

LES
CAHIERS

SYNGOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



102

Septembre
2015

- Complémentaire santé du salarié
- Les maisons de naissance
- Hémorragies du post-partum

La complémentaire santé pour les salariés des professionnels du bloc opératoire

Au 1^{er} janvier 2016, en tant qu'employeur, vous devrez proposer à vos salariés une complémentaire santé.

A partir du 1^{er} janvier 2017 viendront des garanties de prévoyance.

Sous l'impulsion de l'Union des Chirurgiens de France, un appel d'offres national a permis de mettre en concurrence l'ensemble des acteurs du marché de l'assurance.

La meilleure offre a été retenue

- ➡ Le courtier SCBO-Assurances a organisé cet appel d'offres qui a retenu les propositions de CNP Assurances.
- ➡ L'UCDF par son Conseil d'administration a labellisé l'offre conçue **par et pour** des praticiens libéraux.
- ➡ Le SYNGOF et l'AAL sont naturellement associés à cette proposition.
- ➡ 4 niveaux de garanties performantes et adaptées à nos salariés vous seront proposés.
- ➡ En tant qu'employeur, vous devrez prendre en charge au moins 50% de la cotisation.

**Vous recevrez de notre part,
individuellement, dans les jours
qui viennent le dossier complet
avec les modalités d'inscription**



The Bridgeman Art Library

Mother and Child (w/c)
Lundgren, Egron Sellif (1815-75)
Private Collection/Photo Bonhams

102

septembre

Sommaire

2 Éditoriaux

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

INFORMATIONS SYNDICALES

4 CA du 4 septembre 2015

B. de ROCHAMBEAU

8 Les courriers du SYNGOF

J. MARTY

11 Avenir Hospitalier

Communiqué de presse

12 Les maisons de naissance

B. de ROCHAMBEAU

14 La durée du travail du salarié à temps partiel dans le secteur privé

E. PAGANELLI

16 Devisccam.com : le site pour faire vos devis

S. DUCROCQ

PRATIQUE MÉDICALE

20 Recommandations pour la pratique clinique : Les hémorragies du post-partum

Groupe de travail du CNGOF

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

30 Jean-Louis Baudelocque et l'hospice de la maternité

B. SEGUY

VOS RUBRIQUES

34 Conseil d'administration

35 Commissions de qualification

36 Délégués régionaux

38 Petites annonces

39 Le coin des cinéphiles du siècle dernier

40 Agenda

Directeurs de la Publication : Drs François-Xavier Boyer de Latour, Bertrand de Rochambeau
Comité de Rédaction : 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 illustrations, "toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite", (alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du code pénal.

Créateur des Cahiers Syngof :

Raymond Belaïche

Conception et Réalisation :

Nadine Prugny

Maquette P.A.O. : Nadine Prugny

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 3^{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



ourquoi tant de haine ?

Au cours de cette rentrée, les différentes administrations qui gèrent la santé en France semblent s'être concertées pour nous "pourrir" la vie.

- A tout seigneur tout honneur, Mme Touraine avec sa loi liberticide, maintenue alors que la totalité des syndicats médicaux s'y oppose avec une unanimité remarquable qui reflète l'opinion des médecins libéraux comme en témoigne leur nombre lors de la manifestation de mars.
- La CNAM qui vient de créer une CCAM pour les sages-femmes, insultante pour les médecins, puisque les actes effectués par les sages-femmes sont cotés au mieux comme s'ils étaient pratiqués par un médecin, et parfois moins !! C'est faire fi de nos 15 années d'étude et de spécialisation. En outre cette CCAM reconnaît aux sages-femmes des actes dangereux s'ils sont pratiqués sans médecin, comme l'accouchement par le siège ! Ces éléments seront probablement à l'origine de conflits entre nos deux professions qui s'entendaient si bien !
- L'HAS enfin qui nous concocte des recommandations pour l'établissement des relations entre nous et les médecins anesthésistes. Ces recommandations vont probablement être très chronophages sans que cela soit pris en compte par cette administration qui soulève un problème qui n'existait pas. Parfois ces administrations donnent l'impression de créer des problèmes qui n'existent pas pour justifier leur existence...

Ainsi nous sommes la cible de plusieurs attaques et l'on peut se demander pourquoi tant de haine ? En fait c'est l'ensemble de la médecine qui est visée par des administrations et des politiques qui ne veulent que détruire le "pouvoir" médical, et soumettre les médecins à une tutelle étatique. Face à cet état de fait que pouvons-nous faire ? Tout d'abord de façon démocratique voter aux prochaines élections professionnelles des URPS, et nous préparer à des actions syndicales plus dures aussi bien en libéral que dans les hôpitaux pour défendre notre médecine qui est actuellement efficace et juste, et tout faire pour qu'elle le reste.



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION

CCAM des sages-femmes : épilogue

La parution au JO du 11 septembre 2015 de l'avenant 3 de la convention des sages-femmes fixe entre autres, les tarifs des actes CCAM SF. Conformément aux engagements de la CNAM, ils sont identiques aux tarifs opposables des médecins. Que vous ayez 5 ans ou 12 ans de formation, que vous maîtrisiez la pathologie ou non, l'assurance maladie prendra en charge le même tarif opposable. Toutefois, depuis l'avenant 8 signé par la CSMF et le SML, les patientes des médecins de secteur 2 qui appliquent des honoraires libres seront moins bien prises en charge. Méditons ce message de la CNAM qui aboutit à faire de l'obstétricien selon une expression d'un de nos jeunes administrateurs : *"un tire-bouchon et un ouvre boîte"*.

Cette CCAM est le fruit d'un travail des représentants de la CNAM, des sages-femmes et des gynécologues, dépêchés par le CNGOF. Les discussions ont été multiples et nous devons remercier nos confrères qui s'y sont investis. La mouture finale (1) reconnaît :

- Une valorisation d'actes sous prescription d'un médecin, comme les échographies de monitoring de l'ovulation et les échographies pour pathologie. Les sages-femmes sont les manipulatrices et c'est le médecin qui prend les décisions thérapeutiques sur l'examen réalisé.
- Elle reconnaît des actes qui peuvent être réalisés en toute indépendance par les sages-femmes, et parmi ceux-ci l'accouchement par le siège chez la primipare qui pose le problème des modalités et délais d'intervention de l'obstétricien dans cette présentation à haut risque.
- Elle n'autorise pas des actes qui apparaissaient dans la NGAP des sages-femmes : l'ablation du stérilet par pince de préhension intra-utérine, les manœuvres de rotation interne et de grande extraction du siège. Il y a donc eu un vrai impact de nos confrères, même si la présentation du siège continue de poser un problème à haute incidence médico-légale.

Nous devons continuer à agir pour que cette évolution de l'autonomie des sages-femmes soit compatible avec les impératifs de bonne pratique de soins auprès des femmes et des nouveau-nés.

Ce sera une mission prioritaire du Collège National Professionnel de Gynécologie Obstétrique que le Syngof préside cette année.

(1) <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031145163>

Conseil d'administration

4 septembre 2015

B.de ROCHAMBEAU*

Avec le BLOC, nous avons durci notre position et nous nous opposons, comme beaucoup de syndicats, à ce que la Loi santé soit votée telle qu'elle est maintenant.

é

étaient présents les Docteurs :

BLUM, DARMON, DE ROCHAMBEAU, DREYFUS, FRANQUEBALME, GRAVIER, GUERIN, HOMASSON, LE PORS, MARTY, MIRONNEAU, PAGANELLI, PEIGNÉ, RIVOALLAN.

Étaient excusés les Docteurs :

BASTIAN, BONNEAU, BOYER, DE BIEVRE, DENJEAN, FAIDHERBE, GERAUDIE, GUIGUES, HOROVITZ, JELEN, LAPLACE, LEBOEUF, LEGRAND, LONLAS, SEGUY, THIEBAUGEORGES, TOURAME, VERHAEGHE.

Le Président ouvre la séance et présente le Dr FRANQUEBALME, de Marseille, élu à l'Assemblée Générale du 6 mars dernier et qui vient pour la première fois.

Approbation du procès-verbal du précédent CA

Le procès-verbal est adopté à l'unanimité.

Point sur la loi de Santé B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU explique à l'assemblée qu'au départ le SYNGOF avait des points précis de résistance à cette loi : le service public hospitalier, la disparition des acteurs des blocs opératoires, le Tiers payant généralisé obligatoire, la gestion des données numériques de santé.

Ces articles n'ont pas tous été amendés par la Commission des affaires sociales du Sénat à qui nous avons proposé 5 amendements concernant la responsabilité civile professionnelle, le service public hospitalier, les élections aux UPRS et les données de santé, pour éventuellement soutenir ce que la loi avait de positif. Le Sénat n'en a pas tenu compte.

De ce fait, avec le BLOC, nous avons durci notre position et nous nous opposons, comme beaucoup de syndicats, à ce que la loi santé soit votée telle qu'elle est maintenant.

La Commission des affaires sociales a édité un texte qui va être discuté à partir du 14 septembre en séance publique. Ces débats publics se terminent le 2 octobre par un vote.

C'est la raison pour laquelle des actions sont prévues à partir du 3 octobre contre cette loi. Les modalités ne sont pas encore précises mais nous nous associerons à ces actions. MG France s'associera à ces actions le 5 octobre et la CSMF également.

Le Dr LE PORS dit que les intersyndicales de praticiens hospitaliers vont aussi bouger début octobre.

Le Dr de ROCHAMBEAU rappelle qu'il va y avoir les lois de finances d'octobre et que le SYNGOF va essayer de réintroduire les 2 amendements qui concernent la RCP à ce moment-là, car c'est par une loi de finance que nous avons obtenu déjà des solutions. Le Dr de ROCHAMBEAU fait ensuite un tour de table des régions pour connaître les **possibilités d'actions contre la loi Santé**.

Dr FRANQUEBALME : "la situation en PACA est très difficile car on a un hôpital qui est fort en terme d'activité avec en face l'hospitalisation

*Le Syngof avait proposé 5 amendements
à cette Loi santé*

*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.

privée qui est une fondation. Il y a une désorganisation et aucune stratégie. Beaucoup ignorent les tenants et aboutissants de la loi santé. Les médecins de la fondation ne se sentent pas concernés. Je vais faire une réunion avant la fin du mois pour les informer". Le Dr de ROCHAMBEAU propose d'aller à Marseille pour une réunion d'information avec le Dr J. VERT du BLOC.

Dr PEIGNÉ : "en Rhône-Alpes la mobilisation contre la loi santé est possible de manière assez forte sur Auvergne également".

Dr GRAVIER : "maintenant je suis en Aquitaine mais localement à Brive les médecins généralistes sont les plus mobilisés contre la loi santé. Il faut dire que nous avons la seule clinique du secteur face à l'hôpital".

Dr MIRONNEAU : "en Bourgogne les médecins généralistes sont aussi très motivés et les gynécologues sont difficiles à bouger. Ils voient le côté positif de la loi santé mais pas les problèmes qui vont suivre. Plusieurs réunions sont prévues pour expliquer le point sur la loi santé et montrer les problèmes qui seront engendrés".

Dr PAGANELLI : "les médecins généralistes sont contre le tiers payant et ils sont très motivés. Beaucoup de médecins sont syndiqués dans la région. A Orléans ils veulent que le SYNGOF bouge".

Dr GUÉRIN : "en Bretagne les coordinations de médecins généralistes se bougent beaucoup. Les spécialistes font des réunions pour mobiliser les collègues".

Dr de ROCHAMBEAU : "en Ile de France il y a une mobilisation forte des généralistes et des gynécologues car leurs établissements ferment et que c'est compliqué pour eux. On va essayer de mobiliser fort. Les gynécologues médicaux suivent bien la mobilisation contre la loi et pour les élections".

Dr LE PORS : "les intersyndicales bougent mais les PH sont peu mobilisés".

Point sur la RCP J. MARTY

En ce qui concerne la RCP, il y a moins d'opposition sur les convictions, les politiques les syndicats médicaux sont d'accord avec les orientations du SYNGOF. Mais les Pouvoirs publics piétinent pour reprendre le reproche le plus fréquent. Toujours pas de décisions sur le comblement des trous de garantie qui persistent depuis la loi de 2011 qui a créé le Fonds de Garantie pour les risques médicaux. Si un sinistre grave est intervenu entre 2002 et 2012 au-delà du plafond le médecin n'est pas couvert comme lorsque le délai d'assurance subséquente de 10 ans est expiré. Les députés et les sénateurs sont d'accord sur le besoin de couvrir ce risque. Cela ne paraît pas impossible d'autant que l'ONIAM qui doit actuellement s'interposer pour garantir son indemnisation à la victime puis se retourner contre le soutien, souhaite sortir de cette procédure.

Aide à l'assurance : Les prix des assurances ont augmenté mais le plafond de prise en charge de notre

assurance n'évolue pas comme elle devrait. Nous n'avons toujours pas obtenu la neutralisation du compte des échographies de surveillance de l'ovulation avant PMA pour attribuer l'aide à l'assurance

On leur décompte dès lors plus d'activité médicale que d'activité qualifiante chirurgie obstétrique et échographie de diagnostic anténatal. Donc pas d'aide à l'assurance. Le Directeur adjoint de cabinet de la ministre avait griffonné un message en janvier, nous annonçant que cela allait se débloquenter mais depuis rien ne s'est passé.

Malgré tout les primes d'assurances augmentent et comme le coût de la pratique des tarifs de la CCAM n'a pas évolué nous n'avons pas de progression de nos tarifs de la CCAM. Cela fait partie de la discussion conventionnelle à avoir.

Chez BRANCHET nous n'avons pas encore les tarifs car le courtier change d'assureur. Il semble qu'ils vont maintenir l'assurance de l'obstétrique. Par contre il y a une stratégie de "surveillance du portefeuille" qui consiste à compter non les condamnations des praticiens mais les réclamations des patientes. C'est une sorte de permis à points. S'il y a trop de réclamations pour un praticien il est considéré comme "à risques" et il est rejeté par BRANCHET sans attendre qu'il soit ou non condamné.

SHAM reste moins cher, plus stable dans la durée, et plus tolérant dans le décompte des sinistres déclarés qui conduisent à l'éviction. C'est l'assureur actuellement qu'il faut adopter.

Le SYNGOF va étudier les règles d'application de cette stratégie qui ne nous convient pas.

Le Dr DREYFUS, qui est expert d'assurance chez BRANCHET, dit que le nouvel assureur n'a pas du tout cette option politique pour les résiliations qui ne seront qu'une exception. Ce permis à points devrait être favorable à nos confrères.

Le Dr MARTY s'engage à surveiller tous les assureurs avec qui il a d'ailleurs de bonnes relations. Certains souhaitent un partenariat avec le syndicat. Le rôle du syndicat est de faire jouer la concurrence et protéger les confrères syndiqués. Et nous y parvenons à la satisfaction de certains.

Parallèlement par GYNERISQ, nous avons l'objectif d'obtenir de nos confrères leur sinistralité en même temps qu'ils font leur déclaration de sinistre à leur assureur.

C'est important d'avoir une vue d'ensemble afin d'argumenter contre ces menaces de résiliation.

Par ailleurs il ressort de nos discussions avec les compagnies d'assurances un problème d'expertise médicale. Nous devons nous attaquer aux expertises qui manquent de rigueur scientifique pour la qualification d'attitude fautive.

La CCAM sage-femme applicable au 1^{er} janvier 2016 **B. de ROCHAMBEAU**

L'avenant 2 de la convention des sages-femmes, signé en 2012 avec l'assurance maladie prévoit que leurs tarifs d'activité soient alignés sur ceux des médecins. Pour cela il a fallu sortir de la CCAM des médecins des actes qui sont de la compétence partagée des médecins et des sages-femmes.

Ce travail a été fait en amont, le Syngof n'y a pas été associé mais le Collège y avait 3 représentants : 2 libéraux et un hospitalier. Une liste a été publiée et on nous a demandé notre avis. Nous nous y sommes

opposés et avons alerté du danger.

Le décret de cette CCAM vient de paraître au Journal officiel sans tenir compte de l'opposition des membres du Collège sur un certain nombre d'actes.

Cette CCAM sera applicable au 1^{er} janvier 2016. Pour l'administration des hôpitaux cela permet de savoir qui fait quoi. Tout le travail des sages-femmes était codé par les médecins et les sages-femmes ne s'y retrouvaient pas car leurs actes n'étaient pas tracés au sein de l'hôpital. Cette CCAM met un terme à cette pratique. L'hôpital va aussi s'y retrouver financièrement.

Le problème que cela pose en libéral est passé en second plan. Le tarif de la CCAM des sages-femmes est exactement le même que celui des médecins, niant la plus-value apportée par leur qualification. Pour l'instant il est même parfois supérieur (car encore coté en NGAP) mais ce sera régularisé en janvier prochain.

L'inégalité introduite par l'avenant 8 de la convention, concernera les médecins de secteur 2 car leurs actes seront moins bien remboursés que ceux des sages-femmes. Clairement l'assurance maladie ne reconnaît pas de différence de compétence sur ces actes, et quand ceux-ci incluent l'accouchement par le siège chez la primipare, il y a lieu de s'opposer. Cela signifie que le "plus" apporté par les gynécologues n'existe pas dans les tarifs et que la CCAM qui était bâtie sur la reconnaissance des compétences, de la sécurité... est maintenant nivelée par le bas.

Les médecins feront les actes à hauts risques qui ne sont pas mieux financés ! Seule la césarienne en urgence a été réévaluée en début d'année. Accepter de financer des sages-femmes pour des actes qu'elles ne peuvent assurer seules dans tous les cas, c'est accepter qu'un médecin soit prêt à intervenir en cas de difficulté, et ça n'est pas prévu dans la CCAM. C'est un vrai problème.

Le Syngof propose de s'opposer fermement à 3 actes qui ne peuvent être effectués par une sage-femme :

- Accouchement par le siège
- Ablation du stérilet à l'aide d'un instrument indo-utérin
- Monitoring de l'ovulation

Le SYNGOF va demander une position ferme du CNPGO.

Arrêts de travail sages-femmes **E. PAGANELLI**

Un article de loi autorise les sages-femmes à faire un arrêt de travail de 15 jours pendant la grossesse des femmes. Cet arrêt de travail ne concerne pas la grossesse pathologique. Il ne peut pas être renouvelé par la sage-femme.

Des adhérents du SYNGOF nous ont écrit qu'ils ne comprennent pas le droit des sages-femmes à faire un arrêt de travail à des femmes enceintes qui n'ont pas de grossesse pathologique puisque les sages-femmes ne prennent en charge que le suivi des grossesses physiologiques dans les textes de loi.

Le Dr de ROCHAMBEAU précise que c'est autorisé depuis un article de 1985. Elles peuvent prescrire un arrêt de travail si elles estiment que les conditions de vie de la patiente ne sont pas compatibles avec sa grossesse.

Les maisons de naissance **B. de ROCHAMBEAU**

Lire le texte page 12.

Discussion avec la salle

Présentation de Facebook et D viaCCAM.com **A. GRAVIER**

Le Dr GRAVIER rappelle que lors du dernier CA il avait été décidé que le SYNGOF devait se mettre sur Facebook qui devient incontournable pour communiquer surtout auprès des jeunes confrères.

Présentation de Facebook en direct sur écran. Explications pour se servir du site. Réponses aux questions des administrateurs présents.

Présentation également du site devisCCAM.com qui facilite la vie des confrères en proposant de calculer les devis en ligne (texte explicatif en page 16) pour les patientes.

Discussion avec la salle

Complémentaire santé pour les salariés

B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU informe l'assemblée que le travail fait par le BLOC concernant la complémentaire santé arrive à son échéance. Un contrat va être proposé à partir du 15 septembre. Vous serez démarché par un courtier qui va vous proposer des contrats responsables. Ce contrat a plusieurs niveaux de garantie. 3 contrats responsables et 2 contrats de sur complémentaires. Le contrat de base coûte 16 euros (8 pour l'employeur et 8 pour le salarié) et prévoit la prise en charge d'un dépassement de 50% du tarif opposable.

Les 2^{ème} et 3^{ème} contrats proposent + 125% du tarif opposable. Les contrats sur complémentaires remboursent jusqu'à + 350% du tarif opposable. Les complémentaires seront obligatoires au 1^{er} janvier 2016.

(Lire en 2^{ème} de couverture).

EBCOG

P. LE PORS

Nous avons été saisis par le Dr Jacky NIZARD qui représente le CNGOF à l'EBCOG.

Il a demandé si le SYNGOF souhaitait être représenté auprès de l'EBCOG ? Le Président demande aux administrateurs leur avis et il est décidé à l'unanimité des membres présents qu'il n'est pas nécessaire de cotiser à cette organisation européenne qui n'a jamais rien apporté au SYNGOF.

Enveloppe budgétaire 2015

B. de ROCHAMBEAU
J. RIVOALLAN

A l'heure actuelle les administrateurs qui, dans le cadre de leur mandat de représentation statutaire (Commission de qualification, CNGOF, CHAP, CA...) vont à des réunions le font bénévolement. Ils sont remboursés de leurs frais de déplacement.

Depuis 2010 nous avons plus de déplacements et de représentations dans des instances nationales. Les administrateurs qui vont à ces réunions sont prévenus le plus souvent au dernier moment et doivent annuler leurs activités de consultations ou de bloc opératoire. De ce fait ils sont indemnisés par le syndicat. Les formations de DPC que nous organisons permettent de financer ces indemnités.

Après étude du volume des dépenses de l'an dernier nous vous proposons de reconduire la même enveloppe que l'année dernière.

Cela reste complètement équilibré et nous permet d'intervenir rapidement en dédommageant les administrateurs expressément mandatés par le président, qui vont à des réunions pour le syndicat.

Le Dr RIVOALLAN demande quelles sont les missions qui seront indemnisées. Il souhaite de la transparence et voudrait que soient listés les déplacements qui seront indemnisés.

Le Dr de ROCHAMBEAU répond que ce sont les missions du Président.

Le montant est validé par les membres du CA.

CS + ECHO obs

C. GUÉRIN
J. RIVOALLAN

Le Dr GUERIN est confronté à un refus de la caisse militaire concernant un cumul Cs+écho de grossesse avant 11 SA. Elle souhaiterait engager une procédure, mais la somme réclamée par la Caisse est inférieure

au seuil de déclenchement de sa protection juridique. Elle demande donc si le Syngof l'accompagnerait dans ses frais de justice, en estimant que c'est un combat qui a déjà été gagné par deux fois par notre syndicat.

Le Dr RIVOALLAN fait alors l'historique de ce problème : *"Sous la NGAP, le Syngof avait obtenu le droit au cumul d'une CS avec toutes les échographies de grossesse, par voie de justice (TASS, Cour d'appel et Cour de Cassation). Ceci a été remis en cause par l'UNCAM lors de la mise en place de la CCAM.*

Une nouvelle fois le Syngof est allé en justice et a obtenu gain de cause par des arrêts de Cour d'appel et un arrêt de Cour de Cassation. A l'issue de ce désaveu des Caisses, l'UNCAM a publié une décision unilatérale réduisant cette possibilité aux trois échographies du 1^{er}, 2^{ème} et 3^{ème} trimestre, au mépris des décisions de justice.

Au vu de cette décision, le Syngof aurait dû réagir et porter la question devant le Tribunal administratif, mais malheureusement, il n'a réagi qu'une fois les délais de recours passés. Ce qui fait que, si certaines CPAM sont permissives et remboursent ce cumul, d'autres appliquent les directives de l'UNCAM".

Le Dr GUERIN souligne qu'il s'agit d'un combat que l'on mène depuis 20 ans et qu'il serait dommage d'abandonner maintenant.

Le Dr de ROCHAMBEAU, président, estime que, pour l'instant, peu de caisses refusent de rembourser le Cs+écho et qu'il serait dommageable d'attirer leur attention sur ce problème, mais que s'il y avait une généralisation des rejets, le syndicat s'en saisirait.

La requête du Dr GUERIN est donc, pour l'instant rejetée.

La séance est levée à 16h45

Prochain CA le 11 décembre

Les courriers du SYNGOF



Albi le 25 août 2015

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE,
DE L'INDUSTRIE ET DU NUMÉRIQUE

Direction générale du Trésor

Monsieur Thomas GROH

139 rue de Bercy
75012 PARIS

Monsieur le Directeur,

vous aviez bien voulu nous recevoir le 15 avril 2015 pour évoquer 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*", créé par l'article 146 de la loi n°2011-1977 du 28 décembre 2011 de finances pour 2012.

À ce jour nous n'avons pas reçu d'éclaircissement de votre part sur ce sujet alors que dix obstétriciens déjà sont placés dans une situation dramatique car ils ne savent pas si le fonds créé en 2012 interviendra ou non pour prendre en charge la part des indemnisations allouées aux victimes qui dépasse le montant du plafond fixé par le contrat d'assurance de ces praticiens.

En effet, 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*".

Cette rédaction pourrait signifier 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 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 qu'il a conclu 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 indemnisations supérieure au plafond de la couverture d'assurance pourrait rester 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*".

Certains assureurs ont indiqué à des obstétriciens que le Fonds n'interviendrait pas dans tous les cas où la réclamation de la victime a été portée avant 2012, même si le contrat d'assurance du praticien a été prorogé après 2012, et ils les incitent à organiser leur insolvabilité pour éviter la ruine de leur famille.

Pour des raisons évidentes, ces incertitudes juridiques ne sont pas acceptables et doivent donc être levées dans les meilleurs délais.

Nous consacrerons toute notre énergie à la défense médiatique de nos confrères qui sont menacés de ruine alors que les médecins financent depuis 2012 un fonds qui a été créé précisément pour éviter ce genre de désastre.

C'est pourquoi nous vous demandons de bien vouloir nous faire connaître votre interprétation des textes applicables en la matière, qui ne préjugerait bien sûr pas de l'interprétation souveraine des juges du fond.

Veuillez, Monsieur le Directeur, agréer l'expression de notre sincère considération.

Jean MARTY
Trésorier du SYNGOF

J'

avais adressé à M. Philippe AUZIMOUR, directeur général, du courtier Branchet la demande suivante dans la perspective du conseil d'administration du syndicat : "Dès que vous avez la possibilité de me dire publiquement le nom du nouvel assureur de Branchet et ses tarifs, je les diffuserai si vous le souhaitez".

Nous recevons son courrier lors du bouclage des Cahiers. Il ne répond pas précisément à ma question sur les tarifs. Comme j'ai été sévère dans mes propos en cours de CA, nous publions les intentions contenues dans cette lettre en attendant les actes.

Jean MARTY

**CABINET
BRANCHET**
GROUPE VERSPIEREN

35, avenue du Granier
38240 Meylan

T +33 (0)4 76 18 13 00
F +33 (0)4 76 18 13 08

contact@cabinetbranchet.fr
www.cabinetbranchet.fr

Docteur Jean MARTY
SYNGOF
BP 60034
34001 Montpellier Cedex 1

Objet : Partenariat MedPro et nouveaux services

Meylan, le 11 septembre 2015

Cher Docteur,

J'ai évoqué à plusieurs reprises avec vous, nos démarches pour nouer un partenariat solide et pérenne avec un partenaire de premier plan afin que le cabinet Branchet continue à être l'assureur des praticiens exerçant au bloc opératoire.

Vous avez suivi nos démarches ainsi que l'évolution de nos discussions avec les acteurs français et internationaux.

Nous avons bien compris vos inquiétudes concernant la période de transition et la politique du porteur de risque actuel que nous avons subie. Celle-ci s'est traduite par une politique de résiliations et de majorations plus importante qu'au cours des dernières années mais qui va toucher à sa fin du fait du partenariat cité en objet.

En effet, le Cabinet Branchet a négocié un accord de partenariat avec la Compagnie d'Assurance MedPro Group (Berkshire Hathaway), opérateur de référence américain noté AA+, internationalement reconnu pour son expertise, sa solidité financière et sa pérennité. La collaboration avec ce nouvel assureur, appelé à remplacer la Medical Insurance Company Ltd., prendra effet à compter du 1er décembre prochain.

Pourquoi ce changement ? Courtier historique de l'assurance Responsabilité Civile Professionnelle (RCP), nous nous devons d'innover en permanence et d'inscrire notre action sur le long terme, avec un assureur partageant pleinement nos valeurs en matière de défense, de prévention et d'assurance des praticiens exerçant au bloc opératoire.

L'accord de collaboration avec MedPro (www.medpro.com) résulte de plus d'un an de discussions avec différents assureurs, et s'est révélé être la solution d'avenir. Créée par des médecins, exclusivement pour des médecins, MedPro assure en totale indépendance tous les praticiens du bloc opératoire et médecins spécialistes, sans risque de conflits d'intérêts avec les établissements de soins qui n'entrent pas dans son champ d'assurance, contrairement à beaucoup d'autres compagnies.

MedPro se singularise enfin, par ses similitudes avec ce qui a fait le succès du Cabinet Branchet depuis de nombreuses années : un modèle de défense éprouvé, avec une équipe tripartite hyperspécialisée (avocat, juriste, médecin), un taux de réussite exemplaire en expertise, une politique amiable concertée avec l'assuré, et une politique de pointe en matière de prévention et de formation.

Ni les garanties du contrat, ni les services associés ne changent : assistance téléphonique 24h/24 et 7j/7, les formations spécifiques à la prévention des risques via ASSPRO et autres outils adaptés (MTT®, e-learning, simulation HIFI sur site).

Le Cabinet Branchet va également mettre en place de nouveaux services innovants que nous vous inviterons à découvrir au fur et au mesure de leur lancement sur notre site (www.cabinetbranchet.fr) et sur l'application «Branchet Vous» : autodiagnostic de sinistralité, déclaration de sinistres en ligne, archivage du consentement, services complémentaires d'assistance 24h/24, 7j/7 en infectiologie et pour les praticiens en difficulté.

.../...



- 2 -

La mise en synergie des ressources et des expertises du Cabinet Branchet et de MedPro constitue la garantie d'une défense optimisée de vos intérêts. C'est pourquoi, conscients des difficultés liées au coût de la prime, nous avons mis en place un dispositif (IRM) permettant aux adhérents de bénéficier d'un bonus ou de retrouver un niveau de prime antérieur, tout en diminuant la sinistralité, via la valorisation des actions de formation.

Vos adhérents recevront début octobre des précisions sur ces nouveaux services. L'équipe du Service Clients se tient à leur disposition pour leur apporter toutes les précisions complémentaires dont ils pourraient avoir besoin.

Je reste à votre disposition pour venir présenter ces différents points lors d'un prochain conseil d'administration du SYNGOF afin que vous puissiez suivre les évolutions du premier assureur des obstétriciens libéraux.

Soucieux de toujours mieux vous accompagner sur le long terme, je vous prie d'agréer, Cher Docteur, l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Philippe AUZIMOUR
Directeur Général

Avis donnés par la Commission de Recours et d'Expertise de GYNERISQ

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

- 1 - 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 Gynerisq
6 rue pétrarque - 31000 TOULOUSE
gynerisq@wanadoo.fr

Avenir hospitalier

Communiqué du 28 août 2015



Avenir Hospitalier et la Confédération des Praticiens des Hôpitaux, réunis en conseil d'administration commun le 27 août 2015, font le constat qu'à ce jour, le rapport sur l'attractivité de l'exercice médical à l'hôpital public réalisé par Jacky Le Menn n'est toujours pas publié. Les intentions du Ministère de la santé quant aux suites à donner et aux décisions à prendre ne sont pas connues, et aucune date n'est fixée pour les diverses concertations à venir.

Ensemble, nous affirmons que les mesures destinées à améliorer l'attractivité des carrières hospitalières, issues des longues discussions du printemps, doivent absolument contenir les éléments suivants :

- Des garanties pour que les praticiens qui s'engageront dans les futurs GHT le fassent sur la base d'un **projet médical commun issu des équipes concernés et validé par une CME commune aux établissements du GHT**, et non sur des décisions managériales loin du terrain ; avec une **compensation financière** pour les équipes engagées dans ces projets, et pour les praticiens qui se déplaceront.
- **Des signes forts pour l'entrée dans la carrière hospitalière** : un accès possible avant la fin de l'internat au concours national de PH; un seul statut de PH provisoire qui ne soit pas un repoussoir, avec une couverture sociale décente et la possibilité d'accéder au secteur 2 ; la période probatoire doit bénéficier des mêmes avantages qu'après la titularisation.
- Des mesures d'équité concernant le temps de travail, avec **l'introduction d'une 5^{ème} demi-journée par période de**

24 H de travail, incluant une demi-journée de soirée pour permettre la reconnaissance du travail en horaires longs dans certains plateaux techniques.

- **Le respect de la borne de 48H hebdomadaire maximum**, avec possibilité pour chaque praticien de faire valoir ce seuil en **auto-déclaratif** même au sein du décompte en demi journées.
- La suppression des astreintes de sécurité (promise depuis 2005) et la suppression du temps additionnel de nuit qui n'a pas de justification autre que des économies pour l'employeur.
- Le droit opposable pour chaque praticien d'accéder à un temps d'activité d'intérêt général non clinique, avec dimensionnement des équipes en fonction de cette possibilité.
- **Redonner du sens au mot démocratie au sein de l'hôpital**, avec des équipes de proximité, des responsables médicaux nommés après avis des pairs et évalués pour leur gestion de ces équipes.
- Permettre une **dynamique autour des conditions de travail**, via un accès des représentants syndicaux des praticiens hospitaliers au CHSCT.

C'est l'ensemble de ces mesures qui permettront de donner reconnaissance et sens au travail de praticien hospitalier, de limiter les iniquités et disparités.

Si ces mesures ne sont pas rapidement reprises par les pouvoirs publics, nous envisageons un mouvement fort début octobre. Le temps des discussions est passé, nous voulons maintenant que les décisions en rapport avec nos propositions soient prises afin que les carrières médicales et pharmaceutiques à l'hôpital public retrouvent leur attractivité.

Nicole Smolski, présidente AH

06 88 07 33 14

Jacques Trévidic, président CPH

06 60 44 39 20

Les intentions du Ministère de la santé quant aux suites à donner et aux décisions à prendre ne sont pas connues, et aucune date n'est fixée pour les diverses concertations à venir.

Les maisons de naissance

B. de ROCHAMBEAU*

Tribune parue sur JIM.fr samedi 5 septembre 2015

Les sages-femmes et la sécurité de la naissance

Le caractère indispensable du rôle joué par les sages-femmes dans le monde de la santé des femmes est un truisme qui a du mal à être reconnu par tous. Ce paradoxe trouve son origine dans l'histoire de la médecine et dans la place des femmes dans notre société. En France, longtemps indépendantes, les sages-femmes sont passées sous l'autorité des accoucheurs au cours de la deuxième partie du 20^{ème} siècle, avec la naissance de l'obstétrique médicalisée du monde moderne qui se pratique dans les maternités. Cela a défini les conditions de la sécurité de la naissance.

Comment est née l'idée des maisons de naissance

En France où les résultats périnataux et de mortalité maternelle ne sont pas les meilleurs d'Europe, la sécurité est un sujet sensible. L'évolution des conditions de la naissance, depuis la fin du siècle dernier se fait vers une concentration de l'offre : 1757 maternités en 1972 à 535 en 2010, au double motif de la sécurité et des coûts de structure. On voit se développer de "super-maternités" qui accouchent plus de 3000 femmes annuellement. Ici se concentre à la fois le progrès médical et technologique appliqué à la naissance. Cette évolution n'a laissé que peu de place, dans bien des structures mais pas dans toutes, à l'intimité, à l'accueil des familles, au déroulement physiologique du travail de l'accouchement qui sont l'esprit des maisons de naissance. Les résultats périnataux stagnent en France depuis 2005. Les données de la Cochrane révèlent

Le début du 21^{ème} siècle a vu le nombre de sages-femmes exploser en France, elles sont en 2013 plus de 20000.

Quand l'administration assume la démedicalisation de la naissance, les mères et les nouveau-nés profitent de la baisse du risque iatrogène et se surexposent au risque vital.

que cet interventionnisme produit une iatrogénie mesurable. La demande de structures dédiées à l'accouchement normal est minoritaire en France, comme dans les pays qui l'ont adopté il y a des années.

L'émancipation des sages-femmes

Le début du 21^{ème} siècle a vu le nombre de sages-femmes exploser en France, elles sont en 2013 plus de 20000, 12000 sont salariées, les autres tentent de vivre en libéral. Métier à 90% féminin, les sages-femmes restent étiquetées métier de service féminin, contrôlé par l'administration c'est-à-dire peu payé et corvéable à merci. Les mouvements de protestations des sages-femmes qui se sont développés ces dernières années ont permis une prise de conscience institutionnelle de la volonté de reconnaissance de cette profession. La maïeutique moderne se revendique, comme un retour de balancier de l'histoire, indépendante et détachée de l'autorité des obstétriciens. S'appuyant sur le constat que 80% au moins des grossesses sont de déroulement normal, elles se proposent d'en être les professionnelles reconnues. L'aspect le plus abouti de cette autonomie est "la maison de naissance", lieu dépourvu de médecins où exercent exclusivement des sages-femmes.

"Retour à l'obscurantisme" crient les uns, "demande des mères" clament les autres

Une loi de décembre 2013 a autorisé l'expérimentation de ces nouvelles structures selon un cahier des charges précis fixé par la HAS et dont les décrets d'application viennent de paraître. Le rationnel de cette expérimentation repris dans le cahier des charges de la HAS est le suivant : Les données internationales de la Cochrane démontrent que les accouchements normaux, totalement assurés par des sages-femmes sont moins délétères que ceux réalisés dans les

*Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

structures médicalisées modernes qui deviennent progressivement la règle en France. Cela à la condition première d'une sélection drastique des parturientes, toutes volontaires et dûment informées, suivies et accouchées dans ces structures et d'un partenariat étroit avec une unité d'obstétrique médicalisée capable d'assurer, à tout moment une intervention sans délai sur des patientes que seules les anesthésistes auront consulté préalablement.

L'expérimentation, un choix raisonné

Le choix d'une expérimentation permet de s'affranchir des contraintes financières qui ont contribué au gigantisme des maternités modernes : la maison de naissance comprend une sage-femme qui consulte, accouche, et procure les soins postnatals dans les heures qui suivent l'accouchement, elle est payée à l'acte. Une autre sage-femme doit être présente lors de l'accouchement pour l'assister, elle est financée tout comme la structure par un fonds spécial d'intervention régional (FIR) dont les tarifs ne sont pas encore fixés. On constate que l'assurance maladie ne paie pas la sécurité exigée par le cahier des charges. Ces activités prennent du temps pour chaque parturiente, gage de qualité et de sécurité, au maximum un accouchement journalier, ce sont des limites dans la littérature à ce type de structure (350/an).

La maison de santé n'est pas un établissement de santé

C'est une structure juridique indépendante, elle n'héberge pas les parturientes, le séjour est donc très court, inférieur à 24h après la naissance. La sage-femme peut y être salariée ou exercer en libéral. Dans ce cas le prix de l'assurance RCP reste un problème non résolu. (Il faut 100 accouchements pour payer une prime de 30000 €), comme de 25 à 50% des femmes seront in fine accouchées à l'extérieur de la maison de naissance, il ne reste alors que les honoraires de surveillance pour la rémunérer. Les sages-femmes y suivent la grossesse de chacune de leurs patientes avant de les accoucher. Il y a une personnalisation du suivi.

La réticence des obstétriciens

Un des points le plus difficile sera de trouver des équipes obstétricales, hospitalières qui acceptent et soient capables de maintenir, en plus de leur activité soutenue, une

équipe disponible H 24, pour parer à la demande de soulagement ou d'assistance médicale, mais aussi de l'urgence qu'elle découvrira au dernier moment, c'est-à-dire dans les moins bonnes des conditions pour exercer sereinement. Ce dernier point est celui qui dérange le plus les obstétriciens responsables des salles de naissance car c'est sur eux que reposera la gestion aveugle du haut risque. La première règle de l'obstétrique moderne : anticiper, n'est pas respectée.

L'évaluation de cette expérimentation

prévue structure par structure après 2 ans de fonctionnement est confiée à l'ARS selon des modalités fixées par un arrêté ministériel pas encore publié. Les professionnels de la maternité devront faire partie des évaluateurs, qu'il ne s'agisse pas exclusivement d'une évaluation administrative et économique. Les délais sont très courts pour mettre en route cette expérimentation, les dossiers doivent être déposés pour le 15 septembre pour un début avant le 6 décembre 2015 date butoir définit par la loi. Il y aura peu de maisons de naissance en expérimentation en France.

Le vrai problème de santé publique est ailleurs

L'expérimentation des maisons de naissance, phénomène qui restera numériquement anecdotique, est fortement médiatisée. Il ne doit pas cacher le vrai problème de santé publique, que pose l'émancipation des sages-femmes au sein des maternités qui assureront 95% des naissances en France. La réorganisation de ces équipes pluridisciplinaires selon des règles qu'il reste à préciser, mais qui ne seront plus celles du siècle dernier est beaucoup plus complexe à équilibrer et sera d'un impact bien supérieur sur la sécurité de la naissance en France. Il ne devra pas être tranché par la loi mais résolu par l'intelligence des professionnels de la naissance.

Références

- Cahiers des charges -rapport d'élaboration- maisons de naissances sur le site de l'HAS : www.has-santé.fr
- Décret n°2015-937 du 30 juillet 2015 relatif aux conditions de l'expérimentation des maisons de naissance LOI n°2013-1118 du 6 décembre 2013 autorisant l'expérimentation des maisons de naissance (1) sur le site Legifrance : www.legifrance.gouv.fr

La durée du travail

du salarié à temps partiel dans le secteur privé

E. PAGANELLI*

La durée de travail du salarié à temps partiel est fixée à 24h par semaine.

Par définition, le salarié à temps partiel est celui dont la durée du travail est inférieure à la durée légale du travail. Pendant des années, il n'y avait pas de durée minimale (sauf disposition contraire de la convention collective) mais la loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a sensiblement modifié les règles.

Principe

La durée de travail du salarié à temps partiel est fixée à 24h par semaine (ou durée équivalente sur une autre période que la semaine). Cependant, une dérogation légale ou conventionnelle peut ouvrir droit à une durée de travail inférieure. Le contrat de travail fixe l'organisation du travail à temps partiel.

Durée minimale légale

La durée minimale d'un contrat de travail à temps partiel est fixée à :

- 24 heures par semaine,
- Ou la durée mensuelle équivalente,
- Ou la durée équivalente en cas de répartition de la durée du travail sur une période supérieure à la semaine et au plus égale à l'année.

Dérogations à la durée minimale légale

Dérogation liée à la date de signature du contrat

Si le contrat de travail a été signé avant le 1^{er} juillet 2014, le respect de la durée minimale légale n'est pas obligatoire.

Dérogation liée à la durée du contrat

Les dispositions concernant la durée minimale de 24 h. par semaine ne sont pas applicables au salarié employé directement par un particulier.

La durée minimale légale (ou celle prévue par convention ou par accord de branche étendu) ne s'impose pas si le salarié signe un CDD de 7 jours maximum.

Dérogation à la demande du salarié

Le salarié peut demander à travailler moins de 24 heures hebdomadaires (ou durée équivalente), dans l'un des cas suivants :

- Soit pour lui permettre de faire face à des contraintes personnelles,
- Soit pour lui permettre de cumuler plusieurs activités, afin d'atteindre une durée globale d'activité correspondant à un temps plein ou à un temps partiel au moins égal à 24 heures par semaine (ou durée équivalente).

Les horaires de travail du salarié doivent être regroupés sur des journées ou des demi-journées régulières ou complètes. La demande du salarié doit être écrite et motivée.

Dérogation spécifique pour les étudiants

Le salarié âgé de moins de 26 ans qui poursuit ses études a le droit de bénéficier d'une durée de travail inférieure à 24 heures par semaine (ou une durée équivalente). La durée minimale de travail prévue doit être compatible avec ses études. Il n'est pas obligatoire de regrouper ses horaires de travail sur des journées ou des demi-journées régulières ou complètes.

Dérogation liée au remplacement d'un salarié

La durée minimale légale (ou celle prévue par convention ou par accord de branche étendu) ne s'impose pas si le salarié signe un CDD ou un contrat de travail temporaire pour remplacer un salarié absent.

Dérogation prévue par convention ou par accord de branche étendu

Une durée de travail inférieure à 24 heures par semaine (ou une durée équivalente) peut être fixée par une convention ou un accord de branche étendu, si elle prévoit les garanties obligatoires suivantes :

- La mise en œuvre d'horaires réguliers (les horaires de travail du salarié doivent être regroupés sur des journées ou des demi-journées régulières ou complètes),

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

- La possibilité pour le salarié de cumuler plusieurs activités, afin d'atteindre une durée globale d'activité correspondant à un temps plein ou à un temps partiel au moins égal à 24 heures par semaine (ou durée équivalente).

À noter : Une durée minimale supérieure à 24 heures hebdomadaires peut être prévue par convention ou accord.

Dérogation spécifique au secteur de l'insertion

Le salarié n'est pas tenu de travailler au moins 24 heures par semaine (ou une durée équivalente) dans les cas suivants :

- Il travaille dans une entreprise temporaire d'insertion ou dans une association intermédiaire,
- Et son parcours d'insertion justifie qu'il travaille moins de 24 heures par semaine (ou la durée équivalente).

Dérogation spécifique au salarié d'un particulier employeur

Les dispositions concernant la durée minimale de 24 heures par semaine ne sont pas applicables au salarié employé directement par un particulier.

Mettre fin à la dérogation

Le salarié qui bénéficie d'une dérogation à la durée minimale de 24 heures hebdomadaires (ou à la durée prévue par convention ou accord de branche étendu) peut souhaiter mettre fin à cette dérogation. Dans ce cas, le salarié bénéficie d'une priorité d'accès à un emploi de même catégorie professionnelle ou équivalent. L'employeur lui transmet la liste des emplois disponibles correspondants.

Ainsi, l'employeur peut refuser de mettre fin à la dérogation uniquement en l'absence de poste disponible.

Organisation du travail

Le contrat de travail du salarié à temps partiel précise la répartition des horaires de travail du salarié. Cette répartition peut être prévue sur une base hebdomadaire ou mensuelle, ou sur tout ou partie de l'année.

Répartition sur une base hebdomadaire ou mensuelle

La répartition hebdomadaire permet au salarié de travailler un nombre d'heures différent chaque jour de la semaine, à la condition que cette organisation se répète d'une semaine sur l'autre.

La répartition mensuelle permet au salarié de travailler un nombre d'heures différent chaque semaine du mois, à la condition que cette organisation se répète d'un mois sur l'autre. Toute modification de la répartition est possible, dans le respect des conditions prévues en cas de modification du contrat de travail du salarié à temps partiel.

Répartition sur tout ou partie de l'année

La durée de travail du salarié à temps partiel peut être répartie sur une période supérieure à la semaine et au plus égale à l'année.

La répartition est fixée par accord collectif d'entreprise ou d'établissement ou, à défaut, par convention ou accord de branche.

L'accord ou la convention précise les éléments suivants :

- Conditions et délais de prévenance des changements de durée ou d'horaire de travail,
- Limites pour le décompte des heures supplémentaires,
- Conditions de prise en compte, pour la rémunération des salariés, des absences ainsi que des arrivées et départs en cours de période,
- Modalités de communication et de modification de la répartition de la durée et des horaires de travail.

Temps partiel modulé

Le temps partiel modulé permet de faire varier sur tout ou partie de l'année la durée hebdomadaire ou mensuelle fixée dans le contrat de travail. Toutefois, la durée de travail ne doit pas dépasser en moyenne sur une année la durée prévue.

La durée de travail ne peut varier dans une proportion excédant le tiers de cette durée (soit par exemple 6 heures en plus ou en moins pour un contrat de 18 heures par semaine).

Attention : Le bénéfice du temps partiel modulé n'est pas possible pour tout accord collectif signé depuis le 22 août 2008. Seuls les accords signés avant cette date continuent de s'appliquer.

Extrait de Contrat de travail du salarié à temps partiel dans le secteur privé sur vosdroits.service-public.fr/particuliers/F1915.xhtml

Questions pratiques :

Le salarié qui a demandé à travailler moins de 24 h par semaine peut-il ensuite exiger de passer à 24 h ?

Le texte d'origine n'apportait pas de réponse à cette question, aussi pouvait-on supposer que l'employeur devait dans ce cas accéder à la demande du salarié.

Mais l'ordonnance du 29 janvier 2015 a apporté des précisions. Le salarié qui a sollicité une dérogation ne peut pas imposer à l'employeur de le passer ensuite à 24 h. Mais il bénéficie d'une priorité d'accès à un emploi dont la durée est d'au moins 24 h.

Questions pratiques :

J'emploie, depuis février 2002, une femme de ménage sur la base de 5 h par semaine ; est-elle concernée par la durée minimale de 24 h ?

Tous les salariés sont concernés par la durée de 24 h, sauf ceux qui sont au service des particuliers employeurs. La femme de ménage de l'entreprise est donc visée (sauf dérogation prévue par la convention collective de l'entreprise).

Mais, dans la mesure où son contrat de travail a été conclu avant le 1^{er} janvier 2014, l'employeur n'est pas tenu de lui proposer un contrat sur la base de 24 h. Cette situation peut donc perdurer.

devisccam.com

Le site pour faire vos devis

S. DUCROcq*

depuis le 1^{er} février 2009, une information écrite préalable sur les honoraires des praticiens exerçant en secteur 2 (conventionnés à honoraires libres) est rendue obligatoire.

L'article L1111-3 du code de la santé publique stipule en effet:

"Une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé doit être obligatoirement remise par le professionnel de santé à son patient dès lors que ses honoraires dépassent un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sauf si le professionnel prescrit un acte à réaliser lors d'une consultation ultérieure, auquel cas il est tenu de remettre à son patient l'information préalable susmentionnée, y compris si ses honoraires sont inférieurs au seuil fixé par l'arrêté précité". Le seuil fixé est de 70 € (tarif SS + honoraires complémentaires), ce qui signifie que pour tout acte dont le tarif total dépasse 70 €, un devis d'honoraires doit être remis au patient et accepté par lui avant la réalisation de l'acte.

Par ailleurs, l'article 1110-4 du code de la santé publique interdit à tout professionnel de santé de communiquer (à un organisme d'assurance complémentaire par exemple) des données d'ordre médical (code CCAM, libellé d'acte...) : *"Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant".*

Ce même article interdit donc un organisme d'assurance maladie complémentaire d'exiger toute donnée médicale de son client :

"Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende".

Le site *D^ovisCCAM* a été développé pour permettre de réaliser des devis d'honoraires rapidement et facilement, tout en respectant ces contraintes légales. Une fois vos préférences renseignées, vous pourrez éditer un devis au format PDF, imprimable et téléchargeable (insertion dans

Le site D^ovisCCAM est actuellement conçu pour les chirurgiens ou spécialités médicales effectuant des actes remboursés par la sécurité sociale et cotés dans la CCAM.

votre logiciel) en deux clics. Deux formats sont automatiquement générés :

- Format *"patient et dossier médical"*, comportant les codes acte CCAM et leurs modificateurs, le libellé des actes, le tarif Sécurité Sociale (SS), les honoraires complémentaires (figure 1)

Société de Chirurgie Fictive du Pays Imaginaire

Docteur Toto DUPONT <small>Ancien Interne des Hôpitaux de Labus Ancien Chef de Clinique à la Faculté Ancien Assistant des Hôpitaux</small>	CHIRURGIEN D.E.S.C DE TRICOT EN LAINE DE CHEVRE D.L.U. DE POINT DE CROIX CAPACITÉ DE MÉDECINE VÉTÉINAIRE
---	---

Devis d'honoraires
Exemplaire destiné au patient et au dossier médical
Contient des informations confidentielles: ne pas communiquer à votre organisme complémentaire

Ma Ville d'Exercice, le 14 août 2015

Madame, Monsieur,

Le Docteur Dupont, médecin conventionné à honoraires libres, n'adhérant pas au Contrat d'accès aux Soins, autorisé à fixer librement ses honoraires par la réglementation, vous informe qu'il va effectuer un acte chirurgical, en réponse à la demande de soins que vous avez formulée.

Le tarif de cet acte, librement fixé par le Docteur Dupont, tenant compte de la technicité, du personnel et du matériel nécessaires à la réalisation de cette intervention dans les meilleures conditions est de : 352,69 €.

La base de remboursement de la sécurité sociale est de 352,69 € pour les actes suivants :
 JKFA005 (J) : Hystérectomie totale avec annexectomie unilatérale ou bilatérale, par abord vaginal (352,69 €)

Il en résulte une différence à votre charge d'un montant de 200,00 € qui pourra, le cas échéant être pris en charge par votre assurance maladie complémentaire, en tout ou partie, en fonction du contrat souscrit

Attention : durant votre hospitalisation, des imprévus thérapeutiques sont toujours susceptibles de modifier ces informations.

Le Docteur Dupont est tenu, en vertu du code de déontologie médicale de fixer ses honoraires avec tact et mesure et de répondre à toute demande d'information préalable et explicatives.
 Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues ni imposer un mode particulier de règlement.
 Le Docteur Dupont remet, conformément à la loi, cette information au patient qui atteste l'avoir reçue. S'il ne la remet pas personnellement, il doit s'assurer qu'elle a été comprise et signée avant la réalisation de l'acte.

NB : ce devis ne tient compte que des honoraires du Docteur Dupont, il ne concerne pas les éventuels honoraires du médecin anesthésiste ni des prestations dues à la clinique.

Docteur Toto DUPONT	Nom, prénom et signature du patient (ou représentant légal) <small>précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé, bon pour accord"</small>
---------------------	---

Figure 1 : devis patient

- Format *"complémentaire"*, ne comportant aucun renseignement confidentiel (code ou libellé d'acte), mais le tarif SS par code regroupement, votre adhésion ou non au Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et les honoraires complémentaires (figure 2)

Tous les éléments de ce document (en-tête, titres et diplômes...) sont personnalisables dans les préférences à la rubrique *"préférences de devis"*.

* Concepteur du site

Société de Chirurgie Fictive du Pays Imaginaire

Docteur Toto DUPONT
Ancien Interne des Hôpitaux de Lahas
Ancien Chef de Clinique à la Faculté
Ancien Assistant des Hôpitaux

CHIRURGIEN
D.E.S.C DE TRICOT EN LAINE DE CHÈVRE
D.I.U. DE POINT DE CROIX
CAPACITÉ DE MÉDECINE VÉTÉRINAIRE

Devis d'honoraires
Exemplaire destiné à votre complémentaire (ne contient aucune donnée confidentielle)
Aucun renseignement médical (code d'acte...) ne peut être exigé de votre organisme complémentaire (Art.L1110-4 du CSP)

Ma Ville d'Exercice, le 14 août 2015

Madame, Monsieur,

Le Docteur Dupont, médecin conventionné à honoraires libres, n'adhère pas au Contrat d'accès aux Soins, autorisé à fixer librement ses honoraires par la réglementation, vous informe qu'il va effectuer un acte chirurgical, en réponse à la demande de soins que vous avez formulée.

Le tarif de cet acte, librement fixé par le Docteur Dupont, tenant compte de la technicité, du personnel et du matériel nécessaires à la réalisation de cette intervention dans les meilleures conditions est de : 552,69 €.

La base de remboursement de la sécurité sociale pour cet acte est de 352,69 € répartis sous le(s) code(s) regroupement suivant(s) :
- ADC : 352,69 €

Il en résulte une différence à votre charge d'un montant de 200,00 € qui pourra, le cas échéant être pris en charge par votre assurance maladie complémentaire, en tout ou partie, en fonction du contrat souscrit

Attention : durant votre hospitalisation, des imprévus thérapeutiques sont toujours susceptibles de modifier ces informations.

Le Docteur Dupont est tenu, en vertu du code de déontologie médicale de fixer ses honoraires avec tact et mesure et de répondre à toute demande d'information préalable et explications.
Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues ni imposer un mode particulier de règlement.
Le Docteur Dupont remet, conformément à la loi, cette information au patient qui atteste l'avoir reçue. S'il ne la remet pas personnellement, il doit s'assurer qu'elle a été comprise et signée avant la réalisation de l'acte.

NB : ce devis ne tient compte que des honoraires du Docteur Dupont, il ne concerne pas les éventuels honoraires du médecin anesthésiste ni des prestations dues à la clinique.

Docteur Toto DUPONT Nom, prénom et signature du patient (ou représentant légal)
précédé de la mention manuscrite
"Lu et approuvé, bon pour accord"

Figure 2 : devis complémentaire

Le site *dévisccam* est actuellement conçu pour les chirurgiens (hors plasticiens et dentistes) ou spécialités médicales effectuant des actes remboursés par la sécurité sociale et cotés dans la CCAM.

Selon la demande, l'application pourra être adaptée pour répondre à des besoins plus spécifiques tels que :

- Anesthésistes (avec reprise du devis chirurgical)
- Chirurgie plastique et chirurgie dentaire (en tenant compte d'actes remboursés sous certaines conditions)
- Autres ?

Inscription

La page d'accueil du site (figure 3) vous permet de vous identifier si vous possédez déjà un compte, ou de vous inscrire (menu inscription).

Figure 3 : page d'accueil du site, identification

Formulaire d'inscription
Il est impératif de remplir tous les champs.

Si votre demande est complète, vous recevrez un e-mail de confirmation afin de vérifier que votre adresse est valide. Vous devez alors cliquer sur le lien fourni dans le message pour confirmer votre demande d'inscription et valider votre e-mail.

Votre demande pourra alors être prise en compte et vous recevrez par e-mail votre identifiant (retenez bien le mot de passe que vous aurez choisi sur cette page).

Vos nom et prénom ne doivent contenir que des lettres (y compris accentuées), un espace, une apostrophe ou un tiret ("").

Votre mot de passe doit contenir au moins 6 caractères alphanumériques (lettres non accentuées ou chiffres uniquement). Vous devez le saisir deux fois de manière identique.

Votre RPPS doit être composé de 11 chiffres. Il sera vérifié avant inscription définitive.

Votre e-mail doit être valide. Il ne doit pas être déjà attribué à un autre utilisateur.

Nom :

Prénom :

Mot de passe :

Mot de passe (vérification) :

RPPS :

e-mail :



 Afin de vérifier que vous n'êtes pas un robot pirate, merci de recopier les lettres présentes sur le dessin ci-dessus :

Figure 4 : la page d'inscription

L'inscription se déroule en deux étapes.

Dans un premier temps (figure 4), il vous sera demandé de renseigner vos nom, prénom, RPPS, et adresse e-mail. Il vous sera demandé de choisir un mot de passe qui ne restera connu que de vous (aucun mot de passe n'est stocké en clair dans la base de données). Enfin, la saisie d'un CAPTCHA sera demandée.

Une fois que vous aurez cliqué sur Envoyer, si toutes vos informations semblent correctement saisies, vous recevrez un e-mail à l'adresse que vous avez saisie avec un lien permettant de vérifier que cette adresse est bien utilisée. Lorsque vous aurez validé votre adresse e-mail en cliquant sur le lien inclus dans le message, votre demande d'inscription sera alors examinée puis confirmée. Vous recevrez alors un autre e-mail contenant votre identifiant et vous permettant de vous connecter au site (figure 3).

Réalisation d'un devis

Pour renseigner les éléments d'un devis, vous pouvez cliquer sur un de vos favoris, ou ajouter des actes en les recherchant par libellé ou par code CCAM ou bien en parcourant les chapitres de la CCAM (figures 5-6-7).

Figure 5 : réalisation d'un devis

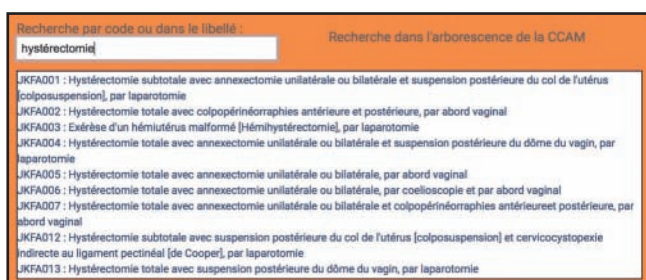


Figure 6 : recherche par libellé (ou par code CCAM)

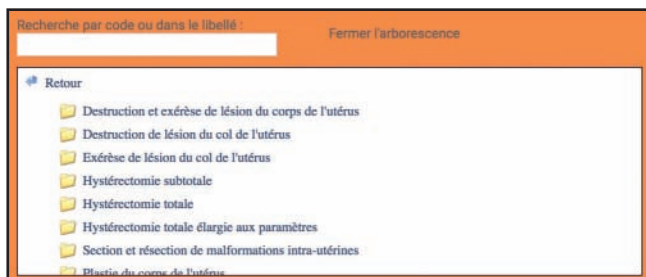


Figure 7 : recherche dans les chapitres de la CCAM

Lors de l'ajout d'un acte au devis, il va lui être automatiquement ajouté vos modificateurs favoris (à renseigner dans l'onglet Préférences, rubrique "préférences d'acte"), et il lui est automatiquement attribué un code association selon les autres actes éventuellement présents. Vous pouvez ensuite modifier ces renseignements si vous ne les trouvez pas adaptés, ainsi que le code phase pour les actes à plusieurs phases (figure 8 : bouton "modifier le devis"). Par ailleurs, si l'acte que vous venez d'ajouter compte des actes complémentaires, ils vous seront proposés et vous n'aurez qu'un clic à effectuer pour les voir ajoutés au devis ! Vous pouvez ajouter autant d'actes que nécessaire de la même manière.

Une fois tous les actes du devis correctement renseignés, vous devez renseigner les honoraires complémentaires, en montant ou en pourcentage selon votre choix (sur le devis final au format PDF, ils seront toujours exprimés en montant quelque soit votre mode de calcul).

Il ne vous reste plus qu'à générer le devis au format PDF en cliquant sur "Imprimer ou Télécharger le document pdf" (figure 8). Vous pouvez noter le nom et prénom du (de la) patient(e), il sera alors mentionné sur le document PDF à la place de la formule "nom et prénom du patient".

Il est également possible d'enregistrer ce devis dans vos favoris afin de pouvoir le réutiliser rapidement (actes, association, modificateurs, honoraires complémentaires) en un seul clic ultérieurement.

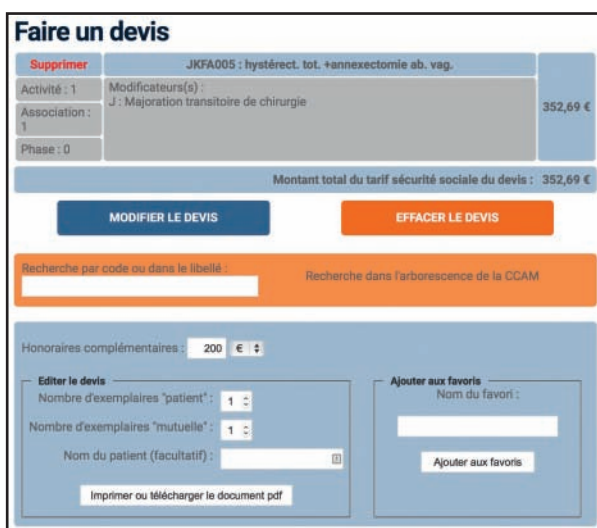


Figure 8 : édition du devis PDF, ajout aux favoris

Gestion de vos favoris

L'onglet *Favoris* vous permet de gérer vos devis préférés et d'en modifier le nom, les actes le composant ainsi que leurs codes association et modificateurs, les honoraires complémentaires...

Ces favoris vous permettent d'établir rapidement un devis complet pour les interventions que vous réalisez le plus souvent, juste en deux clics !

Avenir du site

Actuellement, le site est mis à disposition gratuitement en vue de le tester et de l'améliorer en fonction des remarques et suggestions des premiers utilisateurs.

Il nécessite une maintenance régulière pour la mise à jour de la CCAM et répondre aux nouvelles règles de facturation (introduction de la notion de CAS en 2015 avec tarification différenciée par exemple).

Si le site *DevisCCAM* rencontre le succès espéré, il faudra investir dans de nouveaux serveurs, améliorer l'ergonomie, etc. Il deviendra alors payant, à un tarif accessible, pour une utilisation professionnelle et pérenne dans le temps.

Nous pensons pouvoir répondre à un réel besoin dans ce domaine, où l'information au patient devient primordiale et doit respecter des contraintes légales toujours plus contraignantes. Aucun autre outil ne permet à ce jour de générer des devis en bonne et due forme, et nous espérons l'avoir développé pour être le plus rapide et facile d'emploi. A bientôt sur le site devisccam.com !

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 2016 -

⇒ 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

Recommandations pour la pratique clinique

Les hémorragies du post-partum

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

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

F. X. BOYER de LATOUR

Le groupe de travail

Promoteur :

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

Comité d'organisation :

F. GOFFINET, président (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), L. SENTILHES, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Angers), C. VAYSSIÈRE, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse), F. MERCIER (anesthésie réanimation, SFAR, Société française d'anesthésie et de réanimation), A. FRANÇOIS (EFS, Établissement français du sang), V. TESSIER (CNSF, Collège national des sages-femmes), C. DUCROUX-SCHOUWEY (CIANE, Collectif interassociatif autour de la naissance), E. PHAN (CIANE).

Experts du groupe de travail :

A.G. AYA (anesthésie réanimation, CHU, Nîmes), F. BAYOUMEU (anesthésie réanimation, CHU, Toulouse), M.P. BONNET (anesthésie réanimation, CHU, Paris), C. DENEUX-THARAUX (épidémiologiste, Inserm, Paris), R. DJOUDI (EFS, Établissement français du sang, La Plaine Saint-Denis), P. DOLLEY (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), M. DREYFUS (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), C. DUPONT (CHU, Lyon), D. GALLOT (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont Ferrand), J.B. HAUMONTE (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), C. HUISSOUD (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), G. KAYEM (gynécologue obstétricien, CHU, Colombes), H. KEÏTA-MEYER (anesthésie réanimation, CHU, Colombes), B. LANGER (gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), A. MIGNON (anesthésie réanimation, CHU, Paris), O. MOREL (gynécologue obstétricien, CHU, Nancy), O. PARANT

(gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse), J.P. PELAGE (imagerie diagnostique et radiologie interventionnelle, CHU, Caen), M. ROSSIGNOL (anesthésie réanimation, CHU, Paris).

Lecteurs

J.P. AGHER (gynécologue obstétricien secteur privé, Toulon), X. AIREAU (gynécologue obstétricien, CH, Cholet), M. AKRICH (CIANE, Collectif interassociatif autour de la naissance), F. AUDIBERT (gynécologue obstétricien, CHU, Montréal, Canada), E. AZRIA (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), G. BAGOU (anesthésie réanimation, CHU, Lyon), G. BENOIST (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), A. BERTRAND (gynécologue obstétricien, CHG, Salon-de-Provence), F. BOLANDARD (anesthésie réanimation, CH, Narbonne), M. BONNIN (anesthésie réanimation, CHU, Clermont-Ferrand), B. BOUGEIS (anesthésie réanimation, CHU, Clichy), M. BOUKERROU (gynécologue obstétricien, CHU, La Réunion), P. BOULOT (gynécologue obstétricien, CHU, Montpellier), F. BROISIN (anesthésiste, CHU, Lyon), F. BRUNET (anesthésie réanimation secteur privé, Ganges), X. CARCOPINO (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), A. CHANTRY (sage-femme épidémiologiste, Inserm, Paris), N. CHENNI (gynécologue obstétricien, CH, Aubagne), F. COATLEVEN (gynécologue obstétricien, CHU, Bordeaux), L. CRAVELLO (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), X. DEFFIEUX (gynécologue obstétricien, CHU, Clamart), P. DERUELLE (gynécologue obstétricien, CHU, Lille), P. DIEMUNSCH (anesthésie réanimation, CHU, Strasbourg), G. DUCARME (gynécologue obstétricien, CH, La-Roche-sur-Yon), L. DUCROS (anesthésie réanimation, CHI, Toulon), S. FAVRIN (gynécologue obstétricien secteur privé, L'Union), C. FOULHY (sage-femme, CHU, Clermont-Ferrand), A. FOURNET-FAYARD (anesthésie réanimation, CHU, Clermont-Ferrand), F. FRANCHI (gynécologue obstétricien secteur privé, Bastia), L. GAUCHER (maïeuticien, CHU, Lyon), P. GILLARD (gynécologue obstétricien, CHU, Angers), C. GOMEZ (sage-femme, CH, Arras), J. GUGLIELMINOTTI (anesthésiste, CHU, Paris), T. HARVEY (gynécologue obstétricien, ESPIC, Paris), N. HOUÏ (anesthésie réanimation, CHU, Angers), C. HUOT THEBAUD (sage-femme secteur privé, Antony), P. INCAGNOLI (anesthésie réanimation, CHU, Grenoble), N. KERMARREC (anesthésie réanimation secteur privé, Antony), R. KUTNAHORSKY (gynécologue obstétricien, CH, Colmar), A. LE GOUEZ-DIVISIA (anesthésie réanimation, CHU, Paris), C. LE RAY (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), P. LEFEVRE (gynécologue obstétricien, CH, Bayeux), G. LEGENDRE (gynécologue

gynécologue obstétricien, CHU, Angers), A. LEREBOURS-BARBIER (gynécologue obstétricien secteur privé, Vannes), G. MAGNIN (gynécologue obstétricien, Poitiers), P. MAHIOU (anesthésiste secteur privé, Échirrolles), M. MAKOSSO (gynécologue obstétricien, CH, Bagnols-sur-Cèze), L. MANDELBROT (gynécologue obstétricien, CHU, Colombes), L. MARPEAU (gynécologue obstétricien, CHU, Rouen), O. MARPEAU (gynécologue obstétricien secteur privé, Aix-en-Provence), F. MAUVIEL (gynécologue obstétricien, CHG, Toulon), P.Y. MERCIER (gynécologue obstétricien, CH, Avranches), C. MORIN (sage-femme, CHU, Bordeaux), A. PAUMIER (gynécologue obstétricien secteur privé, Saint-Herblain), M. PERINEAU (gynécologue obstétricien secteur privé, Toulouse), E. PEYNAUD DEBAYLE (biologiste hématologue, CHU, Colombes), D. PROVOST (anesthésie réanimation, CHU, Rouen), C. RACINET (gynécologue obstétricien, Brie-et-Argonnes), A. RICBOURG (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), D. RIETHMULLER (gynécologue obstétricien, CHU, Besançon), A. RIGOUZZO (anesthésie réanimation, CHU, Paris), C. ROUILLARD (sage-femme, CHU, Angers), P. ROZENBERG (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy), R.C. RUDIGOZ (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), M. SAMAMA (anesthésie réanimation, CHU, Paris), T. SCHMITZ (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), M.V. SENAT (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), F. SERGENT (gynécologue obstétricien, CHU, Grenoble), J. SEROR (échographiste secteur privé, Paris), T. SIMONET (anesthésie réanimation, CHU, Caen), B. STORME (anesthésie réanimation, CHU, Clermont-Ferrand), J. TOURRES (anesthésie réanimation secteur privé, Saint-Herblain), C. VENTRE (anesthésie réanimation, CHU, Paris), E. VERSPYCK (gynécologue obstétricien, CHU, Rouen), B. VIVIEN (anesthésie réanimation secteur privé, Puyricard), N. WINER (gynécologue obstétricien, CHU, Nantes), L. ZIELESKIEWICZ (anesthésie réanimation, CHU, Marseille).

Mots clés : hémorragie du post-partum, oxytocine, transfusion, hystérectomie d'hémostase, placenta accreta

1 - Épidémiologie de l'hémorragie du post-partum

Quelle que soit la voie d'accouchement, l'hémorragie du post-partum (HPP) est définie comme une perte sanguine ≥ 500 ml après l'accouchement, et l'HPP sévère comme une perte sanguine ≥ 1000 ml (accord professionnel). Le seuil d'intervention clinique doit tenir compte du débit du saignement et du contexte clinique. Ainsi, il peut être justifié de débiter une prise en charge active avant que le seuil de 500 ml de perte sanguine ne soit atteint, si le débit de saignement est élevé ou la tolérance clinique mauvaise. À l'inverse, dans le contexte de l'accouchement par césarienne, compte tenu de la perte sanguine inhérente au geste chirurgical lui-même, le seuil d'action peut être fixé à un niveau de perte sanguine plus élevé que celui de 500 ml si la tolérance clinique le permet (accord professionnel).

Dans les études en population, l'incidence de l'HPP est autour de 5% des accouchements lorsque la mesure des pertes sanguines est imprécise, et autour de 10% lorsque les pertes sanguines sont quantifiées. L'incidence de l'HPP sévère est autour de 2%. L'atonie utérine est la principale cause d'HPP. Les plaies de la filière génitale sont responsables d'environ 1 cas d'HPP sur 5, et leur contribution est plus grande parmi les HPP sévères.

La mortalité maternelle par hémorragie obstétricale a diminué en France (actuellement 1,6 décès/100 000 naissances vivantes), mais elle demeure la première cause de décès maternel (16%), et la plus évitable (80%). Dans les pays développés, l'HPP est la principale cause de morbidité maternelle sévère. Outre les conséquences directes de l'hypovolémie aiguë, elle expose la femme aux complications de la transfusion, de la réanimation, et à l'infertilité en cas d'hystérectomie.

Les principaux facteurs de risque d'HPP sont des facteurs d'atonie utérine, mais ils sont globalement peu prédictifs. Le risque de récurrence lors d'un accouchement ultérieur est majoré (multiplié par 3), et augmente avec le nombre d'HPP. Une attention particulière doit être portée aux facteurs de risque correspondant à des éléments de prise en charge du travail ou de l'accouchement car ils sont potentiellement modifiables (accord professionnel). En particulier, une association dose-dépendante entre l'administration d'oxytocine pendant le travail et la survenue d'une HPP a été rapportée (NP3) ; ce résultat est à prendre en compte dans l'évaluation de la balance bénéfice-risque de cette intervention, destinée à éviter le recours à la césarienne en cas de travail dystocique (accord professionnel).

2 - Prise en charge anténatale des patientes à risque d'hémorragie du post-partum (hors anomalies de l'insertion placentaire)

Le lieu d'accouchement doit être discuté de façon multidisciplinaire en tenant compte de la nature du risque (antécédent d'HPP sévère, pathologie de l'hémostase notamment) et de la rapidité d'accès à des produits sanguins labiles (accord professionnel).

La prévention de l'anémie sévère repose sur une supplémentation en fer le plus souvent par voie orale (grade B). Les patientes atteintes d'une pathologie de la coagulation doivent bénéficier d'un suivi de grossesse en étroite collaboration avec un médecin compétent en hémostase qui anticipera la prise en charge spécifique lors de l'accouchement (grade C).

En cas d'anticoagulation à dose préventive, le risque d'HPP n'est pas augmenté et l'accès à l'anesthésie périmédullaire (APM) est le plus souvent possible compte tenu d'un délai

suffisant (> 12h) depuis la dernière injection (**grade C**). Dans cette situation, il n'est pas recommandé de proposer systématiquement un déclenchement au cours d'une période sans anticoagulants parfois dénommée fenêtré "thérapeutique" (**accord professionnel**).

L'anticoagulation curative par HBPM s'accompagne d'une augmentation modeste du risque hémorragique et impose le respect d'un délai (> 24 h) avant d'avoir recours à l'anesthésie périmédullaire (**accord professionnel**). La prise d'aspirine n'augmente ni la fréquence ni la sévérité des HPP (NP2) et ne contre-indique pas le recours à une APM (rachianesthésie et/ou péridurale) (**grade B**).

3 - Prévention clinique et pharmacologique de l'hémorragie du post-partum lors de la troisième phase du travail

3-1 Accouchement par voie basse

L'administration préventive d'utérotoniques est efficace pour réduire l'incidence des HPP et l'oxytocine est le traitement à privilégier (**grade A**). Elle peut être administrée soit au dégainement des épaules ou rapidement après la naissance, soit après la délivrance si non réalisée précédemment (**grade B**). La dose de 5 ou 10 UI peut être administrée (**grade A**), par voie IV ou IM (**accord professionnel**). En IV, il est préférable de réaliser une injection intraveineuse lente (IVL) (sur une durée d'environ une minute) même s'il n'y a pas de données pour contre-indiquer les injections en bolus IV (injection en IV rapide sur 1 à 2 secondes) chez la patiente sans facteur de risque cardiovasculaire (**accord professionnel**). En cas de risque cardiovasculaire, il est recommandé de réaliser une administration par voie IV sur plus de cinq minutes pour limiter les effets hémodynamiques (**accord professionnel**). Une perfusion d'entretien systématique par oxytocine n'est pas recommandée (**accord professionnel**).

L'utilisation systématique d'un sac de recueil est laissée au choix des équipes (**accord professionnel**).

Le drainage systématique du cordon (NP2), la traction contrôlée du cordon (NPI), le massage utérin (NPI) et la vidange vésicale systématique (avis d'expert) n'ont pas d'impact sur l'incidence des HPP. De plus, il n'y a pas d'argument scientifique pour recommander un clampage précoce ou tardif du cordon (**accord professionnel**), une position particulière maternelle pendant le travail (**accord professionnel**) ou une mise au sein précoce (**accord professionnel**) pour prévenir les HPP. L'acide tranexamique ne doit pas être utilisé systématiquement dans la prévention de l'HPP (**accord professionnel**).

En cas de rétention placentaire l'administration d'un ocytocique par voie intrafuniculaire (NPI) ou par voie IV ou IM (NP2), n'est pas efficace. En cas de non-délivrance, il est recommandé de pratiquer une délivrance artificielle en l'ab-

sence de saignement entre 30 et 60 minutes après l'accouchement (**accord professionnel**). Après un accouchement par voie basse en cas d'utérus cicatriciel, la révision utérine systématique n'est pas recommandée (**accord professionnel**).

3-2 Accouchement par césarienne

Il n'y a pas d'argument pour privilégier une technique de césarienne à une autre pour prévenir l'HPP (**accord professionnel**). La délivrance par traction contrôlée du cordon est associée à des pertes sanguines moins importantes que la délivrance manuelle (**grade B**). Une injection en IV lente sur au moins une minute de 5 à 10 UI d'oxytocine est recommandée (**grade A**) sauf en cas de risque cardiovasculaire avéré où la durée d'injection doit être d'au moins 5 minutes afin de limiter les effets hémodynamiques (**accord professionnel**). Un traitement d'entretien systématique par une perfusion IV d'oxytocine, peut être entrepris sans dépasser 10 UI/h (**accord professionnel**). Le traitement peut être interrompu au bout de deux heures si la tonicité utérine est satisfaisante et en l'absence de saignement anormal (**accord professionnel**).

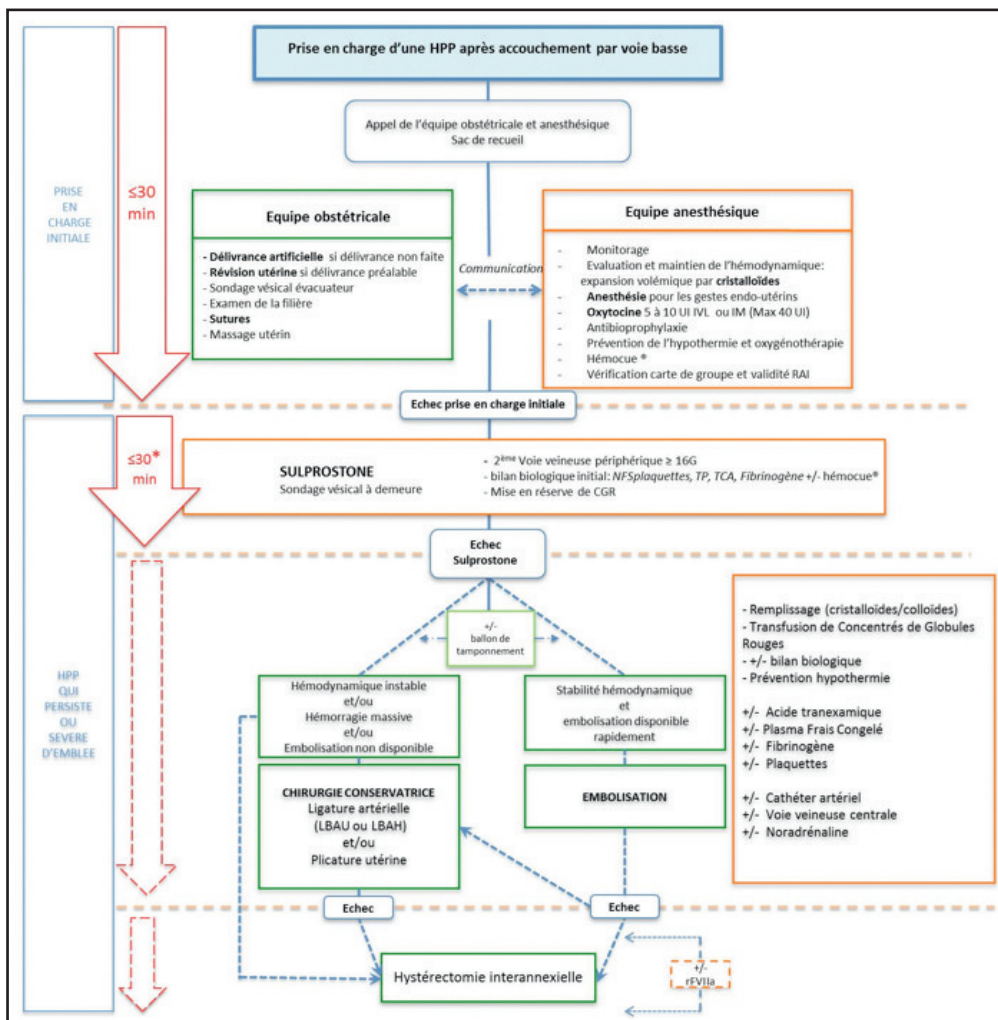
La carbétocine diminue le risque d'HPP mais en l'absence d'essai de non-infériorité, l'oxytocine constitue le traitement préventif de référence pour la prévention de l'HPP pour les césariennes (**accord professionnel**). L'acide tranexamique ne doit pas être utilisé systématiquement dans la prévention de l'HPP (**accord professionnel**).

L'estimation des pertes sanguines est essentielle lors de la césarienne et doit apparaître dans le compte rendu opératoire (**accord professionnel**).

4 - Prise en charge initiale en cas d'hémorragie du post-partum après un accouchement par voie basse (Figure 1)

Les acteurs (sage-femme, obstétricien, équipe anesthésique) doivent être appelés simultanément dès le diagnostic (**accord professionnel**). En cas d'HPP avérée, la mise en place d'un sac de recueil est recommandée (**accord professionnel**). Une fois le diagnostic établi, l'anesthésiste-réanimateur met en place immédiatement une réanimation adaptée basée sur la surveillance non invasive (fréquence cardiaque, pression artérielle, oxymétrie de pouls), la mise en place ou sécurisation d'un abord veineux, la réalisation de prélèvements biologiques initiaux si absents au préalable (RAI, NFS plaquettes, hémostase), une expansion volémique par des cristalloïdes, une oxygénothérapie et la lutte contre l'hypothermie (**accord professionnel**). Enfin, il procure dans les conditions de sécurité optimale une anesthésie pour la pratique par l'obstétricien des gestes diagnostiques et le plus souvent thérapeutiques (**accord professionnel**).

Figure 1 - Algorithme de prise en charge d'une hémorragie du post-partum après accouchement par voie basse



Si l'HPP survient avant la délivrance, le premier geste obstétrical à réaliser est une délivrance artificielle, tandis qu'une révision utérine sera réalisée si le placenta est expulsé (accord professionnel). Ce geste devrait être suivi d'un massage utérin (accord professionnel). Le traitement médical consiste en une injection de 5 à 10 UI d'oxytocine par voie intraveineuse lente ou intramusculaire suivie d'une perfusion d'entretien de 5 à 10 UI/h pendant 2h (accord professionnel).

La dose cumulée de 40 UI ne devrait pas être dépassée, d'autant que dans les 30 minutes maximum d'inefficacité, un traitement de seconde intention doit être entrepris (accord professionnel). Dans certaines situations à risque ou si l'HPP persiste après les gestes endo-utérins, la filière génitale doit être examinée sous valves avec une analgésie adéquate (accord professionnel). L'antibioprophylaxie pour les gestes endo-utérins est recommandée au cours de la prise en charge initiale des HPP (accord professionnel). Elle doit suivre les protocoles établis dans l'établissement (accord professionnel). La prise en charge et les éléments de surveillance d'une HPP doivent être consignés sur une feuille de surveillance spécifique (accord professionnel). Un protocole de service régulièrement actualisé et du personnel entraîné qui communique correctement sont les éléments

essentiels du dispositif pour garantir rapidité et efficacité indispensables au contrôle de cette situation (accord professionnel). Il est du ressort de chaque service de former à la gestion de l'hémorragie du post-partum les professionnels susceptibles d'y être confrontés (accord professionnel). L'étude rétrospective critique des dossiers d'HPP est à encourager (accord professionnel).

5 - Prise en charge en cas d'hémorragie du post-partum qui persiste malgré les mesures initiales ou qui est sévère d'emblée, après accouchement par voie basse (Figure 1)

Une hémorragie persistante dans les 15 à 30 minutes après diagnostic et prise en charge initiale bien conduite d'une HPP doit amener à mettre en œuvre des actions de prise en charge complémentaires (grade C). Une hémorragie très abondante d'emblée ou une mauvaise tolérance hémodynamique

mique maternelle doivent amener à réduire ce délai (**accord professionnel**). Lorsque l'hémorragie s'aggrave, il est recommandé de demander de l'aide (**accord professionnel**). La surveillance clinique doit porter sur la fréquence cardiaque, la pression artérielle, la coloration des muqueuses et téguments, la recherche de saignements aux points de ponction, la diurèse et le volume de l'hémorragie (**grade B**).

Le bilan étiologique (révision utérine et examen sous valves) doit avoir été réalisé (**grade C**). La sulprostone est efficace pour la prise en charge des HPP sévères ou persistantes (NP4) et son utilisation est recommandée (**grade C**). L'administration de sulprostone devrait intervenir dans les 30 minutes suivant le diagnostic d'HPP en cas d'échec de l'oxytocine, ce délai pouvant être raccourci en fonction de la gravité du saignement (**grade C**). Il n'est pas recommandé d'utiliser du misoprostol comme traitement de seconde ligne (**grade A**). Le tamponnement intra-utérin par ballon semble présenter une efficacité (NP4). Il peut être proposé en cas d'échec de la prise en charge par sulprostone et avant un recours à une prise en charge chirurgicale ou par radiologie interventionnelle (**accord professionnel**). Son utilisation est laissée à la libre appréciation du praticien. Il ne doit pas retarder la mise en œuvre des procédures invasives (**accord professionnel**).

L'évolution parfois rapide de la coagulopathie au cours de l'HPP justifie une surveillance biologique de la coagulation (**accord professionnel**). Il est recommandé de prévenir et traiter l'hypothermie (**accord professionnel**) par le réchauffement des solutés de perfusion et des produits sanguins, et par le réchauffement cutané actif (**grade C**), ainsi que d'apporter de l'oxygène (**accord professionnel**).

Il est recommandé de pratiquer un remplissage vasculaire en cas d'HPP qui s'aggrave (**grade B**). La prescription des culots globulaires (CGR) est envisagée principalement sur la base des signes cliniques de gravité de l'HPP, sans nécessairement attendre les résultats du laboratoire d'hématologie (**accord professionnel**). La transfusion a pour objectif de maintenir une concentration d'hémoglobine (Hb) > 8 g/dl. Au cours d'une hémorragie active, il est souhaitable de maintenir un taux de fibrinogène ≥ 2 g/l (**accord professionnel**). En fonction de l'importance de l'hémorragie ou de la coagulopathie, il est possible d'administrer du fibrinogène et des plasmas frais congelés (PFC) sans attendre les résultats biologiques (**accord professionnel**). Il est souhaitable d'anticiper la commande de concentrés plaquettaire afin de maintenir une numération plaquettaire > 50 g/l (**accord professionnel**).

L'acide tranéxamique pourrait avoir un intérêt dans la prise en charge des HPP, même si son intérêt clinique n'est pas démontré en contexte obstétrical (**accord professionnel**). Son utilisation est laissée libre à l'appréciation des praticiens (**accord professionnel**). En cas d'utilisation, le groupe d'experts propose de l'utiliser en cas d'HPP résistant à la sulprostone à la dose de 19, renouvelable une fois en cas d'échec (**accord professionnel**).

Il n'y a pas d'arguments pour recommander l'utilisation du rFVIIa de manière systématique en prévention ou précocement dans le traitement de l'HPP sévère (**accord professionnel**). Sa prescription ne doit donc, pour le moment, être envisagée que dans l'hémorragie non contrôlée, après échec des thérapeutiques conventionnelles (**accord professionnel**), et après avoir entrepris la correction des effecteurs et autres paramètres de l'hémostase (**grade C**).

Le recours à l'anesthésie générale avec intubation est recommandé lorsque l'état hémodynamique est instable, même si un cathéter péridural est en place, pour protéger les voies aériennes et pour contrôler la ventilation (**accord professionnel**).

Les femmes ayant reçu une polytransfusion après un accouchement par voie basse pourraient bénéficier d'une thromboprophylaxie par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) pendant 7 à 14 jours en post-partum (**accord professionnel**). La durée peut être prolongée s'il existe des facteurs de risque thromboembolique supplémentaires (**accord professionnel**).

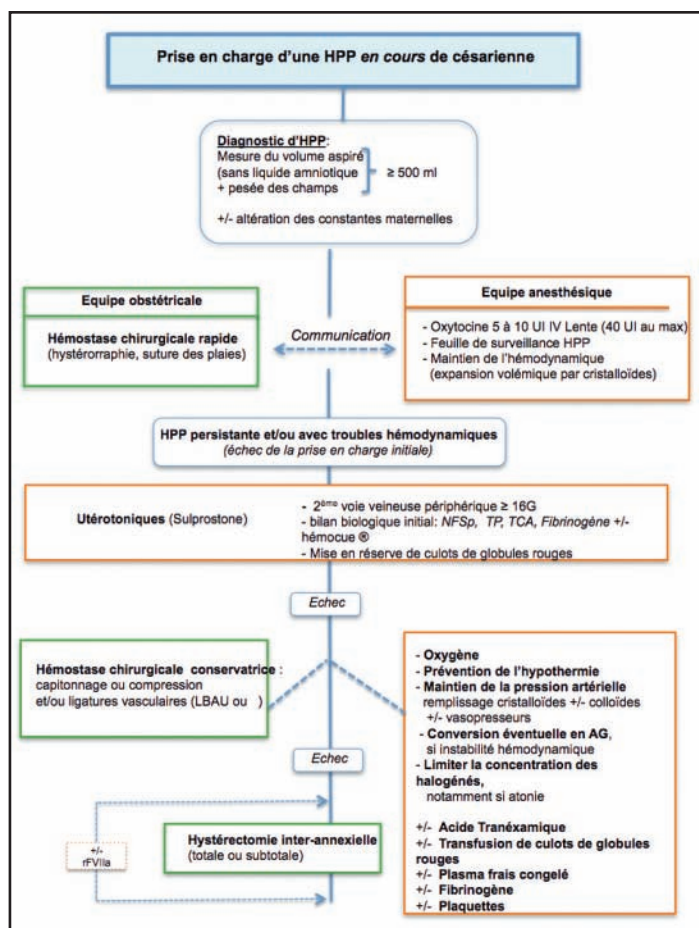
6 - Place de l'embolisation artérielle en cas d'hémorragie du post-partum (Figure 1)

L'embolisation sélective des deux artères utérines ou à défaut des troncs antérieurs des artères iliaques internes sans utilisation de microcathéter est recommandée (**accord professionnel**). L'embolisation artérielle doit être préférentiellement pratiquée à l'aide de fragments résorbables de gélatine plutôt qu'à l'aide de "bouillie" ou de poudre (**grade C**). L'arrêt de l'hémorragie après une séance d'embolisation artérielle est obtenu dans 73 à 100% (NP3) des cas. L'arrêt de l'hémorragie après une deuxième embolisation est obtenu dans 85 à 100% des cas (NP3). L'embolisation artérielle est indiquée préférentiellement en cas d'atonie utérine résistant aux utérotoniques en particulier après un accouchement par voie basse, en cas d'hémorragie cervico-utérine, de thrombus vaginal ou de déchirure cervico-vaginale suturée ou non accessible à un geste chirurgical (**grade C**). Le taux de complications graves imputables à l'embolisation est d'environ 5% (NP4). L'existence d'une coagulopathie n'est pas une contre-indication à la réalisation d'une embolisation (**accord professionnel**). L'embolisation reste possible après échec des ligatures artérielles (sélectives ou proximales) ou après une hystérectomie même si elle est de réalisation technique plus difficile (**accord professionnel**). Après embolisation, le potentiel de fertilité est conservé (NP3). Le taux de récurrence d'HPP ne paraît pas significativement différent après ligatures artérielles ou après embolisation artérielle (NP3).

7 - Prise en charge chirurgicale d'une hémorragie du post-partum (Figures 1 et 2)

En absence d'études comparatives portant sur l'efficacité des différentes techniques chirurgicales aucune des techniques de chirurgie conservatrice n'est à privilégier plutôt qu'une autre (accord professionnel).

Figure 2 - Algorithme décisionnel devant une hémorragie en cours de césarienne. AG : anesthésie générale; HPP : hémorragie du post-partum ; IV: intraveineuse; NFSp : numération formule sanguine plaquettes; LBAH : ligature bilatérale des artères hypogastriques; LBAU : ligature bilatérale des artères utérines; rFVIIa facteur VII recombinant (Novoseven®) ; TCA : temps de céphaline activé; TP : temps de prothrombine.



L'efficacité sur l'arrêt des saignements des techniques de ligatures vasculaires (ligature bilatérale des artères utérines (LBAU) ou ligature bilatérale des artères hypogastriques (LBAH)) en première ligne de traitement chirurgical conservateur de l'HPP serait de l'ordre de 60 à 70% (NP4). La LBAU est une technique chirurgicale simple à faible risque de complications immédiates sévères (accord professionnel). La LBAU, comme la LBAH ne semblent pas affecter la fertilité et le devenir obstétrical ultérieur (NP4).

L'efficacité des techniques de compression ou de plicature utérine sur l'arrêt des saignements en cas d'HPP résistant au traitement médical serait de l'ordre de 75% (NP3). Aucune technique de compression utérine n'a démontré de supériorité l'une par rapport à l'autre dans le traitement de l'HPP. Les grossesses obtenues après plicature utérine ne semblent pas plus pourvoyeuses de complications de grossesse (NP4). Le recours à une deuxième technique chirurgicale conservatrice après échec de ligature vasculaire ou de compression utérine a une efficacité pour arrêter l'HPP comprise entre 44% et 100% (NP4). Elle est donc possible après concertation avec le médecin anesthésiste mais elle ne doit pas retarder la réalisation d'une hystérectomie d'hémostase (accord professionnel).

Le type d'hystérectomie, qu'elle soit totale ou subtotale, est laissé libre à l'appréciation de l'opérateur (accord professionnel).

8 - Spécificités obstétricales et anesthésiques de la prise en charge d'une hémorragie du post-partum associée à la césarienne (Figures 2 et 3)

Le seuil d'intervention pour déclencher une prise en charge active dépend du débit du saignement, de la cause et du contexte clinique. Il peut être supérieur à 500 ml après césarienne (accord professionnel). Le facteur de risque hémorragique principal est la réalisation de la césarienne en cours de travail (NP3). Les pertes sanguines en cours de césarienne sont difficiles à évaluer. L'estimation des pertes par la mesure du volume aspiré duquel on retire le volume de liquide amniotique associé à la pesée des compresses imbibées est la méthode à utiliser en pratique (accord professionnel). Le saignement évacué par la filière génitale doit également être comptabilisé (accord professionnel).

Les étiologies de l'HPP associée à la césarienne comprennent les causes liées à la délivrance (atonie utérine essentiellement) et les complications traumatiques peropératoires (notamment les déchirures utérines et les plaies d'un pédicule utérin).

La prise en charge obstétricale peropératoire d'une HPP dépend du contexte clinique et de son étiologie ; elle doit se faire en collaboration étroite avec l'anesthésiste (accord professionnel) (Fig. 2). Le traitement chirurgical immédiat en cas d'HPP résistant au traitement médical doit être privilégié (accord professionnel), l'embolisation n'étant pas recommandée (accord professionnel) (Figure 2). La technique chirurgicale conservatrice est laissée libre au choix des équipes (accord professionnel). Si une anesthésie générale s'avère nécessaire, il est recommandé de limiter les halogénés en cas d'atonie utérine (accord professionnel) (Figure 2).

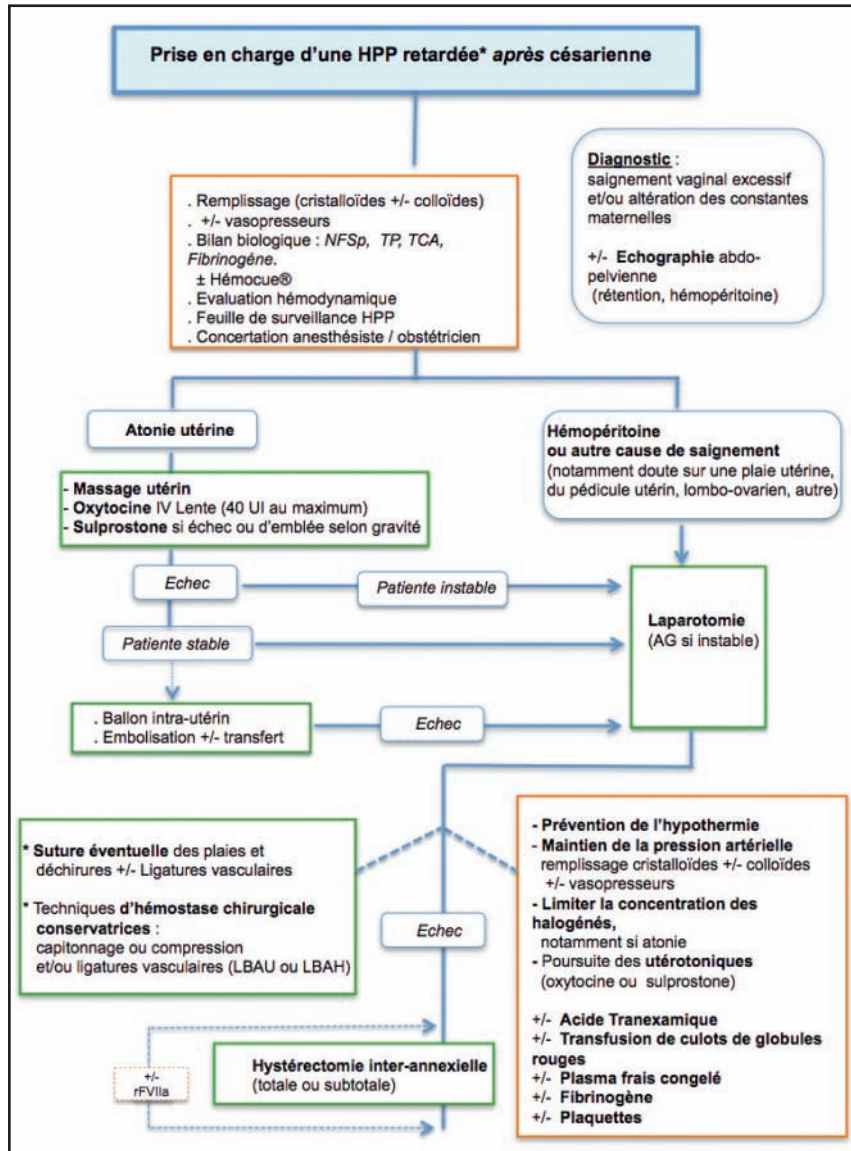
Figure 3 - Algorithme décisionnel devant une hémorragie dans les suites d'une césarienne.

* HPP survenant en postopératoire (SSPI ou hospitalisation en post-partum)

AG : anesthésie générale; HPP : hémorragie du post-partum ; IV: intraveineuse; NFSp : numération formule sanguine plaquettes;

LBAH : ligature bilatérale des artères hypogastriques; LBAU : ligature bilatérale des artères utérines;

rFVIIa facteur VII recombinant (Novoseven®) ; TCA : temps de céphaline activé; TP : temps de prothrombine.



Il est recommandé lorsqu'une hémorragie est supérieure à 1000 ml et survient au cours ou au décours d'une césarienne, d'assurer une thromboprophylaxie (accord professionnel). La durée de cette prévention est de 7 à 14 jours lorsqu'il n'existe aucun autre facteur de risque de thrombose associé (accord professionnel). Elle peut être prolongée jusqu'à 6 semaines en cas de facteurs de risque persistants ou multiples (accord professionnel).

Chaque équipe médicale doit mettre en place une procédure de surveillance spécifique en SSPI, comportant également les modalités d'appel en urgence de l'équipe médicale (accord professionnel). La surveillance spécifique liée à la césarienne en postopératoire doit porter sur l'abondance des saignements vaginaux extériorisés, le volume et la toni-

cité utérine ainsi que sur l'aspect de la paroi abdominale (accord professionnel), auxquels les infirmières de SSPI doivent être sensibilisées (accord professionnel). La rétraction utérine doit être vérifiée au minimum toutes les 30 minutes durant les 2 heures de surveillance post-partum en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) (accord professionnel). Une échographie ab domino-pelvienne doit pouvoir être rapidement réalisée au lit du patient, notamment en cas d'hypovolémie sans hémorragie extériorisée (accord professionnel).

En postopératoire, un hémopéritoine ou une suspicion de plaie vasculaire imposent une laparotomie urgente, sous anesthésie générale (accord professionnel) (Figure 3). Dans le cas contraire, un utérotonique (oxytocine ou sulprostone

selon la gravité) doit être instauré (accord professionnel). Un ballon de tamponnement intra utérin ou une embolisation peuvent être discutés en l'absence d'instabilité hémodynamique (accord professionnel) (Figure 3).

9 - Transport inter-hospitalier

L'hémorragie sévère du post-partum nécessite parfois un transfert inter-hospitalier afin de poursuivre la réanimation dans un centre plus adapté ou de bénéficier d'une embolisation artérielle non disponible dans la maternité initiale (accord professionnel). Ceci est possible sous certaines conditions.

Un contact direct est indispensable entre la maternité d'origine et l'équipe du centre multidisciplinaire qui va recevoir la patiente afin de transmettre toutes les informations médicales et de valider l'indication et la faisabilité du transfert (accord professionnel). La décision finale de réaliser le transport est multidisciplinaire (médecins régulateur et transporteur du SAMU, médecins anesthésistes réanimateurs et obstétriciens de la maternité demandeuse et receveuse) (accord professionnel). Le transfert médicalisé doit être réalisé après correction des défaillances vitales (accord professionnel).

Le transport inter-hospitalier d'une patiente présentant une HPP en vue d'une embolisation est possible à condition d'avoir éliminé une indication préférentielle de laparotomie (hémopéritoine) et si l'état hémodynamique le permet (accord professionnel). Une évaluation hémodynamique précise doit être de nouveau réalisée avant le départ (accord professionnel). La transfusion sanguine doit être poursuivie pendant le transport avec un objectif de maintenir une Hb > à 8 g/dl (accord professionnel). Les traitements spécifiques de l'HPP (oxytocine, sulprostone, ballonnet de tamponnement intra-utérin) initiés dans la maternité d'origine doivent être poursuivis pendant le transport (accord professionnel). Si le saignement est trop abondant ou en cas de choc hémorragique incontrôlable, le transfert est dangereux et une hémostase chirurgicale sur place (ligature vasculaire, capitonage, hystérectomie d'hémostase) doit être privilégiée (accord professionnel). L'équipe du SMUR peut alors rester pour renforcer les moyens locaux s'ils sont insuffisants. Le SAMU peut également organiser l'approvisionnement en produits sanguins labiles si celui-ci est défaillant (accord professionnel).

10 - Gestion des produits sanguins en maternité

L'efficacité de la prise en charge transfusionnelle dans le cadre de l'HPP repose sur une procédure d'urgence vitale largement diffusée dans l'établissement, sur la maîtrise de l'accès aux produits sanguins et sur une coordination entre les équipes des services cliniques et transfusionnels (accord

professionnel). La disponibilité du résultat des examens immuno-hématologiques (groupes et phénotypes sanguins, RAI) doit être vérifiée dès l'entrée en salle de travail (accord professionnel). En cas de risque hémorragique identifié, une RAI datant de moins de 3 jours est recommandée (accord professionnel). Le prescripteur doit anticiper la demande de PFC du fait de la mise à disposition retardée (temps de décongélation) de ce produit sanguin (grade C). Les situations immunologiques complexes dont les groupes sanguins rares doivent faire l'objet d'une attitude concertée avec le site Établissement français du sang (EFS) en période anténatale (accord professionnel).

Le choix des phénotypes des CGR stockés dans les dépôts de sang et la compréhension par le prescripteur des règles simples de compatibilité sont des éléments importants de la sécurité transfusionnelle (accord professionnel). Toutes les maternités françaises doivent être en lien avec l'une de ces 800 structures pour une disponibilité idéalement dans les 30 minutes (accord professionnel). Les conditions d'obtention, les circuits logistiques et la disponibilité, parfois limitée dans certains établissements, des produits sanguins doivent être connus des prescripteurs pour leur permettre d'optimiser la prise en charge des situations hémorragiques sévères (accord professionnel). Tous les prescripteurs doivent connaître les différentes procédures en particulier celle d'urgence vitale qui doit être rédigée et mise en œuvre dans chaque établissement. Cette procédure doit être régulièrement actualisée (accord professionnel).

11 - Prise en charge des placentas praevia et accreta

11-1 Le placenta praevia

La caractérisation d'un placenta praevia devrait être faite à l'aide d'une échographie endovaginale, en particulier en cas de localisation postérieure, pour mesurer la distance entre l'orifice interne du col et le bord inférieur du placenta (grade C). L'échographie par voie endovaginale n'augmente pas le risque d'accident hémorragique (NP4). La tentative de voie basse est préférable lorsque la distance entre l'orifice interne du col et le bord inférieur du placenta est supérieure à 20 mm. Lorsque la distance est inférieure à 20 mm, la tentative de voie basse est possible selon l'importance et le contrôle des saignements (accord professionnel). En cas de placenta praevia recouvrant asymptomatique, il est recommandé de planifier la césarienne entre 38⁺⁰ SA et 38⁺⁶ SA (accord professionnel). L'extraction par décollement du placenta semble préférable à l'incision trans-placentaire (grade C).

11-2 Le placenta accreta

Les facteurs de risque de placenta accreta sont l'âge maternel, la fécondation *in vitro*, les antécédents de chirurgie utérine, la césarienne, le placenta praevia et l'antécédent d'un placenta accreta (NP2). Le risque de placenta accreta

augmente avec le nombre de césariennes antérieures (NP2). Le dépistage anténatal du placenta accreta pourrait permettre d'améliorer la prise en charge (NP3). Le diagnostic de placenta accreta peut être suggéré par l'échographie 2D associée au doppler couleur (NP3). L'imagerie par résonnance magnétique (IRM) est également une aide au diagnostic (NP3). Du fait de la possibilité de faux positifs et négatifs de l'imagerie il est conseillé d'avoir un avis spécialisé en cas de suspicion de placenta accreta (accord professionnel). L'accouchement en cas de placenta accreta suspecté en anténatal doit être réalisé dans une structure aux moyens humains et techniques adaptés (accord professionnel). La décision de faire naître l'enfant en concertation avec les parents (accord professionnel) est à évaluer au cas par cas en tenant compte de l'âge gestationnel, de l'organisation de la structure et du risque hémorragique (accord professionnel). Il est préférable de programmer l'accouchement au-delà de 34⁺⁰ SA sans dépasser 38⁺⁰ SA (accord professionnel). Il est recommandé de ne pas utiliser une technique extirpative en cas de placenta accreta (grade C). Lorsqu'un placenta accreta est suspecté et qu'une césarienne-hystérectomie a été décidée, l'intervention doit être réalisée avec des moyens humains et techniques suffisants : chirurgien gyné-

cologue, anesthésiste, possibilité d'avoir un recours à un chirurgien urologue ou digestif, une structure de délivrance des produits sanguins, réanimation maternelle au sein du même établissement (accord professionnel). Le traitement conservateur est possible en cas de placenta accreta chez une femme désireuse de ce traitement après information sur le risque de récurrence et les complications potentielles liées à cette prise en charge (grade C). Dans ce cas, l'utilisation de méthotrexate n'est pas recommandée (accord professionnel).

En cas de découverte d'un placenta accreta lors de l'accouchement, il faut éviter une délivrance forcée (grade C). Le traitement conservateur est possible, tout comme la césarienne hystérectomie (grade C).

Pour les femmes présentant une anomalie d'insertion placentaire avec un haut risque hémorragique, la disponibilité rapide des produits sanguins doit être vérifiée auprès de la structure transfusionnelle (accord professionnel). Lorsqu'un risque hémorragique majeur est identifié, l'anesthésie générale (AG) peut être choisie d'emblée pour éviter les conversions en urgence dans des conditions difficiles (accord professionnel). Si une APM est choisie, l'analgésie péridurale ou la péri-rachi combinée est préférable (accord professionnel).

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

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

12 - Hémorragie secondaire du post-partum

Les hémorragies secondaires du post-partum (0,5 à 2% des accouchements) sont définies comme les hémorragies survenant entre 24 heures et 6 semaines après l'accouchement et nécessitant une action thérapeutique quelle qu'elle soit (**accord professionnel**). La cause la plus fréquente est une rétention de fragments placentaires et/ou l'endométrite plus ou moins associée à une involution utérine incomplète (**accord professionnel**). Les autres causes sont les faux anévrysmes de l'artère utérine et les fistules artério-veineu-

ses (anomalies vasculaires), le choriocarcinome et les coagulopathies. La prise en charge est fonction de l'étiologie et de la sévérité de l'hémorragie : antibiothérapie (**grade A**) et utérotoniques (**accord professionnel**). Ce traitement doit suivre les protocoles établis dans chaque établissement (**accord professionnel**). Le plus souvent, cette prise en charge se fera en hospitalisation (**accord professionnel**). En cas de persistance de l'hémorragie et de rétention de fragments placentaires, une aspiration curetage sous contrôle échographique ou une hystéroscopie opératoire est recommandée (**accord professionnel**). En cas d'anomalie vasculaire, l'embolisation sélective est le traitement de choix (**accord professionnel**).



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

Jean-Louis Baudelocque

et l'hospice de la maternité

B. SEGUY*

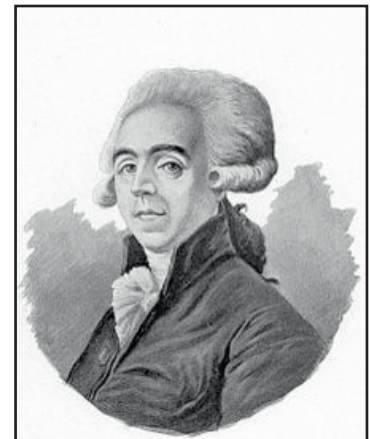
En 1781, il publie son célèbre traité "L'Art des accouchements" où il clarifie enfin les différents bassins physiologiques et pathologiques et les différentes présentations fœtales.

Jean-Louis Baudelocque est né en 1745, à Heilly, près d'Amiens, dans une famille médicale : son père était chirurgien de campagne et ses deux frères furent médecins. Initié par son père, il va ensuite à Paris pour compléter sa formation, et devient un assidu des cours d'obstétrique de Solayres. Il décide de se consacrer à cette spécialité, et reprend l'enseignement de son maître à la mort de celui-ci en 1772. Il publie, en 1775, un petit manuel destiné aux élèves sages-femmes *"Principes sur l'Art des accouchements par demandes et réponses en faveur des élèves sages-femmes"*.

C'est en 1776 qu'il est reçu Maître chirurgien à Paris avec sa thèse qui critique vivement la *"symphyseotomie"*, intervention proposée alors

comme alternative à la césarienne, qui, elle, tuait quasiment à tous les coups (lire Syngof n° 96 *"Histoire des premières césariennes"*). Très curieusement, Baudelocque resta favorable à la césarienne pendant toute sa carrière, alors que la quasi-totalité de l'élite obstétricale européenne, et notamment française, y était formellement opposée (24 morts sur 24 tentatives à Paris entre 1741 et 1800). La symphyseotomie, certes, laissait souvent des séquelles sérieuses chez la femme, mais ne tuait pas systématiquement. Son soutien têtu et non justifié à la césarienne, intervention inadaptée aux connaissances et pratiques de l'époque, est une ombre qui ternit son image.

En 1781, il publie son célèbre traité *"L'Art des accouchements"* où il cla-



Jean-Louis Baudelocque

rifie enfin les différents bassins physiologiques et pathologiques et les différentes présentations fœtales. Il y décrit également son pelvimètre externe, qui permettait d'avoir une certaine idée du diamètre antéropostérieur du détroit supérieur, et son forceps, dérivé du forceps français type Levret, avec, aux extrémités des manches recourbées vers l'extérieur, d'un côté un crochet, de l'autre un

Très curieusement, Baudelocque resta favorable à la césarienne pendant toute sa carrière.

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

perforateur (voir Syngof n° 80 "De quelques forceps exotiques"). Devant le succès de son ouvrage, il publie la seconde édition dès 1789.

Mais la Révolution se déchaîne alors sur Paris et la France, et dès mars 1791 un décret de la Constituante supprimait tous les examens, diplômes et corporations (1792 et 1793). Tout le monde pouvait exercer la médecine. C'était plus simple, surtout plus d'élite et plus de bons élèves, travailleurs et assidus. Il ne fallait pas discriminer !! Une pagaille indicible s'abattit alors sur les sciences médico-chirurgicales, et les charlatans de toutes origines régnèrent en maîtres. Devant cette catastrophe nationale, quelques esprits moins obtus que l'ultragauche révolutionnaire au pouvoir, lançaient des cris d'alarme et, dès 1794, la Convention, retrouvant un semblant de raison, créa "l'École de santé", regroupant les anciens ennemis, médecins et chirurgiens, dans les anciens bâtiments royaux de l'amphithéâtre de Jean Gondoin, construit par ordre de Louis XV, sur le terrain du Collège de Bourgogne, en face des bâtiments des Cordeliers (actuelle rue de l'École de médecine), l'enseignement pratique étant dispensé à l'Hôtel-Dieu et à la Charité.

Baudelocque est appelé à cette nouvelle école de santé pour y enseigner les accouchements. Mais il faudra attendre 1803 et le Consulat, pour que, de nouveau, soit reconnue l'utilité des examens et des diplômes, et que, plus particulièrement, la médecine ne puisse être exercée que par des praticiens dûment diplômés des "Écoles de médecine", nouveau nom donné par le Directoire.

Mais au milieu de tous ces chambardements, l'obstétrique faisait figure de parent pauvre qui avait toujours son sanctuaire, bien vieillot, à "l'Office des accouchées" du vieil Hôtel-Dieu, à cheval sur les deux berges du petit bras de Seine. Cet "Office des accouchées" fut, du XVI au XVIII^{ème} siècle, la plus importante maternité d'Europe

et le phare incontesté de l'art obstétrical naissant. Tous les grands noms de l'obstétrique européenne, puis du nouveau monde, passèrent par Paris. Cette prééminence était due à deux particularités : Paris était, à ces époques, la ville la plus peuplée d'Europe (Londres ne lui ravira cette place qu'au XIX^{ème} siècle) et le mode de recrutement de l'Office des accouchées était très particulier et se définissait ainsi "un asile contre le déshonneur pour les femmes grosses et gigantes d'enfants". Il s'agissait en effet d'un lieu cloîtré où le secret le plus absolu régnait quant à l'identité des parturientes, acceptées sans aucune distinction d'origine, à la seule condition qu'elles soient enceintes d'au moins huit mois. A cette époque, les mœurs étaient plus libres que ne l'auraient souhaité les curés, il n'y avait aucune méthode contraceptive (à part, parfois, le chiffon intravaginal imbibé de vinaigre. mais de pratique surtout professionnelle), et le fait d'être enceinte pour une fille non mariée était le déshonneur assuré et la mise immédiate au ban de la société. Il fallait donc pour ces pauvres filles engrössées, "cacher leur honte au public et à elle-même", et pour les filles du peuple, qui ne bénéficiaient pas des "facilités" de celles de la noblesse, l'hospice des accouchées de l'Hôtel-Dieu de Paris, et son anonymat garanti, était l'ultime recours.

Mais les locaux cloîtrés voués aux parturientes, même s'ils avaient été plusieurs fois déménagés dans l'en-



Hotel Dieu - le bâtiment sur la rive gauche
1865 Marville

ceinte du vieil hôpital (les premiers situés au rez-de-chaussée le long de la Seine voyaient l'eau monter jusqu'aux fenêtres lors des crues de ce fleuve indocile...) et se trouvèrent ensuite au 2^{ème} étage du long bâtiment construit sur la rive gauche entre le fleuve et la rue de la Bûcherie. Les accouchées sont plusieurs par lit (saines ou malades mélangées), les lits individuels étant rares, et les nouveau-nés laissés avec leurs mères car il n'y avait pas de berceaux. Les accouchements sont effectués par les "apprentissés" sous la surveillance et les conseils de la "maîtresse sage-femme". Elle pouvait faire appel à un médecin et à un maître-chirurgien, tous deux titulaires de l'Hôtel-Dieu. L'expérience unique que pouvaient y acquérir ces praticiens, explique que nombreux furent les médecins de France ou d'Europe qui essayèrent d'y pénétrer, mais seules quelques rarissimes autorisations ponctuelles furent délivrées, pour respecter le secret de cette maternité si particulière.



Port Royal -
Baudelocque



Lit et berceau individuels au XIX^{ème} siècle

Mais la fièvre puerpérale, "la fièvre de lait", faisait ici des ravages, comme dans toutes les maternités, mais sans doute plus ici encore qu'ailleurs, du fait de la surcharge permanente en parturientes et en accouchements, et de la vétusté des locaux. De multiples commissions émirent, au fil des siècles, de multiples avis et conseils, mais il fallut attendre 1778, et le début des améliorations de salubrité souhaitées par Tenon, pour que les accouchées soient transférées au troisième étage dans des locaux plus vastes, plus hauts de plafond et mieux aérés, avec des lits enfin individuels. Mais le sort des enfants n'était pas plus enviable : sur 1500 enfants qui naissaient en moyenne annuelle à l'Office, 1300 passaient aux "Enfants trouvés" soit par abandon ou par décès en couches de leur mère. Sur ces 1300, 1/3 mourrait la première année (surtout l'hiver).

Aussi, le 17 octobre 1795, la Convention décida qu'on placerait dorénavant les "enfants trouvés" dans l'ancienne "Abbaye de Port Royal", bâtiments relativement spacieux et entourés de jardins, au sud de Paris, et les femmes enceintes à "l'Oratoire", rue d'Enfer, les deux bâtiments, voisins, étant réunis sous le vocable de "l'Hospice de la maternité". On déplaça donc, en 1798, le matériel, les femmes et les enfants de l'Hôtel-Dieu à l'Hospice, où la maîtresse sage-femme en titre, Mme Lachapelle, continua ses fonctions avec rigueur et intelligence. Elle y fut

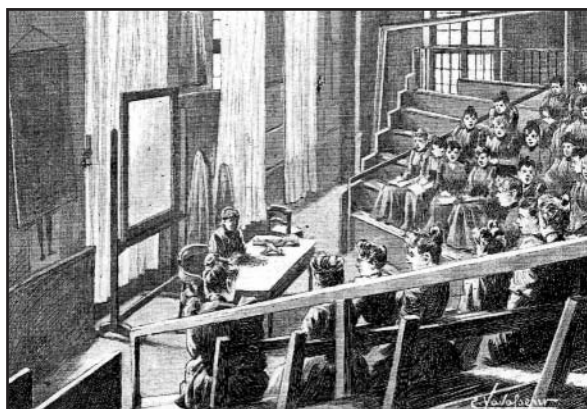
immédiatement rejointe par Baudelocque, nommé accoucheur en chef, Auvity, chirurgien en chef, Andry médecin contractuel, et Petit élève chirurgien. Dès la première année, il y eut 1891 hospitalisées, dont 1700 sortirent en bonne santé, 100 étant mortes.

C'est en 1802 que s'ouvre à l'Hospice une école de sages-femmes qui voit accourir des candidates de toute la France. Baudelocque s'y révèle un maître admiré et apprécié. Il axe son enseignement sur ses fameuses "questions - réponses", mais privilégie la pratique en utilisant des mannequins et surtout l'enseignement "au lit du malade". Rapidement le nombre des élèves, limité à 200 au début, double puis triple, et, parallèlement, Mme Lachapelle obtient, avec l'appui de Baudelocque, l'allongement des études de un à trois ans. Cette école et ses maîtres, Baudelocque et Lachapelle, allait servir de

modèle à toutes les écoles de France et d'Europe. En 1806, Napoléon nomme Jean-Louis Baudelocque titulaire de la chaire d'obstétrique, la première chaire de spécialité médicale en France.

Bien que travaillant quasiment à plein-temps à l'Hospice, Baudelocque, dont la renommée avait franchi les frontières, eut une riche et très sélecte clientèle internationale. Il fut le médecin accoucheur des reines d'Espagne, de Hollande, de Naples, et de toutes les dames de la Cour. Il avait été choisi pour mettre au monde l'héritier attendu par Napoléon et l'impératrice Marie-Louise. Hélas, frappé de congestion cérébrale, il n'allait pas voir naître le petit Roi de Rome. Il est mort le 2 mai 1810 à Paris et repose aujourd'hui au cimetière du Père Lachaise. C'est à l'Hospice qu'en 1822, le Dr de Kergaradec, élève de Laennec, démontra à Antoine Duges, neveu de Mme Lachapelle, accompagné de son interne, César Baudelocque, cousin de Jean-Louis, le bien-fondé de sa découverte des bruits du cœur fœtal (voir Syngof n° 97 "Surveillance du bien-être fœtal").

Enfin, bien plus tard, le nom "Hospice de la maternité" fut changé en "Clinique Baudelocque" pour désigner l'ancien couvent de Port Royal, devenu prison à la Révolution, avant d'accueillir les parturientes, jusqu'à nos jours.



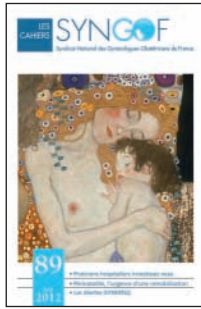
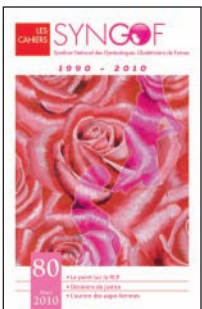
Élèves sages-femmes au XIX^{ème} siècle



Les Cahiers SYNGOF jour après jour



vous informent



Conseil d'Administration

du Syngof

Président

Docteur de ROCHAMBEAU
Hôpital privé Marne Chantereine
BROU SUR CHANTEREINE

Présidents d'honneur

Docteur COUSIN
Professeur GIRAUD
Docteur ROZAN

Vice-Présidents

Pôle Gynécologie Obstétricale Libérale

Docteur BOYER DE LATOUR
1 bd Schweitzer
SAINT QUENTIN

Docteur LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Pôle Praticiens Hospitaliers

Docteur FAIDHERBE
CHU Arnaud de Villeneuve
MONTPELLIER

Docteur LE PORS-LEMOINE
Centre Hospitalier - ST MALO

Pôle Gynécologie Médicale

Docteur GUERIN
13 bd des rochers - VITRÉ

Docteur HOMASSON
5 rue Chané - 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 LEOEUF
7 av. H. Barbusse
LE BLANC MESNIL

Docteur LEGRAND
12 rue de France - NICE

Docteur LE MEAUX
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Docteur LONLAS
6 rue de la manufacture
ORLEANS

Docteur MAALIKI
3 B rue A. Rodin
BESANCON

Docteur MIRONNEAU
16 crs du Général de Gaulle
DIJON

Docteur 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

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 GONDROY
Représentant le SYNGOF	Dr Gérard LONLAS gerard.lonlas@wanadoo.fr Pr Jacques HOROVITZ jacqueshorovitz@yahoo.fr	Dr Jean-Pierre LAPLACE djplaplace@free.fr Dr Pascale LE PORS-LEMOINE p.lepors@ch-stmalo.fr

Délégués régionaux

du Syngof



Alsace

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

Aquitaine

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

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

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

Auvergne

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

Bourgogne

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

Bretagne

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

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

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

Centre

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

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

Corse

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

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

Franche-Comté

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

Ile-de-France

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

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

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

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

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

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU
Hôpital Privé de Marne
Chanteraine
77177 BROU SUR CHANTERAIN
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 : jpfrankebalme@hotmail.com

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



Alerte


Ayant fait l'acquisition d'un échographe VOLUSON P6 il y a un an, je suis très étonné de recevoir un courrier me proposant un contrat de service "LIGHT 1 SONDE", me proposant un contrat pour 3 ans avec une prime annuelle de 3024 euros TTC.

Ci-contre la photocopie de ce contrat. Je suis étonné des prix exorbitants proposés et de la non information de cet état de fait lors de l'achat de la machine. J'aimerais donc mettre en garde les confrères devant ces pratiques commerciales.

Je ne suis pas le seul à trouver que cette "assurance" est hors de prix et je connais nombre de confrères qui n'y ont pas souscrits.

Merci de bien vouloir diffuser cette alerte.

*Bien amicalement,
Docteur Didier HERY*

 GE HEALTHCARE TECHNOLOGIES ULTRASOUND

CONDITIONS PARTICULIÈRES – DC/PS

CONTRAT DE SERVICE « LIGHT 1 SONDE »
N° 155Q90703 -

ENTRE les SOUSSIGNES :

La Société GE Medical Systems SCS – 24 avenue de l'Europe – CS 20529 - 78457 VELIZY CEDEX

ET DOCTEUR HERY
9, rue Neuve St Charles
84000 AVIGNON N° Client : 3758041X

Ci-après dénommé le TITULAIRE

- **Date de prise d'effet :** 24 SEPTEMBRE 2015 - **Fin de contrat :** 23 SEPTEMBRE 2019
- **Equipements à maintenir :**
> ECHOGAPHE VOLUSON P6 BT 14 S/N 261059SU0 - Sondes standard : EBC-RS/4C-RS
N° DE SYSTEME: U375804101
- **Prestations convenues :**
CONTRAT « N » INTERVENTIONS et « 1 » SONDE par an.
- 1 visite préventive annuelle avec contrôle de performance de l'équipement
- Délai de remise en état : 48 heures (jour ouvré)
- Main d'œuvre totale, déplacements illimités, pièces illimitées
- Communication par Centre d'Appel dédié
- **Montant de la prime annuelle :** 2 800,00 € HT soit 3 360,00 € TTC
Avec TVA en vigueur soit 20 %
- **Remise fin de garantie :** 280,00 € HT soit 336,00 € TTC
Avec TVA en vigueur soit 20 %
- **Montant de la prime annuelle remisé :** 2 520,00 € HT soit 3 024,00 € TTC
Avec TVA en vigueur soit 20 %
- **Facturation trimestrielle à terme à échoir**
- **Toute année commencée est due.** Cependant la désinstallation du matériel est une clause de résiliation sous réserve des délais prévus aux conditions générales.
- **Bris de sondes :** en cas de bris de sonde, remise de 50% sur le remplacement de celle-ci par une sonde en échange standard
- **La signature** de ce contrat entraîne l'acceptation pleine et entière des conditions générales de vente ci-jointes.

Sylvie POMMIER
Directeur Service Produits Ultrasons

Pour le TITULAIRE(*)
Le

(*)Cochet et Signature précédée de la mention manuscrite "lu et approuvé"
GENS Société en Commandite Simple – Siège Social 283 Rue de la Minière – B.P. 34 – 78533 Buc Cedex – ou capital de 85 418 940 Euros
Vente et Service France 24 avenue de l'Europe – CS 20529 - 78457 Velizy cedex – Tél: 01 34 49 50 00 – Fax: 01 34 49 51 26
RCS VERSAILLES 8 315 013 359 – SIRET 315013 359 00155 – APE 2660 Z

Petites annonces

Toutes les annonces doivent être adressées à :

Syngof
BP 60034

34001 MONTPELLIER Cedex 1
ou passez directement votre annonce

sur le site :

<http://www.syngof.fr>

Ventes

■ 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

■ 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

■ 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 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'Agen. SCM avec consoeur. Consultations de gynécologie médicale. Suivi grossesses. Echographies gynéco-obstétricales.

T. 06 26 13 28 00

■ CASTRES

Cause départ, cède cabinet installé depuis 30 ans. Clientèle fidèle et importante. Gynécologie, obstétrique, colposcopie, échographie en association dans SCM.

T. 06 67 29 43 81

■ PARIS

Vente cabinet médical (murs) tenu par deux gynécologues depuis 2001. Très bien placé. Surface 69.5 m², deux cabinets de consultation indépendants, une

salle d'attente. Clair, rez-de-chaussée donc accès handicapés et poussettes facile. Très bon état.

Tél. 06 07 14 07 05

Associations

■ CHATEAURENARD

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

Tél. 06 07 12 45 44

■ PARIS

Recherchons un gynécologue obstétricien libéral pour des vacances (secteur I ou II). Deux gynécologues, une endocrinologue, deux cardiologues et une sage-femme sur place. Beaucoup de demandes de consultations, pathologies variées et complémentaires des autres spécialités. Possibilité de pratiquer des colposcopies et des échographies obstétricales sur un Voluson GE E6. Aucun apport demandé, et conditions très intéressantes.

T. 06 09 33 38 75

■ LYON

Opportunité d'installation en gynécologie chirurgicale et médicale dans une importante clinique multidisciplinaire de l'ouest de Lyon en fin de rénovation, hyper équipée (16 blocs, IRM, PET-SCAN, 2 scanners etc.) et sans maternité.

T. 04 78 47 57 65

■ 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

■ 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

■ MARSEILLE

Préretraite, cabinet de gynécologie obstétrique grosse activité. Association avant cession trois jours par semaine libres actuellement. Conditions à étudier.

T. 06 07 05 22 02

■ CHAMPIGNY SUR MARNE

Gynéco. obs, secteur 2, grosse patientèle cherche remplaçant(e) en vue association puis cession. Départ retraite prévu fin 2017. Possibilité accès clinique.

Tél. 06 07 59 80 28

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

■ MONTBELIARD

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

Tél. 06 05 76 18 03

■ 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

Le coin des cinéphiles du siècle dernier

TCM
cinéma

L'intégrale de TCM d'octobre

Laurence Olivier : le Baron du 7^{ème} art



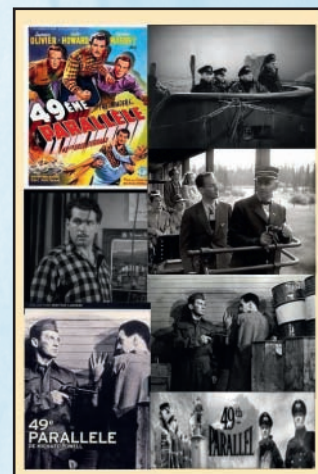
L'Angleterre le considère comme un trésor national, l'Amérique en a fait un de ses acteurs fétiches. Sans lui, les pièces de Shakespeare n'auraient jamais eu un tel impact sur le cinéma hollywoodien. Sa silhouette et sa voix sont inimitables, son goût du risque et de la métamorphose, inégalés. *Ladies and Gentlemen*, le Baron Laurence Olivier entre en scène pour un tour d'honneur sur TCM Cinéma.

Cet homme de théâtre (premier rôle à 9 ans) est irrémédiablement lié à l'oeuvre de William Shakespeare. Alors qu'il triomphe sur les planches, il tente l'impossible : offrir au public mondial des adaptations cinématographiques dignes de ce nom. Entre 1944 et 1955, l'acteur réalise et interprète les trois premiers grands films shakespeariens de l'histoire du cinéma : *Henry V* (qui lui vaudra un Oscar d'honneur), *Hamlet* (Oscar du meilleur film et meilleur acteur) et *Richard III*. Trois films aux choix audacieux, presque expérimentaux, dont les dialogues et personnages expurgés lui vaudront les foudres des Shakespeariens intransigeants. La critique ne se montrera pas tendre non plus avec l'une des meilleures adaptations du classique de Jane Austen, le très beau *Orgueil et préjugés*, qui voit Laurence Olivier s'emparer d'un autre classique du patrimoine anglais l'année du Rebecca d'Hitchcock.

Car le talent de Laurence Olivier repose en partie sur ses choix artistiques. Ne reculant devant rien, toujours là où on ne l'attend pas, Olivier apparaît dans les grands thrillers des années 60 et 70. En vieux chasseur de Nazi sur les traces du complot fantastique initié par le Dr Mengele dans *Ces Garçons qui venaient du Brésil*, image inversée de son célèbre rôle de dentiste tortionnaire dans *Marathon Man* face à Dustin Hoffman. Il joue également dans le thriller psychologique méconnu d'Otto Preminger, *Bunny Lake a disparu* et *Le Verdict*, dans la peau d'un professeur accusé de détournement de mineure.

Goût du risque, donc, et rôles à contre-emploi. Seul un acteur de la trempe de Laurence Olivier peut réussir à incarner le Mahdi, héros messianique du siège de *Khartoum*, sans sombrer dans la caricature. Même constat avec *Les Souliers de Saint-Pierre*, très beau film sur la foi qui place Laurence Olivier à la tête du Soviet Suprême. Son magnétisme parvient même à sublimer d'honnêtes films de propagande comme *49^{ème} Parallèle* (réponse directe du tandem Powell/Pressburger à Joseph Goebbels), *Nuages Sur l'Europe* ou *La Conquête de l'air*, un docudrama sur l'histoire de l'aviation.

Laurence Olivier joue aussi dans de jolies romances hollywoodiennes pré-Code comme *Westward Passage* et *Friends And Lovers* (en rival amoureux de von Stroheim !). Dans le même registre, *Le Divorce de Lady X* et *Le Prince et la danseuse* dévoilent une facette plus comique de ses talents d'acteur. Deux films enfin pour conclure, deux rôles plus poétiques. *Le Cabotin* tout d'abord, dans lequel Laurence Olivier incarne un acteur de music-hall vieillissant, dernier avatar d'un monde du spectacle en pleine évolution. *I Love You Je t'aime*, enfin, une belle histoire d'amour entre deux adolescents. Pour les chaperonner, un vieux monsieur à l'accent français délicieux nous entraîne dans son sillage enchanteur dix ans avant de quitter définitivement le feu des projecteurs...



Je remercie Klervi Talbot de TCM pour l'aide apportée.

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

Marc-Alain ROZAN



Agenda

- 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

materno@sfr.fr

www.maternologie.fr

24 au 27 octobre 2015

ESGO19 European Gynaecological Oncology Congress 2015

NICE

Renseignements :

esgo2015.esgo.org

- 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

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

Tél. 02 31 27 19 18

jpcom@jpcom.fr

20 au 21 novembre 2015

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

Espace Tête d'Or

LYON

Renseignements : JPCOM

Tél. 02 31 27 19 18

jpcom@jpcom.fr

EPUNG
Faculté de Médecine
7 5 0 0 6 P A R I S

**Enseignement Post
Universitaire National
de Gynécologie**

16 octobre :
Pathologie cardio vasculaire et
gynécologie

17 octobre :
Endocrinologie et gynécologie

Renseignements : M. Odile
FRANCIS
fncgynmed@gmail.com

20 novembre 2015

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

Hôpital Américain
PARIS

Renseignements :

Tél. 01 42 86 55 69 ou 79

congres@eska.fr

<http://www.eska.fr>

- décembre -

10 et 11 décembre 2015

Cours d'imagerie du sein Espace Saint-Martin PARIS

Pièges, trucs et astuces au quotidien
en imagerie du sein

Renseignements : JPCOM

jpcom@jpcom.fr

2 au 4 décembre 2015

39^{ES}

JOURNÉES
NATIONALES

2 AU 4 DÉCEMBRE 2015
NANTES

COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES
ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

Renseignements : Patricia LEMOINE

T. 01 43 43 01 00

<http://www.cngof-congres.fr/>

SYNGOF
Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France

Syngof
Santé/médecine/produits pharmaceutiques

68 personnes aiment ça

Inviter des amis à aimer cette Page

À PROPOS

- Demander l'adresse de Syngof
- Demander le numéro de téléphone de Syngof
- <http://syngof.fr/>

PHOTOS

Syngof
Hier, à 09:23 · 🌐

<http://syngof.fr/.../recours-a-la-peridurale-en-france-non-a.../>

Recours à la péridurale en France : Non à l'instrumentalisation des chiffres à des fins...
Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France
SYNGOF.FR

J'aime Commenter Partager

Rejoignez-vous sur Facebook



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

