans. Les autres assureurs refusent de les assurer très peu de temps avant leur retraite car le dernier assureur assumera 10 ans d'assurance subséquente pour les déclarations de sinistres différées.

La solution pour eux est le BCT (Bureau central de tarification) qui impose aux assureurs de prendre ces confrères.

- Le dernier problème est que l'assureur Branchet a résilié un certain nombre de nos confrères pour des petits sinistres.

Le Syngof est intervenu et l'assureur en a réintégré certains, les autres ayant trouvé une solution avec le BCT. A l'heure actuelle c'est surtout SHAM qui nous permet d'avoir des contrats acceptables s'il n'y a pas plus d'un sinistre par an sur trois ans. L'offre en matière d'assurance est donc très réduite.

L'ordre du jour étant terminé le président lève la séance à 16h50.

Prochain CA le 4 septembre

Commission de Recours et d'Expertise de Gynérissq

C. RACINET*

CREG**

La CREG ayant été sollicitée à de nombreuses reprises, ses membres ont tenu à vous préciser leurs modalités de fonctionnement et de réponse.

F.X. BOYER de LATOUR

Mise au point sur les avis donnés par la CREG

Des demandes d'avis sont sollicitées auprès de la CREG. Il y a lieu de distinguer deux types de réponses :

- 1 - Comme cela avait déjà été annoncé, les adhérents de GYNERISQ, confrontés à des problèmes médicaux pouvant avoir (ou ayant) une incidence médico-légale, peuvent solliciter un avis ponctuel, qui est fourni en général soit par téléphone, soit par courriel.
- 2 - Dans certains cas, il est sollicité par l'adhérent un véritable rapport critique (parfois sur les conseils de son assureur et/ou de son avocat) pour étayer une défense auprès d'une CCI ou d'une juridiction.

Ce rapport écrit, effectué par un rapporteur principal et deux ou trois membres de la CREG en fonction des compétences spécifiques de chacun, est étayé en fonction des

données acquises de la science et des conditions particulières du cas soumis. Il engage la responsabilité des membres de la CREG qui l'ont cosigné. Il implique un travail d'analyse, de recherche bibliographique, de réflexion et de rédaction qui nécessite d'y consacrer un temps plus ou moins important.

Ceci explique qu'une telle action ne peut être engagée que si la demande paraît motivée (par une analyse préliminaire faite par la CREG).

- 3 - Pour ces dossiers plus lourds, toute demande d'assistance sera examinée par le bureau qui jugera de sa pertinence et sollicitera un ou des membres de la CREG pour la suite à donner.

NB : Dans tous les cas, les demandes d'assistance doivent être formalisées auprès de Béatrice LE NIR*** qui assure leur centralisation.

Commission de Recours et d'expertise de Gynérissq
6 rue pétrarque - 31000 TOULOUSE
gynérissq@wanadoo.fr

*Toutes les demandes d'assistance
doivent être formalisées auprès de
Madame Béatrice LE NIR*

*Président : Pr Claude RACINET

**Commission de Recours et d'expertise de Gynérissq

***Juriste

Projet de loi

de modernisation de notre système de santé

Proposition d'amendements

R. PELLET*

Le SYNGOF, pour LE BLOC, a préparé des amendements à la Loi santé. Nous allons les proposer aux élus et, en premier lieu, aux sénateurs étant donné le calendrier parlementaire. Beaucoup plus que les problèmes qui font unanimité dans le monde médical, nous nous sommes attachés à des sujets négligés ou spécifiques comme les chiffres des bases de données ou la responsabilité civile professionnelle. Vous trouverez ci-dessous ces amendements rédigés par le Pr Rémi Pellet que nous remercions.

Jean MARTY

Amendement n° 1

L'accès aux données de santé
Article 47

I. Au 2° de l'article L. 1461-3

après "établissements publics"

ajouter une virgule et rédiger ainsi la fin de l'alinéa :

"des instances représentatives des professions de santé libérales dont les actes ou prestations sont pris en charge en tout ou partie par l'assurance maladie, telles que l'Union nationale des professionnels de santé mentionnée à l'article L 182-4 du code de la sécurité sociale, ou des organismes chargés d'une mission de service public compétents, dans les conditions définies au III du présent article"

II. En conséquence,

1° au III du même article L 1461-3,
après les mots "établissements publics"

ajouter une virgule et rédiger ainsi la fin du paragraphe :
"des instances représentatives des professions de santé libérales, telles que l'Union nationale des professionnels de santé, ou des organismes chargés d'une mission de service public autorisés à traiter des données à caractère personnel du système national des données de santé pour les besoins de leurs missions. Ce décret précise, pour chacun de ces services, établissements, institutions représentatives ou organismes, l'étendue de cette autorisation, les conditions d'accès aux données et celles de la gestion des accès".

2° au 4° de l'article L 1461-7,

après le mot "établissements"

ajouter une virgule et rédiger ainsi la fin du paragraphe :
"des instances représentatives des professions de santé libérales ou des organismes bénéficiant de l'autorisation mentionnée au même III" ;

Objet

Cet amendement s'inscrit dans l'objectif proclamé par le titre du chapitre V du projet de loi : "Créer les conditions d'un accès ouvert aux données de santé". Il a ainsi pour objet d'inclure l'Union nationale des professions de santé (UNPS) dans la liste des personnes morales autorisées pour les besoins de leurs missions à traiter des données de santé à caractère personnel dont la gestion est confiée au "Système national des données de santé" (SNDS). Telle qu'elle a été fixée dans le texte adopté par l'Assemblée nationale, ladite liste ne permettrait pas à l'UNPS de travailler sur les données de santé alors qu'en application de l'article L 182-4 du code de la

*Professeur à l'Université Sorbonne Paris Cité – Faculté de droit Paris Descartes et Sciences-Po Paris – Institut de droit de la santé, Inserm UMR S 1145

sécurité sociale cette Union "reçoit une contribution à son fonctionnement de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés" (CNAMTS) afin de conduire la mission, d'une part, d'émettre des avis sur les propositions de décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) relatives à la participation des assurés sociaux aux tarifs des actes et prestations des professionnels et établissements de santé, d'autre part, d'examiner annuellement un programme annuel de concertation avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM).

Pour apprécier le bien-fondé de l'évolution des tarifs des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie et de la participation qui est demandée aux assurés sociaux, l'UNPS devrait être en mesure de conduire des études sur la formation de ces tarifs et sur les économies qu'il serait possible de réaliser en rationalisant le système de soins, sachant d'autre part que l'UNPS doit se concerter avec l'UNCAM et l'UNOCAM qui doivent déterminer "annuellement les actions communes menées en matière de gestion du risque" (article L 182-3 CSS).

Les professionnels de santé libéraux alimentent le SNDS qui a notamment pour mission de contribuer "à la recherche, aux études, à l'évaluation et à l'innovation dans les domaines de la santé et de la prise en charge médico-sociale" (art. L 1461-1, III-6° du code de la santé publique). Il serait donc normal que leurs représentants puissent travailler sur les données anonymisées du SNDS afin, notamment, de comprendre les parcours de soins suivis par les patients, entre les cabinets de ville et les hôpitaux. **Ces travaux permettraient d'accroître la qualité des soins et de la prise en charge des patients des praticiens libéraux, tout en réduisant les actes et prescriptions inutiles et coûteux.**

Amendement n° 2

Données de santé hospitalières

Article 47

Est créé un XIV qui dispose :

"XIV. L'article L 6 113-8 du code de la santé publique est ainsi modifié :"

1° Après les deux premiers alinéas, insérer l'alinéa suivant :
"Dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux ou à leurs ayants droit communiquent aux organismes d'assurance maladie le numéro de code des auteurs des actes ou prestations effectués".

2° Au dernier alinéa :

remplacer "premier alinéa" par "premier et troisième alinéas"

Objet

Cet amendement a pour objet de permettre au Système national des données de santé (SNDS) de connaître les informations anonymisées (numéros de code) relatives aux praticiens qui réalisent au sein des établissements publics de santé (hôpitaux) les actes et prestations qui sont facturés à l'Assurance maladie. Cette réforme permettrait d'améliorer la sécurité des soins dispensés aux patients et de réduire les dépenses de l'Assurance maladie.

Dans les établissements de santé privés (cliniques) où exercent des praticiens libéraux, les auteurs des actes et prestations facturés à l'Assurance maladie sont clairement identifiés par cette dernière. En revanche, au sein des établissements de santé publics, si les auteurs des actes de soins et prestations sont également identifiés, l'information n'est pas transmise par les hôpitaux à l'Assurance maladie.

Or, toutes les études de prévention des accidents médicaux indiquent que les risques auxquels les patients sont exposés sont, jusqu'à un certain seuil, inversement proportionnels au nombre d'actes effectués par les praticiens. Il est donc indispensable de pouvoir procéder à des comparaisons entre l'activité des praticiens des hôpitaux publics et celle de leurs confrères libéraux qui exercent dans les cliniques privées, afin de réduire les risques d'accidents et les dépenses afférentes (pour les soins de réparation des dommages commis par les praticiens insuffisamment expérimentés).

En l'état actuel du droit, le programme de médicalisation des systèmes d'information hospitaliers (PMSI), régi par les articles L 6113-7 et 6113-8 du Code de la santé publique, repose sur un recueil - opéré à l'issue des séjours hospitaliers - de résumés de sortie standardisés qui sont transmis, sans le nom du malade et avec un numéro de sécurité sociale chiffré, à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) afin de servir de base au financement des hôpitaux, selon le principe de la Tarification à l'activité ou T2A instaurée en 2004 et généralisée depuis 2009. Depuis 2007 l'ATIH transmet une copie de ces données au Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie, SNIIRAM, dans les conditions prévues aux articles L 161-28-1, L 161-29, R 161-29 et R 161-30 du CSS.

L'amendement impose que figurent parmi les données des hôpitaux publics transmises à l'ATIH, avant d'être adressées au SNDS, les informations, codées et donc anonymisées, relatives aux auteurs des actes et prestations réalisés au sein de ces établissements publics de santé, comme c'est déjà le cas concernant les praticiens libéraux exerçant dans les cliniques privées. **De cette façon, le SNDS permettra de comparer sur des bases objectives la productivité des praticiens publics et privés.**

Amendement n° 3

Elections aux URPS

2^{ème} Collège

Article 41

Au I. remplacer le 4° (nouveau) par le texte suivant :

À la fin du 4^{ème} alinéa de l'article L 162-15 du code de la sécurité sociale, ajouter les dispositions suivantes : "De même, une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national réunissant au moins soixante-dix pour cent des suffrages exprimés dans un seul des trois collèges peuvent former opposition aux dispositions d'une convention ou d'un accord prévu à la section 1 du présent chapitre qui concernent les praticiens représentés dans ce collège".

Au I. Supprimer le 5° (nouveau) et supprimer le I. bis (nouveau)

Objet

Cet amendement vise à concilier les recommandations de la Cour des comptes tendant à éviter un éventuel blocage du système conventionnel avec la double exigence d'une représentation spécifique des praticiens des blocs opératoires et d'une protection des professions médicales ou chirurgicales minoritaires.

La loi 2009-879 du 21 juillet 2009 dite loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) a prévu que les élections des médecins au sein des Unions Régionales des Professions de Santé (URPS) devaient se faire en trois collèges distincts, les généralistes d'une part, les spécialistes d'autre part, et, enfin, un collège spécifique aux chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens. Cette disposition avait pour but de permettre aux spécialistes des blocs opératoires d'exprimer leurs spécificités : puisqu'ils ne peuvent exercer leur art qu'au sein des établissements de santé, **ces praticiens sont soumis à des contraintes (liberté d'installation très limitée du fait de la planification hospitalière, notamment) et des risques (primes très élevées d'assurance de leur responsabilité civile professionnelle, par exemple) très particuliers** qui étaient insuffisamment pris en compte par le système antérieur de représentation car il ne comprenait qu'un seul collège pour l'ensemble des spécialités (médicales et chirurgicales). La création du collège dédié aux seuls chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens, a d'ailleurs été accueillie très favorablement par ces spécialistes : cela explique que lors des premières élections à ce collège, le syndicat Le Bloc, distinct des syndicats pluri-catégoriels rassemblant toutes les spécialités (comme la CSMF), ait rencontré immédiatement un grand succès auprès des intéressés. Cependant, dans son rapport de juin 2014, adressé à la Commission des affaires sociales du Sénat, sur "Les relations conventionnelles entre l'Assurance maladie et les professions libérales de santé", la Cour des comptes avait relevé le risque de blocage du système des conventions médicales lié au fait

que "une convention n'est valide que si elle a été conclue par une ou plusieurs organisations reconnues représentatives ayant réuni au moins 30% des suffrages exprimés au niveau national aux élections aux URPS", sachant que, pour les médecins, "le seuil des 30% conditionnant la validité de la signature est apprécié dans chacun des trois collèges" : pour la Cour, "une telle fragmentation des collèges, pour une seule convention, constitue un élément de fragilité qui la rend discutable au regard de l'efficacité de la politique conventionnelle" car "le collège n° 2 qui concerne les seuls anesthésistes, chirurgiens et obstétriciens ne rassemble que 12,2% des inscrits aux trois collèges (14 613 sur 199 382), alors que le syndicat Le Bloc a été tout près d'obtenir, lors des dernières élections, la possibilité de paralyser la négociation de la convention".

Le projet de loi Santé originel ne comprenait aucune disposition à ce sujet et c'est à la fin des débats devant l'Assemblée nationale que le gouvernement a jugé opportun de faire adopter des textes concernant le collège des spécialistes des blocs opératoires.

Le premier de ces textes (3°, nouveau) dispose que la validité des conventions médicales ne sera plus subordonnée à leur signature par une ou plusieurs organisations ayant réuni, aux élections à l'URPS regroupant les médecins, au moins 30% des suffrages exprimés au niveau national dans chacun des trois collèges : désormais, les conventions seront valides dès lors qu'un syndicat aura obtenu 30%, d'une part dans le collège des médecins généralistes et, d'autre part, "au regard des résultats agrégés des deux collèges de spécialistes". Cette disposition est bienvenue car elle permettra, à elle seule, d'éviter le risque de blocage du système conventionnel par un syndicat qui ne serait représenté que dans le collège réservé aux anesthésistes, chirurgiens et obstétriciens. Mais, malheureusement, d'autres dispositions nouvelles (4° et 5° du I et I bis) ont été adoptées par l'Assemblée nationale, qui suppriment, "A compter des prochaines élections aux Unions régionales des professionnels de santé organisées après le 31 décembre 2016", le collège réservé aux anesthésistes, chirurgiens et obstétriciens. Si elle était adoptée, cette mesure serait une véritable régression car elle priverait les praticiens qui exercent dans les établissements de santé de la possibilité d'exprimer au niveau national les contraintes et risques particuliers de leur métier qui sont profondément différents de ceux que connaissent les autres spécialistes. C'est pourquoi le présent amendement de suppression vise à éviter une telle régression, tout en maintenant le texte qui réforme les conditions de conclusion des conventions médicales (en tenant compte des résultats agrégés des deux collèges de spécialistes pour le calcul du seuil des 30%).

D'autre part, en l'état actuel du droit, une convention ou un accord-cadre peuvent être conclus par les représentants de deux collèges aux dépens des intérêts fondamentaux du troisième. Il convient donc d'empêcher une telle iniquité mais sans fragiliser le système conventionnel. **Cet équilibre**

sera obtenu en permettant à une ou plusieurs organisations syndicales représentatives au niveau national réunissant au moins soixante-dix pour cent (70%) des suffrages exprimés dans un seul des trois collèges de faire opposition aux dispositions d'une convention ou d'un accord qui concernent les praticiens représentés dans ce collège. C'est également l'objet du présent amendement qui complète l'article L 162-15 CSS.

Amendement n° 4

Responsabilité civile professionnelle Titre V

À la suite de l'article 50 B, un article 50 C est inséré. Il est ainsi rédigé :

Article 50 C

I. Au premier alinéa du IV de l'article 146 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 la date du "1^{er} janvier 2012" est remplacée par celle du "5 septembre 2001".

II. Au terme du premier alinéa de l'article 252-1 du code des assurances est ajoutée la phrase suivante : *"Il en est de même des personnes soumises à la même obligation et se voyant opposer à deux reprises des exigences de primes augmentées au-delà des seuils maximums d'appel de cotisations retenus pour la fixation de l'aide à la souscription d'assurance prévue à l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2014."*

III. Au sein du premier alinéa de l'article L 1142-29 du code de la santé publique, sont insérés les termes "au coût de leur couverture assurantielle" entre les termes "à leur indemnisation" et "et à l'ensemble des conséquences financières qui en découlent".

Objet

Cet amendement a pour objet de simplifier et de rendre plus justes, d'une part, les conditions d'intervention du fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral, d'autre part, les conditions de saisie par les médecins libéraux du Bureau central de tarification (BCT) - qui a pour rôle de fixer le montant de la prime par laquelle un assureur est tenu de garantir le risque qui lui a été proposé -, et, enfin, le mode de fonctionnement de l'observatoire des risques médicaux (ORM).

Pour faire revenir les assureurs sur le marché de la responsabilité civile professionnelle des praticiens et établissements de santé, les lois n° 2002-303 du 4 mars 2002 (dite "Kouchner") et n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 (dite "About") ont modifié la couverture d'assurance responsabilité civile professionnelle médicale. Ces réformes, qui ont

créé une grande complexité juridique, ont eu pour effet secondaire regrettable de priver les médecins, dans plusieurs hypothèses, d'une couverture d'assurance suffisante, de sorte que ces praticiens de santé furent alors exposés à des risques de "trous de garantie" dans la couverture de leur assurance.

Une première réforme du dispositif est intervenue par l'adoption de l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010. Mais cette disposition s'est avérée insuffisante concernant particulièrement les obstétriciens car, lorsqu'un enfant est victime d'un grave handicap à la naissance, la prescription ne commence qu'au jour de la majorité de cet enfant et les dommages-intérêts alloués par les juges tiennent compte du coût des soins à délivrer toute une vie à une personne lourdement handicapée : la réforme ne protégeait pas les obstétriciens d'un risque de ruine du fait d'un dépassement des plafonds d'assurance. Une nouvelle intervention législative s'est donc avérée nécessaire.

L'article 146 de la loi n° 2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012 a alors créé *"un fonds de garantie des dommages consécutifs à des actes de prévention, de diagnostic ou de soins dispensés par les professionnels de santé exerçant à titre libéral"*. Financé par une contribution forfaitaire annuelle à la charge des professionnels de santé libéraux, ce fonds doit prendre en charge la part des indemnités allouées aux victimes et, en cas de décès, à leurs ayants droit, qui dépasse le montant minimal d'un plafond fixé par décret ou, s'il est supérieur, du plafond de garantie prévu par le contrat d'assurance.

Cependant, le paragraphe IV de l'article 146 précité limite l'intervention du fonds de garantie aux cas des sinistres faisant l'objet d'une réclamation *"mettant en jeu un contrat d'assurance conclu, renouvelé ou modifié à compter du 1^{er} janvier 2012"*. En clair, cela signifie que si une réclamation a été portée avant 2012 contre un praticien qui a ensuite changé d'assureur - soit qu'il y ait été contraint du fait d'une augmentation insoutenable de la prime d'assurance, soit qu'il ait pu faire jouer la concurrence, comme le recommandent les pouvoirs publics -, alors ce praticien ne peut bénéficier de l'intervention du Fonds de garantie qui ne prendra pas en charge la part des indemnités allouées qui dépasse le plafond de la couverture d'assurance puisque le contrat applicable à compter du 1^{er} janvier 2012 n'avait pas été conclu antérieurement et n'est donc pas "mis en jeu par la réclamation" et qu'il ne peut être considéré comme un renouvellement ou une modification du précédent.

De plus, lorsqu'un praticien a cessé toute activité avant 2012, le dernier contrat conclu par le praticien continue à faire effet pendant dix ans après l'arrêt du travail mais si une réclamation est portée pendant cette période ou avant même la cessation d'activité, la part des indemnités supérieure au plafond de la couverture d'assurance reste là

encore à la charge du praticien, car la réclamation ne met pas en jeu un contrat *"conclu, renouvelé ou modifié à compter du 1^{er} janvier 2012"*.

Malheureusement, ces hypothèses ne sont pas théoriques : plusieurs obstétriciens sont aujourd'hui menacés de ruine car ils ont fait l'objet de réclamations déposées avant 2012 et pour lesquelles les juges ne fixeront le montant définitif de l'indemnisation que dans plusieurs années, à la majorité des victimes des dommages. Or, compte tenu des progrès de la médecine, l'espérance de vie d'un enfant handicapé, même lourdement, est comparable à celle des autres personnes : les indemnisations doivent donc couvrir le coût de soins qui seront dispensés pendant toute une vie, en tenant compte de surcroît des effets de l'inflation prévisible pendant cette période. Pour ces raisons, les dommages-intérêts qui seront définitivement arrêtés pourront s'élever à des sommes considérables qui dépasseront de beaucoup les plafonds de couverture d'assurance en vigueur au moment où les réclamations ont été portées, alors que le Fonds de garantie ne pourra pas intervenir parce que chacune de ces affaires exceptionnelles ne met pas en jeu un contrat *"conclu, renouvelé ou modifié à compter du 1^{er} janvier 2012"*. Il convient de souligner de surcroît que le "trou de garantie" peut naître du dépassement du plafond fixé dans les contrats des compagnies désignées par le Bureau central de tarification (BCT) lorsqu'il a été saisi par des praticiens qui avaient fait l'objet d'au moins deux refus d'assurance (cf. *infra*).

Le risque de ruine auquel sont exposés plusieurs obstétriciens ne repose sur aucune logique, alors surtout que la création du Fonds de garantie avait précisément pour objectif d'éviter de telles situations qui peuvent s'avérer dramatiques pour les praticiens concernés et leurs familles. Pour l'ensemble de ces raisons, le premier paragraphe du présent amendement a pour objectif d'**étendre le champ d'intervention du Fonds de garantie créé en 2011** afin qu'il couvre le champ des contrats conclus, renouvelés ou modifiés à compter non plus du 1^{er} janvier 2012 mais du 5 septembre 2001, date de prise d'effet de la loi précitée du 4 mars 2002. **Cette réforme ne coûtera rien à la collectivité publique puisque le Fonds de garantie est financé par les seuls praticiens libéraux.**

D'autre part, si les praticiens de santé sont assujettis à l'obligation de souscrire une assurance pour couvrir leur responsabilité professionnelle, certains spécialistes, comme les obstétriciens, se heurtent fréquemment à des refus d'assurance. L'article L 252-1 du code des assurances, créé par la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 précitée, autorise certes ces praticiens, s'ils ont fait l'objet de deux refus, à saisir le Bureau central de tarification (BCT), précité, qui "a pour rôle exclusif de fixer le montant de la prime moyennant laquelle l'entreprise d'assurance intéressée est tenue de garantir le risque qui lui a été proposé".

Mais, depuis la loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 précitée, le contrat conclu par le praticien lors de sa dernière année d'activité couvre ce dernier pour les plaintes portées pendant les dix années qui suivent la cessation d'activité. Pour cette raison, les assureurs élèvent fortement les primes d'assurance des praticiens qui approchent l'âge auquel ils peuvent prendre leur retraite. Ces niveaux de prime s'avèrent alors excessifs en regard des tarifs des actes fixés par l'assurance maladie et qui servent de base de rémunération des praticiens. Ces derniers ne peuvent saisir le BCT pour fixer une prime raisonnable car une proposition de prime très élevée, même manifestement excessive, n'est pas considérée par le BCT comme un refus d'assurance. Cette situation conduit de nombreux médecins aguerris à cesser d'exercer leur spécialité de façon anticipée alors que leur expérience serait nécessaire au bon fonctionnement du système de santé. D'autres praticiens encore se voient proposer au cours de leur carrière de brutales augmentations de primes d'assurance qui ne sont pas justifiées par une augmentation significative de la sinistralité. Or, compte tenu du petit nombre d'assurances sur le marché de la responsabilité médicale, les chirurgiens et obstétriciens ne peuvent espérer résister aux augmentations abusives des primes en faisant jouer la concurrence entre les compagnies d'assurance.

Pour ces raisons, le deuxième paragraphe du présent amendement a pour objectif d'**élargir le droit des praticiens à saisir le BCT afin que celui-ci puisse déterminer le montant des primes d'assurance des praticiens sur des bases objectives et rationnelles**, lorsque les propositions des assureurs ne paraissent pas justifiées par la sinistralité des demandeurs et qu'elles pourraient s'analyser comme un refus d'assurance dissimulé. La réforme s'inspire du mécanisme institué pour la fixation du montant de l'aide à la souscription d'assurance prévue à l'article 16 de la loi n°2004-810 du 13 août 2004 et plus particulièrement des seuils maximums d'appel de cotisations fixés sur ce point par un décret.

Enfin, si l'article L 1142-29 du code de la santé publique prévoit le rattachement à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) d'un "observatoire des risques médicaux [ORM] dont l'objet est d'analyser les données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales, à leur indemnisation et à l'ensemble des conséquences, notamment financières, qui en découlent", cet ORM ne collecte pas les informations relatives aux primes versées par les praticiens de santé, lesquelles ne peuvent être donc mises en regard des indemnisations versées par les assureurs. Le troisième paragraphe du présent amendement a pour objectif de corriger cette lacune afin **que l'ORM soit en mesure d'apprécier le bien-fondé de la politique tarifaire des assurances au regard du coût réel de la sinistralité médicale.**

Amendement n° 5

Service public hospitalier
Articles 26 et 26 ter

Ces articles sont supprimés

Objet

Cet amendement a pour objet d'éviter un risque sérieux d'inconstitutionnalité car les articles 26 et 26 ter du projet de loi créent une rupture caractérisée de l'égalité devant les charges du service public entre les praticiens hospitaliers publics et privés.

L'article 26 est ainsi rédigé :

"Art. L. 6112-3. – Le service public hospitalier est assuré par :

"1° Les établissements publics de santé ; "2° Les hôpitaux des armées ;

"3° Les établissements de santé privés habilités à assurer le service public hospitalier et qualifiés d'établissements de santé privés d'intérêt collectif [ESPIC] en application de l'article L. 6161-5 ;

"4° (nouveau) Les autres établissements de santé privés habilités, après avis favorable conforme de la conférence médicale d'établissement, à assurer le service public hospitalier.

"Les établissements de santé privés mentionnés aux 3° et 4° sont habilités, sur leur demande, par le directeur général de l'agence régionale de santé, s'ils s'engagent, dans le cadre de leurs négociations contractuelles mentionnées à l'article L. 6114-1, à exercer l'ensemble de leur activité dans les conditions énoncées à l'article L. 6112-2".

Ledit article L. 6112-2 comprend les dispositions suivantes :

"I. – Les établissements de santé assurant le service public hospitalier et les professionnels de santé qui exercent en leur sein garantissent à toute personne qui recourt à leurs services : (...)

"4° L'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale".

En application de ces textes les établissements de santé qui assurent le service public hospitalier ne pourraient donc pas facturer des dépassements d'honoraires par rapport aux tarifs fixés par l'assurance maladie (T2A pour les établissements, tarifs conventionnels pour les praticiens). Mais la loi ne remet pas en cause les dispositions du Code de la santé publique (CSP) sur l'"Activité libérale des praticiens temps plein" qui accordent aux praticiens hospitaliers le droit d'exercer une partie de leur activité en secteur privé (articles L. 6154-1 et suivants CSP) en percevant des dépassements d'honoraires dans le cadre du secteur 2 conventionnel. Or la loi exige que "le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit

inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique". (art. 6154-2 CSP), ce qui signifie que les praticiens des hôpitaux publics peuvent réaliser jusqu'à près de la moitié de leurs actes et consultations en secteur privé. De plus, une étude de "60 millions de consommateurs", rendue publique le 16 janvier 2015, montre que les dépassements d'honoraires les plus importants sont pratiqués dans les hôpitaux publics : <http://www.66millionsdimpatients.org/?p=5236>

Enfin, les hôpitaux publics trouvent un double intérêt au maintien et au développement de secteur privé car :

- d'une part, cette "activité libérale donne lieu au versement à l'établissement par le praticien d'une redevance" (article L6154-3 CSP) : en pratique, les hôpitaux perçoivent 20% environ des honoraires ;
- d'autre part, en application de l'article L6154-2 CSP, "l'activité libérale peut comprendre (...) des soins en hospitalisation" : or, en cas d'hospitalisation des patients soignés en secteur privé, les établissements publics de santé sont rémunérés sur la base d'une tarification à l'activité (T2A) dont n'est pas déduite la part qui correspond à la rémunération des praticiens ; ainsi, d'un côté le praticien hospitalier est rémunéré comme s'il s'agissait d'un praticien libéral, d'un autre côté, l'hôpital est rémunéré comme s'il s'agissait de soins dispensés dans le cadre du service public, à un tarif qui comprend déjà la rémunération du praticien.

En revanche, **concernant les cliniques privées, le projet de loi conditionne leur participation au service public hospitalier au fait qu'elles s'engagent à exercer l'ensemble de leur activité sans dépassements tarifaires** : ainsi, au sein des établissements privés de santé qui seraient chargés du service public hospitalier, les praticiens libéraux ne pourraient plus demander aucun dépassement d'honoraires alors que ce droit serait maintenu aux praticiens hospitaliers publics dans le cadre de leur secteur privé au sein des hôpitaux publics. À l'évidence donc, les dispositions susvisées du projet de loi sont contraires au principe constitutionnel d'égalité devant les charges du service public.

Le gouvernement prétend cependant que le grief d'inconstitutionnalité est infondé au motif que les praticiens libéraux pourraient continuer de pratiquer des dépassements d'honoraires pour les soins qu'ils dispensent *en dehors* des établissements privés chargés du service public hospitalier. Mais ce raisonnement est incohérent. En effet, les chirurgiens, obstétriciens et anesthésistes libéraux ne peuvent évidemment pas opérer ou accoucher des patientes au sein de leur cabinet de ville, où ils ne peuvent réaliser que des "consultations", alors que les praticiens des hôpitaux publics exercent leur "secteur privé" *au sein* de ces établissements et ils y opèrent leurs patients, auxquels ils peuvent demander des dépassements d'honoraires.

Autrement dit, pour apprécier l'égalité des praticiens devant le service public hospitalier, il faut logiquement comparer la

situation qui est faite aux chirurgiens et obstétriciens au sein de leurs établissements d'exercice respectifs, publics et privés. Or, le texte du gouvernement ne remet pas en cause le droit des chirurgiens et obstétriciens hospitaliers "publics" de pratiquer des dépassements d'honoraires dans le cadre de leur secteur privé exercé au sein des établissements publics de santé, alors que les praticiens libéraux perdraient leur droit de facturer toute forme de dépassement dès lors que les établissements de santé privés dans lesquels ils opèrent participeraient au service public hospitalier.

Toutes les études reconnaissent que les chirurgiens et obstétriciens libéraux ne peuvent couvrir les charges liées à leurs activités opératoires (par ex. le coût des assurances de la responsabilité civile professionnelle et les redevances payées par ces praticiens aux cliniques pour pouvoir y opérer) par les seuls tarifs de la sécurité sociale parce que ceux-ci n'ont pas été correctement revalorisés depuis plusieurs dizaines d'années : le rapport de la Cour des comptes remis à la Commission des affaires sociales du Sénat en juin 2014 sur "les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé" souligne ainsi le fait que les pouvoirs publics ont utilisé le secteur 2 "comme un élément modérateur de la revalorisation des tarifs opposables, en contrepartie d'un laisser-faire sur la progression des dépassements". Dans ces conditions, subordonner la participation des cliniques privées au service public hospitalier au fait qu'elles s'engagent à exercer l'ensemble de leur activité sans dépassement d'honoraires conduirait à réserver cette participation aux seules cliniques qui emploient des praticiens salariés (lesquels sont donc rémunérés par les cliniques et pas par les patients).

Or, à l'heure actuelle, les praticiens libéraux de plusieurs centaines de cliniques privées participent au service public hospitalier en prenant en charge les urgences, dans le respect des tarifs conventionnels, c'est-à-dire sans dépassement d'honoraires, tout en conservant leur droit à dépassement pour les actes qui réalisés en dehors des situations d'urgence et avec le consentement des patients. L'application des dispositions précitées de l'article 26 du projet de loi aurait donc conduit à retirer à ces cliniques la possibilité d'assurer des urgences, ce qui aurait créé un grave problème de santé publique.

Aussi, à la suite des manifestations des praticiens libéraux et après le dépôt du projet de loi au Parlement, le gouvernement a-t-il pris l'initiative d'ajouter à l'article 26 les dispositions suivantes :

"Art. L. 6112-4-1 (nouveau). – Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 6112-3 qui sont autorisés à exercer une activité de soins prenant en charge des patients en situation d'urgence sont associés au service public hospitalier.

"Tout patient pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins dans ces établissements bénéficie, y compris pour les soins consécutifs et liés à cette prise en charge, des garanties prévues au I de l'ar-

ticle L. 6112-2 du présent code, notamment de l'absence de facturation de dépassements des tarifs fixés par l'autorité administrative et des tarifs des honoraires prévus au 1° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale.

"L'établissement associé au service public hospitalier s'assure par tout moyen que les patients pris en charge en situation d'urgence ou dans le cadre de la permanence des soins sont informés de l'absence de facturation de dépassements des tarifs des honoraires (...)"

En application de ces dispositions, les cliniques privées pourraient être "associées au service public hospitalier" en prenant en charge les urgences au tarif conventionnel sans que leurs praticiens libéraux perdent leur droit à pratiquer des dépassements de tarif pour le reste de leur activité (chirurgie et obstétrique programmées). Cette réforme du projet de loi initialement déposé par le gouvernement est évidemment bienvenue mais elle ne rétablit pas totalement l'égalité devant les charges du service public hospitalier, sachant que l'actuel article 6112-1 CSP donne une longue liste des "missions de service public" que "les établissements de santé peuvent être appelés à assurer en tout ou partie :

- 1° La permanence des soins ;
- 2° La prise en charge des soins palliatifs ;
- 3° L'enseignement universitaire et post-universitaire ;
- 4° La recherche ;
- 5° Le développement professionnel continu des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ;
- 6° La formation initiale et le développement professionnel continu des sages-femmes et du personnel paramédical et la recherche dans leurs domaines de compétence ;
- 7° Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination ;
- 8° L'aide médicale urgente, conjointement avec les praticiens et les autres professionnels de santé, personnes et services concernés ;
- 9° La lutte contre l'exclusion sociale, en relation avec les autres professions et institutions compétentes en ce domaine, ainsi que les associations qui œuvrent dans le domaine de l'insertion et de la lutte contre l'exclusion et la discrimination ;
- 10° Les actions de santé publique ;
- 11° La prise en charge des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale ;
- 12° Les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier, dans des conditions définies par décret ;
- 13° Les soins dispensés aux personnes retenues en application de l'article L. 551-1 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- 14° Les soins dispensés aux personnes retenues dans les centres socio-médico-judiciaires de sûreté."

Si le projet de loi n'était pas modifié, les cliniques qui souhaiteraient ne pas être seulement "associées" au service public hospitalier, en prenant en charge les urgences, mais voudraient y participer totalement - en prenant en charge l'ensemble des missions actuellement énumérées à l'article 6112-1 CSP précité -, au même titre que les hôpitaux publics, comme le texte adopté par l'Assemblée nationale le prévoit (article L. 6112-3, 4°, CSP), seraient contraintes d'exiger de leurs chirurgiens et obstétriciens libéraux qu'ils cessent totalement de pratiquer des dépassements de tarifs pour les actes de soins qu'ils dispensent au sein de ces établissements de santé privés, alors que les chirurgiens et obstétriciens des hôpitaux publics pourraient eux continuer, dans le cadre de leur secteur privé, de pratiquer des dépassements de tarifs pour des patients soignés au sein de ces établissements publics de santé.

Comme la loi autorise ces praticiens hospitaliers publics à réaliser jusqu'à près de la moitié de leurs actes et consultations en secteur privé au sein des hôpitaux publics (art

6154-2 CSP précité), la rupture d'égalité devant les charges du service public hospitalier serait considérable.

De surcroît, si l'article 26 était adopté les cliniques seraient dissuadées de demander à participer pleinement au service public hospitalier (SPH), alors que l'article 26 ter du projet de loi prévoit de ne pas accorder aux établissements simplement "associés" au SPH - qui pratiquent donc des dépassements d'honoraires en dehors des urgences - le bénéfice d'"une mission d'intérêt général" puisque celui-ci serait réservé aux seuls "établissements publics, établissements de santé privés d'intérêt collectif et établissements de santé privés organisés pour fonctionner sans aucun dépassement d'honoraires en leur sein". Or, la reconnaissance du droit de mettre en œuvre "une mission d'intérêt général" s'accompagne d'avantages financiers dont les cliniques ne pourraient profiter que si elles privaient leurs praticiens de la possibilité de réaliser toute forme de dépassement d'honoraires, alors que les praticiens hospitaliers publics conserveraient eux, ce droit dans tous les cas.

SYNGOF
Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France

Contact presse : Emeline Barbé
emeline@eb-conseil.net - Tél : 06 87 76 17 23
contact@syngof.fr - Tél : 04 67 04 17 18

Rechercher

Accueil | Actualité syndicale | Communiqués | Bibliothèque | Les cahiers | Le Syngof | Agenda | Petites annonces

Actualité syndicale
Précision des critères de compétence des praticiens exerçant au sein ...
La fin de la médecine libérale est en vue...
Activité libérale des PH
Abstract de l'AG du 6 mars 2015
Voir tous les articles »

Communiqués de presse
08-06-2015 - Election des membres du bureau SYNGOF le 5 juin 2015
27-05-2015 - Médecine libérale : sur le terrain la mobilisation s'amplifie ! ...
20-04-2015 - La section professionnelle de la Commission de Hiérarchisation des Actes ...
13-04-2015 - Suppression du 2ème collège électoral en 2020 : LE BLOC ...
Voir tous les communiqués »

Avenir Hospitalier
Enquête sujet travail PH
Courriers avec l'Ordre National des Médecins
Actualités syndicales à suivre...
Activité libérale des PH
Voir tous les communiqués "Avenir Hospitalier" »

La grande contre la loi de santé gagne du terrain et nous voulons qu'elle continue !
- Prochaine étape : samedi 13 juin à Paris -
Réunion de coordination des actions France entière
Le Mouvement Pour la Santé de Tous et l'UFML se réunissent pour une grande réunion d'information et de coordination des actions contre la loi de santé.
Objectif : apporter notre soutien, partager informations et expériences avec les médecins ayant lancés des actions (Roanne, ...) pour que tous ceux qui souhaitent lancer ou prendre part aux initiatives locales n'hésitent plus !

Adhésion au Syngof
Contacter le Syngof
Les cahiers du Syngof

PUBLICITÉ
INTERFIMO au service des médecins gynécologues et obstétriciens
Financement - assurance retraite - patrimoine
INTERFIMO
Fédération des Interfimos

Refus de soignant

par un patient pour motif religieux

J. THÉVENOT*

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne...

dans notre établissement, les patientes sont prévenues par affichage en salles d'attentes et document remis lors de la consultation initiale qu'il n'y aura pas toujours une femme pour réaliser l'accouchement. Cela n'empêche pas quelques situations conflictuelles....

Par ailleurs, nous avons créé depuis deux ans un groupe de travail sur la laïcité dans les soins réunissant le CDOM 31 et 81, l'ARS, le comité d'éthique régional et des représentants des principaux cultes ; nous avons déjà rédigé une quinzaine de fiches de synthèse sur les principales situations rencontrées ; je vous en joins une sur le thème évoqué.

J. THEVENOT

Fiche : Refus de soignant par un patient pour motif religieux

- **Article L. 1111-3 du Code de la santé publique** : ...Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

Hors urgence, chacun est libre de choisir son médecin.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

- **Article 36 du Code de déontologie médicale** : "Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences".
- **Charte Laïcité** : Les usagers des services publics ne peuvent récuser un agent public, ni exiger une adaptation du fonctionnement du service public. Cependant, le service s'efforce de prendre en considération les convictions de ses usagers dans le respect des règles auquel il est soumis et de son bon fonctionnement.
- **Situations concrètes (tirées de cas réels)** :
 - hors urgence, chacun est libre de choisir son médecin ; le libre choix du patient trouve ses limites dans la nécessaire organisation des équipes médicales, notamment en hospitalisation.
 - en urgence, un homme refuse d'être soigné par une femme ou une femme par un homme ; un patient exige un soignant de même religion...
 - Il existe une alternative au sein de l'équipe médicale de garde : un autre soignant peut être appelé à intervenir, dans les limites des exigences d'organisation du service.
 - Il n'existe pas d'alternative : les soins urgents sont réalisés par l'équipe de garde (pas d'obstacle dans les religions juives, catholiques et protestantes ; pour la religion musulmane, la plupart des religieux indiquent que, s'il n'a pas le choix, le patient ou la patiente par nécessité médicale autant que par obligation religieuse doit accepter d'être soigné par une personne de sexe opposé).

* Gynécologue obstétricien Clinique A. Paré - TOULOUSE
Président CDOM 31
dr.j.thevenot@orange.fr

- Il n'est pas pertinent dans ces situations de transférer le patient ou la patiente dans un autre établissement ou de rappeler de son domicile un soignant qui n'est pas de garde.
- Hors urgence, mais même en situation d'urgence, il peut être fait appel à l'aumônier de l'établissement ou à toute autre personne pouvant assurer une médiation ou une information.
- **Refus persistant dans l'urgence** : si le malade persiste dans son refus, le médecin est dans l'impossibilité juridique de passer outre la volonté du malade. Le médecin doit informer le patient des conséquences de son choix et réitérer l'information au patient et à la personne de confiance désignée. L'indifférence du médecin face à un refus de soins engage sa responsabilité. En cas de refus persistant, il est souhaitable de faire attester par écrit la décision du patient ou de la personne de confiance et d'inscrire la démarche du médecin dans le dossier médical.

Listing des fiches "Laïcité"

- Refus de soins pour motif religieux
- Refus de transfusion
- Circoncision
- Réfection d'hymen
- Certificats de virginité
- Jeûne religieux et soins
- Don d'organes
- Soins post-mortem
- Médicaments (conditionnement)
- IVG
- Diagnostic prénatal : IMG/Dépistage T21/Dépistage échographique des malformations
- Demande d'autopsie et présentation du corps
- PMA
- Stérilisation masculine ou féminine
- Contraception
- Demande de pratique religieuse dans les lieux de soins
- Port de vêtements religieux ou traditionnels pendant les soins
- Aumôniers en établissements de soins
- Vaccinations avant pèlerinage



Gynélog
l'Association

Je soussigné(e) :

Nom _____ Prénom _____

Date d'installation _____

Tél. _____ Email _____

Adresse professionnelle _____

MedyCS

ADHÉSION À L'ASSOCIATION GYNÉLOG et OBTENTION DES LOGICIELS

- | | |
|--|----------------|
| ☐ Adhésion établissement annuelle à l'association (permet l'obtention par téléchargement du logiciel MedyCS). Les établissements partenaires de Nestlé peuvent être dispensés de cette cotisation. | 5 000 € |
| ☐ Obtention du logiciel MedyCS (seul) (pour UN médecin et son secrétariat). | 290 € |
| ☐ Option : Module FSE Pyxvital (pour UN médecin et son secrétariat) (TVA incluse) | + 264 € |
| ☐ Adhésion simple et annuelle à l'association (pour les praticiens autorisés par NESTLÉ ou un réseau) | 45 € |

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

A faire parvenir au trésorier de l'Association
SYNGOF-GYNELOG BP 40094 - 81027 ALBI CEDEX 9
Tél. 05 63 77 79 01 - Fax 05 63 77 79 07

Date, cachet et signature

Rubéole

en cours de grossesse, le généraliste impliqué

E. PAGANELLI*

Cas médical novembre 2014

La vaccination est le moyen de prévention le plus efficace aujourd'hui pour lutter contre certaines maladies infectieuses (tétanos, rougeole, coqueluche, méningite...). Elle permet de se protéger soi-même et protéger les autres, notamment les personnes les plus fragiles de son entourage (nouveau-nés, femmes enceintes, personnes qui souffrent d'une affection chronique ou temporaire contre-indiquant la vaccination, personnes âgées).

(Source INPES <http://www.inpes.sante.fr/>)

Néanmoins, les gynécologues reçoivent régulièrement en consultation des patientes qui sont contre les vaccinations.

Que faire quand une patiente refuse le vaccin contre la rubéole en préconceptionnelle si elle n'est pas immunisée ?

Ce cas médical de novembre 2014 illustre bien la dérive de la société et nous oblige à réfléchir pour éviter toute condamnation juridique dans notre exercice professionnel.

Elisabeth PAGANELLI

Expertise Juillet 2009

Les experts, l'un professeur des universités, chef de service de gynécologie-obstétrique et l'autre, pédiatre hospitalier, soulignaient que :

"(...) La mère savait, avant la conception, qu'elle n'était pas immunisée. Pour des raisons personnelles, elle n'avait pas souhaité de vaccination avant le début de sa grossesse alors que le médecin généraliste le lui avait proposé. Lorsqu'elle l'avait consulté pour une éruption cutanée apparue en cours de grossesse, il avait pensé au diagnostic de rubéole et demandé immédiatement une sérologie. Celle-ci était revenue négative, ce qui avait faussement rassuré la mère qui ignorait que les anticorps mettaient jusqu'à trois semaines pour apparaître et confirmer le diagnostic de rubéole récente (...)"

Les experts s'interrogeaient sur l'absence de demande d'un contrôle de la sérologie rubéolique lorsque le généraliste avait demandé un nouveau bilan biologique le 16 juillet. De même, ils s'étonnaient que les deux sages-femmes ayant pris en charge la mère à partir du 16 août, n'aient pas cherché à connaître le résultat des sérologies antérieures de la rubéole ou n'aient pas prescrit une sérologie rubéolique lors de cette consultation puisqu'une primo-infection peut donner des séquelles neuro-sensorielles (surdité) jusqu'à 18 SA. Ils posaient, également, la question de savoir si l'éruption cutanée survenue en début de grossesse avait été évoquée au cours de cette consultation.

Les experts rappelaient qu'"(...) Au moment du diagnostic clinique probable de rubéole (10 SA), il était simplement possible d'expliquer à la mère qu'il existait un risque d'at-

Condamnation du médecin généraliste
et des deux sages-femmes à payer,
in solidum...

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

teinte fœtale puisqu'on était au premier trimestre (90% d'atteinte à ce stade de la grossesse). La transmission au fœtus pouvait être déterminée par ponction du sang fœtal (recherche d'IgM) ou du liquide amniotique (recherche de l'ARN viral) à partir de 20 SA. Cette détermination aurait pu être faite en adressant la mère à une équipe spécialisée en médecine fœtale à partir du moment où le dépistage de la séroconversion aurait été fait. Une information précise sur les risques et séquelles fœtales aurait pu, alors, lui être donnée et la mère aurait eu le choix de poursuivre ou non sa grossesse.

Mais si le généraliste et les deux sages-femmes avaient été négligents pour le diagnostic de séroconversion, cette faute n'était pas à l'origine des complications observées chez l'enfant. Celle-ci souffrait des séquelles d'une rubéole survenue in utero. Il n'y avait aucun traitement préventif de ces séquelles. Elles n'étaient pas, non plus la conséquence d'un quelconque défaut de traitement car il n'existait pas de traitement de la rubéole in utero (...)"

Les experts concluaient que : "(...) L'état de l'enfant était, en partie, imputable aux séquelles d'une rubéole contractée en cours de grossesse et, en partie, à la maladie de Still possiblement conséquence de la rubéole congénitale. La consolidation n'était pas encore atteinte mais la marge de progression possible du fait de la croissance paraissait, déjà, très ténue. Le taux d'IPP, supérieur à 60% (surdité totale), s'établissait autour de 80%. Mais une réévaluation était indispensable en fin d'adolescence (...)"

Tribunal de Grande Instance septembre 2013

Sur le droit à indemnisation de l'enfant, les magistrats rappelaient que : "(...) L'alinéa 2 de l'article L 114-5 du Code de l'Action Sociale et des Familles subordonnait la réparation du préjudice de la personne née avec un handicap, à un acte fautif ayant "provoqué directement le handicap" ou l'ayant "aggravé" ou n'ayant "pas permis de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer" : Or, d'après les experts,

la faute imputée au médecin généraliste et aux deux sages-femmes n'a ni provoqué le handicap, ni empêché de prendre les mesures susceptibles de l'atténuer étant acquis qu'il n'existe à cette fin et, en l'état actuel de la science, aucun moyen de l'atténuer (...).

En conséquence, le tribunal décidait de rejeter les demandes d'indemnisation du préjudice direct de l'enfant.

Sur le droit d'indemnisation de la mère, les magistrats estimaient que : "(...) Le seul préjudice dont elle pouvait demander réparation était la perte de chance d'avoir pu, en toute connaissance de cause, prendre la décision d'une interruption de grossesse pour motif médical. S'agissant d'une liberté relevant du pouvoir discrétionnaire exerçable en conscience par la mère, nul n'est recevable à lui opposer l'impossibilité de déterminer si, parfaitement informée des risques encourus par le fœtus du fait d'une infection rubéolique qui ne peut être traitée à titre préventif, elle eût pris la décision de faire interrompre sa grossesse. Il suffit de constater qu'elle a été privée des moyens d'exercer cette option pour en caractériser le préjudice corrélatif.

En revanche, quant à l'appréciation de la perte de chance qu'il en est résulté, l'on doit, aussi, retenir :

- qu'elle était parfaitement informée qu'elle n'était pas immunisée contre la rubéole, et
- que, pour des raisons personnelles, elle n'avait pas souhaité de vaccination, avant le début de la grossesse alors que le médecin généraliste la lui avait proposée.

...Toutefois, il n'y a pas lieu d'accabler cette mère qui doit d'abord être considérée comme une victime et non comme une co-responsable... D'évidence, l'ampleur de son préjudice moral n'est pas incompatible avec une indemnisation de base de 50 000 €. Ses choix sanitaires, dictés sans doute par une certaine idée de la science et une philosophie toute personnelle de la vie, ne sauraient lui valoir qu'une diminution de 40% (...)"

Condamnation du médecin généraliste et des deux sages-femmes à payer – in solidum – à la mère de l'enfant la somme de 30 000 € plus 2 500 € de remboursement de frais de justice.



Retrouvez les petites annonces
sur

www.syngof.fr

Burn out

des gynécologues

M. BOHL*

Voici les courriels de deux de nos confrères.

Sur une liste, WEB, de discussion de G.O. le sujet du "burn-out" est évoqué.

La souffrance des soignants est un sujet d'actualité.

- Les maltraitements dont nous faisons l'objet sont quotidiennes (patients, CPAM...)
- Des gardes style "gynéco drive"
- La Loi Santé de MST
- La notion de maladie professionnelle pour le "burn-out", discutée à l'Assemblée Nationale L'épée de Damoclès du "principe de précaution", a des effets collatéraux parfois dévastateurs. Cela entraîne des réactions des patients parfois difficiles à accepter pour l'institution en général, et les professionnels en particulier... Et là, débute le grand trouble..., et parfois le "burn-out" :

- Ambivalences de nos patientes, entre le "droit au risque" et le refus de l'aléa.
- Ambivalences des financeurs et qui mettent des ceintures de plomb à des équipes qui tentent de ne pas couler dans l'océan de l'industrialisation des soins.
- Ambivalences d'administratifs, dont les actions sont parfois loin du "choc de simplification" demandé par la société civile, de nombreux experts...

Voici les courriels de deux de nos confrères. L'un traite avec humeur et brio du principe de précaution, l'autre narre la descente aux enfers d'un obstétricien comme vous et moi.

Marc BOHL

M'en remettre aux conclusions d'un psychiatre ! La honte !

Dr X sur le "Burn-Out"

Courriel n°1

À la suite de mon burn-out, la description la plus fidèle des symptômes je l'avais trouvé dans la théorie du chaos qu'avait cité BlueGyn il y a plus d'un an. Le battement d'ailes de papillon qui provoque un cyclone.

La capacité de réflexion était encore fonctionnelle, je faisais des tests de QI pour vérifier si je pouvais encore exercer...

Mais la machine à émotions adoptait un système chaotique, il n'y avait plus de lien entre les faits et les émotions qu'ils déclenchaient.

Une petite fâcherie sans importance, un ralentissement dans un baissé de leggings avant un examen en salle d'accouchement, suffisait à déclencher une tempête émotionnelle d'une rare violence.

Alors qu'un nouveau-né en souffrance néonatale pouvait me laisser indifférent. Ou l'inverse. Chaos aléatoire. C'est le grand huit avec un litre de vodka dans les veines. Je ne dois pas être trop mauvais, j'ai réussi à ne faire aucune connerie avant de devoir m'arrêter. Le psychiatre était assez radical dans sa conclusion, je vous épargne son diagnostic sans appel. Je ne remerciais jamais assez les deux surveillantes qui m'ont entraîné dans son bureau.

J'ai quand même insisté pour lui faire comprendre que j'étais de garde le week-end à venir, et que, sans remettre en cause sa conclusion, pas question de ne pas assurer cette garde.

Une discrète allusion à une obligation de moyen du psy, un éventuel signalement au Conseil de l'Ordre comme quoi quand on a la tête en vrac, vaut peut-être mieux renoncer à opérer... Bon OK, je vais me coucher.

M'en remettre aux conclusions d'un psychiatre ! La honte ! Comment faire confiance à un type qui n'a pas la plus petite idée du niveau d'urgence dans une salle d'accouchement ! Pourquoi ne pas me fier à une assistante sociale ou à une psychologue, poussons la plaisanterie jusqu'au bout ! Pourquoi pas mon coiffeur, il n'est pas con mon coiffeur !

* Gynécologue obstétricien, Administrateur du Syngof

Il y a un truc qui m'a permis de décrocher : la hantise de faire une erreur. Ça, je n'avais pas le droit. Et il me fallait bien l'admettre, mon cerveau ne marchait plus. Ce n'était pas un très bon psychiatre, mais le premier cerveau disponible avait plus de chances d'aboutir à des conclusions valables que le mien. Marchait plus.

J'avais l'impression d'avoir coulé une bielle de ma jaguar et de me faire remorquer par un scooter. C'était mieux que rien. Mais putain la honte ! Je suis vraiment allé jusqu'au bout. Je déconseille.

Le temps de récupération est horriblement long. Plusieurs mois avant que la douleur disparaisse, d'autres mois avant que le Luna Park émotionnel se calme.

D'un autre côté, j'avais la satisfaction de savoir que je n'avais rien décidé, que j'étais totalement foutu, grillé, laminé, déglingué, mort.

C'est mon seul réconfort. Je n'ai jamais baissé les bras. Mes bras se sont décrochés de mon corps. Comme des cons. Mon corps se dégradait, la bouffe ne passait plus, plus rien ne marchait. J'ai vraiment pensé que c'était la fin. La trouille d'y passer m'a ôté toute velléité suicidaire. Ça flanque les flubes ce machin-là. Burn-Out. Grillé de l'intérieur, à l'extérieur les apparences sont trompeuses, mais on n'est plus qu'une enveloppe.

A l'intérieur plus rien ne fonctionne. Ça fait tout drôle. Ça marche plus. En panne.

Le dernier truc qui fonctionnait restait curieusement mes capacités cognitives. Toujours à peu près les mêmes scores aux tests de QI en ligne, je crois même que je m'améliorais à force d'en faire. C'est peut-être une conséquence de l'évolution des espèces, tous ceux qui font n'importe quoi ne se sont pas reproduits. La capacité logique continue jusqu'au bout. C'est tout le reste qui part en vrille, la machine devient folle. Et ça m'a frappé de constater que les personnes les plus attentionnées me parlaient doucement, comme à un gentil débile.

C'est comme un locked-in syndrom. La tête fonctionne, c'est tout le reste qui ne suit plus. Pouvez plus faire confiance à vos émotions ou à votre corps, ils vous trahissent.

J'ai profité de mon temps libre pour apprendre quelques petites choses.

Tant que le corps ou l'esprit continuent à faire semblant de bien vouloir fonctionner, il est inévitable d'écouter les témoignages de burn-out avec un certain dédain, en tout cas c'est le sentiment que j'ai éprouvé en me documentant. Si vous éprouvez ce sentiment à me lire, c'est normal. Dédain, compassion, bienveillance, peu importe, c'est la même chose. S'il est tombé, c'est qu'il avait un vice de fabrication. Et bien sûr, ce n'est pas faux.

Savoir que les perfectionnistes sont les plus concernés (j'ai pas dit les meilleurs, j'ai dit les perfectionnistes), ça me faisait une belle jambe.

Deux perfectionnistes à terre sont moins utiles qu'un bourrin qui continue à bosser.

Savoir que les perfectionnistes sont les plus concernés (j'ai pas dit les meilleurs, j'ai dit les perfectionnistes), ça me faisait une belle jambe.

J'ai eu la satisfaction de recevoir des témoignages de soutien de collègues perdus de vue dans un état pire que le mien, entre alcool et antidépresseurs. Bon, pour eux, le moteur tournait encore.

J'avais constaté que cela leur faisait du bien de me témoigner leur sympathie. Mais que si je les rappelais pour savoir où ils en étaient, ça n'allait plus.

Bon, OK gamin, ton moteur tourne encore. Tu as ce petit quelque chose en plus qui fait que toi tu tiens debout.

Se préoccuper de soi est une démarche anormale, je ne savais même pas ce que cela pouvait bien vouloir dire. J'ai commencé petit, manger des bonnes choses, glander, écrire. Ça ralentissait la lessiveuse dans ma tête, mais un peu seulement. Se mettre soi-même en priorité, c'était une démarche à contre-courant. Oui, anormale. Pas l'habitude, chiant, une véritable corvée. Absolument aucun intérêt.

J'avais l'impression de faire du baby-sitting. N'a bien fini son popo. Mais que c'est chiant de s'occuper de soi !

Une bonne petite césarienne en catastrophe pour un HRP, c'est quand même autre chose ! Ne me remerciez pas, je n'ai fait que mon devoir.

Remercier ? Ah oui, pour les plus jeunes d'entre vous, c'était une pratique coutumière quand un médecin sauvait un enfant. Un truc hérité de pratiques ancestrales. Ne vous emmerdez pas avec le concept, vous n'en aurez pas l'usage. En France, on peut crever, aucune structure n'est là pour nous protéger. Au mieux le Conseil de l'Ordre peut vous soulager du fardeau de votre droit d'exercer. Rien, que dalle. Fallait pas jouer au con. Un peu comme une CMU qui vous tire du lit pour une peccadille en arguant votre vocation. Je ne connais aucune structure, aucune organisation de travail qui prenne en compte ce risque en France. Il n'existe aucune prévention.

Et avant je n'en aurais rien eu à foutre. Et puis quoi encore ! Avec le recul, je considère que c'est juste nul. Aberrant. Manque de pertinence. Manque d'efficacité. Organisation minable. Ne serait-ce que bien nourrir avec de la bonne bouffe un médecin de garde devrait être considéré comme le minimum requis.

La France est devenue un pays de branleurs. C'est fou le nombre de branleurs que j'ai pu rencontrer. Il y a les classiques que vous connaissez tous, et ceux que j'appelle les corps intermédiaires.

Dans les entreprises vous avez le sommet de la pyramide qui prend les décisions importantes, qui gère les risques. Et vous avez le bas de la pyramide qui fait tout le boulot. Les autres

ne servent à rien, les n+1, n+2... n+n. Et les couches de ces inutiles se multiplient, ils se reproduisent entre eux, s'auto-valident, imposent leur logique, et laminent les efforts du bas de la pyramide, les abrutis qui pédalent au fond de la mine. Si les fourmis arrêtent de bosser, tout s'arrête. Les médecins ont un pouvoir colossal. Tout est fait pour nous convaincre du contraire, je vous l'accorde, mais on n'est pas obligé de les croire tout le temps, ces blaireaux. Le système continue à fonctionner pour engraisser ces parasites que parce que nous l'acceptons. Je n'en veux à personne. J'ai fait pareil.

Si ne nous vivions pas en permanence dans un système de double contrainte, comme par exemple notre devoir de médecin de rassurer les patientes et l'obligation d'information délirante, nos syndicats, nos représentants, les représentants de notre État que nous payons grassement, auraient dû avoir la mission d'établir des règles du jeu qui tiennent compte de la réalité du terrain, de la réalité humaine.

Au lieu de ça nous subissons les injections de minables inutiles dont les journées sont consacrées à réfléchir comment établir des règles, des protocoles, des principes de précautions.

Personne ne peut entendre notre charge de travail. Personne n'entend la hantise de rater une anomalie à l'échographie. Personne ne peut tenir compte du stress en salle d'accouchement. En dehors de notre petit cercle, je vous garantis que personne ne peut comprendre.

Dans cette France de branleurs, plus personne n'a le décourageur. Ce n'est pas qu'ils ne veulent pas nous croire, ils sont incapables d'imaginer ce que c'est. Ça dépasse tellement ce qu'ils seraient en mesure de faire, qu'ils raisonnent sur nos conditions de travail avec leur logique de travail à eux.

Il est impossible que nous argumentions sur nos conditions de travail. Ils n'en ont aucune idée. On viendrait de la planète Vulcain que ce serait pareil.

Vous connaissez beaucoup de spécialités où l'urgence se décompte en minutes ?

J'ai testé mon psychiatre. Il voulait m'orienter sur la partie la moins stressante de mon boulot. Il tapait toujours à côté. Et encore lui était médecin.

Je ne vous raconte pas une responsable qualité !

On est des extraterrestres pour eux.

Pour faire notre boulot, il faut une dynamique, de l'enthousiasme, une cohérence dans l'équipe qui se forge jour après jour, une part d'intuition qui repose sur l'expérience, impossible à protocoliser si l'on veut maintenir un certain niveau. Les clowns qui nous gouvernent n'ont pas le plus petit début de soupçon des qualités que réclame notre métier.

Ils nous prennent pour des dingues. Nécessaires, certes, mais des dingues. Alors ils croient indispensable de placer des garde-fous. Si nous sommes fiers d'assumer notre charge de travail, eux y voient la confirmation que nous sommes de dangereux psychopathes, à entourer de multiples contraintes à défaut de pouvoir les embastiller en CHS.

Et voilà une des principales causes du burn-out : le travail empêché.

Ne plus faire le bon boulot de peur d'être accusé de ne pas avoir respecté les normes. Ne plus rassurer les gens avec les contre-vérités d'usage parce que *"devoir d'information"*.

Le choix devient le suivant : merder en respectant les règles, ou faire du bon boulot en outrepassant les règles.

Pour s'épargner les foudres de la justice, continuer à faire ce qui est bien à nos yeux, c'est-à-dire ne pas respecter la loi, faire ce qui marche, faire ce que nous permet notre compétence. C'est totalement délirant. Pourquoi accepter ce *"devoir d'information"* alors qu'il va à l'encontre de l'intérêt des patients. Que le *"devoir d'information"* puisse servir d'argutie véridique, c'est une chose, aucune logique humaine ou sociale ne nous oblige à devoir tenir compte d'un truc aussi débile, aussi incompatible avec notre pratique réelle.

Nous nous sommes habitués à gérer les trucs débiles. Pondus par des feignasses. Qui ne risquent rien. Qui ne servent à rien.

Un exemple récent, un retard d'extraction par le fait d'un anesthésiste qui refusait d'endormir sans le bilan pré-op réglementaire et obligatoire. Le jugement a considéré que l'anesthésiste avait négligé l'urgence de la situation en se réfugiant derrière une fausse obligation de moyens. Sont pas forcément idiots les juges. Y'a aussi de la pomme, y'en a.

Bon, accessoirement, l'accoucheur qui avait respecté les règles de l'art a quand même mangé 60% de la responsabilité, et on en a gardé 25% pour l'anesthésiste.

Et vous voudriez que j'accepte d'être mis en cause pour un intérimaire albanais qui refuse de sortir de son pieu ?

Je ne vais quand même pas sortir la Kalach chaque fois qu'un anesthésiste ne fait pas ce que je considère nécessaire, Monsieur le Président. Ni passer une heure à négocier en pleine nuit avec un type qui parle à peine Français, si ? J'aurais dû, Monsieur le Président ? Bon, ben, je saurais pour la prochaine fois.

Nous nous sommes habitués à ce que les mots ne veuillent plus rien dire, nous nous sommes habitués à des lois qui négligent la réalité. Mais pourquoi ??? La France n'est pas un pays de débiles si on considère notre histoire.

Les lois ne sont plus faites dans l'intérêt des parturientes, elles sont faites pour nous baiser si le gamin n'est pas conforme. Il y aura toujours un protocole que nous n'aurons pas appliqué à la lettre.

C'est l'intérêt des patientes ces tonnes de paperasses ? C'est l'intérêt des patientes la hantise de saisir une sonde d'écho pour vérifier l'activité cardiaque à 3 h du mat ? Mais pourquoi qu'il a pas vu que mon bébé était triso, votre honneur ? Tout ce que j'ai pu lire sur le burn-out n'inclus pas la charge de travail. Bien payés, exerçant dans un environnement cohérent, la difficulté de nos décisions prise en compte, la même charge de travail n'aurait pas le même impact.

Ce n'est pas un problème d'exigence catégorielle, c'est un souci d'efficacité. On ne tape pas à la barre à mines sur

Nous subissons les injections de minables inutiles dont les journées sont consacrées à réfléchir comment établir des règles, des protocoles, des principes de précaution.

ceux qui font tourner la machine. Ce n'est simplement pas efficient.

Dans n'importe quel système fonctionnel les éléments indispensables devraient être protégés, préservés et pourquoi pas privilégiés. Il y a tellement d'inutiles à faire vivre sur leur dos, autant les préserver. Non ?

Si je peux être utile à certains c'est cette idée-là qu'il faut privilégier je pense. Protéger le moteur, protéger l'indispensable rouage. Se protéger soi parce que c'est indispensable si on veut que la machine médicale continue à tourner.

Posez-vous la question. Si vous étiez le responsable de la santé dans un secteur, probablement en carence de médecins comme partout, n'auriez-vous pas le premier réflexe de protéger les médecins du coin, négocier avec eux des conditions de travail qui leur permettent de continuer à pousser les wagonnets au fond de la mine ? De voir avec eux comment les rendre le plus efficaces possible ?

Nos élus ont choisi de leur balancer le tiers payant généralisé dans la gueule ! Et vazydonc !

L'organisation sociale, les lois, les règles, c'est fait pour nous, c'est fait pour les gens. Pas pour les emmerder, pas pour leur pourrir la vie. Je sais, je sais, ça peut vous paraître naïf. Mais normalement c'est comme ça que ça marche.

Il m'a fallu me rendre à l'étranger pour me réapproprier cette idée si évidente. Une loi qui emmerde tous les médecins, qui ne rend aucun service aux patients, qui ne fait pas d'économie, ben si la France fonctionnait normalement, cette loi n'aurait jamais dû voir le jour.

C'est tellement simple, c'est tellement con que je suis prêt à parier que cela ne paraît pas évident à certains. C'est très facile de respecter une loi qui a du sens, et même si elle nous fait un peu chier. Une loi qui n'a aucun sens, si ce n'est entretenir la suprématie d'une technocratie délirante, est invivable. Inhumaine. Au sens premier du terme.

Ils ne veulent plus d'être humains, ils veulent des fonctions. Certains dirigeants de grande entreprise l'exigent clairement. Ils ne veulent plus de médecins, ils veulent une "permanence de garde nocturne" pour le bassin d'Arcachon. Stimuler, au moins sur le papier, les enthousiasmes électoraux de leurs mandants.

Dans leur système de pensée, l'être humain médecin n'existe pas. Vous n'existez pas.

Alors la notion de compétence... Pfff...

Ben c'est con, hein, parce que tout ça fonctionne avec une matière première qui s'appelle l'être humain. Et que norma-

lement tout ce bordel il est fait pour lui, l'être humain, quand même, à la base.

En plus, à l'étranger, on passe vraiment pour des cons. Ils nous regardent les yeux écarquillés, ils se demandent ce qui nous prend, pourquoi on a mis au pouvoir une bande d'hystériques délirants. Ils ne sont pas choqués, ils ne comprennent pas. Informer une femme enceinte au premier trimestre de grossesse des conséquences fatales d'une embolie amniotique, c'est absurde, c'est juste complètement con. Pour moi, c'est une faute médicale. Qui ne peut germer que dans un esprit malade.

Se poser la question de la pertinence de cette mesure donne une bonne idée de la déviance de notre réflexion. C'est con, purement et simplement con. Nous ne devrions pas nous poser cette question. C'est anormal.

C'est obligatoire, c'est la loi ? Moi, je ne sais pas faire. Alors j'arrête.

Si je veux respecter la loi de mon pays, je dois faire comme si c'était dans mes cordes. Donc mentir. Ou faire comme si. Je suis un emmerdeur de perfectionniste. Je respecte la loi de mon pays. Je ne peux exercer mon métier ET respecter la loi. Alors j'arrête.

Et les patientes me direz-vous ? Abandon de poste devant l'ennemi ? Dites voir, c'est quand la dernière fois que des patientes sont descendues dans la rue pour défendre leur toubib, c'est quand le dernier épisode d'ostracisme exercé à l'encontre d'une plaignante qui s'en prend au seul toubib disponible à 30 km à la ronde ? Mmmmm, moi aussi. J'ai oublié. Y'a plus que du roumain ? Ah non, merde, le roumain est déjà parti lui aussi.

Faut leur faire quoi aux Français pour qu'ils comprennent ? Et pour ceux qui ne connaissent pas l'impuissance apprise, jetez un coup d'œil à cette vidéo. Elle fout les boules tellement la démonstration est limpide. Ça prend deux minutes. C'est impressionnant.

<https://www.youtube.com/watch?v=j9I95BJsINc>

Garez vos fesses, amigos, personne ne le fera pour vous. Ce serait quand même dommage d'abîmer une si belle mécanique. Je ne vous raconte pas le prix des réparations, ça coûte deux bras.

Courriel 2, suite :

Les automatismes cérébraux sont très utiles. Deux échecs et on laisse tomber, cela ne semble pas anormal. Ce qui m'impressionne dans cette vidéo c'est qu'elle réussit à montrer un mécanisme complexe en très peu de temps.

Et comment il est facile de nous manipuler à notre insu.

Ce que j'ai appris c'est que la représentation que nous nous faisons de notre environnement correspond à ce que nous avons besoin de voir.

Nous avons besoin de croire que nous disposons d'un jugement libre en toutes circonstances. Je ne sais pas pourquoi. Il nous est difficile de penser que notre libre arbitre ne s'exerce que sur une fraction de nos réactions.

D'autres choses sont également difficiles à "penser". Si nous sommes les premiers à nous plaindre de l'absurdité des consignes qu'on nous impose, nous avons une tendance naturelle à les appliquer. Ce qui est une bonne chose dans une société qui fonctionne bien.

Une sage-femme fraîchement issue de l'école qui applique nos consignes, même si elle n'est pas capable d'en saisir la portée, c'est une bonne chose.

Se lever le matin en se disant que l'on va subir et appliquer des consignes absurdes est également une chose difficile à "penser". Alors on fait avec.

Les problèmes ne viennent pas de nos automatismes cérébraux, le problème vient des consignes qu'on nous donne.

J'avais oublié une chose importante dans le burn-out en parallèle avec le travail empêché, c'est de travailler en luttant contre ses convictions profondes, religieuses, politiques ou simplement humaines.

Il n'y a pas de raison de croire que le cerveau humain s'est fondamentalement modifié depuis plusieurs millénaires.

Mais avant de tenter de montrer certaines choses, et pour envisager de percer la muraille des certitudes, je crois qu'il peut être utile de montrer à quel point notre cerveau se laisse si facilement abuser.

Par exemple, il n'est pas évident que tout le monde connaisse les répercussions néfastes des taches qui vont à l'encontre de nos convictions. Nous préférons nous penser forts voir un peu cynique. Et pour ceux qui ne connaîtraient pas le fameux test des passes de l'équipe blanche, je vous invite à compter dans la vidéo suivante.

<https://www.youtube.com/watch?v=vJG698U2Mvo>

Quand à la soumission à l'autorité, l'expérience de Milgram peut faire froid dans le dos.

Reprise sur le même principe dans *Le jeu de la mort*, l'autorité de la présentatrice remplaçant l'autorité du scientifique, nous aimerions tous penser que nous avons les ressources de dire non.

https://www.youtube.com/watch?v=6w_nlgekIzw

Ce qui est aussi notable, c'est que les personnes qui ont fini par affronter l'autorité (une simple présentatrice TV) livraient un combat intérieur important, la tension était très forte (visible à 01:01:10).

On râle, on ronchonne, mais s'opposer à l'autorité n'est pas naturel, quasiment douloureux.

C'est juste pour dire que simplement dire non, c'est trop, j'arrête, je me repose, ma santé avant tout, ils vont me faire crever, réclame de passer par un débat intérieur source d'une force tension, pénible.

Parce que l'Autorité (éducation, hôpital, administration, collègues, famille, fierté) nous demande de continuer.

Je ne crois pas que l'on puisse faire l'économie de cette "entrée en résistance" quand on sent qu'on approche de ses limites.

Un remake de *Il faut sauver le soldat Ryan* appliqué à soi-même. Faut sauver le docteur.

Loin d'être facile. Quand on commence à se poser la question, on est en général laminé de l'intérieur depuis au moins trois ans. Entrer en résistance à ce moment est difficile.

Chacun sa méthode je suppose.

Moi j'ai appliqué la méthode Alien : Toute autre considération est secondaire. Pognon, famille, collègues, toute autre considération est secondaire.

Ce qui est un défi anormal à l'organisation sociale. Normalement il ne faut jamais faire ça.

Ce n'est pas pour rien que certaines professions regorgent de psychopathes (les chirurgiens arrivent en cinquième position), parce qu'eux appliquent cette règle tout le temps : je veux, je prends. Les psychopathes ne font pas de burn-out.

Quand on commence à s'interroger, on est déjà dans l'urgence. On a déjà les fondations rongées par les termites derrière la belle façade Haussmannienne.

Le cerveau est une machine d'une résistance remarquable.

Quand il commence à montrer des signes de dysfonctionnement, ce n'est pas bon signe.

C'est comme la bradycardie prolongée dans notre domaine, souvent le gamin va bien à l'extraction (le petit salopard !), parfois il ne va pas bien du tout.

Il faut distinguer deux choses. Notre réflexion, qui ne représente qu'une petite partie de l'activité cérébrale et qui, c'est mon expérience personnelle, semble rester intacte jusqu'au bout, et le fonctionnement cérébral dans son ensemble, comprenant des fonctions complexes limbiques, neurovégétatives, hormonales qui interagissent entre elles.

Et quand le cerveau commence à patiner dans la semoule, on peut toujours réfléchir ça ne changera rien au problème. On ne contrôle pas le fonctionnement de son amygdale par la réflexion.

Dr Y sur le "principe de précaution"

Il y a eu le règne des "p", puis sont venus les "i" ; puis le verbe s'est fait chaire (à prêcher) et ça a commencé à merder grave dans les chaumières avec la venue de la "propagande"... (une sorte de fils de pute du journalisme).

Au commencement des "P" était le p comme *Probabilité*.

C'était clair, net et précis, la vérité toute nue mise en équation, débouchant sur le P de *Prévision* : "Peut-on prévoir le temps demain, dois-je sortir avec mon P protecteur comme Parapluie ?"

Le "p" de prévision, fils de probabilité engendrait le concept vigoureux de protection (sous entendu assez efficace pour la population)

La bonne fée protectrice de la prévision probable, fille de la vieille reine Expérience, portait le joli nom de Sainte Prudence.

Malheureusement Prudence dont le prénom est Marie-Rose coucha un jour avec un homme "p" comme *Politique*, et engendra de cette union un immonde Prince bâtard nommé "*Hippolyte de Précaution*", (plus célèbre sous le sobriquet de "*Prince Hipp De Précaution*"...).

Ce prince dégénéré, mode fin de race, par ses élucubrations abracadabrantesques, détourna l'attention de Prudence sa maman, qui désormais rendue folle à lier, ne prévenait plus personne de ce qui pouvait arriver, mais alertait sans cesse n'importe qui et à tout va, de ce qui n'arrive jamais ou si peu... m'en chaut (ce qui coûtait un prix fou en doses de vaccin et protégeait queue de chique) !

Alors le monde fut plongé dans les ténèbres et dans le froid, on ne sortait plus, on ne buvait plus l'eau du puits, on n'ouvrait plus ses volets pour se chauffer au soleil, car

la seule force obscure qui régnait alors sur l'empire du "p" était la Peur.

En face, de l'autre côté du miroir, il y avait les "i", Opposant le Peuple à l'Individu.

La cousine germaine de Probabilité était Incertitude, celle de Prévision était Interprétation.

Et Précaution rimait avec Inadéquation, Irrationnel, ses jumelles Inhibition et Inaction ainsi son grand frère Incompétence...

Dommage que notre philosophe n'ait pas imprimé (ou pas suffisamment exprimé) que l'essence du principe de précaution est la prise du pouvoir par la terreur, et que son principal actionnaire est l'obscurantisme, qui est la forme sublimée de la connerie humaine.



FORMATIONS VALIDANT VOTRE DPC

➔ Dystocie des épaules

Toulouse les 16 et 17 octobre 2015 (complet)

➔ Séminaire GYNELOG

Bordeaux les 25, 26 et 27 septembre 2015 (complet)

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

Orly les 2 et 3 octobre 2015

➔ Asphyxie perinatale

Paris les 11 et 12 décembre 2015

➔ Chirurgie gynécologique : *Quand le risque se réalise*

Orly les 18 et 19 décembre 2015

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

Chaque module est indemnisé 345 € par journée de formation

Renseignements au 04 67 04 17 18

Audition

du Collège des gynécologues accoucheurs le 19 octobre 1979 concernant l'application de la loi du 17 janvier 1975 relative à l'ivg

E. PAGANELLI*

Il y a 40 ans...

“**L**a loi du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse, dite loi Veil, est une loi encadrant une dépénalisation de l'avortement en France. Elle a été préparée par Simone Veil, ministre de la Santé sous la présidence de Valéry Giscard d'Estaing. La loi est adoptée grâce à la presque totalité des votes des députés des partis de gauche et du centre, malgré l'opposition d'assez nombreux députés de la droite (mais pas de la totalité). Promulguée le 17 janvier 1975, elle dépénalise l'avortement dans certaines conditions. L'entrée en vigueur est prévue initialement pour une période de 5 ans (Loi n°75-17 du 17 janvier 1975, article 2).

Le législateur de 1974 avait limité à 5 ans la validité de sa décision de suspendre l'application de la loi de 1920 qui réprimait les pratiques abortives.

Consciente que le terme était proche, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales a décidé dès octobre 1978 la création d'un groupe de travail chargé d'étudier ce qu'il était advenu sur le terrain des dispositions adoptées dans les hémicycles du Palais Bourbon et du Palais du Luxembourg.

Le groupe de travail présidé par le Docteur Jean Delaneau chirurgien tourangeau, futur président du conseil général avant notre minis-

tre de la santé, a tenu alors 12 réunions et 20 auditions de représentants d'association, de syndicats, d'administrations, ou d'organismes semi-publics et de personnalités religieuses. Sur les 42 personnes entendues il y aura 20 femmes”.

Elisabeth PAGANELLI

Audition du Collège des gynécologues accoucheurs

- Monsieur le Pr HENRION, Président
- Monsieur le Dr CHARTIER, Secrétaire général

M. HENRION. – Nous représentons le Collège des gynécologues obstétriciens, qui regroupe la majorité des gynécologues obstétriciens de France, ce qui permet d'avoir une bonne opinion d'ensemble et de prendre véritablement le pouls de la profession. Une réunion du conseil d'administration a été consacrée à l'application de la loi sur l'interruption volontaire de grossesse.

Parmi les membres de ce conseil d'administration, il en est qui ont appliqué la loi depuis le début et faisaient même des avortements avant la promulgation de la loi et d'autres qui ont été et restent toujours extrêmement réticents.

Un consensus s'est cependant fait sur une motion qui n'a rien de très originale mais fixe les idées,

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

Cette motion reprend, vous le verrez, pratiquement tous les termes de la loi actuelle. La première notion émise est le respect de la clause de conscience, qui importe énormément aux gynécologues-accoucheurs.

La deuxième notion est le maintien de la limite à dix semaines de grossesse, c'est-à-dire douze semaines d'aménorrhée qui est fondée sur le fait que les accidents augmentent notablement au-delà de cette limite.

La troisième notion est le respect du délai d'une semaine qui a été discuté. Certains étaient d'avis de la supprimer, mais la majorité des gynécologues-accoucheurs pensent qu'il est très important, d'une part, que la femme soit bien avertie des conséquences éventuelles de son acte et, d'autre part, qu'elle décide véritablement en dehors de toute pression.

M. CHARTIER. - Aussi pour les examens techniques, qu'on puisse dépister un certain nombre de maladies, qu'on puisse également demander des groupes sanguins, etc., l'aspect technique est très important.

M. HENRION. - On avait mis d'ailleurs le terme médico-social dans le texte parce que c'était le souci de beaucoup d'entre nous de ne pas faire des interruptions de grossesse trop rapides et de méconnaître certains éléments...

M. CHARTIER. - Et d'augmenter les risques.

M. HENRION. - La quatrième notion qui avait attiré l'attention des gynécologues-accoucheurs, est qu'il ne fallait pas que l'interruption de grossesse, petit à petit, remplace les moyens contraceptifs quand la femme pouvait manifestement utiliser d'autres moyens et qu'une grande diffusion et une meilleure information sur les conséquences sociodémographiques soient assurées.

Cela est la première partie.

La deuxième partie est l'organisation éventuelle et l'application de la loi dans les cas où le gynécologue accoucheur qui était responsable du service public faisait jouer la clause de conscience et ne voulait pas, par lui-même, faire les interruptions volontaires de grossesse. Apparemment, il n'a pas le droit de l'interdire au personnel de son service, ce qui peut poser des problèmes. Tout le monde a été d'accord pour admettre qu'il fallait alors créer des unités qui pourraient s'appeler : des unités de *"gynécologie sociale"* plutôt que *"centres d'interruption de grossesse"*. Ces unités devraient être sous le contrôle et en liaison directe avec un service de gynécologie obstétrique ou de chirurgie qui pourrait traiter les complications éventuelles.

Un autre souci était aussi que ces centres ne se limitent pas à l'interruption de grossesse car les volontaires se font rares et très rapidement demandent à changer d'activité mais puissent accéder à la contraception, sans, non plus, trop s'étendre et faire peu à peu de la mammologie, puis de la stérilité, puis l'ensemble de la gynécologie. Ce, pour lequel les médecins ne semblent pas toujours formés.

Et puis dernière remarque : il nous a semblé qu'il serait très difficile que toutes les interruptions de grossesse soient faites

dans le secteur public, car les services de gynécologie-obstétrique et les maternités, du moins en ce qui concerne la région parisienne, sont très encombrés. Si je prends l'exemple de la maternité de Port-Royal, nous sommes souvent occupés à 100% et nous faisons deux interruptions de grossesse par jour avec deux lits réservés. Bien entendu, il serait possible d'en réserver 4, mais cela viendrait se défalquer sur les lits de stérilité ou les lits de chirurgie gynécologique.

Cela paraît impossible que les Services publics tels qu'ils sont conçus actuellement absorbent plus d'interruptions de grossesse malgré le souci de ne pas voir se développer l'aspect parfaitement mercantile d'un certain secteur privé. Voilà quelle était la motion adoptée par tous les membres présents, qui a été méditée et a abouti à ce texte. Ce vote a été obtenu à l'unanimité, quelle que soit l'opinion de départ de chaque personne.

M. CHARTIER. - Nous représentons bien la totalité de la France, puisque notre conseil d'administration est divisé en plusieurs régions et ce n'est pas telle ou telle région : le Nord, le Sud, le Centre, qui a donné son avis.

M. HENRION. - Oui, parce que suivant les régions, les opinions sont différentes : le sud-ouest est très *"anti-interruption"* de grossesse, d'autres régions le font depuis toujours, Toulouse l'a fait depuis le début. Les opinions étaient très variées mais tout le monde a admis ce texte.

M. Le PRÉSIDENT. - Je crois effectivement que les indications, que vous avez données représentent la position générale des gynécologues obstétriciens. Il y a un certain nombre de points sur lesquels nous souhaiterions avoir votre avis :

C'est d'abord celui des complications de l'intervention, en matière d'interruption de grossesse, telle qu'elle est pratiquée actuellement. Nous entendons quelquefois des affirmations divergentes et contradictoires, voire un peu effarantes, puisque, tout à l'heure, on nous a dit que des autopsies médico-légales, pour mort après avortement, n'avaient pas finalement diminué par rapport à la période antérieure.

M. HENRION. - J'ai participé l'autre jour à une table ronde des entretiens de Bichat. Elle a eu l'intérêt, après l'exposé des professeurs Soutoul et Keller, etc., d'entraîner une discussion, d'ailleurs souvent très vive avec la salle que j'ai écoutée avec attention. Elle a été très instructive, parce qu'elle a démontré que suivant les gens que vous recevez, leurs opinions politiques, et surtout la manière dont ils font les interruptions de grossesse, vous aurez des opinions fondamentalement divergentes. Mais je pense qu'ils sont tous de bonne foi et qu'ils vous présentent des aspects divers du même problème.

Je m'explique : les membres des centres d'interruption de grossesse ont demandé la parole, se sont levés et ont dit : *"Mais vous faites toujours des anesthésies dans les hôpitaux, vous ne travaillez pas bien du tout, vous avez trop de complications"*. *"Nous avons un chiffre de complications*

qui est de 1,5%. Pourtant, nous revoyons les femmes, nous n'avons pas de vraies complications et nous travaillons sous anesthésie locale à six semaines de grossesse. Nous faisons la véritable technique de Karman avec absence de dilatation du col et aspiration".

Certes, mais eux voient des femmes enceintes de six semaines qui peuvent pratiquement être avortées sans dilatation du col. Ce qui est tout de même un avantage énorme. Ce qu'ils ne disent pas, c'est que si des femmes ont dépassé ce délai, il faut bien que quelqu'un s'en occupe. J'ai fait une enquête à la maternité de Port-Royal : ce que nous voyons, ce sont souvent des femmes qui sont arrivées un peu trop tard, J'ai fait préciser par le secrétariat que ce retard n'était pas dû à des délais dus au Service : *"vous reviendrez, nous n'avons pas de place, etc."*. Non, ce sont bien les femmes qui arrivaient à la limite supérieure du terme et parfois au-delà d'ailleurs de la limite supérieure, que nous avons l'habitude d'accepter.

Alors là, tout change, car nous faisons des interruptions à dix semaines et parfois douze semaines. Nous sommes obligés de poser des lamineurs quand il s'agit des primipares pour ne pas abîmer le col et trop le dilater, A la limite, l'aspiration ne marche plus, on est obligé de se servir d'une pince pour aller chercher le fœtus. Et dans ces cas, il est possible d'avoir des complications, Certes, pas beaucoup, mais nous en avons. Je crois que le chiffre qui a été donné dans une enquête du Professeur Soutoul qui avait revu toute une série de thèses françaises, chiffre de 4%, correspond bien à la réalité hospitalière.

Mais vous pouvez constater l'existence de deux opinions : les uns vous diront : *"Nous n'avons jamais de complications"*, parce qu'ils font les choses tôt et dans des conditions excellentes, il faut bien le dire, tandis que d'autres font des avortements dans des conditions qui sont bonnes mais le sont déjà moins. A ce moment-là, nous sommes obligés d'hospitaliser les femmes vingt-quatre heures, de faire des interruptions sous anesthésie générale et de les surveiller par la suite.

Pour ce qui concerne les séquelles, les centres d'I.V.G. disent : *"Nous n'avons jamais de séquelles"* alors que les statistiques déjà anciennes des pays de l'Est montrent que ce n'est pas vrai et qu'il y a des séquelles.

Je crois qu'en fait si on considère le problème sur le plan statistique on voit qu'il existe effectivement des avortements, des accouchements prématurés surtout dans les répétitions d'avortements, et des stérilités. Mais il est très difficile de l'affirmer et je me méfie terriblement des statistiques car on leur fait dire un petit peu ce que l'on veut.

Tout ce que je peux dire, c'est que les gynécologues - je ne parle plus des centres d'interruptions - constatent dans leurs dossiers de stérilité qu'il y a effectivement des stérilités qui sont certainement dues à l'I.V.G. (Je ne dis pas à 100%) car il est impossible de relier une interruption de grossesse faite cinq ans avant à une stérilité actuelle. Il a pu

y avoir des maladies sexuellement transmissibles entre-temps. Il y a des dossiers indiscutables, qui nous frappent tous, gynécologues-accoucheurs chargés du traitement des stérilités.

Le chiffre d'accidents de 4% à 6% avancé dans certaines statistiques est un peu élevé, mais il est dû au fait que nous sommes confrontés à des avortements à la limite supérieure de la loi. Alors que les centres d'I.V.G. font des avortements beaucoup plus tôt, ce qui est certainement moins dangereux.

Maintenant, les séquelles : les centres d'I.V.G. disent : *"Nous n'avons pas de séquelles"*. Effectivement, dans les suites immédiates et même secondaires, il n'y a vraiment pas beaucoup de complications, mais ils ne voient pas la femme qui consulte pour une stérilité cinq ans plus tard.

M. CHARTIER. - Cela n'a pas fait disparaître ce qu'on voyait avant avec l'avortement clandestin, on voit les mêmes choses.

M. HENRION. - Je suis persuadé qu'il y a une disparition quasi totale des accidents graves.

Cela me paraît très difficile de le nier.

Il y a des documents dans la presse médicale qui ne proviennent pas, d'ailleurs, des services de maternité, mais le plus souvent des services de réanimation. Or, les services de réanimation sont tout à fait précis, voici celui du Professeur Vachon, par exemple, que vous devez connaître : *"les accidents graves dus aux avortements provoqués ont-ils subi une extinction" ?*... Ce qui est très intéressant, c'est que dans cet article du Professeur Vachon, il a huit malades hospitalisées à la suite d'un avortement ; six s'étaient fait poser une sonde, donc avaient pris des voies parallèles à la loi, mais deux restaient tout de même dans le cadre de la loi : l'une était un accident d'induction d'anesthésie qu'on peut difficilement éviter, et l'autre était survenu chez une femme enceinte de plus de quatre mois, contrairement à ses déclarations.

M. AUTAIN. - Puis-je avoir la référence ?

M. HENRION. - Oui, c'est dans un numéro récent de la Presse Médicale. Dans nos maternités, nous ne voyons plus pratiquement, à ma connaissance, d'accidents graves, d'avortements provoqués, plus de septicémie. Mais, attention, il est possible que ces femmes ne viennent plus dans les services de gynécologie-obstétrique et soient hospitalisées en chirurgie générale ou en réanimation. C'est pour cela que les contrôles dans les centres de réanimation et dans les services de chirurgie générale sont presque aussi intéressants pour nous quant à la gravité des accidents.

M. Le PRÉSIDENT. - Un autre point sur lequel je voulais avoir votre opinion : au début de l'application de la loi, d'une façon très générale, sans que ce soit systématique, les gynécologues obstétriciens ont paru vouloir évacuer le problème, disant que, finalement *"ce n'est pas notre vocation de nous occuper de cela, notre vocation, c'est de nous occuper d'enfants à naître et de la femme, et non pas de faire des interruptions de grossesse"*. Ce qui, dans certains cas, a peut-être été pris comme prétexte par un certain

nombre de médecins non qualifiés initialement, pour pratiquer de telles interventions, soit pour développer, à l'intérieur d'un hôpital, dans une soupenne quelconque un centre d'interruption de grossesse, soit en dehors du secteur hospitalier faire un certain nombre d'interruptions de grossesse, quelquefois, avec des délais aussi limites que ceux que vous évoquiez et, bien sûr, sans l'environnement de sécurité.

On a reproché, aux gynécologues obstétriciens de s'être un peu lavé les mains de cette affaire. Alors que je constate, vous venez de nous le dire, que dans le cadre de l'organisation et de l'application de la loi, vous souhaitiez maintenant que, s'il n'était pas possible, pour diverses raisons, que ces interruptions de grossesses soient pratiquées dans des services de gynéco-obstétrique, qu'ils soient pratiqués dans des centres qui aient des liens à la fois de proximité et disons de sécurité médicale suffisante pour que les opérations soient tout de même couvertes par les services gynéco-obstétriques et par les services de chirurgie.

Y a-t-il eu vraiment une évolution ?

M. CHARTIER. - C'est plus complexe que cela.

M. HENRION. - Il est très difficile de vous répondre parce que je crois que l'ensemble des gynécologues-accoucheurs se rendent très bien compte qu'on ne reviendra pas sur ce point, et qu'il convient d'organiser le mieux possible l'interruption de grossesse. Cela n'était pas évident, il y a cinq ans. Dans les réactions d'il y a cinq ans, il y avait des réactions que nous avons tous eues, quelle que soit l'éthique personnelle, la religion et l'opinion philosophique. On a assisté à des choses tout à fait extraordinaires parmi nous : certains gynécologues-accoucheurs catholiques ont adopté l'interruption de grossesse, à leur corps défendant, tandis que d'autres, parfaitement athées, refusaient et continuent à refuser obstinément d'interrompre des grossesses.

Là, nous touchons à des problèmes qui sont vraiment très particuliers. Je crois que la réticence des gynécologues-accoucheurs, contrairement aux gynécologues dits médicaux, aux psychiatres et aux autres médecins, est due au fait qu'ils ont été élevés dans le respect total de la vie et qu'ils se battent toute la journée pour des grossesses à risque. Il est très difficile de demander au même garçon de faire l'impossible pour extraire un fœtus hypotrophique ou malade, dans des conditions souvent acrobatiques, et une demi-heure avant ou une demi-heure après de faire l'avortement d'un enfant parfaitement sain, qui ne demande rien à personne. La deuxième réaction est une réaction beaucoup plus pratique. Dans certains centres universitaires, les maternités tournent énormément. Depuis dix ans, il est survenu de nombreuses modifications (dans le bon sens) c'est-à-dire des améliorations considérables mais qui sont venues surcharger le travail des maternités. Depuis 1968 et plus exactement depuis 1970, il y a eu l'échographie, le monitoring, c'est-à-dire l'enregistrement des bruits du cœur des enfants, l'amnioscopie, la microchirurgie, les ponctions de liquide amniotique pour le diagnostic des anomalies et des

malformations. Tout cela, à chaque fois, se sédimente sur les autres activités normales.

M. AUTAIN. - C'est peut-être lié aux circulaires.

M. HENRION. - Depuis quelques mois, cela ne s'arrange pas. Je veux dire que nous avons des activités de toutes sortes qui se sont surajoutées dans les mêmes services, dans les mêmes locaux et la même salle d'opération.

Je crois que, dans le fond, la réaction des gynécologues-accoucheurs est toujours la même : Ils ne sont pas enthousiastes pour faire des interruptions de grossesse, mais tout le monde l'a admis.

M. CHARTIER. - Dont on ne pouvait pas nier la nécessité, on est obligé de compter avec.

M. HENRION. - On est obligé de s'en accommoder. Ce qui vous explique que ce sont les mêmes, mais avec cinq ans de distance, qui, sans avoir profondément changé d'opinion, ont admis un certain nombre de choses et considèrent qu'il n'est pas souhaitable de prendre des positions "braquées".

M. Le PRÉSIDENT. - Je pense que pour un certain nombre de gynécologues, peut-être même dans le cadre de votre Collège il y a eu des débats de fond en ce qui concerne l'interruption de grossesse, je dirais, à un niveau philosophique ou éthique...

M. HENRION. - Le Collège a été créé en 1971 et, en 1975, il a failli disparaître avec la loi Veil, parce que nous avons eu une réunion du conseil d'administration où des gens ont dit : "Si le Collège prend position et ne dit pas fermement **non** toute la région le quitte", d'autres ont dit : "si le Collège ne prend pas la position **pour** toute cette région s'en va". Nous avons dit alors : "Ecoutez, l'on s'occupe de la formation des obstétriciens le mieux possible et Dieu sait si c'est utile, l'on essaie d'améliorer notre discipline, je vous en supplie, ne-faites pas "capoter" ce Collège, et donnons-nous le temps de la réflexion".

M. CHARTIER. - On a réussi à apaiser les uns et les autres.

M. Le PRÉSIDENT. - *Question subsidiaire* : Est-ce que mes confrères qui avaient une position à base philosophique, tout à fait nette contre l'interruption de grossesse du fait que la vie devait être respectée dès le commencement ont le même débat de conscience ou la même position en ce qui concerne l'utilisation des contraceptifs ou d'interception qui sont en fait, dans une certaine mesure, des abortifs du deuxième, troisième ou quatrième jour, comme le stérilet, voire si les recherches aboutissent, la pilule du lendemain.

M. CHARTIER. - Si vous voulez, je pense que dans leur immense majorité ; ils n'en ont pas, nous avons tout de même la frange des irréductibles qui est très faible, même ceux-là, n'utilisent pas les contraceptifs à action abortive très précoce. Mais cela évolue très lentement et très calmement, je dirais.

M. HENRION. - Prenons l'opinion des chefs de clinique assistants et des internes qui font les interruptions de grossesse. Si c'est une aspiration à cinq semaines, cela ne pose aucun problème. Mais quand il leur arrive de faire des avor-

tements au-delà du délai limite, je suis appelé en salle d'opération. Un fœtus est disposé sur une table et on me dit : *"cela, nous ne voulons le faire"*.

M. Le PRESIDENT. - Ce qu'on ne voit pas et puis ce qu'on visualise comme ressemblant à un petit homme...

M. HENRION. - Je parle des gens qui agissent tous les matins. La réaction est fondamentalement différente, L'aspiration avec une petite sonde : oui, mais l'extraction, morceau par morceau d'un gros fœtus : non. Il y aura alors un rejet global et définitif du corps hospitalier et des gynécologues-accoucheurs.

Je crois que d'un point de vue philosophique cela ne changera probablement rien pour une certaine frange d'irréductibles, je parle des techniques très précoces que sont la régulation menstruelle etc., mais pour ceux qui font l'acte, je suis parfaitement convaincu que l'impact ne sera pas le même, On peut parfaitement faire une aspiration à cinq semaines et la faire plusieurs fois par semaine sans avoir des problèmes de conscience majeurs, mais que si le même garçon extrait des fœtus manifestement plus gros et bien formés, on aboutira rapidement à un *"non"* définitif.

M. CHARTIER. - En plus, il y a des difficultés et l'angoisse du geste technique, cela joue ensemble les deux faits conjoints donnent une position très difficile.

M. HENRION. - Les irréductibles resteront irréductibles quelle que soit la technique que vous leur proposerez. La majorité des gens honnêtes qui appliquent la loi l'appliqueront d'autant plus volontiers que ce sera dans des délais où cela ne posera pas de gros problèmes techniques.

M. AUTAIN. - En ce qui concerne la capacité d'accueil des établissements hospitaliers.... Je voudrais poser deux questions :

La première concerne la capacité d'accueil des établissements hospitaliers publics, vous avez dit, tout à l'heure, que pour différentes raisons qui sont très légitimes vous n'aviez pas la possibilité, pour les interruptions de grossesse, d'avoir plus de deux lits, or parallèlement, au niveau du Parlement, on nous dit qu'en France il y a 80 000 lits d'hospitalisation publique qui ne servent à rien...

M. HENRION. - Je sais bien, d'ailleurs j'attendais votre question.

M. AUTAIN. - Globalement, on devrait être en mesure d'accueillir ces femmes, d'autant plus que l'impossibilité d'accueillir pour les hôpitaux publics, cela refoule ces femmes vers les cliniques privées avec tous les abus que l'on connaît et que l'on condamne concernant le trafic financier, etc.

M. HENRION. - Je vous ai bien dit que je parlais là, non plus en tant que président du Collège, mais chef d'un service hospitalo-universitaire, services qui sont dans la région parisienne aussi bien que dans les villes, comme Lille, Marseille, etc., tout à fait complets. Ce n'est pas le cas pour les hôpitaux généraux de deuxième catégorie.

On lutte au Collège pour faire en sorte qu'à la tête de ces grosses maternités qui sont souvent importantes en nom-

bre de lits, en matériels et parfaitement neuves, on ne mette pas, pour des raisons diplomatiques, politiques ou régionales, des gens qui ne soient pas des gynécologues-accoucheurs qualifiés, jeunes, convaincus et dynamiques. Du chef de service dépend tout de même beaucoup l'activité de son service... Mais vous avez parfaitement raison.

M. CHARTIER. - Je voudrais répondre à la question. Je comprends très bien qu'un ministère ou un parlement raisonne en chiffre global mais comme vient de vous le dire le Professeur Henrion la capacité d'occupation d'un service dépend essentiellement du chef et de son équipe. Vous avez alors des disparités formidables, phénoménales... Dans la région parisienne nous faisons parfois du 110, du 120% d'occupation dans nos services de gynécologie-obstétriques, alors qu'à Romorantin, il n'y a que 50% d'occupation.

M. AUTAIN. - Si je vous pose cette question, c'est parce qu'il me semblait qu'il y avait, peut-être, cette disparité, cette incapacité, pour un certain nombre de services, d'accueillir toutes les demandes, mais je me demandais s'il n'y avait pas le refus très légitime d'un certain nombre de chefs de service vis-à-vis des demandes d'interruption en raison de la clause de conscience.

M. CHARTIER. - Il y a cela aussi.

M. HENRION. - C'est pourquoi, nous avons admis d'un commun accord qu'il fallait rester logique et que si les chefs de service refusaient de le faire, ils admettent à côté d'eux, de voir créer une structure pour le faire. On arrivait à cette situation où certains disaient *"nous refusons de les faire et nous refusons toute autre structure"*. Nous leur avons dit : *"ce n'est pas pensable"* il faut être logique et raisonnable. Ou bien vous faites les I.V.G., mettez-les dans votre service et arrangez-vous avec vos disponibilités de lits, ou bien vous admettez qu'on les fasse dans une structure voisine.

M. AUTAIN. - Sur le problème des complications des avortements, vous avez bien mis en évidence que les risques étaient différents selon qu'il s'agit du premier trimestre ou d'un avortement tardif. Par contre, les risques lointains sont plus difficiles à évaluer, mais je serais tenté, par simple esprit logique, de considérer qu'à l'heure actuelle, le nombre des avortements, depuis la loi Veil, se situe autour des deux ou trois années qui viennent de s'écouler, à 250 000 avortements par an, ce qui n'est pas considérablement plus élevé que ce qu'on observait avant la loi Veil, bien que les moyens statistiques dont on dispose soient insuffisants, par exemple, l'avortement clandestin est très difficile à établir. Mais ce qu'on peut dire, en tout cas, c'est que ces 250 000 avortements s'effectuent dans des conditions bien meilleures qu'avant l'application de la loi Veil.

Donc, on peut se poser la question : Est-ce que le risque de complications tardives est moins élevé aujourd'hui qu'il ne l'était avant l'application de la loi lorsque ces avortements qui étaient aussi nombreux, je le rappelle, se faisaient dans des conditions très sujettes à caution, pour ne pas dire plus.

Est-ce votre sentiment ? Pensez-vous que le nombre des complications actuellement, dans l'avortement tardif, a augmenté ou a baissé par rapport à ce qui se passait avant ? Je n'ai pas de statistiques, mais c'est le résultat d'un raisonnement logique.

M. HENRION. - Ce qui a presque disparu ce sont les complications graves immédiates. Ce qui a beaucoup diminué : ce sont les complications de moyenne intensité immédiates ou secondaires qui survenaient dans les huit à dix jours, encore qu'il persiste des infections, etc. Mais ce qui sera très difficile à évaluer et qui ne l'est pas encore, ce sont les conséquences sur la vie ultérieure de la jeune femme.

Nous avons des statistiques des pays de l'Est qui sont assez formelles : il existe des séquelles de 3 à 5% de stérilité. Il ne faudrait pas accrédi-ter dans l'esprit de la population que les interruptions sont tellement bien faites maintenant qu'il n'y a plus de séquelles.

M. CHARTIER. - C'est à peu près certain.

M. HENRION. - Les séquelles n'ont pas disparu, et je crois que cela est très important.

M. CHARTIER. - Je crois que ce qui est intéressant, c'est peut-être de dire n'y a plus de complications tardives... cela a été dit, et notre réaction est de dire attention, ce n'est pas à longue échéance, si anodin qu'on a bien voulu le penser.

M. Le PRÉSIDENT. - Donc rien n'est strictement sans conséquence.

M. HENRION. - C'est sûr.

M. CHARTIER. - Ce n'est peut-être pas inintéressant de le rappeler, parce qu'encore une fois, au début, on a dit "c'est sans danger" et là c'est tout de même intéressant d'attirer l'attention...

M. AUTAIN. - Sur les risques de l'avortement tardif, parce qu'il faut que la femme prenne sa décision très précocement.

M. CHARTIER. - Exactement. Même si c'est moins, cela existe, donc "attention Madame" Votre geste à dix-neuf ans ne se limite pas à trois jours ni à huit jours.

M. HENRION. - Si l'on prend les complications de moyenne gravité, par exemple les infections des trompes, dans les statistiques d'il y a quinze à vingt ans, la première cause était l'avortement provoqué, loin derrière les maladies sexuellement transmissibles et ensuite les examens faits par les médecins.

Si l'on prend les statistiques actuelles, on trouve :

- 1- Les maladies sexuellement transmissibles (de très loin).
- 2- Le stérilet, dans 15 à 20% des cas.
- 3- L'infection iatrogénique due au médecin, puis les interruptions de grossesse. Donc Il y a eu inversion totale des causes.

L'avortement se trouve au dernier rang, malheureusement, il a été remplacé par les maladies sexuellement transmissibles, ceci est une conséquence de notre société. Ce qui est dommage, c'est que ce qu'on gagne d'un côté, on le reperd de l'autre.

M. Le PRÉSIDENT. - J'ai demandé au Professeur Zsolnai que je suis allé voir, cet été, à Budapest, et qui est en train d'étudier les dossiers avec des reculs de dix ou quinze ans, des dossiers parfaitement suivis, ce qu'il en pensait, son impression. Selon lui, il y a effectivement une augmentation de certains risques de prématurité et de grossesse extra-utérine après interruption de grossesse, mais, d'un autre côté, je crois qu'il faudra regarder leurs statistiques avec prudence car ils continuent à faire les interruptions de grossesse avec les méthodes anciennes par curetage, alors que l'aspiration est moins traumatisante... Enfin, tout cela est très difficile...

M. CHARTIER. - C'est effectivement très difficile à concilier.

M. Le PRÉSIDENT. - Je crois, que nous avons fait avec vous un tour d'horizon complet et nous sommes très intéressés par la position que vous adoptez dans ce domaine.

M. HENRION. - Nous avons essayé de vous donner l'opinion des gynécologues accoucheurs français, ceux qui sont installés en province aussi bien qu'à Paris et qui font loyalement leur métier.

M. Le PRÉSIDENT. - Messieurs. Il me reste à vous remercier.

Retrouvez les petites annonces
sur

www.syngof.fr

L'humanisation

de la naissance

B. SEGUY*

Pour que l'être humain daigne se soucier de son nouveau-né, il faudra attendre des penseurs plus que des médecins.

L'humanisation de la naissance est, aujourd'hui, une expression et une notion admises par tous, et plus particulièrement les obstétriciens et les sages-femmes. Mais il est loin d'en avoir toujours été ainsi, et jusque dans les années 1980, la notion même en était totalement inconnue, et ce besoin, *"ridicule et dangereux"*, totalement nié. L'enfant naissait immature, cérébralement incomplètement développé, et n'était donc pas plus sensible qu'une bûche. Les obstétriciens de ma génération ont été formés sur ces *a priori* et le seul but de l'obstétrique, depuis la nuit des temps, était de sortir un enfant en bon état : cri et respiration, battements cardiaques dans la normalité, mouvements des quatre membres, coloration.

Si le Dr Virginia Apgar, anesthésiste en maternité, publia son score en 1953, pour évaluer l'état des nouveau-nés après une anesthésie obstétricale (forceps, césarienne), il fallut attendre au moins dix ans pour qu'il soit accepté pour toutes naissances dans le monde anglo-saxon. En France, ce n'est qu'à partir des années 60 qu'il commença à apparaître dans la pratique quotidienne des salles de travail (on ne parlait pas encore de salles de naissance...) des maternités hospitalières, avant de diffuser lentement vers les cliniques provinciales. C'était alors le sommet de la modernité en matière de bilan de naissance, complété, quasi-obligatoirement, par les gestes de routine de l'accueil médicalisé du nouveau-né parmi les êtres humains :

claque sur les fesses, sonde d'aspiration introduite brutalement dans le gosier, gouttes dans les yeux, nettoyage du visage, vérification des orifices, pesée, emmaillotage, le tout avec des gestes mécaniques, rapides, précis, comme une vendeuse expérimentée et zélée emballage une paire de chaussures dans la boîte de la marque : rapide, efficace et il n'est point besoin de douceur et d'amour pour une paire de chaussures, même très chère. Tout cela, bien différent de l'accueil prodigué, chez les autres mammifères, par la mère vis-à-vis de ses petits, révélés alors au public, notamment par les travaux de Konrad Lorenz et ses bébés canards, et les premiers films tournés in situ sur les primates.

A l'époque, le *"geste auguste"* de l'accoucheur, maintes fois photographié dans les articles ou livres consacrés de près ou de loin à la naissance, était un praticien habillé en chirurgien et brandissant fièrement sa prise : un

Il s'agissait là du bien-être de la mère, l'enfant, lui, en était toujours au stade de la bûche, insensible et inconsciente.

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

nouveau-né tenu par les chevilles, tête en bas, comme un chasseur tient son lièvre fraîchement tué.

Pendant les années 60, apparaît aux USA et se développe ensuite dans le monde occidental, une critique des modes de vie, des valeurs et des règles qui y étaient attachées, de ceux qui les édictaient et/ou qui en profitaient. La pression sociétale augmenta progressivement jusqu'à la déflagration de 1968. La médecine ne fut pas à l'abri de ces phénomènes, et à tous les niveaux : du mandarin au stagiaire, de l'infirmière-chef triplement galonnée aux élèves infirmières encore à l'école. Mais ce qui peut paraître plus curieux, mais ne l'est pas en fait, c'est que cet esprit "nouveau" toucha alors également les modalités de la naissance. Il faut se rappeler, en effet, que déjà, dès les années 50, était apparu un grand changement ou, en tous cas, un grand espoir pour les femmes : accoucher sans souffrir. Avec d'abord "l'accouchement sans crainte" de l'anglais Read, puis, en France spécialement, "l'accouchement sans douleur" apporté d'URSS par le Dr Lamaze à la maternité des bleuets à Paris, et soutenu par la CGT et le Parti Communiste (alors très puissant), et bientôt remboursé par la sécurité sociale. Mais il s'agissait là du bien-être de la mère, l'enfant, lui, en était toujours au stade de la bûche, insensible et inconsciente.

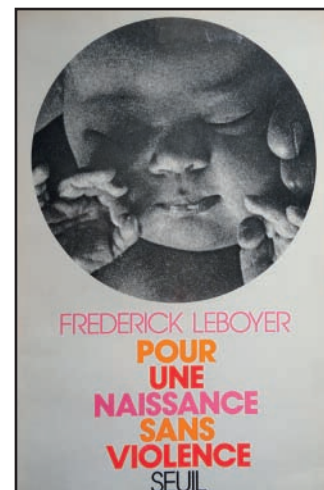
Pour que l'être humain daigne se soucier de son nouveau-né, il faudra attendre des penseurs plus que des médecins. Et aussi des photographes (les premières fameuses photos *in utero* du suédois Nillson en 1965 : le choc des images !!). Dès 1960, des psychologues travaillant dans les pouponnières de l'Assistance publique à Paris, notamment Danielle Rapoport et Janine Levy, dénoncent le manque total d'affection dont souffrent ces enfants élevés en "batterie" par un personnel surchargé de travail, et préoccupé uniquement d'hygiène basique. Mais il faudra

attendre 1968 pour un début d'amélioration dans les crèches et pour que, dans les maternités, les contacts mère-enfant soient plus fréquents, plus détendus et plus naturels, par... assouplissement des réglementations. Dans les années 70, aussi, apparaissent aux USA de nouvelles psychothérapies "courtes", en opposition à la psychanalyse freudienne qui fait fureur en Europe, et notamment la "Primalthérapie" d'Arthur Janov, dont le livre a un énorme succès, mais ne sera traduit en français qu'en 1975.

C'est dans ce contexte, où des vents nouveaux tentaient de soulever des idées nouvelles, que va apparaître le Dr Frederick Leboyer, obstétricien de formation, se consacrant à une brillante clientèle à Neuilly. C'est au cours d'une psychanalyse, où il revit le traumatisme de sa propre naissance, qu'il découvre le livre d'Otto Rank "le Traumatisme de la Naissance" (1924, traduction française). Comme suite de sa psychanalyse et à la recherche de la "sagesse", Leboyer fait un voyage aux Indes, et, en 1962, rencontre le Maître Svami Prajnepad dont il devient un disciple convaincu. De retour à Paris, complètement transformé, il abandonne sa riche clientèle, et fait des gardes de nuit dans une clinique conventionnée d'un quartier populaire.

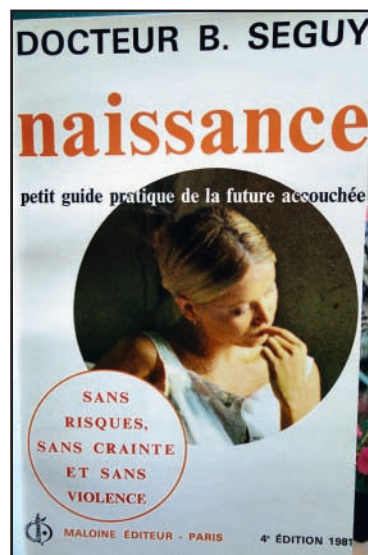
Dans sa clinique conventionnée, Leboyer teste et met au point, pendant sept ans, une méthodologie nouvelle d'accueil du nouveau-né, centrée sur la douceur et la suppression des agressions sonores et lumineuses, pour éviter le traumatisme de la naissance.

En 1972, Leboyer demande à Danielle Rapoport de tester psychologiquement les enfants nés suivant ses nouvelles méthodes. Les tests étant tous très satisfaisants, il publie en 1974, aux Éditions du Seuil, "Pour une naissance sans violence" qui allait devenir rapidement un succès mondial. Mais ce fut, en France, un sujet de controverse, l'ouvrage étant



sévèrement critiqué par les obstétriciens traditionnels de formation hospitalière, qui, obsédés par les techniques et l'idée de sécurité avant tout, jugèrent unanimement que de telles méthodes ne pouvaient qu'être dangereuses.

A cette époque, j'exerçais à Nice, en clientèle et clinique privées, et j'avais publié en 1969 mon "Nouveau manuel d'obstétrique", avec mes amis Chavinie et Michelin, qui connaîtra cinq éditions successives. Par ailleurs, je jouissais d'une excellente image dans le monde de l'édition et des médias après trois ouvrages grand public à succès. Je publiais l'année suivante (1975) un nouveau livre, chez Intermedica Hachette, intitulé simplement "Naissance", véritable brûlot contre Leboyer où je défendais avec



vigueur les dogmes officiels de l'obstétrique scientifique moderne. Bien entendu, la polémique (le buzz dirait-on aujourd'hui...) entre Leboyer et les tenants de l'obstétrique hospitalière officielle faisait le pain blanc du monde journalistique et médiatique, et je fus invité à participer à de multiples émissions de radio et de télévision.

En défense de Leboyer, il y avait peu de voix, à l'exception notable de celles de Françoise Dolto, Danielle Rapoport et du Dr Bernard This. Ce dernier fait un double parcours : obstétricien, il est un pionnier de l'accouchement sans douleur qu'il introduit à l'Hôpital Foch, psychanalyste pour enfants, il milite avec Françoise Dolto et Danielle Rapoport, pour une nouvelle vision des contacts nouveau-né – parents, et introduit le père dans les maternités. Peu après la sortie de mon livre anti-Leboyer, je suis invité à Télé-Monte Carlo à un débat m'opposant à une sage-femme de la région, Mme Camilleri, qui pratiquait la naissance sans violence selon Leboyer depuis la sortie de son livre. Le débat fut actif mais courtois, et, après l'émission, elle me dit : *"Je connais votre attachement aux méthodes hospitalières et la renommée de vos publications, mais je ne comprends pas comment vous pouvez critiquer une méthode que vous n'avez jamais essayée, ni même vue. Essayez au moins une fois"* ! Je dois avouer qu'elle avait mis dans le mille et que je ne pouvais que reconnaître le bien-fondé de son raisonnement.

Aussi, je me décidais à acheter une grande bassine en plastique, à relire le livre de Leboyer pour en noter les aspects techniques, que j'expliquais à ma sage-femme habituelle, tout à fait sidérée, et nous attendîmes donc, de pied ferme, la défaite de Leboyer. Et ce fut une nuit de novembre 1975 que je vécus, dans le silence et la lumière tamisée, mon chemin de Damas. Dans son bain d'eau tiède, le bébé se comporta exactement selon

la description de Leboyer et... me sourit !! C'était la première fois dans ma carrière d'accoucheur, déjà longue de 15 ans, qu'une naissance et qu'un nouveau-né me procuraient une telle émotion, pour ne pas dire un tel choc. Bouleversé, je décidais d'appliquer dorénavant la méthode Leboyer à tous mes accouchements *"normaux"*. Je téléphonais à mon éditeur, sidéré, pour lui dire que je rachetais tous les exemplaires de mon livre encore en stock et qu'il devait me les faire parvenir à ma propriété au-dessus de Nice. J'en fis un autodafé flamboyant dans mon jardin.

Heureusement, je ne fus pas le seul à reconnaître l'intérêt du nouveau rapport à la naissance préconisé par Leboyer, même si son livre eut moins de succès en France qu'il n'en eut dans le monde anglo-saxon, toujours en avance de plusieurs décennies quant aux évolutions sociétales. En France néanmoins, quelques obstétriciens furent, dès la première heure, au soutien de la naissance sans violence et, parmi ces pionniers, il m'en faut citer quelques-uns. Notre confrère, Etienne Herbinet, obstétricien à Baudelocque puis à Saint Vincent de Paul, où il se heurte à l'incompréhension de la hiérarchie hospitalière et part, en 1979, diriger la maternité d'Auxerre, où il mettra en pratique ses idées novatrices, et où il fonde et dirige *"les Cahiers du nouveau-né"*. D'autres se trouvent dans un milieu moins hostile, comme Pierre Boutin à la maternité des Lilas, haut lieu de l'accouchement sans douleur, où les idées de Leboyer et la présence du père sont acceptées sans difficulté. Michel Odent, lui, dirige la maternité hospitalière de Pithiviers dès 1962, et pendant plus de 20 ans. Précurseur de Leboyer quant au stress de l'hospitalisme, il fait de son service un haut lieu de l'humanisation de l'accouchement puis de la naissance sans violence dès la parution du livre de Leboyer. Max Ploquin qui, à Châteauroux, organise des col-

loques annuels très suivis qui regroupent praticiens et *"usagers"*. On ne peut les citer tous. Par contre, il ne faut pas oublier le patient travail des sages-femmes en faveur de l'humanisation et de la naissance sans violence. Souvent des sages-femmes libérales puisqu'elles étaient libres de choisir les gestes à pratiquer, alors que leurs consœurs hospitalières subissaient l'anathème de la hiérarchie hospitalière. N'en est que plus méritant le développement de l'humanisation de la naissance par les sages-femmes de Saint Vincent de Paul à Paris, sous la surveillance bienveillante de mon regretté ami, le Professeur Jacques Chavinie. Comme le souligne avec justesse Marie-France Morel, qui a réalisé, après un patient travail de recherche, une véritable somme historique sur ce sujet : *"la pratique de la naissance sans violence atténue les oppositions entre le monde des usagers et celui des professions sanitaires et permet souvent que s'instaure entre eux une fructueuse collaboration"*. Tout était-il donc parfait dans le meilleur des mondes ? Certainement pas, hélas, ce serait trop beau.

De tous les pionniers de la naissance sans violence, je fus le seul à me trouver à la croisée de trois chemins divergents : l'obstétrique de pointe, d'origine essentiellement anglo-saxonne, qui servait de guide aux CHU et hôpitaux français, et, par la même occasion, aux éditions de mon *"Nouveau manuel d'obstétrique"* ; l'humanisation de la naissance qui avait apporté à ma pratique quotidienne une harmonie avec l'enfant et les parents, inconnue de la pratique hospitalière ; et enfin, à partir de 1985, une activité d'Expert National des compagnies d'assurances qui m'amena à créer, avec mon ami le Dr Georges Vigier, Médecin Chef des Mutuelles du Mans, le premier groupe de travail interdisciplinaire consacré, pour la première fois en France, aux dossiers obstétricaux graves (et lourds financièrement).



Svami Prajnapad

Pendant un quart de siècle, je me suis battu pour défendre les équipes obstétricales et les maternités, privées ou publiques, à une époque où les confrères étaient quasi systématiquement condamnés, faute ou pas, car il fallait que les tribunaux trouvent quelqu'un pour payer, les politiciens, comme d'habitude, ignorant superbement le problème des accidents médicaux. Parmi les nombreux dossiers "lourds" qui me sont passés entre les mains à cette période, quelques-uns me firent voir des accidents liés à une pratique, poussée trop loin, des libertés de la naissance sans violence. C'est pour cette raison que, dans mes écrits consacrés à la méthode Leboyer, je n'ai jamais soutenu et même accepté ce que j'ai toujours considéré comme dangereux, à savoir : l'accouchement à domicile (pourtant assez répandu aux Pays-Bas, mais avec une infrastructure d'accompagnement sophistiquée et lourde) et l'accouchement dans l'eau, qui ne permet pas le

monitorage et une surveillance suffisante (même si ce refus avait bien déçu mon ami Jacques Mayol, le plongeur du *"Grand bleu"*, chaud partisan des mammifères marins et de leur naissance aquatique).

Il n'est pas inutile de dire ici que Svami Prajnapad eut comme autres disciples français, Arnaud Desjardins, l'auteur de la fameuse série de livres *"les Chemins de la sagesse"* et fondateur d'un des premiers Ashram français, Dalida, la chanteuse cachant l'intellectuelle, et, indirectement, Jacques Mayol, le *"Grand bleu"*, et, plus discrètement, moi-même, ami et disciple d'Arnaud Desjardins, et ami de Jacques Mayol, qui vint plusieurs fois chez moi me parler de ses rêves de naissances aquatiques.

Aujourd'hui, la naissance sans violence et Leboyer sont totalement oubliés des nouvelles générations. La péridurale a fait disparaître les méthodes américaines ou soviétiques d'accouchement sans douleur. Le père est quasi obligatoirement présent en salle de naissance, même si, bien souvent, il y va pour faire preuve de courage et comme tout le monde. Le nouveau-né, quant à lui, a quasiment disparu des écrans radars humanitaires. Certes, les publications scientifiques se multiplient depuis dix ans pour confirmer que le petit enfant n'est pas une bûche, et qu'il est sensible, comme tout être vivant, à la douleur, au stress de toute origine, et qu'il recherche toujours la présence de sa mère. Quelle surprise !! La médecine technique néonatale a repris ses droits, les cathéters et les capteurs se sont multipliés, mais le "personnel" est, indiscutablement, moins brutal et plus attentif. Enfin, le

GREEN (*Groupe de Réflexion et d'Évaluation de l'Environnement du Nouveau-né*), dans sa dernière grande enquête de 2014, constate des améliorations, mais regrette que, dès la naissance, une femme sur quatre soit séparée de son bébé, et que le personnel soignant, toujours débordé, ne soit pas suffisamment disponible à l'écoute des parents.

Bibliographie

- LEBOYER F. – *"Pour une naissance sans violence"*, Seuil Ed, 1974
- MARTINO B. – *"Le bébé est une personne"*, Balland Ed, 1985
- MOREL M-F – *"Accueillir le nouveau-né d'hier à aujourd'hui"*, Eres Ed. Toulouse, 2013
- MOREL M-F – *"Naître sans violence : les mutations de l'accueil du nouveau-né dans les années 70"*, Soc Histoire de la Naissance, XXIVe Rencontres de Béziers, Avril 2014
- ODENT M. – *"Bien naître"*, Seuil Ed, 1976
- RAPOPORT D. – *"La Bien-traitance envers l'enfant"*, Belin Ed, 2006
- SEGUY B. – *"Naissance"*, Intermedica Hachette Ed, 1975.
- SEGUY B. – *"Naissance"* 2e Ed, Maloine Ed, 1976
- SEGUY B. – *"Un livre au bucher pour changer l'Histoire de la naissance"*, Les Dossiers de l'obstétrique, n° 434, Février 2014
- SUREAU CI – *"Le danger de naître"*, Plon Ed, 2008
- THIS B. – *"Naître"*, Aubier-Montaigne, 1972
- THIS B. – *"Naître et sourire"*, Aubier-Montaigne Ed, 1977
- THIS B. – *"la Requête des enfants à naître"*, Seuil, 1982

Commissions de qualification

Commission Nationale de première instance

	Titulaires	Suppléants
Membre du corps enseignant, président	Pr Jean-Luc POULY	Pr Jean-Marie ANTOINE
Représentant l'Ordre des médecins	Dr Patrice GOEUSSE Pr Robert MAILLET	Pr Léon BOUBLI Pr Jean-Jacques BALDAUF
Représentant le SYNGOF	Dr Jacques FAIDHERBE jacques.faidherbe@sfr.fr Dr Jacques RIVOALLAN jacques.rivoallan@wanadoo.fr	Dr Karen BONNET kbonnetchea@ch-fontainebleau.fr Dr Marc Alain ROZAN mar@marcalain-rozan.com

Commission Nationale d'appel

	Titulaires	Suppléants
Membre du corps enseignant, président	Pr Jean-Louis LEROY	Pr Jean-François OURY
Représentant l'Ordre des médecins	Pr Henri-Jean PHILIPPE Dr Jean THÉVENOT	Pr Michel CANIS Pr Jean GONDRIY
Représentant le SYNGOF	Dr Gérard LONLAS gerard.lonlas@wanadoo.fr Pr Jacques HOROVITZ jacqueshorovitz@yahoo.fr	Dr Jean-Pierre LAPLACE djlaplace@free.fr Dr Pascale LE PORS-LEMOINE p.lepors@ch-stmalo.fr

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 2015

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

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

• Type d'exercice ☐ Privé ☐ Public ☐ Privé et Public

- Cotisations 2015 -

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

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

☐ Je souhaite adhérer à l'ASSOCIATION GYNÉLOG : 45 € (ne donne pas droit au logiciel)
 Règlement séparé à l'ordre de "ASSOCIATION GYNELOG"

Date, cachet et signature

Conseil d'Administration

du Syngof

Président

Docteur de ROCHAMBEAU
Hôpital privé Marne Chantierine
BROU SUR CHANTIERINE

Présidents d'honneur

Docteur COUSIN
Professeur GIRAUD
Docteur ROZAN

Vice-Présidents

Pôle Gynécologie Obstétricale Libérale

Docteur BOYER DE LATOUR
1 bd Schweitzer
SAINT QUENTIN

Docteur LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Pôle Praticiens Hospitaliers

Docteur FAIDHERBE
CHU Arnaud de Villeneuve
MONTPELLIER

Docteur LE PORS-LEMOINE
Centre Hospitalier - ST MALO

Pôle Gynécologie Médicale

Docteur GUERIN
13 bd des rochers - VITRÉ
Docteur HOMASSON
5 rue Chanez - PARIS

Secrétaire Générale

Docteur PAGANELLI

Secrétaire Général Adjoint

Docteur RIVOALLAN

Secrétaire Général honoraire

Docteur MISLER

Trésorier

Docteur MARTY

Trésorier adjoint

Docteur GRAVIER

Membres de droit

Docteur BELAICHE
Professeur COLETTE
Professeur GIRAUD

Membres du Bureau

Docteur BOYER DE LATOUR
Tél. 03 23 64 53 59

Docteur DE ROCHAMBEAU
Tél. 01 64 72 74 31

Docteur FAIDHERBE
Tél. 06 85 73 38 00

Docteur GRAVIER
Tél. 06 62 45 28 10

Docteur GUERIN
Tél. 06 35 22 19 33

Docteur HOMASSON
Tél. 01 40 71 93 64

Docteur LAPLACE
Tél. 05 56 43 72 24

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

Docteur MARTY
Tél. 05 63 77 79 00

Docteur PAGANELLI
Tél. 02 47 37 54 49

Docteur RIVOALLAN
Tél. 02 98 95 84 84

Membres

Docteur BASTIAN
Place du Grand Jardin - VENCE

Docteur BLUM
10 rue du Rhône - MULHOUSE

Docteur BOHL
1-3 av Carnot - SAINT-MAX

Docteur BONNEAU
2 bd du Roy
LES PAVILLONS SOUS BOIS

Docteur BONNET
Hôpital de Fontainebleau
FONTAINEBLEAU

Docteur CACAULT
71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

Docteur CRISTINELLI
Clinique Arc-en-ciel - EPINAL

Docteur DARMON
18 rue des remises ST MAUR DES FOSSES

Docteur DE BIEVRE
6 rue St Fiacre - MEAUX

Docteur DENJEAN
7 av. Pierre Verdier - BEZIERS

Docteur DREYFUS
25 rue Garibaldi - LYON

Docteur FRANQUEBALME
345 av du Prado - MARSEILLE

Docteur GERAUDIE
26 bd Dubouchage - NICE

Docteur GUIGUES
2 bis av. du CANADA - CAEN

Professeur HOROVITZ
Hôpital Pellegrin Maternité
BORDEAUX

Docteur JELEN
Polyclinique de la Résidence
BASTIA

Docteur LEOBEUF
7 av. H. Barbusse
LE BLANC MESNIL

Docteur LEGRAND
12 rue de France - NICE

Docteur LE MEAUX
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Docteur LONLAS
6 rue de la manufacture
ORLEANS

Docteur MAALIKI
3 B rue A. Rodin
BESANCON

Docteur MIRONNEAU
16 crs du Général de Gaulle
DIJON

Docteur PEIGNÉ
Polyclinique du Beaujolais
ARNAS

Docteur ROUGÉ
59 rue de la Chataigneraie
BEAUMONT

Docteur SEGUY
Av Leopold Heder - KOUROU

Docteur TEFFAUD
Polyclinique de l'Atlantique
ST HERBLAIN

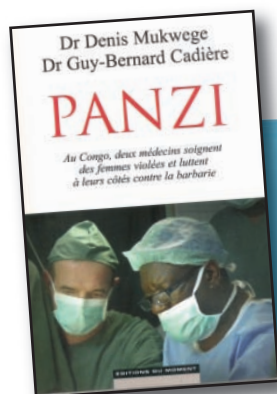
Docteur THIEBAUGEORGES
Clinique Sarrus Teinturiers
TOULOUSE

Docteur TOMASINI
11 bd F. Salini - AJACCIO

Docteur TOURAME
230 av. du Prado
MARSEILLE

Docteur VERHAEGHE
43 rue des Meuniers - LESQUIN

Propos de lecture



Editions du Moment
168 pages

Panzi

Denis MUKWEGE et Guy-Bernard CADIÈRE

16,50 €

Témoignage poignant de la rencontre de 2 volontés farouches d'agir pour les femmes les plus menacées. Au cœur de l'Afrique centrale, en République démocratique du Congo, Denis Mukwege lutte pour redonner aux femmes leur dignité que la barbarie leur conteste. Le combat est d'une violence inouïe, il échappe de peu à un attentat. Guy Bernard Cadière, Chirurgien Belge, pionnier de la coelio-chirurgie, s'est investi à ses côtés dans cette lutte. Rencontre de 2 opposants à la terreur induite par des forces qui les dépassent mais qui marqueront définitivement leur destin.

Bertrand de ROCHAMBEAU

FLASH INFO

Dans son rapport annuel un assureur très impliqué dans notre discipline révèle : En chirurgie gynécologique un GO est mis en cause tous les 5 ans, l'intervention la plus génératrice de complications est l'hystérectomie coelioscopique qui entraîne des blessures urétérales à l'origine de problèmes urinaires. Dans 56% des cas il y a un défaut d'information aux patientes et le dossier insuffisant dans 25% des cas. Dans 27% des cas les attitudes ne sont pas conformes aux règles de l'art.*

**N'attendez pas la mise en cause,
venez vous former aux séminaires
chirurgicaux Gynéria**

*ASSPRO Cabinet Branchet

Délégués régionaux

du Syngof



Alsace

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

Aquitaine

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

Dr Jean Pierre LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
33300 BORDEAUX
Tél. 05 56 43 72 24
email : dr.jlaplace@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-stmallo.fr

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

Centre

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

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

Corse

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

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

Franche-Comté

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

Ile-de-France

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

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

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

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

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

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

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

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

Languedoc-Roussillon

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

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

Limousin

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

Lorraine

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

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

Midi-Pyrénées

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

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

Nord-Pas de Calais

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

Normandie

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

Pays de Loire

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

Picardie

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

PACA

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

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

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

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

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

Rhône-Alpes

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

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

Outre-Mer

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



Etude PRISM

**Évaluation de l'efficacité de Polygynax®
dans le traitement probabiliste des vaginites infectieuses :
étude internationale, multicentrique, randomisée, en double aveugle, comparative
versus miconazole, en groupes parallèles**

Cher(e) Confrère,

Le département médical du Laboratoire Innotech International (groupe Innothera) met en place à partir de Juillet 2015 une étude clinique de phase III b auprès de spécialistes libéraux en gynécologie médicale. Cette étude PRISM est destinée à démontrer la **supériorité clinique de POLYGYNAX®** vs miconazole dans le traitement probabiliste des **vaginites infectieuses**. En effet, dans la pratique courante, le traitement d'une vaginite infectieuse, à l'exception des IST (infections sexuellement transmissibles), reste largement et fréquemment probabiliste, sans test microbiologique de confirmation, car la gêne causée par une vulvo-vaginite nécessite un traitement rapide. Dans ce contexte, l'intérêt d'une association fixe antifongique + antibiotiques réside dans le large spectre d'action de ce traitement permettant de soulager les patientes et traiter rapidement et de façon fiable leur infection vaginale.

Si vous êtes intéressé(e) par l'étude et que vous souhaitez y participer en tant qu'investigateur, merci de contacter la société ICTA (Dijon) :

- ⇒ Par téléphone au 03.80.53.40.00
- ⇒ Par email : prism@icta.fr
- ⇒ Par courrier au 11, rue du bocage 21121 FONTAINE-LES-DIJON

Dr Erwana COATANTIEC, Chef de Projet Clinique



Petites annonces

Toutes les annonces doivent être adressées à :

Syngef
BP 60034

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

Ventes

■ LA ROCHELLE

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

Tél. 06 61 04 43 11

■ LES MARINES DE GASSIN

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

Tél. 04 94 79 07 08

■ LES ABYMES - GUADELOUPE

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

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

Tél. 06 90 65 54 44

■ RENNES

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

Tél. 06 82 24 75 43

■ VALENCE

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

Tél. 06 07 95 55 35

■ PARIS

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

Tél. 06 07 14 07 05

■ SAINT ETIENNE

Cède cause départ en retraite le 1^{er} octobre 2015 cabinet de gynécologie médicale créé il y a 33 ans, centre ville de St Etienne, quartier dynamique, tram et bus au pied du cabinet. Grosse patientèle agréable en association avec une dermatologue

T. 06 14 26 54 54

■ AGEN

Gynécologue cède son activité cause retraite au 31 décembre 2015. Cabinet tout équipé centre-ville d'Agén. SCM avec consoeur. Consultations de gynécologie médicale. Suivi grossesses. Echographies gynéco-obstétricales.

T. 06 26 13 28 00

Associations

■ CHATEAURENARD

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

Tél. 06 07 12 45 44

■ ALBI

Groupe de 4 gynécologues obstétriciens cherche 1 associé ou 1 collaborateur pour remplacer le départ en retraite du gynécologue à profil chirurgical. Reprise de la patientèle du chirurgien sans frais, aide à l'installation et honoraires garantis. Profil recherché : chirurgie fonctionnelle et cancéro. Participation aux astreintes obstétricales: maternité de niveau 1, environ 500 accs/an, (non contraignant, un WE par mois, un jour/semaine, peu dérangé). Clinique en plein essor, dynamique, service départemental de cancérologie, 10 oncologues, service de réanimation, scanner 4D, IRM...

Tél. 06 29 27 37 97

■ LE CHESNAY

Propose association en gynécologie obstétrique + PMA.

T. 06 60 20 82 00

■ VANNES

En raison du départ en retraite dans les mois à venir de ma collaboratrice libérale je recherche un ou une nouvelle collaboratrice ou associée. Le cabinet médical est accessible aux personnes handicapées. Il possède un échographe de bonne qualité pour écho fœtales.

T. 06 74 79 58 99

■ GRENOBLE

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

Tél. 07 87 65 39 36

Remplacements

■ Spécialiste du remplacement

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

Tél. 04 77 57 14 90

06 81 30 65 72

■ MARTIGUES-MARSEILLE

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

Tél. 06 50 07 61 98

■ MONTBELIARD

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

Tél. 06 05 76 18 03

■ PARIS

Ancienne chef de clinique dans le service de Médecine de la Reproduction à Lille, (DESC validé) recherche des remplacements à Paris en AMP et/ou gynéco. médicale. Pratique des ponctions d'ovocytes, des transferts d'embryon, des inséminations, des écho. gynécologiques...

T. 06 08 17 53 88

■ MONTPELLIER - NIMES

Interne en gynécologie-obstétrique en 8^{ème} semestre recherche des remplacements en gynécologie médicale les samedis de juin à octobre 2015. Possibilité de remplacements supplémentaires à compter de novembre 2015.

T. 06 51 38 26 34



Le coin des cinéphiles du siècle dernier

Gros plans été 2015

Cycle Howard HAWKS

Tous les jeudis d'août à 20h40. 10 films dont 7 en copie en HD et une interview inédite.



Vénérée depuis toujours par la critique en France, l'œuvre versatile d'Howard Hawks est aujourd'hui considérée comme l'une des plus importantes dans l'histoire du cinéma mondial. Godard l'appelait "le plus grand artiste américain", Truffaut trouvait chez lui un cinéma à hauteur d'homme et sa filmographie n'en finit plus d'influencer les plus grands réalisateurs, Robert Altman, Michael Mann, Martin Scorsese ou Quentin Tarantino. Homme d'obsessions, Hawks a passé une partie de son temps à brasser les mêmes thèmes, jusqu'à revisiter ses propres films. Ainsi cet étonnant *Rio Lobo*, ultime œuvre du maître réalisée en 1970 et troisième relecture de *Rio Bravo* avec John Wayne.

Autre figure d'importance qui traverse les films de Hawks, la puissance des décors naturels qu'on retrouve dans les grands westerns comme *La Captive aux yeux clairs*, seconde incursion dans le genre après *La Rivière rouge*, ou le fascinant *La Terre des Pharaons*, fresque délirante en Cinémascope avec ses milliers de figurants et son drapeau à tête de faucon (Hawk, en anglais).

Chez Hawks, que certains aujourd'hui considéreraient presque comme féministe avant l'heure, la femme est souvent l'égale de l'homme. Preuves à l'appui : les rapports de force inversés du célèbre duo Katharine Hepburn/Cary Grant dans *L'Impossible Monsieur Bébé*. Sans Miriam Hopkins, point de salut pour Joel McCrea dans *Ville sans loi*. Une mère et sa fille qui lui ressemble trait pour trait – sublime Frances Farmer dans un double rôle – sont au cœur du triangle amoureux du *Vandale*, véritables moteurs de l'intrigue.

Welles disait de Hawks qu'il était la prose (en opposition avec Ford, la poésie). Il suffit de mesurer l'importance de la parole dans ses films pour en être convaincu. Chez Hawks, particulièrement ses screwball comedies, les mots fusent comme des balles et les répliques staccato semblent tirées à la mitraillette. Preuves à l'appui, *L'Impossible Monsieur Bébé*, bien sûr, mais aussi les moins connus *Boule de feu* ou *Le Sport favori de l'homme*. Et quand les mots ne suffisent plus, c'est le moment de passer à l'action. Un genre dans lequel Howard Hawks est passé maître. *Air Force* et *Seuls les anges ont des ailes*, deux films tournés en pleine seconde guerre mondiale, vont vous offrir une autre facette du réalisateur avec des scènes de combat aérien d'anthologie.

Les trésors de la RKO

En juillet et août, dès minuit. 62 films rares de la RKO

La plus ancienne des sociétés de production américaines prend ses quartiers d'été sur TCM Cinéma ! Au programme, une incroyable sélection de raretés, plus de 60 pépites incontournables dont dix longs-métrages totalement inédits ! De quoi ravir les amoureux de ce studio mythique, grand spécialiste du musical et dont les films noirs ou les séries B totalement déjantées ont gagné aujourd'hui leurs lettres de noblesse et changé la face du cinéma américain.



Bien évidemment, la place nous manque ici pour citer tous les titres de cette rétrospective. Sachez néanmoins que tous les genres seront représentés. Western (*Rachel et l'étranger*, *Police Montée*) ou comédie (*You Can't Beat Love*), voire les deux réunis (*Mon Cowboy adoré*), polar, film noir (*Passion sous les Tropiques*, *A Night Of Adventure*), horreur et fantastique (*Gildersleeve's Ghost*, *Zombies On Broadway*, *Treize Femmes...*), comédies musicales (*That's Right You're Wrong*), c'est toute la richesse thématique et le savoureux mélange des genres propres à la RKO que vous allez pouvoir découvrir ou redécouvrir cet été.

Enfin, juste pour vous faire saliver avant d'ouvrir la malle aux trésors cachés de la RKO, impossible de résister à la tentation. Vous êtes prêts ? Installez-vous confortablement, les yeux rivés à l'écran. Voici un aperçu du grand casting de l'été.

Eteignez les lumières... Générique de fin !

Robert Mitchum ! Jane Russell ! Frank Sinatra ! Groucho Marx ! Ginger Rogers ! Lucille Ball ! Carole Lombard ! Peter Lorre ! Boris Karloff ! Lucille Ball ! James Stewart ! Joan Fontaine ! Katharine Hepburn ! Lionel Barrymore ! Robert Young ! Fred Astaire ! Douglas Fairbanks Jr ! Jack Palance ! Loretta Young ! William Holden ! Bela Lugosi ! John Carradine ! Rita Hayworth ! William Powell ! Irene Dunne !

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

Je remercie TCM.



Marc-Alain ROZAN



Agenda

- septembre -

17 au 19 septembre 2015
12^{ème} Congrès de la SCGP
 SAINT-MALO

26^{ème} Journée du GOLS
 Renseignements : Com&Co Events
 Benjamin Richier
 +33 (0)7 77 91 00 65
brichier@comnco.com

24 au 25 septembre 2015

**XVIII^{es} Journées de
 Sénologie Interactive**

Pavillon Dauphine
 PARIS
 Forum sein

Renseignements :
 Tél. 01 42 86 55 69 ou 79
 Email : congres@eska.fr
<http://www.eska.fr>

24 au 25 septembre 2015

18^e Congrès GENESIS

UICP - PARIS

Coordinateur scientifique :

Dr David ELIA

Renseignements : Overcome
 Tél. 01 41 92 01 20
<http://www.congresgenesis.fr>
 Email : genesis@overcome.fr

25 au 26 septembre 2015

**2^{èmes} Journées
 AIUS-SEXOGYN**

Jardin du Pharo
 MARSEILLE

Renseignements : Com&Co
 Manon Gensollen
 Tél. 04 91 09 70 53
manon@comnco.com

- octobre -

1^{er} au 3 octobre 2015

Infogyn

TARBES

Présidées par Dr Brigitte LETOMBE et
 Dr Gabriel ANDRÉ

Renseignements :
 Martine Lascoumettes
 Tél. 05 62 51 91 51
 Fax 05 62 51 90 30
martine@infogyn.com

12 au 16 octobre 2015

**Séminaire
 de maternologie clinique**

Hôtel de Ville de
 VERSAILLES

Salle Montgolfier

Association Française de

Maternologie

Institut de recherche

et d'enseignement

Renseignements : 06 46 62 54 30

Email : materno@sfr.fr

www.maternologie.fr

- novembre -

6 au 7 novembre 2015

**Gynécologie Obstétrique et
 Reproduction**

Journées Jean Cohen

Centre de conférences

Etoile St Honoré

PARIS

Renseignements :
 Tél. 01 42 86 55 69 ou 79
 Email : congres@eska.fr
<http://www.eska.fr>

6 au 7 novembre 2015

**21^{èmes} Journées de
 l'Association Nationale des
 Centres d'IVG et de
 Contraception
 ANCIC 2015**

BORDEAUX

Renseignements : JPCOM
 14000 CAEN
 Tél. 02 31 27 19 18
jpcom@jpc.com.fr

20 au 21 novembre 2015

**6^{ème} Congrès du Groupe
 d'Etude sur la Ménopause
 et le Vieillessement
 Hormonal**

Espace Tête d'Or
 LYON

Renseignements : JPCOM
 14000 CAEN
 Tél. 02 31 27 19 18
jpcom@jpc.com.fr

27 novembre 2015

**16^{ème} Journée sur
 l'Assistance Médicale à la
 Procréation**

Hôpital Américain
 PARIS

Renseignements :
 Tél. 01 42 86 55 69 ou 79
 Email : congres@eska.fr
<http://www.eska.fr>

25 au 27 septembre 2015

Séminaire Gynelog - MedyCS

Grand hôtel Français - Best Western

BORDEAUX

Renseignements : Nadine PRUGNY
 SYNGOF

T. 04 67 04 17 18
syngof@syngof.fr



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



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



Thème du séminaire

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

Séminaire indemnisé - 25 places

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



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

