

LES
CAHIERS

SYNGOOF

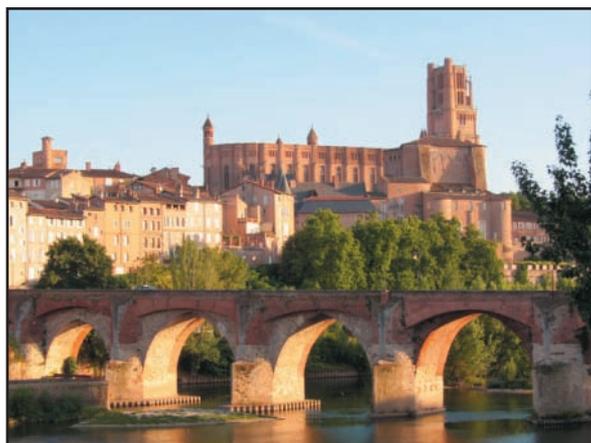
Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



103

Décembre
2015

- Présentation "Gynerisq équipe"
- Procédure ROSP 2016
- Symphyséotomie vs césarienne



Séminaire Gynélog – MedyCS

23 au 25 septembre 2016

ALBI

Les connexions de MedyCS

- Avec les producteurs de données numériques (laboratoires, échographes) par HPRIM
- Intégration sécurisée des données numériques venant des laboratoires : paramétrage HPRIM 1 et HPRIM 2
- Intégration des données numériques fournies par l'échographe à travers un serveur DI COM
- Avec les logiciels d'établissement. Cadre juridique en faveur de la liberté du médecin de choisir son logiciel et son devoir de faciliter le transfert des données au logiciel de l'établissement.

*organisé par l'association GYNELOG en partenariat avec GEMA
pour 25 médecins éligibles au DPC - OGPC*

Si la demande est faite dès maintenant

L'éligibilité pour les PH à la FMC des hôpitaux publics peut être étudiée sur votre demande par GEMA avec votre établissement.

L'éligibilité pour les sages-femmes sera étudiée en tenant compte de leur statut libéral ou salarié.

MedyCS équipe les trois plus grosses cliniques de France :

*Polyclinique de l'Atlantique à Saint-Herblain, Clinique d'Ambroise Paré
et Clinique Sarrus-Teinturiers à Toulouse
et de nombreux autres établissements privés et publics.*

N'hésitez pas à vous pré-inscrire à

syngof@syngof.fr

T. 04 67 04 17 18

2 Éditoriaux

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

INFORMATIONS SYNDICALES

- 4** CA du 11 décembre 2015
B. de ROCHAMBEAU
- 10** Une sage-femme n'est pas un gynécologue
B. de ROCHAMBEAU
- 11** Médico-Légal
B. de ROCHAMBEAU
- 12** Procédure ROSP 2016
O. MULTON
- 14** Avenir Hospitalier
Communiqué de presse
- 15** INCA
E. PAGANELLI
- 16** Quand prescrire Diane en 2015 ?
E. PAGANELLI
- 17** Recommandations sur le bon usage des anti-infectieux
E. PAGANELLI

GYNERISQ

- 18** Présentation de "Gynerisq équipe"
S. FAVRIN

INFORMATIQUE

- 23** Les différents aspects de la sécurité pour le logiciel MedyCS de Gynelog
J. MARTY

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

- 32** Symphyséotomie vs césarienne : une controverse obstétricale européenne
B. SEGUY

VOS RUBRIQUES

- 38** Championnat de France Cycliste des gynécologues
- 41** Propos de lecture
- 42** Conseil d'administration
- 43** Commissions de qualification
- 44** Petites annonces
- 45** Les annonces de recrutement

103

décembre

The Bridgeman Art Library



In the Garden, 1903/04 (oil on canvas)
Cassatt, Mary Stevenson (1844 - 1926)
Detroit Institute of Arts, USA
Gift of Dr E. Stillman

Directeurs de la Publication :

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

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

Régie publicitaire :

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

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

syngof@syngof.fr
www.syngof.fr

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

Créateur des Cahiers Syngof :

Raymond Belaïche

Conception et Réalisation :

Nadine Prugny

Maquette P.A.O. : Nadine Prugny

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 4^{ème} trimestre 2015

Imprimé en France

SOULIE Imprimeur - 34110 FRONTIGNAN

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



FRANÇOIS - XAVIER BOYER DE LATOUR
DIRECTEUR DE PUBLICATION

Exercer hors convention

Il y a quelques années le choix de ce mode d'exercice aurait été inenvisageable. Mais Madame Touraine est passée par là, et de nombreux confrères y réfléchissent maintenant.

Quelles en sont les principales conséquences pour le praticien :

- Il retrouve une liberté tarifaire cependant toujours limitée par le tact et mesure,
- Il est libéré de certaines contraintes administratives (dont la télétransmission),
- Il doit cotiser au RSI (comme les médecins de secteur 2) ce qui constitue un surcoût pour les praticiens exerçant en secteur 1.
- Il doit également cotiser aux URSSAF, en revanche ses cotisations à la CARMF seront diminuées de l'ASV.
- Attention pour les médecins exerçant en secteur 2, ils ne sont pas assurés de pouvoir retourner dans ce secteur s'ils le souhaitent, par la suite, lors d'une nouvelle convention.

Quelles sont les principales conséquences pour le patient :

- Les consultations ne seront remboursées que de 0,98 €
- Pour les actes techniques ils ne seront remboursés que sur la base de 16% du tarif de la convention (par exemple 50 € pour un accouchement).
- En revanche, ses prescriptions seront normalement remboursées.

Voici les principaux éléments de votre choix.

Bonne réflexion



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION

Le BLOC a conforté sa place de syndicat représentatif des médecins spécialistes.

L'année 2015 se termine, elle a été une année de combat syndical. Le 17 décembre la loi de modernisation du système de santé, dite *loi de santé* a été votée en dernière lecture par la majorité à l'Assemblée nationale. Deux fois les médecins ont manifesté ensemble par des grèves des soins leur opposition à ce texte, deux fois ils les ont interrompus pour se mobiliser au secours des victimes des attentats sanglants qui ont marqué l'année 2015. L'exacte conjonction de ces deux calendriers nous fait réaliser qu'il existe une hiérarchie dans les menaces pour nos libertés. Dans les deux cas une période nouvelle s'ouvre, la médecine libérale s'adaptera à une nouvelle donne financière, notre vie quotidienne s'adaptera à une menace terroriste permanente.

2015 a aussi été l'année des élections professionnelles qui ont redessiné la représentativité syndicale, chacun comptant ainsi ses forces à la veille des négociations de la nouvelle convention qui liera les médecins et l'assurance maladie. Le SYNGOF a mobilisé, avec ses alliés de l'UCDF et de l'AAL au sein du BLOC, au-delà des acteurs des plateaux techniques lourds, pour marquer avec détermination son attachement à une médecine libérale de qualité et à la sauvegarde de la liberté de choix des patients pour les soins de santé. Le BLOC a ainsi conforté sa place de syndicat représentatif des médecins spécialistes, et lui permet de s'afficher en Ile de France comme le premier syndicat de spécialistes. Avec ses alliés, il sera force de propositions pour une convention qu'il puisse enfin signer.

Le SYNGOF s'est opposé fermement au démantèlement de la spécialité médicale de gynécologie au profit des sages-femmes. Cette dégradation du niveau médical des soins prodigués spécifiquement aux femmes, planifiée par l'administration de la santé, menace la santé des plus fragiles d'entre elles. Le SYNGOF, qui préside en 2016 le CNPGO, s'opposera avec l'ensemble des composantes de la spécialité, à cette évolution. Il proposera dans le cadre du CNPGO une définition précise des rôles respectifs de chaque profession.

Au nom du Conseil d'administration du SYNGOF, je vous présente tous nos vœux de bonheur, au sein de vos familles comme de vos implications professionnelles. Que 2016 soit une année faste au service de la santé de toutes les femmes.

Conseil d'administration

11 décembre 2015

B. de ROCHAMBEAU*

Nous avons passé ce mois-ci une convention entre SHAM et GYNERISQ que nous entendons faire progresser au profit de la profession.

é

étaient présents les Docteurs :

CACAULT, DE BIÈVRE, DE ROCHAMBEAU, DEFFARGES, DREYFUS, GUERIN, GUIGUES, HOMASSON, HOROVITZ, JELEN, LAPLACE, LONLAS, MARTY, PAGANELLI, RIVOALLAN, THIEBAUGEORGES, VERHAEGHE.

Étaient excusés les Docteurs :

BASTIAN, BLUM, BONNEAU, BOYER, DARMON, DENJEAN, FAIDHERBE, GERAUDIE, GRAVIER, LEOEUF, LEGRAND, LE PORS, MIRONNEAU, PEIGNÉ, TEFFAUD, TOURAME.

Ouverture du Conseil d'Administration par le Président. Il présente le Dr Jean Valère DEFFARGES qui va remplacer le Dr Michel ROUGÉ au sein du SYNGOF. Chaque administrateur se présente au Dr DEFFARGES.

Approbation du procès-verbal du précédent CA

Le procès-verbal est adopté à l'unanimité.

Le point sur la Responsabilité Civile Professionnelle J. MARTY

Le Dr MARTY fait le point sur la responsabilité civile.

Deux opérateurs le Cabinet BRANCHET et SHAM fournissent l'assurance du plus gros contingent des gynécologues obstétriciens libéraux, Le Cabinet BRANCHET n'est pas un assureur mais un courtier qui avait créé une assurance *Médical Insurance Company* en Irlande pour profiter des facilités réglementaires offertes par ce pays, après le retrait des assureurs du marché en 2002. Il offrait alors des primes bien en dessous des autres opérateurs et acceptait tous les praticiens de nos spécialités à risque. Lorsque M. François BRANCHET a pris sa retraite vers 2012, il a vendu son cabinet de courtage au courtier lillois VIERSPIEREN et

l'assurance MIC à MMA. A la tête du cabinet de courtage nous avons eu le plaisir de retrouver Philippe AUZIMOUR et l'équipe qui avait animé il y a 10 ans le courtier MARSH jusqu'à ce que l'assureur HANOVER ne se retire et ne fasse tourner court cet épisode. Philippe AUZIMOUR nous a annoncé cette année la rupture entre le courtier BRANCHET et MIC-MMA et après des tractations difficiles cet été, a contracté avec un assureur américain. Le Dr DREYFUS intervient pour dire qu'il s'agit de MEDPRO dont le président est Warren BUFFETT qui assure les spécialités à risque. Une restructuration est en cours. C'est une phase de transition pour les primes d'assurance.

Le Dr MARTY reprend la parole pour dire aux membres du CA que la prime de base chez MEDPRO est à 28 000€ pour les gynécologues obstétriciens. C'est prohibitif. Car ce tarif de base dépasse le plafond de prise en compte du calcul de l'aide à l'assurance qui est de 25 200€.

Le cabinet avait été sélectif, laissant sur le carreau des praticiens qui avaient eu des sinistres même s'ils

*Le BLOC en Ile de France est le premier syndicat
des médecins spécialistes.*

* 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.

n'avaient pas été finalement jugés fautifs.

Enfin la pérennité de la participation de cet assureur étranger reste incertaine. Nous avons déjà connu les soucis liés aux changements d'assureurs étrangers: Ace - Saint Paul, Hanover et autres qui ont fait un petit tour et s'en sont allés laissant sur le carreau les courtiers et nous.

Nous avons donc, très récemment, exprimé ces réticences à Philippe AUZIMOUR que nous apprécions car il a été le premier à faire bénéficier GYNERISQ des données d'expertise pour travailler sur la responsabilité. Nous maintenons ce partenariat concernant les données.

Le deuxième opérateur est non pas un courtier mais un assureur SHAM. Cet assureur Français a été créé il y a une quinzaine d'années par les directeurs d'hôpitaux quand les établissements n'ont plus bénéficié de la couverture de l'état comme c'était la règle pour les organismes publics. Depuis quelques années il a étendu sa compétence aux établissements privés et aux praticiens à risques privés. Le gros avantage de SHAM est que les primes d'assurance sont autour de 20 000€. Si l'établissement est assuré par SHAM le tarif est même en dessous (ex: - 8% à Bordeaux).

Avec l'arrivée à sa tête de D. GODET et le recrutement de de VALMONT comme directeur médical, SHAM a amélioré sa relation avec les professionnels libéraux. Nous avons passé ce mois-ci une convention entre SHAM et GYNERISQ que nous entendons faire progresser au profit de la profession.

Sur le plan tarifaire s'il n'y a pas de sinistralité sur plusieurs années nous pourrions avoir des primes réduites progressivement de 5% par an jusqu'à 40%.

SHAM met lui aussi maintenant ses expertises de sinistres à la disposition de GYNERISQ pour l'élaboration des *Gynerisq'Attitudes*. Annuellement nous procéderons à un bilan partagé sur la sinistralité, sur la gestion des sinistres, l'analyse de la jurisprudence et la fixation des objectifs par rapport à l'année suivante dans le cadre de la défense de la profession.

GYNERISQ ou le SYNGOF seront autorisés à intervenir dans les situations individuelles auprès de SHAM pour faire valoir des arguments lorsque la sinistralité individuelle pourrait conduire SHAM à refuser un médecin, voudrait augmenter sa prime ou le radier. Ce n'est pas parce qu'un médecin s'est parfaitement défendu et qu'il a été reconnu innocent que les assureurs n'augmentent pas sa prime d'assurance.

C'est un partenariat qui nous semble intéressant pour nos confrères tant sur le plan des tarifs que sur le plan des sinistres.

Le Dr DREYFUS met en garde contre le risque d'avoir les intérêts du médecin sacrifié au profit de l'établissement qui est un client plus important lorsque SHAM assure l'établissement et le médecin ce que ne fait pas BRANCHET.

Le Dr MARTY répond qu'à l'heure actuelle il n'a pas encore vu la concrétisation de ce vrai risque théorique de privilégier entre les deux clients le plus

important. Il considère même qu'une défense commune évite le risque de défausse de l'un sur l'autre et la reconnaissance de la faute de l'établissement par le médecin ou l'inverse qui habituellement fait condamner les deux. Quand établissement et médecin sont solidaires ils ont de meilleures chances de défendre ensemble l'absence de faute.

Dans tous les cas les SYNDIQUÉS ont intérêt à contacter le SYNGOF au plus tôt s'ils sont mis en cause ou s'ils ont une difficulté d'assurance pour que nous puissions avec GYNERISQ leur donner des avis suffisamment précoces pour qu'ils leur soient utiles. Rattraper une affaire mal engagée est beaucoup plus difficile.

En dehors de BRANCHET et SHAM les autres opérateurs AXA, MACSF sont anecdotiques et de plus en plus chers. Mais bien des confrères désireux de rester fidèles attendent que leurs primes deviennent intolérables pour demander un devis à celui qui est le plus intéressant actuellement et qui est SHAM. **Mauvais calcul:** Il ne leur faut pas retarder du tout ce changement car plus ils se rapprochent de l'âge prévisible de leur retraite, moins ils intéressent SHAM. En effet la dernière année d'exercice l'assureur perçoit une seule prime et maintient leur couverture 10 ans pour les réclamations qui interviennent dans les 10 premières années de leur cessation d'activité (subséquente).

SHAM accepte comme BRANCHET de nous donner la répartition des montants des primes d'assurance des

gynécologues obstétriciens pour argumenter auprès des Pouvoirs publics pour le respect, enfin, de l'obligation de revalorisation du plafond pour le calcul de l'aide à l'assurance (décret 185.1 de la SS ainsi rédigé: *"Les seuils maximum d'appel de cotisation mentionnés ci-dessus évoluent chaque année en fonction d'un indice des primes de responsabilité civile médicale de la spécialité ou du groupe de spécialités concernés, dans des conditions fixées par décret.*

Cet indice est fondé sur des informations transmises annuellement par les entreprises d'assurance couvrant en France les risques de responsabilité civile mentionnés à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique").

Le parlement n'a pas voté cette année la prise en charge par le fonds de garantie, les épuisements de couverture pour les sinistres les plus lourds déclarés avant 2012.

Une vingtaine de confrères ont reçu de leur assureur l'information qu'ils étaient ainsi sous cette menace.

Autrement dit les menaces de ruine pour les trous de garanties créés par la loi du 4 mars 2002 persistent après les votes de la loi santé et de la loi de finance qui ont finalement évacué le sujet alors que le sénat l'avait voté.

Nous avons beaucoup travaillé sur ce sujet avec les parlementaires. Le Pr Rémi PELLET a été l'auteur, pour nous, d'une note qui propose la solution de la prise en charge de ces épuisements par le *Fonds de Garantie de réassurance*. Le Trésor qui a la tutelle des assurances et de ce fonds aurait reconnu la justesse de notre calcul. Ces dossiers de *"trou de garantie"* ne dépasseraient pas en tout 40 M€ et pourraient être réglés par les excédents du fonds qui se constituent à raison de 20M€ collectés chaque année puisque l'épuisement des assurances pour les sinistres déclarés après 2012, que doit prendre en charge réglementairement ce fonds, n'interviendra pas,

au pire, avant une dizaine d'années. Cette note aurait été bien considérée par les Pouvoirs publics. Il nous faut donc poursuivre notre lobbying auprès des parlementaires pour obtenir l'introduction de cette disposition législative l'année prochaine. Par ailleurs, nous n'avons toujours pas obtenu la signature par la ministre de la lettre qui permettrait de faire bénéficier de l'aide à l'assurance les confrères Fivistes.

En effet le nombre d'échographies pour surveillance de l'ovulation avant PMA les fait classer injustement parmi les gynécologues médicaux ce qui les prive de l'aide à l'assurance.

Le directeur adjoint de cabinet de la ministre nous avait écrit, en janvier 2015, nous annonçant que cela allait se débloquer. Mais depuis rien ne s'est passé. Cela fait 2 ans et demi que nous travaillons sur ce dossier mais la ministre fait toujours obstruction, montrant par là son désamour des médecins libéraux avec le soutien de tout le gouvernement.

Le point sur la loi santé **B. de ROCHAMBEAU**

La loi est sur le point d'être votée une troisième fois (les derniers articles qui n'ont pas encore recueilli un accord entre les 2 chambres) et la séance définitive à l'Assemblée nationale est le 17 décembre.

Ensuite la lecture définitive sera proclamée par le Président de l'Assemblée Nationale et la loi sera adoptée. Plusieurs projets de recours sont en cours de rédaction sur les articles qui dérangent le plus. On ne peut attaquer à ce moment-là que sur le plan constitutionnel. C'est en cours d'étude. Ce sont les dernières actions que l'on pourra faire. Ensuite il faudra attendre les décrets d'application.

En ce qui concerne le tiers payant, qui concerne tout le monde, on attend une mission de faisabilité entre la CPAM et les complémentaires. Ce rapport technique devait être

fourni le 31 octobre 2015 et il n'est pas encore sorti.

Le Président et le premier ministre ont dit plusieurs fois officiellement que le tiers payant généralisé devrait être simple et naturel. A priori, c'est cette simplicité que l'on n'arrive pas à écrire. Il nous faut attendre.

Même si le système est simple et que ce tiers payant est rendu obligatoire fin 2017 nous serons confrontés au fait qu'il n'y aura plus d'argent qui circulera sauf pour les secteurs 2 avec les dépassements.

Ce sont les conditions pour qu'interviennent les complémentaires et leurs réseaux qui pourront prétendre offrir à leurs sociétaires des soins *"all inclusive"*. Ils iront démarcher les établissements car ils ne peuvent démarcher les médecins, la loi le leur interdit. Ils ont déjà commencé à démarcher pour la chirurgie orthopédique entre autres: ce sont les contrats proposés par la société *"Santéclair"*.

Si vous vous regroupez avec vos confrères, ce qui est de plus en plus le cas, vous pourrez être immatriculé comme un établissement, vous serez donc considérés comme un établissement et vous pourrez signer avec les complémentaires.

Il sera très difficile pour beaucoup de refuser...et ce jour-là ils auront perdu la liberté de leurs honoraires et ces réseaux de soins imposeront, à terme, les moyens qu'ils auront pour soigner leurs patientes. Ce sera la fin de notre liberté d'exercice et pour les patients la fin du choix de leur médecin. Je pense que l'on est dans un changement profond de nos rapports avec nos patientes.

C'est la raison du front uni de la profession face à cette situation.

En épilogue nous avons eu une réunion toute récente avec la ministre de la santé qui a été vécue comme une démission face à toute l'opposition que nous avons pu afficher durant toute l'année.

Nous sommes allés à la réunion au nom du BLOC pour la préparation de la nouvelle convention qui sera dis-

cutée en 2016. Elle voulait entendre les syndicats avant de donner sa lettre de cadrage à Nicolas REVEL le directeur de la CNAM.

On a porté les préoccupations du BLOC et du SYNGOF (voir les communiqués de presse sur syngof.fr). La première a été d'affirmer notre liberté tarifaire face à l'arrivée des réseaux qui représentent une menace très importante. Ensuite nous avons dénoncé à nouveau le contrat d'accès aux soins qui est déjà un pré-réseau. Tout ce pour quoi nous nous battons se trouve réaffirmé par notre victoire aux élections URPS du 2^{ème} collège.

Nous sommes en cours d'une enquête de représentativité qui devrait affirmer que le SYNGOF via le BLOC est une force de négociation importante chez les spécialistes. En 2020 nous risquons de retomber dans un schéma généraliste/spécialiste donc il est important que notre représentativité soit reconnue.

Nous avons anticipé lors de ces dernières élections et dans deux régions, en Bourgogne Franche-Comté et en Ile de France nous avons des élus dans le Collège des spécialistes médicaux sous la bannière du BLOC. Ceci fait du BLOC en Ile de France le premier syndicat des médecins spécialistes.

Nous avons aujourd'hui une représentativité qu'on ne peut plus nier.

Je remercie tous ceux qui ont participé à la mobilisation générale. Nous avons rempli nos objectifs. Cela nous permet de nous prémunir contre l'avenir si nous ne parvenons pas à modifier cet article de la loi qui prévoit la disparition de notre représentation spécifique comme acteur des blocs opératoires. C'est un modèle qu'il nous faudra étendre aux prochaines échéances.

Nous avons rappelé à la ministre que notre détermination n'a jamais faibli et que seuls les événements du 13 novembre ont changé la donne. De ce fait elle ne peut pas faire passer cette loi sans que la profession dans son ensemble ait manifesté son désaccord sur beaucoup de points. Elle l'a entendu. J'ai profité de cette der-

nière réunion pour présenter nos interrogations spécifiques comme le problème de RCP que Jean MARTY vient de vous le retracer, afin de maintenir cette pression. Nous n'aurions pas pu avoir cette écoute si nous n'avions pas fait tout ce travail de représentativité avec le BLOC.

Le SYNGOF à l'heure actuelle pèse et existe. Nous sommes entendus et nous agissons.

Je remercie tous ceux qui ont œuvré à cette stratégie et Jean en particulier.

Le Dr MARTY prend la parole pour rajouter que le syndicat va entrer dans une discussion de la convention alors que la convention actuelle n'est déjà pas respectée par les Pouvoirs publics. *"Nous avons une CCAM qui avait prévu le financement du travail médical et le financement des charges soit le coût de la pratique. La convention avait prévu que le coût de cette pratique soit revu régulièrement or nous avons vu à travers le temps que ce n'était pas fait. Et surtout quand on leur en parle au cours de la réunion CHAP, les Pouvoirs publics disent qu'ils ne regarderont pas le coût de la pratique car le regarder serait le revaloriser or ils n'ont pas les moyens de le faire.*

Comment croire leurs engagements alors qu'ils ne les respectent pas ?"

Discussion avec la salle

**CNPGO
Appel à
candidatures
pour la com-
mission
"place des sages-
femmes"
en GM, GO
publique et GO
privée
B. de ROCHAMBEAU**

Il y a une co-présidence pour le CNPGO et cette année c'est le Dr de ROCHAMBEAU qui copréside en tant que Président du SYNGOF. Cette présidence tournante permet d'avoir des vues complémentaires.

"Cette année j'ai fixé comme objectif: la délimitation de notre profession avec les sages-femmes. C'est un sujet d'actualité. Notre premier travail a été de reconnaître la situation sur le terrain et de s'opposer à chaque fois que les sages-femmes prétendaient faire des actes réservés aux gynécologues. Nous nous sommes opposés vivement par voie de presse et maintenant devant les tribunaux.

Tout récemment, devant le Conseil national de l'ordre Michèle SCHEFFLER a du aller défendre un communiqué qu'elle avait écrit et qui disait *"les sages-femmes ne sont pas des gynécologues elles ne peuvent donc pas se substituer aux gynécologues. Si cela se passe cela met en danger la vie des femmes"*. L'Ordre des sages-femmes a demandé réparation pour ces propos.

En parallèle il y a d'autres actions demandées par les sages-femmes et nous nous y opposerons. Notre premier rôle sera donc de dire stop, vous avez un rôle mais pas celui de gynécologue. Notre deuxième rôle sera de définir la place de chacun en gynécologie libérale et en gynécologie publique car les conditions d'exercice sont totalement différentes.

Au CNPGO nous avons décidé de faire 3 groupes de travail: un de gynécologie médicale, un de gynécologie obstétrique privée et un de gynécologie obstétrique publique.

Je demande donc au CA de participer ou de trouver des confrères intéressés pour participer à ces commissions en étroite collaboration avec le Collège. Ces commissions vont se mettre en place début 2016 et devront rendre un rapport en septembre 2016.

Dans le même temps le Collège a inscrit à son ordre du jour de 2016 une *Recommandation de pratique clinique sur la grossesse normale et l'accouchement normal*. Le but de cette RPC est de définir l'état de l'art à partir de la littérature nationale et internationale sur la prise en charge des grossesses normales et que l'on tire les grandes lignes pour en établir

des recommandations. Cela permettra de définir le domaine exclusif des gynécologues obstétriciens spécialistes de celui des médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes. Nous avons donc un travail complémentaire qui sera présenté aux prochaines journées du Collège qui auront lieu à Montpellier.

Fin 2016 ces travaux seront rendus publics. D'ici là, les commissions auront fait leur travail d'analyse et pourront donner des éléments précis que nous remontrons au ministère et à la CPAM pour canaliser le développement des sages-femmes sur le territoire.

Je propose pour ce travail des réunions présentielle mais aussi des échanges de mails ou des forums fermés. Il faut que cela soit simple et efficace. Je souhaite que le SYNGOF soit moteur de cette étude".

Se présentent déjà pour les commissions: E. PAGANELLI, M. SCHEFFLER, H. JELEN, O. THIEBAUGEORGES, J.V. DEFFARGES.

"Fonds pour la Santé des femmes" du CNGOF B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU explique que le SYNGOF a été sollicité pour participer au *Fonds pour la Santé des femmes* mis en place par le Dr LANSAC et le CNGOF. Il lit le document envoyé par le CNGOF aux administrateurs et leur demande s'ils souhaitent que le SYNGOF s'investisse dans ce fonds. Après discussion, et à l'unanimité, le Conseil d'administration décide de ne pas donner suite à cette demande.

Nouvelles demandes de l'Ordre des sages-femmes pour leur CCAM B. de ROCHAMBEAU

Le SYNGOF s'était opposé aux premières demandes de l'Ordre l'été dernier. Une autre demande est arrivée

et s'adresse plus à la pathologie en salle de naissance puisqu'elle concerne la réanimation du nouveau-né.

Nous avons demandé l'avis du **Conseil national professionnel de pédiatrie et de néonatalogie** sur le sujet. Vous avez la liste de leurs prétentions et de nos refus ci-contre. Nous avons porté l'avis du CNPGO avec une lettre d'accompagnement ferme disant, et cela renforce le message de Michelle SCHEFFLER à l'Ordre, *"qu'il est dangereux pour les femmes de laisser aux seules sages-femmes la gestion des situations pathologiques"*. Si le ministère autorisait cela nous ferions savoir qui a pris ces décisions qui vont à l'encontre de la santé des femmes. Nous allons rester vigilants.

Le CNPGO va agir directement au ministère dans le bureau chargé de l'arbitrage où arrivent ces demandes.

Discussion avec la salle

Plainte des sages-femmes contre la présidente de la FNCGM devant la chambre disciplinaire du CNOM E. PAGANELLI

Le Conseil de l'ordre des sages-femmes a porté plainte contre la présidente de la FNCGM pour ses propos et ses engagements écrits le 9 novembre dernier.

Le Dr Michèle SCHEFFLER a *"clamé"* haut et fort cette vérité: *"une sage-femme n'est pas un gynécologue"*, repris par le Dr de ROCHAMBEAU dans un communiqué de presse. Il écrit *"Une sage-femme ne peut pas remplacer un gynécologue en 1^{er} recours, doit-on restreindre le recours à la gynécologie en accès direct aux seules sages-femmes"* ? La représentante de la FNCGM a été convoquée devant la chambre disciplinaire du CNOM le mercredi 18 novembre 2015 pour avoir expliqué

que 5 années de maïeutique n'équivalent pas 10 à 12 années de médecine. Le CNGOF s'est prononcé pour une motion de soutien. Le Président du CNGOF était présent auprès de Michèle SCHEFFLER. La profession s'est unie à cette défense de qualité de prise en charge de la santé des femmes. Les syndicats des gynécologues ont répondu présent ainsi que le Mouvement de défense de la gynécologie médicale.

Le CNOM avait été alerté par le président du Conseil départemental de Haute Garonne. Lors du Congrès du CNOM fin octobre 2015 il avait attiré l'attention en séance plénière des présidents et secrétaires généraux des CDOM et CROM sur les problèmes posés par les sages-femmes tant aux gynécologues médicaux qu'aux médecins généralistes.

Lecture de la lettre de remerciements du Dr Michèle SCHEFFLER après l'audition du CNOM.

Obligation légale concernant la complémentaire santé obligatoire pour les salariés B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU fait le point sur les obligations des médecins en tant qu'employeur. Au premier janvier 2016, ils sont obligés de proposer à leurs salariés une complémentaire santé.

Si le salarié est déjà engagé dans une autre mutuelle il peut refuser celle proposée par le médecin. Par contre un nouvel employé ne peut pas refuser. Avec Le BLOC, une ligne de contrats a été négociée avec une filiale de la CNP, qui présente une complémentaire qui rembourse bien les honoraires médicaux pour un prix très compétitif, vous en trouverez les références page 15.

La séance est levée à 16h15

Prochaine AG le 4 mars 2016

**Demande de mise en place de nouveaux actes à la CCAM pour les sages-femmes
ONSSF**

*ONSSF : « Liste des actes de la compétence des sages-femmes pratiqués dans leur exercice
quotidien dans les établissements de santé que l'ONSSF souhaite voir ouverts à la CCAM »*

Code	Libellé	Tarif sect1/sect 2 CAS	Tarif sect 2 non CAS
09.03.04.03	Autres actes thérapeutiques obstétricaux		
JNBD002	Tamponnement intra-utérin ou intravaginal, pour hémorragie obstétricale (ZZLP025) AVIS DEFAVORABLE		
09.03.01	Actes liés à une grossesse se terminant par un avortement		
JNJP001	Évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au 1er trimestre de la grossesse AVIS FAVORABLE UNIQUEMENT SI IVG (ET NON IMG), AVANT 7 SA, AVEC CONVENTION AVEC CENTRE D'ORTHOGENE <i>Avec ou sans : révision de la cavité de l'utérus Facturation : interruption thérapeutique de grossesse AVIS DEFAVORABLE; la tarification des interruptions volontaires de grossesse relève de l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse</i>	57,6	57,6
JNJD001 [F, P, S, U]	Évacuation d'un utérus gravide, au 2ème trimestre de la grossesse avant la 22ème semaine d'aménorrhée AVIS DEFAVORABLE <i>Évacuation utérine pour rétention de fœtus mort, pour fausse-couche spontanée Interruption thérapeutique de grossesse AVIS DEFAVORABLE</i>	100,34	82,39
	<i>anesthésie</i>	72,57	72,57
08.02.03.01	Pose de sonde et évacuation de la vessie AVIS FAVORABLE		
JDJD001 [F, P, S, U]	Évacuation de la vessie par cathétérisme transitoire [Sondage vésical évacuateur] AVIS FAVORABLE <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i>	21,98	16,78
JDLD001 [F, P, S, U]	Pose d'une sonde urétrorésiciale [Sondage vésical à demeure] AVIS FAVORABLE <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec un forfait de réanimation (YYYY015, YYYY020)</i>	18,43	14,73
09.05	Actes thérapeutiques chez le nouveau-né à la naissance AVIS A DONNER PAR SOCIETE DE PERINATOLOGIE		
	<i>L'installation d'un nouveau-né en incubateur à la naissance inclut la surveillance de la température, de la fréquence cardiaque, de la saturation en oxygène par mesure transcutanée [SpO2], de la glycémie capillaire et de la pression artérielle. Avec ou sans : administration d'agent pharmacologique et/ou de soluté. L'administration intraveineuse d'agent pharmacologique et/ou de soluté inclut la pose d'un dispositif d'accès vasculaire.</i>		
GEJD001	Aspiration intratrachéale d'un nouveau-né à la naissance, en présence d'un liquide amniotique méconial <i>Avec ou sans : intubation trachéale AVIS A DONNER PAR SOCIETE DE PERINATOLOGIE</i>		
GLLD018	Ventilation manuelle d'un nouveau-né à la naissance, au masque facial AVIS A DONNER PAR SOCIETE DE PERINATOLOGIE		
GLLD016	Ventilation manuelle d'un nouveau-né à la naissance, au masque facial, avec administration intraveineuse d'agent pharmacologique et/ou de soluté AVIS A DONNER PAR SOCIETE DE PERINATOLOGIE		
ZZEP002	Installation d'un nouveau-né en incubateur à la naissance, avec ventilation spontanée avec oxygénothérapie AVIS A DONNER PAR SOCIETE DE PERINATOLOGIE		
ZZEP003	Installation d'un nouveau-né en incubateur à la naissance, avec ventilation spontanée au masque facial avec pression expiratoire positive [VS-PEP] ou ventilation mécanique AVIS A DONNER PAR SOCIETE DE PERINATOLOGIE		
19.01.07	Néonatalogie		
YYYY154 [F, P, S, U]	Réanimation immédiate ou différée du nouveau-né en détresse vitale, comportant toute technique de ventilation, avec ou sans intubation, et les actes associés, avec établissement d'un compte rendu <i>Facturation : ne peut pas être facturé avec l'assistance pédiatrique avant la naissance AVIS A DONNER PAR SOCIETE DE PERINATOLOGIE</i>	96	96
01.05.07.07	Autres actes thérapeutiques sur les nerfs spinaux		
AHLB004 [F, P, S, U]	Infiltration thérapeutique d'un nerf profond dans un canal ostéofibreux, sans guidage AVIS DEFAVORABLE <i>Infiltration du nerf tibial dans le canal calcanéen Infiltration du nerf pudendal [honteux] dans le canal honteux [d'Alcock], sans guidage À l'exclusion de : infiltration thérapeutique du nerf médian dans le canal carpien (AHLB006) AVIS DEFAVORABLE</i>	28,44	24,56

Une sage-femme n'est pas un gynécologue

B. de ROCHAMBEAU*

Prétendre que le premier recours par les sages-femmes est de même niveau que celui offert par les gynécologues c'est tromper les femmes.

C'est pour avoir clamé haut et fort cette vérité que notre consœur le docteur Michèle Scheffler, présidente de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM) doit répondre d'une plainte portée à l'Ordre des médecins par l'ordre des sages-femmes. La comparution au CNOM aura lieu le 18 novembre 2015 à Paris.

La présidente, s'exprimant au nom de la FNCGM s'opposait alors au remplacement progressif des gynécologues de "premier recours" par des sages-femmes. Celles-ci réclament l'exclusivité de ce premier recours.

En argumentant que les compétences de celles-ci, acquises à l'issue de 4 ans de maïeutique, ne sont pas celles des gynécologues médicales après leur 10 à 12 ans d'études, la FNCGM n'injurie pas la profession des sages-femmes. Elle rappelle une vérité que les femmes doivent connaître.

A quoi sont formées les sages-femmes en gynécologie ?

Les sages-femmes sont formées à 8 situations cliniques : 7 concernent la maternité et le nouveau-né, où toute pathologie doit être référée et traitée par un médecin, 1 la gynécologie : Réalisation d'une consultation de contraception et de suivi gynécologique de prévention.

En clair : consultation d'une femme sans pathologie et prévention et dépistage des maladies sexuellement transmissibles, du cancer du col et du sein (aucun autre cancer féminin ne bénéficie d'un dépistage reconnu efficace).

Les sages-femmes n'ont pas de compétence de par leur formation initiale pour prendre en charge, seules, les pathologies de la femme, au cours comme en dehors de la grossesse.

Le crédit octroyé aux sages-femmes l'est sur le compte de la bonne santé des femmes.

Le premier recours n'est pas que l'accompagnement d'une femme en bonne santé et qui veut le rester. C'est aussi la prise en charge directe des pathologies par le médecin spécialiste de la femme, le gynécologue. La convention médicale a maintenu les gynécologues hors du parcours de soins, permettant pour les femmes un accès direct aux compétences spécialisées de la gynécologie.

Prétendre que le premier recours par les sages-femmes est de même niveau que celui offert par les gynécologues c'est

tromper les femmes, c'est dégrader l'égal accès des femmes à la santé, c'est un recul majeur de l'offre de soins faite aux femmes en France.

Restreindre le premier recours gynécologique aux seules sages-femmes, comme celles-ci le demandent, c'est priver les femmes malades, les plus fragiles des femmes, d'une compétence fondamentale, celle de traiter. Les malades n'y trouveront qu'hésitations, retard et absence de diagnostic. Bien loin de l'expertise du médecin spécialiste en gynécologie.

Une symbiose est possible entre sages-femmes et gynécologues

Quand le gouvernement remplace les gynécologues de premier recours par des sages-femmes, il joue un "bien mauvais tour" aux femmes ! Pourquoi seulement aux femmes ? Imaginerait-on de mettre des "officiers de santé" de premier recours pour le suivi urologique des hommes de notre pays ?

Il y a pourtant une symbiose possible entre sages-femmes et gynécologues, au bénéfice de toutes les femmes. Cela supposerait que des gynécologues en nombre suffisant, puissent proposer une offre spécialisée également répartie sur le territoire, s'appuyant sur des réseaux coordonnés de soins au sein desquels travailleraient en collaboration sages-femmes et gynécologues.

Cette symbiose ne se fera pas tant que nos gouvernements se satisferont d'une politique de santé si bien planifiée qu'elle fait disparaître les gynécologues, avec des effecteurs moins qualifiés nombreux (le nombre des sages-femmes explose), "low cost" (elles travaillent aux tarifs opposables de l'assurance maladie qui sont bloqués depuis 25 ans), et donc soumis aux contraintes financières qui rend leur pratique aveugle, normative.

Au-delà du sort des gynécologues, les femmes seront les premières victimes de cette dégradation de la qualité de l'offre de soins en France. Comme disent les représentantes des sages-femmes : "il y a bien des pays qui fonctionnent comme cela", c'est un signe de plus vers la fin de l'exception médicale française, "ce système que le monde entier nous envie".

*Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

Medico-légal

B. de ROCHAMBEAU*

www.lacoeuilhe.com

nous reprenons avec ce numéro la publication de nouvelles médico-légales qui concernent la profession. De nombreux textes et décisions méritent d'être connus et diffusés au plus grand nombre. Nous demanderons, chaque fois que possible, à des membres de la CREG de Gynerisq de nous commenter ce qui mérite une analyse ou un développement particulier.

B. de ROCHAMBEAU

La rupture utérine survenue lors d'un accouchement est-elle un accident médical indemnisable par l'Oniam ?

Une parturiente hospitalisée en vue de l'accouchement par voie basse de son cinquième enfant, présente au cours du travail une rupture utérine associée à un décollement placentaire. La césarienne pratiquée en urgence n'empêche pas la constitution d'un syndrome sévère d'infirmité motrice d'origine cérébrale, consécutif à l'hypoxie per partum.

Les parents de l'enfant vont solliciter devant la juridiction administrative la condamnation de l'ONIAM à réparer leur dommage, estimant que la rupture d'un utérus cicatriciel lors d'un accouchement par voie basse constitue un accident médical non fautif relevant de la solidarité nationale.

La Cour administrative d'appel va rejeter les demandes des parents, aux motifs que l'accouchement réalisé sans manœuvres particulières par voie basse est un "acte naturel" et non un acte de soins, qu'en conséquence la rupture de l'utérus en découlant n'est pas un accident médical.

CAA Marseille, 2ème ch., 4 juin 2015, n°13MA01401

L'envoi tardif de feuilles de soins ne peut pas être sanctionné par le non-remboursement des honoraires du praticien

Un chirurgien-dentiste avait attendu le mois de février 2010 pour transmettre à la CPAM des feuilles de soins relatives à des actes réalisés entre 2008 et fin 2009, dont le montant total dépassait les 360 000 euros.

La CPAM refusait de rembourser le praticien, en invoquant l'article R. 161-47, I, 2°, b) du Code de la sécurité sociale, en vertu duquel le professionnel de santé doit, lorsque l'assuré bénéficie d'une dispense d'avance des frais, transmettre sous huitaine la feuille de soins sur support papier à l'organisme d'assurance maladie.

La Cour de Cassation, dans son arrêt du 8 octobre 2015, a rappelé que cette disposition du Code de la sécurité sociale ne prévoit pas de sanction en cas d'envoi tardif des feuilles de soins et a donc rejeté le pourvoi formé par la Caisse à l'encontre de la décision l'ayant condamnée à rembourser le praticien.

Cass. 2ème civ. 8 octobre 2015, pourvoi n°14/20252

Nous remercions Me Georges LACOEUILHE de nous permettre la reproduction de sa newsletter de décembre 2015.

Lacoeuilhe et associés

15, rue de Marignan - 75008 PARIS

Tél. : (+33) 1.47.42.01.01

www.lacoeuilhe.com

cabinet@lacoeuilhe.com

* Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

Procédure ROSP 2016

O. MULTON*

ROSP : Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

V

oici des nouvelles fraîches mais urgentes concernant les ROSP 2016, à valider rapidement.

Nous vous rappelons que vous devez utiliser les téléservices pour gagner quelques points supplémentaires (arrêt de travail en ligne, déclaration de grossesse en ligne,...)

En ce qui concerne la déclaration des logiciels, en pratique, vous pouvez rencontrer plusieurs situations :

- Vous êtes toujours utilisateur de la version 7. Vous avez déjà rempli les éléments vous concernant sur le site AMELI PRO et envoyé les documents l'année dernière (Horaire de cabinet, logiciel de dossier médical MedyCS7) et **votre situation n'a pas changé** : vous n'avez rien à faire. La version 7 n'est pas agréée LAP.
- Vous avez déjà rempli les éléments vous concernant sur le site AMELI PRO et envoyé les documents les années précédentes (Horaires de cabinet, logiciel de dossier médical MedyCS7) et **vous êtes passé à la version 8** de MedyCS ou avez demandé le passage à la version 8 auprès de l'Association (toutes cotisations à jour, bien sûr). La version 8 a reçu la certification HAS en se reposant sur la base Vidal (payante) pour l'Aide à la Prescription (LAP).
- Vous devez accéder au site AMELI PRO, rubrique ROSP pour saisir MedyCS dans l'item LAP (se reporter aux notices Ameli pour la procédure).

Si vous avez fait votre demande l'année dernière, l'item est sans doute déjà rempli. Mais il est conseillé d'aller le vérifier et de le compléter le cas échéant. Voir sur l'image ci-contre à quoi cela ressemble :

Il faudra envoyer le justificatif portant mention de la version 8. Si vous avez déjà envoyé les justificatifs, c'est noté comme sur l'écran ci-contre.

- Vous n'aviez rien saisi concernant les logiciels pour les ROSP les années précédentes et vous avez installé MedyCS 8 (ou l'avez commandé) et vous êtes à jour de vos

La version 8 a reçu la certification HAS en se reposant sur la base Vidal pour l'Aide à la Prescription (LAP).

cotisations. Il faut alors vous rendre sur le site AMELI PRO pour remplir les différents éléments auxquels vous avez droit, probablement **avant le 31 janvier 2016**. L'association vous fournira une attestation d'adhésion à transmettre à votre CPAM. En ce qui concerne la rubrique LAP, suivre la procédure 2.

Pour accélérer la procédure, vous pouvez, en plus, envoyer par mail votre déclaration à votre CPAM au service des ROSP et au Responsable Pôle Relations Conventionnelles.

Dans notre département, il s'agit des adresses suivantes :
rosp@cpam-loireatlantique.cnamts.fr
resp.prc@cpam-loireatlantique.cnamts.fr

Il est probable qu'elles peuvent se dupliquer en changeant le nom de département. Appelez votre caisse pour confirmer.

Une dernière chose : il s'agit d'une déclaration sur l'honneur de votre part auprès de votre caisse. Cela vous engage donc personnellement. Ne déclarez que ce que vous utilisez VRAIMENT. De façon dérogatoire, un "bon de commande" est suffisant. Ainsi, si vous utilisez la version 7 (répertoriée auprès de l'Association), que vous êtes à jour de toutes vos

* Président de GYNELOG

cotisations (adhésion et frais du logiciel) et que vous avez commandé auprès de l'Association l'installation de la version 8 mais que celle-ci n'a pas encore eu lieu, il semble que vous puissiez déclarer MedyCS 8 comme LAP.

Pour plus de détails :

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/141202_notice_indicateurs_autres_specialistes.pdf

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objets-de-sante-publique/>

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/4912014_ropsp_declarer_indicateurs_memo_v2.pdf

Références

Certification LAP (ci-dessous)

id	editeur	logiciel	version	logiciel_meter	logiciel_ap	date_recevabilite_depot	date_certification_has	version_cdc_has
223	ASSOCIATION GYNELOG	MEDYCS	7	OUI	NON			
371	ASSOCIATION GYNELOG	MEDYCS	8.0.0.7	OUI	OUI		2014-10-28	JUIN 2008

Vos infos au quotidien sur syngof.fr

Avenir hospitalier

Communiqué du 25 novembre 2015



Le SYNGOF au sein d'Avenir Hospitalier a participé à de multiples réunions dans le cadre du pacte de confiance, puis de la mission attractivité (J. Le Menn).

Force est de reconnaître que les propositions de la ministre ne sont pas du tout à hauteur des mesures indispensables et urgentes pour restaurer l'attractivité des postes de praticien hospitalier ! La gynécologie obstétrique, à l'évidence, fait partie des "spécialités à forte sujétion"...

Il est à craindre qu'une mobilisation de tous devienne indispensable pour le faire reconnaître, et défendre notre exercice : Tenez-vous prêts !

Syndicalement vôtre.

Pascale LE PORS-LEMOINE

Les cinq intersyndicales de praticiens hospitaliers ont pris connaissance le 23 novembre 2015 du calendrier de travail relatif à l'élaboration des mesures d'application du plan d'attractivité des carrières médicales hospitalières présenté au début de ce mois par la Ministre de la santé, Marisol Touraine. Or celui-ci s'étale sur plus d'une année, et s'ajoute au délai qui sera nécessaire à leur application. Même les mesures consensuelles négociées et incluses dans la présente loi semblent, contrairement à l'usage lors des précédentes réformes, ne pas devoir être appliquées rapidement faute de décrets d'application qui en bonne logique auraient dû être travaillés et publiés dès le vote de la loi. Depuis plus de 3 ans et le lancement du Pacte de confiance, les organisations syndicales de praticiens hospitaliers attendent que les pouvoirs publics prennent des mesures fortes en faveur de l'attractivité des carrières médicales,

pharmaceutiques et odontologiques hospitalières. Les concertations et rapports en ce sens se sont multipliés mais la situation ne cesse de se dégrader et aujourd'hui, ce sont tous les établissements publics de santé, petits ou gros, qui sont touchés par la pénurie médicale. Cette situation engendre des tensions dans les équipes et contribue à la mobilisation des praticiens en poste qui voient leurs conditions d'exercice se dégrader.

Les cinq intersyndicales exigent que les mesures les plus attendues soient mises en œuvre sans délai, en particulier celles concernant les conditions d'accès au statut de PH pour les jeunes médecins, le contrat d'engagement pour débiter sa carrière à l'hôpital dans une zone sous-dense ou une spécialité en tension, la reconnaissance du temps de travail médical en première partie de nuit, l'extension de l'application de la circulaire urgentistes du 22 décembre 2014 aux spécialités à sujétion comparable, l'ouverture de négociation concernant la généralisation de la 5ème plage de travail par 24 heures, l'homogénéisation de la rémunération des astreintes et du temps de travail additionnel, et les conditions de participation et d'indemnisation des praticiens à la constitution d'équipes médicales de territoire. Les valences non cliniques doivent bénéficier d'un cadrage national. Ces mesures feront l'objet d'un chiffrage précis connu de tous.

Compte tenu du risque majeur de désertification de plateaux techniques et d'établissements, les organisations syndicales représentatives des PH se constituent en un front commun prêt à mobiliser des praticiens dont les conditions d'exercice ne cessent de se dégrader.

Dr Nicole Smolski, Avenir Hospitalier

Dr Norbert Skurnik, CMH

Dr Jacques Trévidic, CPH

Dr Rachel Bocher, INPH

Dr Sadek Beloucif, Snam-HP

INCA

Dépistage du cancer du sein en 2015

La sage-femme a sa place dans l'examen clinique des seins à partir de 25 ans et peut donner des conseils. Seul le médecin a sa place dans la prescription d'examen complémentaires et dans l'orientation vers les centres d'onco-génétique.

Dépistage

Si vous avez entre 50 et 70 ans

Le dépistage est organisé.

Si vous avez moins de 50 ans et que vous présentez un niveau de risque de cancer du sein considéré comme élevé ou très élevé votre médecin vous proposera la modalité de dépistage la plus adaptée à votre situation et à votre âge.

L'examen clinique annuel des seins

Une fois par an à partir de 25 ans par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme.

Symptômes au niveau d'un sein

Adressez-vous à votre médecin si vous repérez un de ces symptômes :

- une boule au sein,
- des ganglions au niveau de l'aisselle,
- des modifications de la peau du sein,
- un changement de la taille ou de la forme du sein,

Il est conseillé de demander un avis médical dès que l'on repère une anomalie.

Plus d'informations sur le site de l'INCA <http://www.e-cancer.fr/>

E. PAGANELLI

Gynécologue médicale,

Secrétaire générale du Syngof

Présidente du Collège de Gynécologie du Centre Val de Loire



La complémentaire santé pour les salariés
des professionnels du bloc opératoire

offre labellisée par :



SCBO assurances | Société de Courtage du Bloc Opératoire Assurances

www.scbo-assurances.fr

Contact
08 91 69 00 90
ou

souscription en ligne
sur

<https://www.scbo-assurances.fr/>

Quand prescrire Diane en 2015 ?

E. PAGANELLI*

La Société Française de Dermatologie (SFD) a publié de nouvelles recommandations sur la prise en charge de l'acné en 2015 labellisées par la Haute Autorité de Santé (HAS).

2013

Diane 35® et génériques : retrait des lots présents sur le marché à compter du 21 mai 2013

Cette décision avait été prise en raison notamment du risque thromboembolique veineux et artériel auxquels ils exposent les femmes traitées. Au 10 janvier 2013, 113 cas d'événements thromboemboliques veineux pour Diane 35® et ses génériques avaient été enregistrés dans la base nationale de pharmacovigilance. Mais le comité pour l'évaluation des risques en matière de pharmacovigilance de l'Agence européenne des médicaments (EMA) avait considéré que le rapport bénéfice/risque de Diane 35® et de ses génériques restait positif uniquement pour certains cas de traitement de l'acné et sous réserve de modifications importantes des conditions d'utilisation.

2014

Diane 35® et ses génériques à nouveau en vente. Publié le 17 janvier 2014

Le retrait de Diane 35 aura finalement à peine duré huit mois.

L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) avait annoncé, lundi 13 janvier 2014, que Diane 35® et ses génériques étaient à nouveau disponibles à la vente depuis la mi-janvier 2014.

La prescription de Diane 35® (et de ses génériques) est désormais réservée au traitement de l'acné dans le cas où un traitement local ou par antibiotiques aurait échoué. Ce médicament ayant une action contraceptive, il ne doit pas être prescrit en cas d'utilisation simultanée avec un autre contraceptif hormonal. Les informations sur les contre-indications de ce médicament sont par ailleurs renforcées (risque thromboembolique).

C'est la commission européenne qui avait décidé la remise sur le marché français de ce médicament contre l'acné, la commission estimant que les bénéfices de son utilisation restaient supérieurs aux risques encourus.

2015

La Société Française de Dermatologie (SFD) a publié de nouvelles recommandations sur la prise en charge de l'acné en 2015 labellisées par la Haute Autorité de Santé (HAS).

Quel oestroprogestatif prescrire à visée contraceptive chez une femme présentant une acné en première intention : lévonorgestrel (2^{ème} génération), en deuxième intention : norgestimate. Si malgré un traitement dermatologique bien conduit l'acné persiste, les autres options contraceptives seront envisagées en concertation avec un gynécologue et la patiente parmi les options, l'utilisation de Diane 35 et ses génériques (acétate de cyprotérone 2 mg et éthinyloestradiol 35 µg).

Après la publication de nouvelles données et la survenue de différents événements, la SFD a entrepris cette actualisation des recommandations de l'AFFSSAPS (2007) dans la continuité des différentes communications et actions menées depuis 2013 dans le cadre du traitement de l'acné.

De nouveaux outils sont mis à votre disposition à cette occasion :

- Une fiche : document.dermato-sfd.org/reco/acne/SFD_2015-10_algorithme.pdf avec algorithme thérapeutique décisionnel en fonction des grades de sévérité de l'acné et un "Quoi de neuf depuis 2007" ;
- Le texte court http://document.dermato-sfd.org/reco/acne/SFD_2015-10_texte-court_prise-en-charge-de-l-acne.pdf de la recommandation
- Un site web <http://reco.dermato-sfd.org/> reprenant l'algorithme décisionnel ainsi que toutes les informations (texte court, argumentaire, données épidémiologiques, etc...) consultable aussi en version mobile.

Le retrait de Diane 35 aura finalement à peine duré huit mois.

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

Recommandations

sur le bon usage des anti-infectieux

E. PAGANELLI*

<http://www.omedit-centre.fr>

V

ous souhaitez lire une recommandation sur le bon usage des anti-infectieux ?

Par exemple :

Infections urinaires :

- Cystites récidivantes de la femme, conduite à tenir (Juin 2015)
- Cystites aiguës hors grossesse, traitement (Fiche de bon usage - OMÉDIT Centre) (Juin 2009)
- Infections urinaires de l'adulte : recommandations et argumentaire (AFSSAPS) (Juin 2008)
- Infections urinaires chez l'homme (Prostatites aiguës), traitement (Fiche de bon usage - OMÉDIT Centre) (Juin 2009)
- Infections urinaires de la femme enceinte, traitement (Fiche de bonne pratique - OMÉDIT Centre) (Juin 2009)

Comment accéder aux documents du site OMÉDIT Centre ouvert au grand public ?

Le Dr Frédéric Bastides** vous explique comment accéder à ces documents du site OMÉDIT Centre ouvert au grand public et à vous professionnels de santé.

Pour voir les recommandations, il n'est point besoin de s'inscrire.

Voilà comment vous pouvez faire pour accéder aux documents de ce site ouvert au grand public.

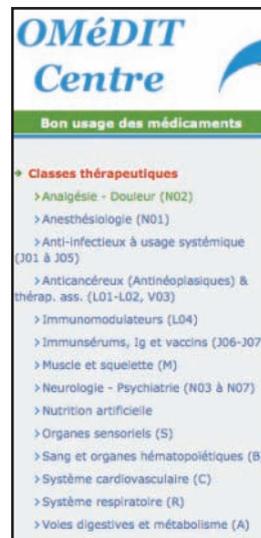
D'abord, allez sur la page d'accueil d'OMÉDIT Centre <http://www.omedit-centre.fr/>

Allez ensuite sur l'onglet référentiel sur la ligne des onglets située juste au-dessus du texte clignotant "actualité prioritaire"

Avec votre souris descendez sur la ligne "bon usage des médicaments" et cliquez dessus : <http://www.omedit-centre.fr/site/default.php>

Vous arrivez sur la page "bon usage des médicaments" avec la liste des commissions sur la gauche de l'écran.

Descendez jusqu'à la ligne 3 dite "Anti-infectieux à usage systémique".



La page qui s'ouvre contient tous les documents rédigés par la commission pilotée depuis 1999 par le Docteur Frédéric Bastides.

Seule la fiche "cystites récidivantes" est rédigée depuis la recommandation 2014. Vous pouvez la lire et l'imprimer, les autres fiches urines sont en cours de réactualisation. Tous les hypertextes s'ouvrent en format PDF.

Bonne lecture

Le site OMÉDIT Centre est ouvert au grand public

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

** Frédéric Bastides, Praticien hospitalier au CHU de Tours frederic.bastides@univ-tours.fr

Présentation de "Gynérissq équipe"

S. FAVRIN*

Ce programme vient compléter l'accréditation individuelle qui persiste dans sa forme actuelle.

1 - Introduction

La première mission de Gynérissq est d'aider ses adhérents, gynécologues obstétriciens (GO), à réaliser leurs démarches d'accréditation auprès de la HAS et, à assumer au mieux leurs responsabilités professionnelles. Nous présentons ici un programme d'accréditation destiné à une équipe de gynécologues obstétriciens exerçant au sein d'une même maternité :

- **Elaboré à partir:**
 - De l'expérience acquise par Gynérissq après 8 années d'accréditation individuelle (1);
 - D'une littérature médicale qui s'étoffe de plus en plus (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9);
 - Des résultats des premières démarches d'accréditation d'équipe dans d'autres spécialités (10).
- **Après une réflexion initiée par un groupe de travail formé par:**
 - Des membres de Gynérissq: Dr S. Favrin, Dr V. Lejeune-Saada, Mme B. Le Nir, Dr J. Marty;
 - Des membres de la HAS: Dr R. Amalberti, Dr P. Cabarrot
- **Validé par le CA de Gynérissq le 28 mai 2015**, présenté à la HAS le 29 mai 2015 et aux "experts de Gynérissq" le 24 octobre dernier.

Ce programme appelé "Gynérissq Equipe", sera proposé aux adhérents à partir de janvier 2016. Il vient compléter l'accréditation individuelle des gynécologues obstétriciens

La gestion des risques à l'échelon exclusivement individuel est déconnectée de la réalité comme le serait d'ailleurs tout autant une gestion des risques exclusivement collective gommant toute responsabilité individuelle derrière le concept d'équipe.

comme le prévoient les textes officiels (11, 12). Il débute par l'accréditation des équipes de maternité mais devrait logiquement s'étendre à d'autres secteurs de la spécialité comme celle d'une équipe de chirurgie gynécologique par exemple. Ce programme n'est pas obligatoire et l'accréditation individuelle persiste dans sa forme actuelle et suffit pour que le gynécologue obstétricien bénéficie de l'aide à sa prime d'assurance en RCP et à son DPC.

2 - Les grands principes

1 - Pourquoi une accréditation d'équipe ?

Parce que la prise en charge d'une patiente enceinte, n'implique pas un seul gynécologue obstétricien mais se fait au sein d'une équipe regroupant gynécologues obstétriciens, pédiatres et anesthésistes-réanimateurs. Cette équipe de médecins travaille en collaboration étroite avec les autres soignants et notamment les sages-femmes. La gestion des risques à l'échelon exclusivement individuel est donc déconnectée de la réalité comme le serait d'ailleurs tout autant une gestion des risques exclusivement collective gommant toute responsabilité individuelle derrière le concept d'équipe. L'image classique de "la chaîne" et des "maillons" est une réalité (13) et, l'amélioration n'est effectivement possible que si les deux sont traités. L'évaluation des soins en établissement de santé, par les instances officielles, s'oriente d'ailleurs clairement vers cette démarche (8, 14) et comme toujours, les soignants doivent être actifs pour lui garder un sens médical et ne pas se laisser imposer un nouveau carcan administratif.

2 - Quelle équipe ?

L'équipe réelle regroupe donc les soignants qui participent à la prise en charge des patientes et de leurs nouveau-nés au sein d'une maternité: médecins, sages-femmes, infirmières, auxiliaires de puériculture, psychologues, etc. Pour l'instant, les textes officiels ouvrent l'accréditation d'équipe aux seuls médecins accrédités ou engagés dans le processus d'accréditation (12). Elle est donc limitée aux médecins qui

* Gynécologue obstétricien, Vice-président de Gynérissq

exercent une spécialité listée dans l'article D.4135-2 du décret du 21 juillet 2006 (11).

En pratique :

- Gynerisq ouvre le processus aux gynécologues obstétriciens volontaires qui le souhaitent et qui exercent dans une même maternité. Il faut alors qu'au moins la moitié des gynécologues obstétriciens de l'établissement décide d'y participer ;
- Cette accréditation d'équipe donnera les mêmes droits que l'accréditation individuelle pour ce qui concerne l'aide à la prime d'assurance professionnelle et la validation du DPC ;
- Les médecins exerçant des spécialités non listées dans le décret du 21 juillet 2006 (pédiatres en particulier) et les autres soignants (sages-femmes et infirmières notamment) pourront tirer bénéfice de cette expérience au niveau personnel (DPC) et collectif (validation officielle par le collège de la HAS, prise en compte pour la certification d'établissement, influence favorable sur le contrat d'assurance).

3 – Comment ?

L'accréditation d'équipe ne doit pas compliquer la démarche d'accréditation individuelle. L'ambition de Gynerisq est au contraire de la simplifier et d'en faire un outil plus utile pour l'exercice professionnel. Chaque gynécologue obstétricien intègre les obligations de son accréditation individuelle à l'activité de l'équipe soignante de la maternité où il exerce. L'idée est de donner plus de sens pratique à ces obligations en les partageant avec les autres soignants dans le but, pour reprendre l'image du début, d'améliorer chaque maillon et de rendre la chaîne plus résistante (13). Nous rappelons que ces obligations associent deux volets au sein de Gynerisq avec d'une part, des actions pratiques dans le domaine de la gestion des risques (déclaration d'au moins un événement indésirable et réalisation d'au moins une activité) et d'autre part validation d'un bilan annuel des actions effectuées.

Pour cela Gynerisq propose un programme spécifique qui comprend cinq modules :

1. Déclaration d'événements indésirables ;
2. Protocoles de soins ;
3. Communication entre soignants et avec les patientes ;
4. Partage des connaissances ;
5. Indicateurs et suivi.

Dernier principe à mettre en avant : c'est l'équipe qui fait. Elle fait en fonction de son contexte locorégional (type de maternité, nombre de gynécologues obstétriciens, éléments déjà mis en place dans l'établissement ou avec le réseau périnatal régional, etc.). Elle fait avec l'aide de Gynerisq et de la HAS et si possible du "bureau qualité" de l'établissement, mais c'est elle :

- Qui décide de s'engager dans le processus ;
- Qui choisit le ou les gynécologues obstétriciens référents de l'équipe dans ce domaine ;

La déclaration d'un événement indésirable sera faite après son debriefing par l'équipe.

- Qui définit les actions à mener dans les différents modules ;
- Qui fait le bilan annuel de son programme.

3 - Les détails

1 – La mise en place

Les gynécologues obstétriciens de l'établissement décident de faire le programme de "Gynerisq Equipe", ce qui implique :

- Que les gynécologues obstétriciens soient déjà dans le processus de l'accréditation individuelle qui sera alors synchronisée avec l'accréditation d'équipe ;
- Qu'ils déclarent cette décision à Gynerisq qui leur proposera alors un "expert" pour les accompagner dans leur démarche.

Le processus débute par une réflexion initiale de l'équipe, menée avec l'aide de Gynerisq, qui doit aboutir à :

- Une auto-évaluation de départ ;
- La désignation d'au moins un gynécologue obstétricien référent. Il est souhaitable que celui-ci travaille avec "un référent qualité" de l'établissement et un ou plusieurs membres de l'équipe (si possible au moins une sage-femme). Ce groupe aura en particulier pour rôle de faire le lien opérationnel avec Gynerisq, la HAS et l'établissement (Direction, CME) ;
- Au choix des actions des modules du programme, jugées prioritaires par l'équipe ;
- A l'organisation du travail commun : quand, comment, où, à quel rythme, en intégrant au maximum le processus dans le travail déjà fait pour éviter les astreintes supplémentaires et être efficace et, en définissant l'aide apportée par l'établissement pour la participation du personnel soignant salarié.

2 – La réalisation des actions

A - Principes

Chaque gynécologue obstétricien de l'équipe s'engage à superviser dans l'année d'une part la déclaration d'au moins un événement indésirable lié aux soins (EIAS) (premier module) et d'autre part la réalisation d'au moins une action choisie à l'intérieur d'un des quatre autres modules du programme.

B – Déclaration et analyse des EIAS

La déclaration et l'analyse des EIAS sont unanimement reconnues comme un des piliers de la gestion des risques (7, 14, 15, 16). L'EIAS a maintenant une définition consensuelle ; il s'agit "d'un événement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu entraîner ou a entraîné une atteinte

**PROGRAMME DE "Gynérissq Equipe" (Maternité)
en CINQ MODULES**

TABLEAU RECAPITULATIF

ETAPES	COMMENTAIRES
Les GO de la maternité de l'établissement décident de s'engager dans le programme "Gynérissq Equipe".	Au moins la moitié des GO* doivent s'engager. Ils doivent être dans le processus d'accréditation individuelle (accrédités ou en voie de l'être).
Inscription à Gynérissq et HAS.	Possible à partir de janvier 2016 Les modalités concrètes seront communiquées.
<ul style="list-style-type: none"> • Annonce et présentation du processus à l'équipe • Bilan d'autoévaluation • Désignation d'un GO référent pour le projet • Connexion avec les instances de l'établissement 	Gynérissq propose un "expert accompagnateur" qui devra être validé par l'équipe. Il est souhaitable que le GO référent soit associé dans son rôle de management à d'autres soignants (au moins une sage-femme) et à un représentant de l'établissement.
L'équipe choisit les activités à faire dans l'année et définit les modalités de réalisation : "qui fait quoi" - "formatage des réunions de travail" - "implication de la direction de l'établissement pour la participation effective du personnel salarié".	Chaque GO s'engage à coordonner dans l'année, avec l'équipe, la déclaration d'au moins un EIAS** et la réalisation d'au moins une activité choisie dans un des 4 autres modules (protocoles - communication - partage des connaissances - mise en place d'indicateurs).
Réalisation du bilan annuel qui permettra à Gynérissq de valider le dossier et de le présenter au Collège de la HAS qui statuera sur l'accréditation. Celle-ci sera alors à la fois individuelle et collective. Elle permettra : <ul style="list-style-type: none"> • Aux médecins des spécialités dites "à risques" de bénéficier de l'aide à la prime d'assurance professionnelle et de valider le DPC ; • Aux autres soignants participants de valider le DPC ; • A l'équipe de faire valoir cette accréditation dans le cadre de la certification de l'établissement et auprès de leur assureur. 	L'expert accompagnateur de Gynérissq intervient à chaque étape : <ul style="list-style-type: none"> • Autoévaluation et élaboration du programme ; • Réalisation des activités (déclarations des EIAS après debriefing et autres modules) ; • Bilan annuel de l'équipe fait de la somme des bilans individuels de chaque GO. <p style="text-align: right;">*GO : gynécologue obstétricien **EIAS : événement indésirable lié aux soins</p>

te pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se produise pas de nouveau" (17).

La nouveauté par rapport à l'accréditation individuelle est que l'analyse de l'EIAS sera faite en équipe, avant qu'il ne soit déclaré et enregistré dans la base de données gérée par la HAS. Cette analyse factuelle, avec recherche de barrières pouvant améliorer la prise en charge et proposition de mesures correctrices dont il faudra assurer le suivi, sera faite selon une méthodologie de debriefing (18) s'inspirant des RMM avec l'aide de "l'expert accompagnateur" de Gynérissq.

C – Les autres modules du programme

Protocoles de soins

L'intérêt de l'utilisation de protocoles de soins est reconnu pour le travail en équipe dont ils homogénéisent les pratiques, augmentent la réactivité et limitent les risques d'erreur (19). Une fois par an, l'équipe fait le point sur ses protocoles et

choisit les protocoles nouveaux à faire ou, anciens à revoir, en fonction de ses priorités.

Chaque protocole est élaboré sous la responsabilité d'un des gynécologues obstétriciens, validé par l'équipe et doit préciser :

- La prise en charge médicale en s'appuyant, lorsqu'elles existent, sur les RPC (20) ;
- Les modalités concrètes de réalisation par l'équipe, dans son contexte locorégional ;
- Les barrières mises en place pour anticiper les EIAS ("check-lists" en particulier) (9, 21) ;
- Les outils de suivi : audits, simulations, indicateurs.

Communication entre soignants et avec les patientes

Il s'agit d'un sujet majeur du travail en équipe et de la gestion des risques (22) pour lequel Gynérissq propose le programme suivant :

Communication entre soignants avec trois volets

1^{er} volet : Définition d'un langage commun (5), connu et utilisé par tous les membres de l'équipe dans les domaines clés de sa communication opérationnelle avec :

- Des sujets obligatoires : anomalies du RCF – définition des dystocies – définitions des grandes pathologies – modalités de surveillance des patientes en phase aiguë en s'appropriant des systèmes d'alarme simples et codifiés qui ont fait leur preuve comme *"the Early Obstetric Warning Score"* (23, 24) ;
- D'autres sujets choisis par l'équipe.

2^{ème} volet : Structuration de la communication entre les soignants, en traitant en priorité les éléments clés identifiées par Gynerisq comme à risques (25) :

- Appels téléphoniques ;
- Structuration du dossier médical ;
- Présentation à froid des dossiers complexes ;
- Changement des équipes de garde ;
- Incorporation des soignants non permanents ;
- Transferts inter-établissements.

3^{ème} volet : Règlement des conflits entre soignants (26).

Communication entre soignants et patientes (27) avec deux aspects

- L'information donnée aux patientes en amont et pendant la prise en charge ;
- La communication en cas de survenue d'un EIAS.

Partage des connaissances

Le principe est que les gynécologues obstétriciens partagent avec l'équipe leur propre formation continue avec par exemple :

- Le retour fait à l'équipe de la participation à un congrès ou encore un stage effectué dans un autre service ;
- L'analyse en commun et la critique des fiches *"Gynerisq Attitudes"* selon un processus d'audit disponible sur le site (28).

L'équipe peut aussi choisir, en fonction de ses besoins, d'approfondir un sujet précis avec étude de la littérature voire appel à des intervenants extérieurs ou participation groupée à un DPC organisé.

Indicateurs

Le suivi d'indicateurs est utile à condition qu'ils soient simples, clairs et reconnus (29). Leur surveillance est alors souvent déjà en soi, un facteur d'amélioration pour les soignants.

Il peut s'agir d'indicateurs systématiques, permanents, visant des événements sentinelles jugés pertinents avec alors :

- Des indicateurs globaux tel, l'*"Adverse Outcome Index"* (AOI) (30) ou à l'inverse l'*"Ideal Delivery"* (31) ;
- Des indicateurs portant sur des populations ciblées : taux d'accouchements provoqués entre 37 SA et 39 SA, de césariennes chez une population définie, d'antibioprophylaxie, de thromboprophylaxie, etc. (29).

Il peut s'agir d'indicateurs plus spécifiques destinés à évaluer pour un temps donné, un domaine précis intéressant

Chaque gynécologue-obstétricien supervise la réalisation dans l'année, d'au moins une activité choisie au sein d'un des modules : protocoles ou communication ou partage des connaissances ou indicateurs.

l'équipe pour suivre par exemple l'impact de mesures correctrices.

L'important est que l'équipe mette en place une politique de suivi d'indicateurs, progressivement, en se centrant sur son contexte local et en s'intégrant aussi dans celui de son réseau périnatal régional.

D – Le bilan annuel

Chaque gynécologue obstétricien fait le bilan des actions qu'il a mené dans l'année avec au minimum :

- Déclaration d'un EIAS
- Réalisation d'une activité parmi un des quatre autres modules du programme : protocoles, communication, partage des connaissances ou indicateurs.

Le gynécologue obstétricien référent est chargé de regrouper les éléments prévus par Gynerisq pour tracer la réalité de ces actions dont l'ensemble constituera le bilan de l'équipe. Une analyse sera faite avec *"l'expert accompagnateur"* avant validation et transmission au Collège de la HAS.

4 - Conclusion

A partir du mois de janvier 2016, Gynerisq proposera à ses adhérents de réaliser leurs démarches d'accréditation individuelle au sein du programme d'accréditation d'équipe dénommé **"Gynerisq Equipe"**. Il ne s'adresse pour l'instant qu'à une équipe de maternité. Il a pour but de donner plus de sens médical à ces démarches en les simplifiant et en les intégrant le plus possible à l'activité réelle. Le maître mot du processus est le pragmatisme pour permettre aux gynécologues obstétriciens de se l'approprier et de le partager avec les autres soignants.

Bibliographie

1. Site de Gynerisq : <http://gynerisq.fr/>
2. Impact of CRM-based team training on obstetric outcomes and clinicians safety attitudes – S.D Pratt & coll – The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety, 2007- 33; 12; 720-725 – disponible sur le site de GYNERISQ : [Bibliothèque_Bibliographie_Articles_& mises au point_Evaluation_& indicateurs_2007 Expérience du Beth Israel Deaconess Medical Center](#)
3. Toward Safer Perinatal Care: Premier's Perinatal Initiative – 2009 – Diaporama du *"Premier Safety Institute"* disponible

- sur: <https://legacy.premierinc.com/about/events-education/advisorlive/Presentations/Toward%20safer%20Operinatal%20care%20Version%20V%20FINAL.pdf>
4. Improving patient safety: risk management for maternity and gynaecology – RCOG, 2009, Clinical Governance Advice n°2 – disponible sur: [RCOG clinical governance advice n°2](#)
 5. Patient safety in obstetrics – the Hospital Corporation of America experience – S.L Clark & coll – Am J Obs Gyneco, 2011 – 204, 4, 283-287 – Résumé disponible sur le site de Gynerisq: http://gynerisq.fr/wp-content/uploads/2013/12/Gynerisq-Resume-HCA_Patient-safety-in-obstetrics.pdf
 6. Managing obstetric risk: Is your labor and delivery team ready? – E.F.Funai & C.M Pettker – Contemporary OB/GYN, 2011 – disponible sur le site de GYNERISQ: : [Bibliothèque Bibliographie Articles & mises au point Généraux sur Gestion des risques_2011 Managing obstetric risk](#)
 7. A comprehensive obstetric patient safety program reduces liability claims and payments – C.M Pettker & coll – Am J Obstet Gynecol, 2014 – 211, 4, 319-325
 8. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance, guide méthodologique – HAS, Mars 2014 – disponible sur le site: <http://www.has-sante.fr>
 9. Reducing adverse obstetrical outcomes through safety sciences – C.S Ennen and A.J Satin – UpToDate, Janvier 2015
 10. Accréditation en équipe des gastro-entérologues: Gastro Medical Team – P Cabarrot et all – Hegel, 2014 – 4, 1
 11. Décret n° 2006-909 du 21 juillet 2006 relatif à l'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales exerçant en établissements de santé – disponible sur: <http://gynerisq.fr - Textes réglementaires>
 12. Décision n°2014-0202/DC/MSP du 8 octobre 2014 du collège de la HAS adoptant la procédure d'accréditation des médecins et des équipes médicales – disponible sur le site Legifrance: <http://www.legifrance.gouv.fr>
 13. A la recherche du maillon faible – F. Renouard, JG Charrrier – 2011, Ewenn Editions – Résumé disponible sur site de Gynerisq: <http://gynerisq.fr/bibliographie/articles-et-mises-au-point/>
 14. Cahier des charges de l'expérimentation du "Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe" PACTE-février 2014 - disponible sur le site HAS: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1601164/fr/pacte-programme-damelioration-continue-du-travail-en-equipe
 15. S.L. Clark & Coll - A systematic approach to the identification and classification of near-miss events on labor and delivery in a large, national health care system – Am J Obstet Gynecol. 2012, 207, 6, 441-445. Résumé disponible sur le site de Gynerisq: <http://gynerisq.fr/bibliographie/articles-et-mises-au-point/>
 16. Disclosure and discussion of adverse events – ACOG, Committee Opinion n°520, March 2012 – disponible sur: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/Disclosure-and-Discussion-of-Adverse-Events>
 17. Événement indésirable associé aux soins (EIAS) – HAS, Sécurité des Patients, Oct 2014 – disponible sur: <http://www.has-sante.fr>
 18. Articles & Mises au point sur le débriefing – disponibles sur le site Gynerisq: <http://gynerisq.fr/bibliographie/articles-et-mises-au-point/>
 19. Clinical Guidelines and Standardization of Practice to Improve Outcomes – ACOG – Committee Opinion n° 629, April 2015 – disponible sur: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/Clinical-Guidelines-and-Standardization-of-Practice-to-Improve-Outcomes>
 20. Recommandations pour la Pratique Clinique (RPC) – disponibles sur le site du CNGOF: http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_00.HTM
 21. How to develop an effective obstetric checklist – Col M B Fausett & coll – Am J Obstet Gynecol, 2011, 205, 3, 165-170
 22. Guide SAED – Disponible sur le site HAS: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-11/saed_guide_complet_2014-11-21_15-41-2_64.pdf
 23. A national survey of obstetric early warning systems in the United Kingdom: five years on – RA Isaacs & coll – Anaesthesia 2014, 69, 687-692 – disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/anae.12708/pdf>
 24. Preparing for clinical emergencies in obstetrics and gynecology – ACOG, Committee Opinion n° 590, March 2014 – disponible sur: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/Preparing-for-Clinical-Emergenciesin-Obstetrics-and-Gynecology>
 25. Base REX et Hémorragies du Post Partum: journée des experts de GYNERISQ, 2012 – disponible sur le site de Gynerisq: <http://gynerisq.fr/publications-gynerisq/>
 26. Disruptive Behavior – ACOG – Committee Opinion n° 508, October 2011 – disponible sur: <http://www.acog.org/media/Committee-Opinions/Committee-on-Patient-Safety-and-Quality-Improvement/co508.pdf?dmc=1&ts=20150801T2327017511>
 27. Effective Patient-Physician Communication – ACOG, Committee Opinion n°587, February 2014 – disponible sur: <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Health-Care-for-Underserved-Women/Effective-Patient-Physician-Communication>
 28. Gynerisq Attitudes – disponibles sur le site de Gynerisq: <http://gynerisq.fr/gynerisq-attitudes/>
 29. Quality in Obstetric Care: Measuring What Matters – V Janakiraman & J Ecker: Obstet & Gynecol, 2010, 116, 3 728-732 – Résumé disponible sur le site de Gynerisq: <http://gynerisq.fr/bibliographie/articles-et-mises-au-point/>
 30. Revisiting the Perinatal Adverse Outcome Index – E Hamilton & coll, 2011 – disponible sur le site de Gynerisq: [Bibliothèque Bibliographie Articles & mises au point Evaluation & indicateurs_2011 Revisiting the Perinatal Adverse Outcome Index](#)
 31. Global measures of quality – and patient safety-related childbirth outcomes: should we monitor adverse or ideal rates? – KD Gregory & coll – Am J Obstet Gynecol 2009, 200, 6:681e1-7 – Résumé disponible sur le site de Gynerisq: <http://gynerisq.fr/bibliographie/articles-et-mises-au-point>

Les différents aspects de la sécurité pour le logiciel MedyCS de Gynelog

J. MARTY*

Comment est-il possible de réduire la fréquence des défaillances professionnelles par MedyCS dans l'application d'un protocole médical.

La sécurité dans l'utilisation de MedyCS tient à la sécurité générale des dispositifs informatiques des établissements sans vraiment de spécificité médicale : le médecin peut facilement déléguer à un autre professionnel notamment aux informaticiens, même s'il doit en garder la surveillance et avoir les clés pour se dépanner en cas de crash. Il doit savoir accéder à ses dossiers en mode dégradé. Notre réflexion de professionnels de soins est par contre nécessaire pour la sécurisation de la pratique médicale par l'utilisation de MedyCS. C'est en effet le secteur où l'implication du professionnel de soins doit être la plus grande. Il en va de son confort, de son indépendance professionnelle et de sa responsabilité.

Il ne doit pas y avoir de confusion entre ces deux aspects, l'informatique de l'établissement et l'informatisation du métier. La connexion entre les deux est nécessaire mais la dépendance du médecin à un dispositif, qu'il accepte de ne pas maîtriser, l'expose à modifier sa façon de travailler, à obéir aux procédures que le logiciel lui impose et le prive de la maîtrise d'installer les barrières de gestion des risques que doit apporter aujourd'hui votre logiciel métier.

Ne parlons pas des risques que prennent les médecins qui tolèrent que le partogramme leur soit imposé par une société qui a passé un contrat financier intéressant avec l'établissement sous prétexte de l'associer aux enregistrements de FCF. J'ai même connaissance à Toulouse d'un établissement où la direction impose un partogramme d'une société d'informatique alors que cette pièce essentielle à la responsabilité médicale n'est pas encore construi-

te. Comment envisager qu'il y ait d'autres arguments que financier dans ce contexte. Certains de nos confrères ne comprennent pas le risque de cette naïveté à tolérer cette perte définitive d'indépendance.

Quelles sont donc les protections que doit vous apporter MedyCS ?

Le sujet central est donc comment est-il possible de réduire la fréquence des défaillances professionnelles par MedyCS dans l'application d'un protocole médical. Nous prendrons l'exemple de "la gestion des risques dans la prévention de l'infection puerpérale par le Strepto B".

La discussion exclura le débat académique sur la pertinence d'un choix protocolaire médical par rapport à un autre. Quels sont, par contre, les moyens de prévenir par MedyCS les défaillances dans l'application de ce protocole de prévention que vous avez choisi. **En gestion des risques nous souhaitons que vous maîtrisiez les briques informatiques pour construire les barrières de sécurité contre les défaillances.** Cette compréhension est indispensable si vous êtes l'architecte, l'artisan, ce qui est dans l'esprit de compagnonnage de l'association Gynelog ; on souhaite vous y encourager, vous en fournir les moyens. Mais même si vous vous limitez au rôle de donneur d'ordres, ce qui est moins performant, vous devez avoir conscience de ce qu'il est possible d'obtenir avec ce logiciel.

Cet article est tiré de la documentation fournie pour le séminaire annuel GYNERISQ-GYNELOG qui a eu lieu du 25 au 27 septembre 2015 à Bordeaux

1 - Imaginer la stratégie par étapes successives

Ce processus doit être présenté par la succession d'étapes simples. Pour chacune des étapes vous distinguerez d'abord la pratique médicale puis vous définirez une ou plusieurs

Notre réflexion de professionnels de soins est nécessaire pour la sécurisation de la pratique médicale par l'utilisation de MedyCS

* Gynécologue obstétricien, trésorier du Syngof et de Gynelog

dispositions informatiques pour prévenir une défaillance dans sa réalisation :

Laissons de côté la sécurisation du prélèvement, et prenons l'exemple de l'étape intermédiaire de la phase de récupération du prélèvement du Strepto B.

Vous pourrez développer le processus avec trois points les plus déterminants pour la sécurité.

- **Ne pas oublier la récupération** du résultat en amont de l'admission de la parturiente.

Exemple de réponse informatique : Un message de rappel lors des dernières consultations pour récupérer "le résultat n'est pas mentionné dans le dossier".

- **Placer l'information sans erreur dans une case** connue de toute l'équipe pour ne pas l'ignorer ni la chercher à l'admission de la parturiente.

Réponse informatique : Avoir un emplacement spécifique de l'information alimenté automatiquement.

- **Donner l'information sur le strepto B à la patiente.**

Réponse informatique : Une lettre ou une ordonnance est éditée automatiquement informant la patiente de l'interprétation du résultat ou de son manque de résultat.

2 - Apprenez à construire les barrières de sécurité de Gynelog avec les briques de Gynelog

2.1 Première brique de MedyCS, le questionnaire est la checklist de gestion des risques

2.1.1 Conceptuellement les questionnaires se répartissent en questionnaires de fond et questionnaires événementiels:

2.1.1.1 Les questionnaires de fond

Les questionnaires de fond regroupent des données persistantes et de synthèse pour une période : par exemple pour la grossesse en totalité. Mais ce peut être utile de diaphragmer par exemple pour le pronostic d'accouchement, le dernier trimestre. De tels questionnaires **checklist** seront d'actualité toute une période d'évolution de la grossesse. Ils seront définis dans leur onglet Propriétés avec un écart théorique entre 2 instances de plusieurs mois.

2.1.1.2 Les questionnaires événementiels

Dans notre exemple : le questionnaire événementiel "biologie" qui reçoit les résultats de laboratoire trace un strepto B +. Le paramétrage va projeter dans le questionnaire de fond "pronostic d'accouchement" l'élément synthétique "protocole Ampic pour Strepto B" ou son alternative "Protocole Erythro pour strepto B" selon qu'à la réponse strepto positif et accouchement prévu par voie basse, la question allergie à la pénicilline sera négative ou positive.

Nous verrons au chapitre suivant comment MedyCS va projeter une information d'un questionnaire événementiel dans un questionnaire de fond ou de synthèse.

2.1.2 La checklist par MedyCS peut rester pertinente : c'est-à-dire adaptée et non redondante

La structure linéaire des questionnaires apporte la sécurité des checklists contre l'oubli. Mais pour être durablement crédible, la checklist doit être pertinente : Une question posée ne doit être posée que si elle est nécessaire. La réponse est nécessaire et n'a pas déjà été fournie.

Nous allons voir comment avec MedyCS, une question n'est active et ne s'affiche que si elle est pertinente. Par exemple si une césarienne est programmée la question Strepto B disparaît. Nous verrons ce paramétrage d'activation d'une question qui intègre cette condition.

Une question n'est, de même, nécessaire que si elle n'est pas redondante. MedyCS donne la valeur par défaut des réponses si elle est déductible des saisies antérieures dans le dossier. Par exemple l'allergie à la pénicilline si elle a été saisie apparaît par défaut et le médecin se contente de valider. C'est le paramétrage de la valeur par défaut de MedyCS.

2.2 Deuxième brique : Les messages de Gynelog contre le risque d'oubli :

2.2.1 Les questions lecture seule rappellent des informations à ne pas négliger "A 34 SA faire le PV". "Patiente entre en travail son strepto B est positif mais elle est allergique à la pénicilline"

2.2.2 Les messages Box (nouveaux dans MedyCS) font de même et imposent de saisir OK

2.2.3 Les questionnaires checklists de fond réapparaissent tant qu'ils sont insuffisamment remplis

A la validation des questionnaires de consultation la méthode "résumé questionnaire" encore appelé "questionnaire fils" appellera le questionnaire "pronostic d'accouchement" tant que les items nécessaires pour ce pronostic d'accouchement ne sont pas remplis. Dans cet exemple tant que la question strepto B n'est pas remplie.

2.3 Troisième brique : Le report automatique d'information contre le risque de Transcription erronée ou oubliée

L'intégration des résultats Hprim <http://gynelog.asso.fr/medyCS/interoperabilite/hprim/> dans un questionnaire supprime des risques d'oubli de transcription et surtout de transcription erronée : taper strepto B négatif alors qu'il est positif cela s'est vu. Cela économise du temps de secrétariat et du stress des secrétaires.

2.4 Quatrième brique : La case de Gynelog apporte l'information essentielle avec une mise en couleur proportionnelle au risque.

L'information sur le strepto B est toujours à la même place. Le lecteur sait que si elle est dans le dossier, elle est forcément dans la case. Il est inutile de faire dérouler les pages du dossier.

La mise en couleur attire le regard. La couleur conditionne l'attention. La couleur ne doit pas contribuer à une harmonie distrayante. La couleur dit la gravité. Les couleurs qui sautent aux yeux à la bonne case permettent la lecture en diagonale sûre en 15 secondes. Cela fait gagner du temps tous les jours et c'est déterminant en cas d'urgence.

Les formulaires techniques permettent de positionner dans une case l'information. Nous verrons la projection de l'information automatique dans la bonne case : Cela se fait à partir du questionnaire événementiel de consultation ou de biologie vers les questionnaires de fond qui sont visualisables dans les cases colorées des formulaires techniques. C'est possible mais moins bien dans la fenêtre des antécédents.

2.5 Cinquième brique : la patiente est informée par un texte personnalisé

A la fin de la saisie d'un questionnaire, L'impression d'un courrier ou d'une ordonnance mentionnant les informations de sécurité peut être automatique. Son contenu est personnalisé en fonction des particularités de la patiente pour répondre aux exigences médico-légales les plus récentes.

2.6 Sixième brique : l'extraction de questionnaire permet un audit d'efficacité

L'extraction du questionnaire pronostic d'accouchement pour toutes les patientes de l'année permet de vérifier la présence d'une réponse pour le strepto B chez toutes les patientes. C'est le logiciel Medy-admin qui permet cette extraction des questionnaires et fournit des fichiers Excel pour tous les questionnaires entre 2 dates. Ces fichiers permettent de vérifier l'exhaustivité des réponses. Ils donnent une vision globale sur l'efficacité du processus.

3 - Doctor est le magasin des briques pour construire les barrières de sécurité

3.1 Précautions : D'abord assurez-vous de vos sauvegardes

3.1.1 Sauvegarder la base globale. Au moins assurez-vous que la date de la dernière sauvegarde est le jour même ou la veille.

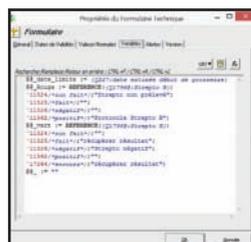
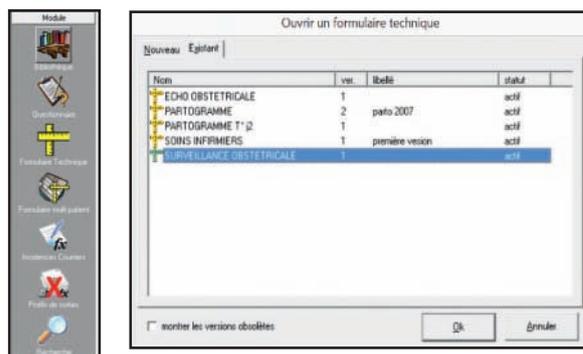
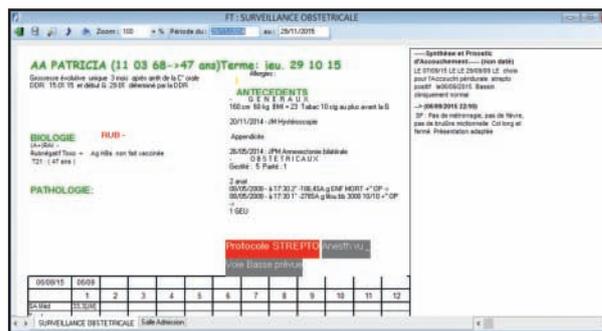
3.1.2 Sauvegarder le paramétrage complet par Medy Echange, Cela nous permettra de vous aider à revenir en arrière dans votre paramétrage si vous aviez commis de grosses erreurs.

3.1.3 Faites votre travail de paramétrage sur une copie de la base de votre portable. Vous la reportez par MedyEchange sur la base en production.

3.2 Une question dans un Questionnaire de fond permet de faire apparaître une case colorée dans le Formulaire technique

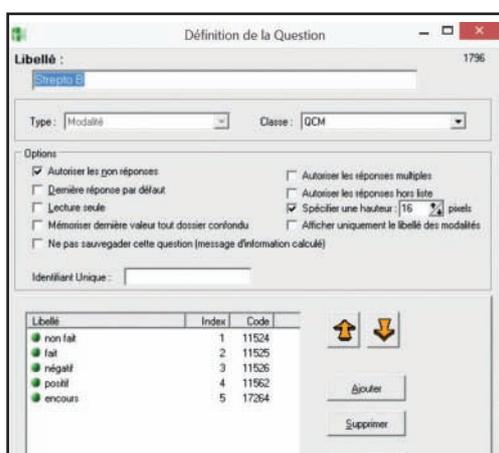
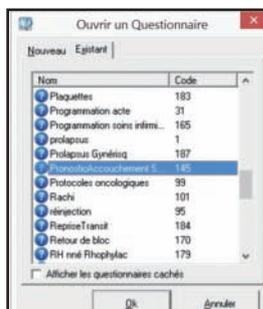
J'ai choisi d'introduire la question synthétique au sujet du strepto B dans le questionnaire pronostic d'accouchement qui s'étend durant tout le dernier trimestre de la grossesse. La réponse apparaît dans le formulaire technique (voir colonne ci-contre).

La création de la case se fait dans un bloc texte enrichi dans le formulaire technique. Ce ne peut être qu'à partir des questionnaires de fond pour durer (voir colonne ci-contre).



3.3 Comment éviter la saisie manuelle de la question Strepto B dans le questionnaire Pronostic Accouchement ?

Rappel de l'articulation *Questionnaire et question*

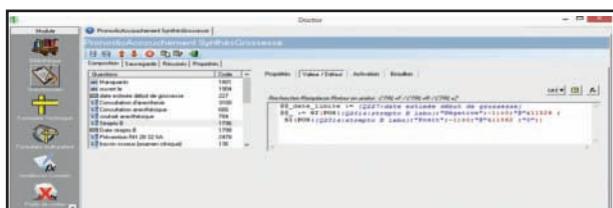


Pour éviter la transcription manuelle nous disposons de 2 solutions complémentaires

3.3.1 D'abord le calcul de valeur par défaut à la création du questionnaire pronostic d'accouchement.

Dans l'onglet que l'on voit dans l'empreinte d'écran qui suit, la valeur par défaut est calculée à partir de la réponse "Strepto B labo" du questionnaire laboratoire. Il s'agit de dans le questionnaire laboratoire d'une question texte. Le format texte a été choisi parce que c'est le format le plus tolérant vis-à-vis de toutes les formulations possibles dans les éditions de résultats.

Secondairement la fonction POS () recherchera dans la réponse strepto B labo les chaînes de caractères "positi" puis "negati" pour interpréter ce résultat. La fonction POS () retourne leur position. 0 signifie que cette chaîne n'est pas trouvée.



L'incidence est écrite en mode variable à plusieurs lignes.

La première ligne de variables est la solution la plus simple pour limiter la recherche au début de la grossesse. Ainsi le résultat d'une grossesse précédente ne sera pas intégré. On choisit cette limite de date : date présumée de début de grossesse.

On pourrait imposer de manière pertinente que cette incidence récupère cette réponse dans une interview du questionnaire : Dossier de grossesse, en faisant suivre le n° de question du n° du questionnaire après un point. Sans le point et le n° de questionnaire cette question pourrait avoir été saisie dans un autre questionnaire, cela pose parfois des problèmes d'incertitude sur l'origine d'une donnée.

{Q227: xxx} deviendrait {Q227.87: xxx}

Deuxième ligne : La variable finale définit la valeur par défaut de la question selon ces mêmes règles.

@@_ : =

Elle exprime que la modalité "négative" de la question strepto B du questionnaire pronostic sera la valeur défaut si on retrouve la chaîne négative dans la question texte strepto B labo du questionnaire biologie. Le questionnaire biologie sert à chaque intégration automatique de tous les résultats récupérés par le processus Hprim, quel que soit le laboratoire, pourvu que nous lui ayons demandé de nous envoyer les résultats par Hprim ou Apicript.

Cette modalité "négative" de la question Strepto dans le questionnaire pronostic a un code qui commande l'apparition de cette modalité si c'est le résultat de l'incidence de valeur par défaut. C'est la chaîne "@11526".

A l'opposé la modalité sera positive si la valeur finale par défaut est "@11562".

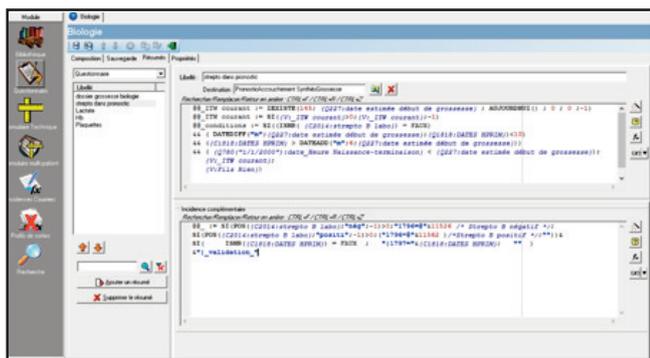
3.3.2 Deuxièmement, la projection des données d'un questionnaire père dans un questionnaire dit fils.

Si le résultat du laboratoire n'est de retour qu'après la création de l'interview du questionnaire pronostic d'accouchement, alors le questionnaire biologie **qui contient le résultat va projeter les mêmes réponses négatives ou positives dans le questionnaire pronostic**. Cette projection dans le questionnaire fils se fait par les résumés après validation d'une interview d'un questionnaire biologie ; Le questionnaire biologie est dit pour l'occasion seulement le questionnaire père. Il n'y a pas de hiérarchie entre les questionnaires pour cette projection de valeur. Tout questionnaire peut en renseigner un autre et inversement. Mais un questionnaire ne peut se renseigner lui-même, pas même une ancienne interview du même questionnaire.

La programmation se fait dans le questionnaire biologie, dans l'onglet Résumé, Résumé questionnaire.

Dans la fenêtre inférieure "incidence complémentaire" on retrouve la même logique pour la valeur des questions projetées.

La question strepto B N° 1796 du questionnaire fils sera égale à une valeur déduite d'une incidence de calcul de même mécanisme recherchant des chaînes "neg" ou "posit" pour injecter respectivement les mêmes valeurs de modalité @11526 et @11562.



Dans la fenêtre supérieure, grâce à l'assistant de la baguette magique, on détermine l'interview dans laquelle se fera cette injection. La logique suivante utilise 3 lignes de variables commençant donc par @@_ et finissant par := Il suffit de se laisser guider.

1^{ère} ligne ITW courante : le logiciel recherche un N° d'interview dans la période entre le début de grossesse et aujourd'hui (N° d'ITW).

2^{ème} ligne : il appelle cette ITW qui correspond ou en crée une nouvelle (valeur : -1) s'il n'y en a pas.

3^{ème} ligne : cette opération se fait si la question strepto B labo n'est pas *non réponse*. Pour ne pas appeler le questionnaire *filis* la valeur de l'incidence = 0. L'injection dans le questionnaire pronostic ne doit se faire que si cet envoi comporte un résultat strepto B et que nous sommes au dernier trimestre d'une grossesse. En effet une interview de questionnaire Biologie est créée à la récupération de tous les résultats biologiques reçus par Hprim.

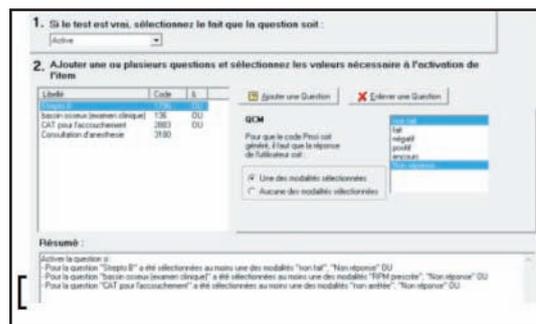
3.4 Émettre un message pour éviter l'oubli au sein d'un questionnaire

3.4.1 Une question texte, lecture seule, délivrant une alerte est intercalée entre les questions de saisie.

Cette question dénommée "*manquants*" précise qu'il faut faire le prélèvement parce que la patiente n'a pas de césarienne prévue, qu'elle est à 34 SA ou plus et que ce prélèvement n'a pas été fait.

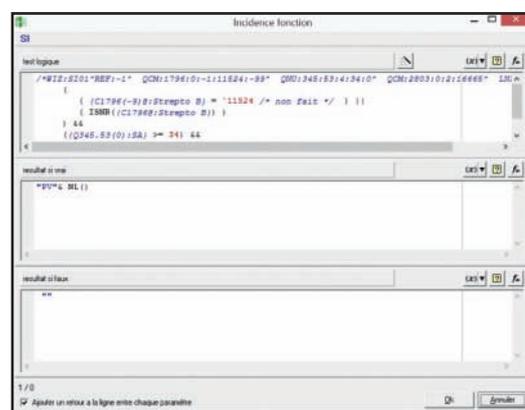
3.4.1.1 Ces conditions sont codées dans la fenêtre d'activation de cette question. Un assistant aide ce codage.

3.4.1.2 Le texte du message est codé dans l'onglet, valeur par défaut. Ce paramétrage est facilité par l'assistant de la fonction SI ()

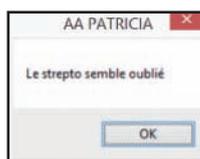


L'assistant d'activation du message

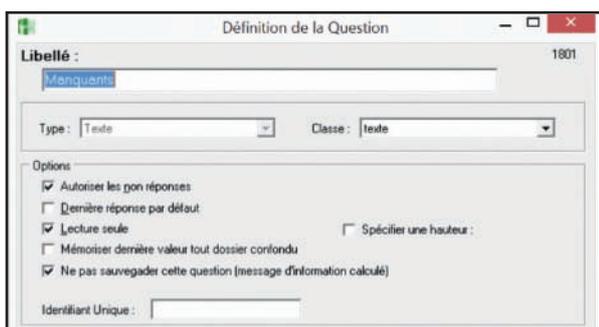
L'assistant de SI() facilite le paramétrage du texte du message dans la valeur par défaut.



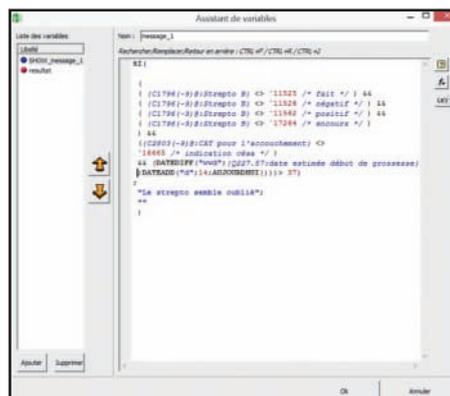
3.4.2 La création d'un message box qui impose de cocher OK est l'alternative la plus spectaculaire.



Ce messagebox se paramètre dans l'assistant multivariable. Il faut le coder dans la fenêtre activation et non-valeur par défaut pour qu'il apparaisse aussi bien en modification d'interview qu'à la création. Si vous l'aviez placé dans l'incidence de valeur par défaut il n'aurait été apparent qu'à la création de l'interview.

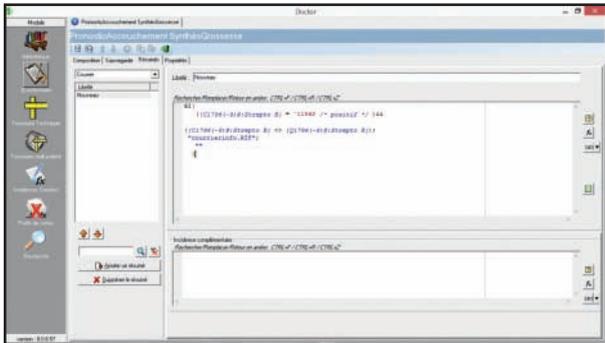


Le paramétrage de la question



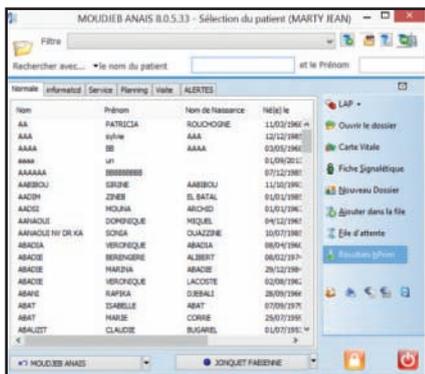
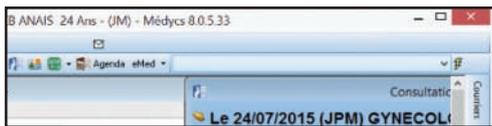
3.5 L'impression d'un courrier ou d'une ordonnance dans une situation à risques.

Le texte du courrier peut être personnalisé.

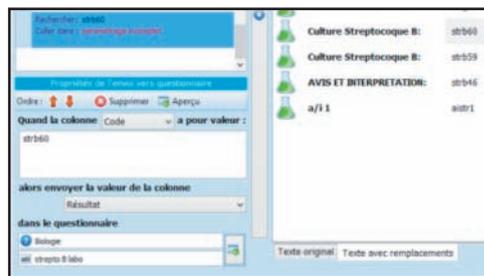
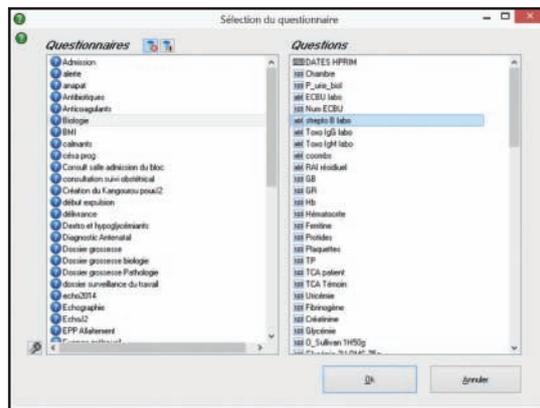
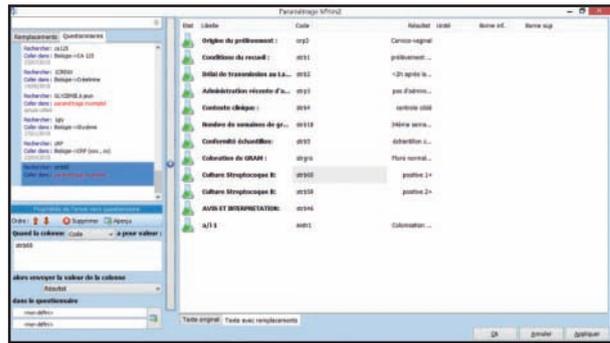
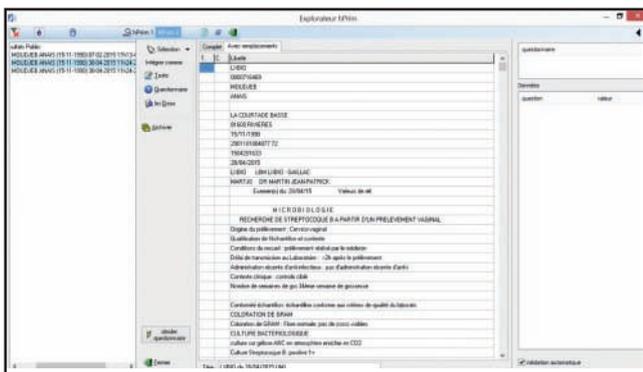


3.6 La récupération des résultats par Hprim constitue une barrière contre l'absence de transcription ou les erreurs de transcription manuelle.

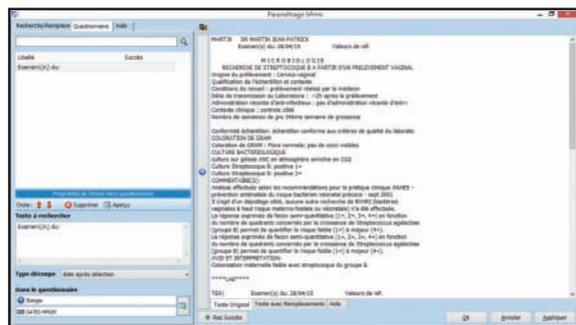
Les résultats hprim peuvent être consultés dans chaque dossier ou en page 1 de MedyCs.



Le paramétrage de récupération des résultats est plus performant par les données Hprim 2 parce qu'il s'agit d'un format *tagué* sans difficulté d'interprétation. Mais tous les laboratoires ne le fournissent pas. On est alors contraint d'interpréter le format Hprim 1 qui est purement littéraire toujours présent au-dessus de l'Hprim 2.



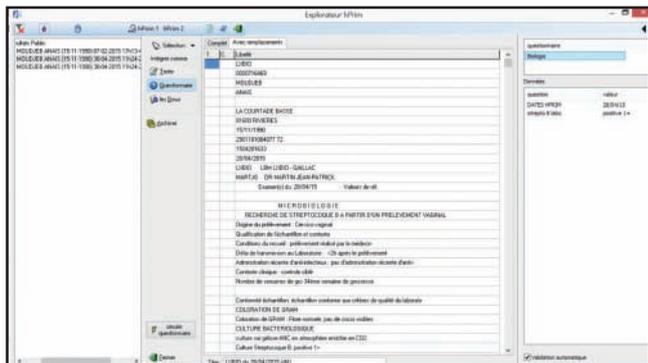
La date pour ce laboratoire doit être récupérée en Hprim 1



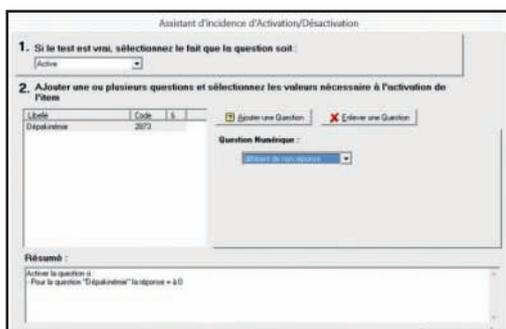
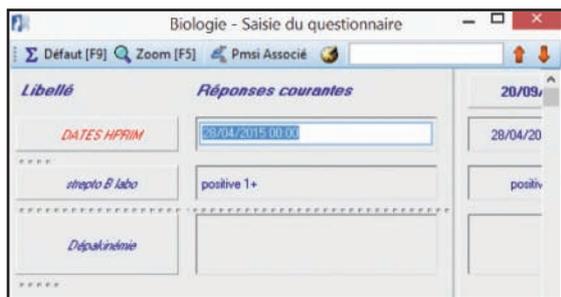
Pour récupérer les informations à intégrer dans un questionnaire à partir du texte en style littéraire du langage Hprim 1, il est souvent utile de remplacer des chaînes de caractères par d'autres. Par exemple on peut remplacer 000 par K ou 000 000 par M. Examen cyto bactériologique des urines par ECU etc. Il existe des codes spéciaux pour protéger des signes qui sont interprétés comme * pour positionner la partie à récupérer. Ceci est détaillé dans l'onglet Aide.

Le paramétrage d'Hprim doit être fait à partir du texte avec remplacement.

Mais l'intégration d'un laboratoire en Hprim 1 est beaucoup plus incertaine que si ce laboratoire transmettait en format Hprim 2. Avec Hprim 2 on ne retrouve qu'un résultat par ligne, les dénominations codées n'ont pas d'ambiguïté, les résultats sont tous dans la même colonne.



La récupération est faite dans un questionnaire :



Nous constatons un défaut de paramétrage dans ce questionnaire biologie : la question Depakine est inutilement ouverte : C'est un oubli de paramétrage de l'option active ou inactive de cette question. Dans la fenêtre de droite, le paramétrage par l'assistant impose que la question Depakine ne soit active que lorsqu'elle a une réponse. Ce choix serait absurde pour une saisie directe d'un questionnaire par un soignant, mais il a l'intérêt de ne laisser ouvert que les réponses qui ont été renseignées pour l'intégration par Hprim comme pour la projection d'une valeur d'un questionnaire dans un autre. Cela fonctionne et demande le paramétrage de désactivation de toutes les questions du questionnaire l'une après l'autre quand il n'y a pas de réponse.

Nous pouvons l'utiliser par exemple dans 2 circonstances : pour HPRIM dans un questionnaire biologie, dans un questionnaire de pathologie renseigné par un questionnaire de consultation. Ainsi des questionnaires peuvent être très longs sans être encombrant à l'usage puisqu'ils ne se déploient que sur les questions qui ont une réponse.

3.7 Audit sur la bonne efficacité des barrières : Le questionnaire est exporté entre deux dates par Medyadmin. On peut ainsi contrôler l'exhaustivité de l'information.

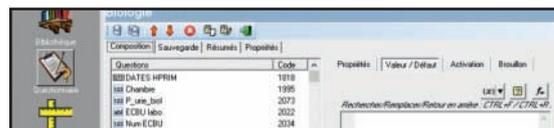
En conclusion

Il ne faut pas attendre la perfection inaccessible pour commencer la mise en application de ce paramétrage de gestion des risques. Si une serrure à 3 points est mieux qu'à un point. Une serrure à un point est préférable à pas de serrure du tout. Chaque barrière que nous avons distinguée a une valeur indépendamment des autres et mérite d'être mise en place pour avoir une efficacité d'emblée sans attendre la totalité d'un dispositif. Une barrière seule peut éviter un sinistre alors que plusieurs défaillances sont nécessaires au déclenchement d'un sinistre.

Annexe

Précision sur le codage par incidence

Le langage d'incidence du logiciel MedyCS est d'abord nécessaire au paramétrage des questionnaires. Le carrefour initial se situe sur la première page des différents questionnaires dans l'application *Doctor*.



Par ce langage on peut déterminer la valeur par défaut à toutes les questions d'un questionnaire et l'onglet à sa droite paramètre les conditions d'activation ou d'inactivation de chacune des questions. Par l'onglet résumé, il permet de projeter des valeurs de ce questionnaire dans 15 directions différentes dont les antécédents, les ordonnances, les courriers, d'autres questionnaires.

1. Ce langage se construit essentiellement par les 3 boutons

Le bouton fx appelle 54 fonctions comme la fonction POS () que nous avons vue. Ces fonctions nécessitent des paramètres séparés par des points-virgules et placés entre les parenthèses.

Le bouton ? permet de choisir la réponse des questions des questionnaires qui constitueront certains paramètres de ces fonctions. Il permet accessoirement de sélectionner des constantes ou des antécédents.

Le bouton (ax) appelle l'assistant des variables multilingues. Ces lignes de variables sont placées exclusivement en tête

d'incidence. La valeur de la dernière des variables constitue le résultat de l'incidence.

1.1 Le bouton donne d'abord le choix entre ces 54 fonctions avec des informations essentielles sur leur action.

Vous obtiendrez la documentation complète par la touche F1 après avoir introduit la fonction dans l'incidence et sélectionné son nom. `DATEADD("ww";-1;AUJOURDHUI())`

Ces fonctions se combinent à l'infini. La fonction DATEADD() ajout de n unités de temps à une date peut porter sur la fonction aujourd'hui() pour calculer 3 semaines en arrière :

DATEADD ("ww";-3;aujourd'hui()). En sélectionnant de même une fonction dans une incidence, le bouton Fx vous distinguera les différents paramètres séparés par des points-virgules : en haut "ww", au milieu -3, en bas aujourd'hui() et vous pourrez les modifier. Si le nombre de paramètres est anormal, le bouton Fx proposera à nouveau le choix entre les 54 fonctions, cela vous indiquera que votre fonction n'avait pas un nombre correct de points-virgules pour séparer les paramètres

1.2 Dans l'appel des réponses à des questions, Il faut savoir que le code fonctionne si l'écriture des accolades et des : (les 2 points) est rigoureuse.

L'assistant que vous appelez avec le ? insérera avec cette rigueur indispensable ces codes.

Par contre le texte xxx entre les 2 points et l'accolade fermante ne sont qu'indicatifs et peuvent être modifiés sans conséquence.

Le "Q" initial rappelle la dernière valeur saisie de cette question soit dans ce questionnaire soit dans un autre questionnaire. Le deuxième onglet de l'assistant de question fournira ces codes en "Q". Il propose de préciser ou non le questionnaire à interroger. Il place alors à la suite du numéro de question un point puis le numéro de questionnaire.

Mais l'interview en cours est exclue. Pour l'interview en cours c'est l'onglet de gauche du même assistant ? et les réponses sont rappelées par un C à la place du Q.

Le D rappelle la valeur de la dernière question toute patiente confondue, c'est utile pour le nom d'un médecin remplaçant qu'on ne remplira qu'une fois ou le N° de l'accouchement dans l'année, auquel on ajoutera 1 à chaque accouchement. Dans la définition de la question à sa création, il faut cocher "mémoriser la dernière valeur tout dossier confondu". Cette option est modifiable. Il n'y a pas d'assistant pour les réponses. Ecrire {D123:xxx}. vous pouvez appeler la question en C ou Q et changer la lettre en D.

Les valeurs entre parenthèses avant les deux points, fixent une valeur par défaut, ce qui est nécessaire si la question n'a pas encore de réponse dans ce dossier.

{Q123.57("1/1/2000"):xxx} La valeur nulle bloquerait, sans cela, le calcul. En affectant une valeur extrême on obtient un résultat aberrant qu'une condition permet d'éliminer.

1.3 par le bouton (x), on édite en tête d'incidence des variables multilignes

Le formalisme est le suivant :

@@_date_limite := DATEADD("m";-1;AUJOURDHUI())

@@_sero_toxo := {Q123:toxo}

@@_SHOW_message_1 := "toxo" Et {V:_ sero_ toxo }

@@_ := {V:_ sero_ toxo }

Vous pourrez créer une date limite dans le passé pour rechercher des réponses qui ne remontent pas trop loin, avant la grossesse par exemple.

Vous pourrez faire apparaître des messages qui ont 2 utilités : En usage professionnel, ils fournissent un rappel contre l'oubli. Mais lors du paramétrage vous pourrez leur donner la valeur d'une variable qui est paramétrée pour faire un calcul comme c'est le cas ici. Si le calcul ne fonctionne pas dans sa totalité on peut ainsi rechercher où est l'erreur pas à pas, en ajoutant dans la variable de plus en plus de lignes du calcul défectueux.

Attention l'assistant donne toujours le nom de message 1, il faut savoir changer le nom ou au moins le N° sinon un seul s'afficherait, le dernier.

Enfin les variables vous permettent de faire des calculs intermédiaires que vous pourrez utiliser plusieurs fois dans l'incidence, en les plaçant comme paramètre des fonctions. La valeur de la variable s'obtient par un clic droit ou la petite flèche à droite du (x). {V:_DDR}. Et la partie entre les : et } ne peut être changée, contrairement à ce que nous avons dit pour le xxx des réponses aux questions {C123:xxx}.

Les variables sont utilisées dans les courriers par les variables courriers rattachées à chacun des courriers types par l'onglet du même nom, de la première page de Doctor.

Cela peut être utilisé de même pour les blocs des questionnaires de fond dans les formulaires techniques. Le paramétrage est fait dans l'onglet variable des propriétés du formulaire technique.

Dans les 2 cas il est possible de calculer la chaîne à introduire dans le texte par du langage incidence et rappeler la variable par la syntaxe courrier qui comme toujours est entre £ # sous la forme

£ VAR : AZER#

2. Il faut débayer très souvent en fin de paramétrage

Le résultat obtenu est souvent une erreur. C'est certainement ce qui décourage bien des médecins dans le paramétrage de MedyCS. Les messages renvoyés par le logiciel lorsqu'il rencontre une erreur peuvent ne pas être suffisamment explicites.

2.1 Les erreurs de parenthèses sont fréquentes :

2.1.1 Il n'y a pas le même nombre de parenthèses ouvrantes et fermantes

Dans le code, en rapprochant le curseur d'une parenthèse ouvrante ou fermante elle devient rouge ainsi que celle opposée qui lui correspond. Cela permet souvent de corriger l'erreur.

La sélection d'une fonction, permet par le bouton fx de voir si les paramètres se répartissent normalement dans les trois fenêtres. On vérifie ainsi que chacun des paramètres est correct. L'opération peut se répéter dans chacune des fenêtres de paramètres.

Si le nombre de ; ne correspond pas à celui prévu par la fonction, le formulaire qui répartit les paramètres n'apparaîtra pas. À sa place apparaîtra le formulaire de Doctor qui permet de choisir les fonctions.

2.1.2 Les guillemets sont fréquemment responsables de messages d'erreur sur le nombre de parenthèses, erreur qu'on ne trouve pas en les recomptant.

En effet si une parenthèse est placée après un nombre impair de guillemets, autrement dit si des guillemets ne sont pas fermés avant cette parenthèse, la parenthèse perd sa fonction d'isolement et n'est plus qu'un caractère typographique d'une chaîne. Elle n'est pas décomptée et donc un déséquilibre est relevé par le message : **il n'y a pas le même nombre de parenthèses ouvrantes et fermantes.**

2.1.3 Le manque de parenthèses donne un résultat erroné avec les deux opérateurs logiques ET, qui est dans Doctor Et, et l'opérateur logique OU qui est ||

Pour combiner des conditions, ces opérateurs logiques ET OU sont fréquemment utilisés par l'assistant du premier des paramètres de la fonction SI() et l'onglet rendant une question active ou inactive.

Vous serez amenés à les utiliser vous-même, pour compléter le travail de l'assistant et ajouter une condition nécessaire qu'il ne parvient pas à écrire. Vous devez alors supprimer toutes les chaînes que l'assistant a placé entre les signes /* et */ et vous devez bien placer les parenthèses pour isoler les segments.

Exemple : Votre objectif est d'ouvrir la question diabète sous condition de résultats du laboratoire. Vous placerez dans l'onglet activation de la question diabète, la chaîne :
{123: glycémie}>0,95 || {345:HyperglyOrale}=@987

En supposant que @987 est le code de la modalité pathologique dans la question à modalité résultats de l'hyperglycémie provoquée : question 345.

L'oubli de parenthèses rend ce code inopérant. Aucun message ne vous indique que vous avez oublié les parenthèses. Il est impératif de mettre les parenthèses dans la deuxième partie.

{123: glycémie}>0,95) || ({345:HyperglyOrale}=@987)

2.2 L'erreur de numéro de question ou de questionnaire est une étourderie chronophage.

Si contre toute explication un code ne fonctionne pas il faut consentir à vérifier chaque question en la plaçant dans un messagebox.

2.3 Les questionnaires fils sont encore appelés résumés questionnaire. Ils sont difficiles à paramétrer mais disposent de 2 outils performants

Rappelons qu'ils permettent de projeter une valeur saisie ou calculée d'un questionnaire dans un autre questionnaire.

Le paramétrage comporte 2 parties qui se font dans les 2 fenêtres différentes

2.3.1 La fenêtre supérieure paramètre les conditions pour réaliser la projection de ces données.

Elle répond à la question : faut-il créer un nouveau questionnaire fils ou existe-t-il déjà une interview du questionnaire fils qui convient ? Le problème est de ne pas alimenter le pronostic d'accouchement de la grossesse précédente. L'assistant à baguette magique est performant pour vous guider.

2.3.2 Le paramétrage de la fenêtre inférieure est difficile car il respecte 4 impératifs

Dans des expressions qui se succèdent :

Numéro de question du fil = valeur, le format de cette valeur dépend du type de la question. Cela signifie que les valeurs de modalités sont précédées d'un @

Ces expressions pour chaque question cible sont séparées les unes des autres par des pipes|. Un double pipe || est interprété comme un pipe simple.

Les questions modalités ou textes doivent être d'abord blanchies puis réaffectées "|2766="&{V:Champ à Blanc}&"|2766=@&{C2766(-9):Pharmacie}, il est possible de conserver la valeur antérieure par un {Q2766: pharmacie} et faire une combinaison avec la nouvelle. Les variables multilingues sont confortables pour cela.

La succession est une **chaîne** texte ce qui impose des tronçons de texte ou de code fixe entre guillemets. Ces tronçons sont interrompus par des & pour introduire des valeurs de questions ou des fonctions des variables et pour les calculs. Un outil est très utile pour déboguer : Dans MedyCS en exécution, on coche au point d'interrogation "trace d'incidence" et l'on voit la chaîne finale construite d'une succession de séquences d'égalités entre pipe 123= AAA|567= 12/04/20015| 789 =@097. Cela permet de voir très vite les ruptures dans la régularité de ce code.

Symphyséotomie vs césarienne

une controverse obstétricale européenne

B. SEGUY*

Si la possibilité d'un écartement naturel des os du bassin était dès lors admise par tous, le passage à l'acte chirurgical, qui semblait pourtant aller de soi, n'était pas même évoqué par les accoucheurs.

Pendant plus d'un siècle, de la fin du XVIII^{ème} à la fin du XIX^{ème}, les obstétriciens se sont trouvés, en cas de bassin rétréci, face à ce dilemme : césarienne ou symphyséotomie ?

La césarienne, au bilan catastrophique et juste défendue par Baudelocque, avait très peu d'arguments, pour ne pas dire aucun (taux de mortalité effarant), face à la symphyséotomie de Sigault, améliorée constamment puis défendue par Pinard, Farabeuf et Varnier.

Il faudra attendre la diffusion européenne de l'antisepsie de Lister, au lendemain de la guerre franco-prussienne de 1870, puis la mise en œuvre de l'asepsie par Pasteur en 1878, pour voir enfin la césarienne sauver des enfants sans tuer trop

souvent la mère. Mais ce n'est qu'après la seconde guerre mondiale, la diffusion des antibiotiques, et les progrès de l'anesthésiologie, qu'elle s'installera comme solution définitive et intervention de routine, passant progressivement, au fil des décennies, de moins de 5% des naissances avant la dernière guerre, à plus de 25% en 2015 dans certains pays d'Amérique.

La symphyséotomie Première époque

Les anciens depuis Hippocrate admettaient l'idée que les os de la symphyse pubienne s'écartaient légèrement pendant l'accouchement pour faciliter le passage de la tête

foetale. Un excès de solidité de cette symphyse constituait même pour Aetius une cause de difficulté d'accouchement.

Néanmoins, par la suite, cette possibilité d'écartement naturelle fut niée par de nombreux médecins, mais, parmi eux, le "retournement" d'Ambroise Paré fut remarqué et influent. Il écrit : "Jusqu'ici, j'avais maintenu, par paroles et par écrits, les os pubis ne pouvoir se séparer et entrouvrir aucunement dans l'enfantement. Toutefois, il m'est apparu du contraire, le 1^{er} février 1579, par l'anatomie d'une femme, qui avait été pendue quinze jours après être accouchée, de laquelle je vis la dissection, et trouvai l'os pubis séparé en son milieu, d'environ un demi-doigt. Qui ne le voudra croire, je le renverrai au livre de Nature, laquelle fait des choses que notre intelligence n'est pas capable de comprendre". Un de ses élèves, Severin Pineau, se fit le chantre de la nouvelle théorie, bientôt admise par

*Cette possibilité d'écartement naturel du pubis
avait été confirmée par des noms illustres...*

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

tout le monde médical de l'époque. Il publie en 1597 un ouvrage dans lequel il suggère nettement de trancher la symphyse pubienne pour agrandir le bassin, en ayant éventuellement préparé son ramollissement en fin de grossesse par "cataplasmes émollients, embrocations huileuses, bains, etc.". Mais cette idée, trop révolutionnaire pour l'époque, fut mal accueillie de ses confrères et Pineau n'osa jamais tenter lui-même la méthode qu'il décrivit. Et pourtant, cette possibilité d'écartement naturel du pubis avait été confirmée par des noms illustres: Riolan, Spigel, Harvey, Morgagni. En 1766, c'est Plenck qui, en effectuant la dissection d'une femme morte en couches porteuse de jumeaux, s'aperçoit qu'il lui suffit de couper la symphyse pour obtenir un passage aisé des foetus. Il écrit plus tard: "Si, dans ce moment, j'eusse réfléchi aux faits qu'on pouvait en tirer sur une femme vivante, j'eusse pu devenir l'inventeur de cette découverte". Enfin, la possibilité est confirmée officiellement par le mémoire de Louis à l'Académie de chirurgie en 1768 "De l'écartement des os du bassin". Si la possibilité d'un écartement naturel des os du bassin était dès lors admise par tous, le passage à l'acte chirurgical, qui semblait pourtant aller de soi, n'était pas même évoqué par les accoucheurs. Ceux-ci, jugeant avec raison l'intervention césarienne beaucoup trop risquée pour la mère, et malgré les pressions du clan des césariens, se bornaient à plaindre les malheureuses qui mourraient en couches du fait des limites mécaniques du forceps.

Très curieusement, c'est le mémoire de Louis qui attira l'attention d'un simple étudiant parisien en chirurgie, J. R. Sigault, qui, passionné par l'obstétrique mais douloureusement affecté par les très mauvais résultats de l'intervention césarienne, osa proposer de sectionner cette symphyse pour obtenir une certaine mobilité de la partie antérieure des os du

pubis et un agrandissement de certains diamètres du bassin maternel. Ce qu'il explique dans un mémoire, présenté par Louis, à l'Académie de chirurgie, qui le rejette. Néanmoins, Louis en informe son confrère Camper qui s'intéressait depuis longtemps à la question. Celui-ci, pour tester les possibilités de consolidation de la symphyse après la naissance fit l'intervention sur une truie gravide qui consolida rapidement et sans problème. Ce succès fit le tour de l'Europe obstétricale.

Refusée par les chirurgiens, Sigault se tourna alors vers les médecins et fit de la section du pubis le sujet de sa Thèse, en 1773, devant la Faculté d'Angers, en défendant l'idée que cette section symphysaire ferait gagner les centimètres nécessaires et suffisants pour permettre le passage d'une tête retenue par un bassin trop limite. Cette thèse fut bien accueillie par la Faculté et nous retrouvons là l'opposition classique chirurgiens – médecins. Baudelocque, ardent défenseur de la césarienne, contre-attaque aussitôt en soutenant sa thèse, en 1776, consacrée à la symphyséotomie, en mettant en doute le résultat escompté et en affirmant que cette méthode ne pourrait jamais permettre la sortie d'un enfant volumineux. Partisans et adversaires de la méthode de Sigault se livraient ainsi à des batailles fratricides alors même qu'aucune intervention réelle sur femme vivante n'avait été pratiquée !!

Mais en 1777, Sigault fut amené à mettre en œuvre ses idées et sa méthode sur la femme Souhot, ancienne rachitique de 1m20, une de ses clientes habituelles, dont les quatre premières grossesses s'étaient terminées par la mort in utero de l'enfant bloqué. Pour la 4^{ème} naissance, Sigault avait appelé pour avis l'élite de l'obstétrique parisienne, notamment Levret, Desault, Destremeau, Thevenot. Levret trouva le diamètre antéropostérieur à 6-7 cm et estima que l'expulsion du

foetus serait naturelle. Contre l'opinion de Sigault qui proposa la section du pubis, solution qui fut rejetée par tous les intervenants. L'option césarienne ne fut proposée que par Thevenot, et ne fut donc pas retenue. Destremeau fit la version pour essayer de sortir l'enfant sur les conseils de Levret. Il n'y arriva pas malgré des tractions extrêmement vigoureuses, et, épuisé, dut être remplacé par chacun de ses confrères à tour de rôle. Après deux heures de manœuvres très pénibles, l'enfant fut finalement extrait, mort et avec un enfoncement important du pariétal gauche.

Aussi pour le 5^{ème} accouchement, Sigault se décida à mettre en œuvre sa méthode et s'y prépara avec son confrère Alphonse Leroy. L'accouchement eut lieu le 30 septembre 1777 à l'aube, chez la parturiente, sur un enfant en siège, et, évidemment, sans anesthésie. Sigault effectua la symphyséotomie, et Leroy termina par une grande extraction du siège, qu'il réussit promptement donnant naissance à un garçon bien vivant. Le tout n'avait pas duré plus de 5 minutes. Un pansement de charpie sèche fut posé sur l'incision et un simple bandage de corps réalisé par une serviette. Revenus à midi, les opérateurs trouvèrent la mère et l'enfant en bonne santé, mais il existait une perte urinaire maternelle rapportée à une blessure malencontreuse du méat urinaire, l'opérateur ayant dû sectionner quasiment sans rien voir du fait du trop faible éclairage d'une pauvre bougie tenue par une aide bénévole qui tremblait de tous ses membres. La Faculté tenant une séance mensuelle ce même soir fut informée de ce succès par Leroy d'abord et par Sigault ensuite, arrivé plus tardivement. A sa demande, la Faculté désigna deux commissaires chargés de suivre l'évolution de l'opérée et de son enfant.

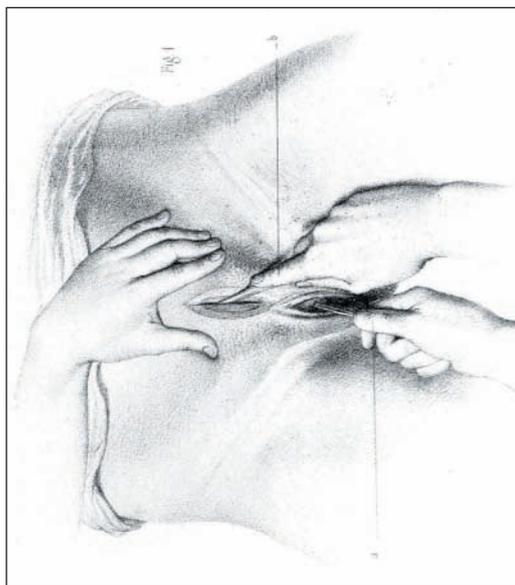
Sigault, atteint d'un panaris et d'une infection ne put s'occuper de son opérée qui fut donc sous la sur-

veillance de Leroy et des commissaires de la Faculté. Les suites opératoires furent longues et compliquées par une infection urinaire puis par une suppuration de la plaie, enfin des troubles intestinaux. De nombreux médecins parisiens assistaient chaque jour à l'examen de la patiente avec les commissaires.

L'enfant, mal nourri, développa une diarrhée verdâtre. Au 28^{ème} jour, la consolidation complète de la symphyse est confirmée mais l'état de la mère et de l'enfant n'est pas bon, l'infection n'étant pas maîtrisée dans ce milieu peu salubre et confiné. La mère fait ensuite un abcès du sein qui s'ouvre spontanément. Ce n'est qu'au 40^{ème} jour que l'enfant étant confié à une nourrice voit son état s'améliorer nettement. La cicatrisation de la mère est terminée. Au 46^{ème} jour, la mère peut se lever et marcher.

Pendant toute cette période, les attaques des chirurgiens contre Sigault et son opération furent incessantes et virulentes, la mort de la femme et de l'enfant étant jugée comme inéluctable.

Le 3 décembre 1777, à l'ouverture de l'assemblée de la Faculté de Médecine de Paris, la femme Souchot fit son entrée solennelle dans la salle des séances, accompagnée par son mari et précédée de la nourrice qui portait son fils. Seule debout au milieu de la salle, elle souriait aux médecins qui s'empressaient autour d'elle pour la féliciter, puis répondit aimablement aux nombreuses questions que lui posa le Doyen: "elle avait bon appétit, digérait parfaitement, faisait toutes ses fonctions avec liberté, plaisir et régularité, que son sommeil était tranquille, que ses



forces se rétablissaient petit à petit, s'apercevait que chaque jour qu'elle marchait, montait et descendait avec plus de facilité, qu'elle n'éprouvait aucune douleur ni aucune gêne dans la partie où elle avait souffert la section, que l'écoulement involontaire de ses urines ne se produisait que quand elle était debout ou marchait, mais que cet écoulement diminuait tous les jours et devenait moins fréquent".

Après le départ des Souchot, les commissaires de la Faculté firent leur rapport sur leur surveillance, qu'ils terminèrent par ces mots: "Nous sommes donc autorisés à conclure que la femme est parfaitement guérie, que cette opération, qui n'est ni douloureuse, ni difficile à faire, est préférable à l'opération césarienne, dans bien des circonstances et surtout quand l'enfant peut sortir par les voies naturelles". Lors de l'assemblée suivante, il fut décidé d'imprimer, aux frais de la Faculté, le mémoire de Sigault et les rapports des commissaires pour les distribuer, non seulement à tous les médecins, mais également au Roi, aux ministres et magistrats "afin que tout le monde soit instruit de la découverte de ce nouveau moyen de sauver des mères et des enfants".

L'événement eut rapidement un grand retentissement dans toute

Au point de vue de la technique, voici l'explication simple donnée, dans sa Thèse, par Paul Desforges: "On fait une incision cutanée de 8 cm environ, puis on fend de bas en haut et d'arrière en avant (ou inversement) le fibrocartilage qui constitue la symphyse pubienne. Il se produit alors un écartement qui peut atteindre 6 cm et qui donne à tous les diamètres du bassin un accroissement qui varie avec chacun d'eux. L'accouchement se termine soit spontanément, soit au moyen d'une version ou d'une application de forceps".

l'Europe médicale mais les deux camps adverses restèrent sur leurs positions, les césariens soutenant que la symphyséotomie ne pouvait répondre à tous les cas auxquels était théoriquement capable de répondre la césarienne (en se gardant bien cependant de faire la moindre allusion au pourcentage effroyable des morts maternelles et même infantiles dues à la césarienne...).

Un certain nombre d'interventions furent alors pratiquées en Europe (à l'exception de l'Angleterre et de l'Allemagne), pendant les quelques années qui suivirent l'affaire Souchot. Bien plus nombreuses en moins d'une décennie que ne le furent les interventions césariennes au cours du siècle écoulé. Et on finit par admettre que la symphyséotomie était, certes moins dangereuse que la césarienne, mais ne pouvait pas remplacer ses indications théoriques dans les rétrécissements extrêmes du bassin. On reconnut également qu'il était difficile d'obtenir un écartement chez les femmes avancées en âge, mais que chez les plus jeunes, il ne fallait pas chercher à obtenir un écartement symphysaire trop important sous peine de séquelles gravissimes. L'indication de son utilisation semblait être les cas où le forceps n'était pas utilisable ou peu efficace, et où l'écartement symphysaire pou-

vait faire gagner les trois à quatre centimètres suffisants pour obtenir le dégagement de l'enfant.

Mais les résultats étaient loin d'être toujours favorables car il ne faut surtout pas oublier que l'intervention n'était pratiquée que sur des parturientes anatomiquement disgraciées, généralement rachitiques, avec des diamètres pelviens extrêmement petits et dans des conditions "chirurgicales" qui frisaient la charcuterie. Surtout, il s'agissait de femmes en travail depuis de nombreuses heures, voire plusieurs jours, avec un enfant en position critique, dont les chances de survie étaient très faibles avant même la réalisation de l'intervention. Aussi, si, souvent, l'enfant était mort ou mourait rapidement après l'extraction, ce n'était pas dû à l'intervention pratiquée mais à l'état de l'enfant avant, pendant et après son extraction. Quant aux complications chez la mère, les conditions d'existence dans des taudis souvent sordides et des conditions d'hygiène plus qu'exécrables, avec des opérées qui ne voulaient pas ou ne pouvaient pas suivre toujours les consignes données, étaient largement suffisantes pour les expliquer, sans les mettre systématiquement sur le dos de l'intervention. Celle-ci devait être exécutée de toute manière dans des conditions plus proches du bricolage d'amateur que de celles d'une opération chirurgicale. Ces mêmes facteurs jouaient d'ailleurs contre les résultats de la césarienne dont la morbi-mortalité était néanmoins considérablement aggravée par le caractère beaucoup plus "ouvert" à l'infection, à une époque où l'asepsie et l'antisepsie étaient inconnues.

Cependant les résultats s'améliorèrent progressivement et dans les années 1780-86, une quinzaine d'interventions furent pratiquées avec des résultats encourageants tant en France qu'à l'étranger (en Italie et en Hollande surtout). Alphonse Leroy, l'aide de Sigault pour le premier accouchement, celui de la femme

Souchot, obtenait les meilleurs résultats en France avec une série de succès qui lui permettait de devenir le héros de l'aventure, en éclipsant ainsi progressivement Sigault. Il publia beaucoup et fut le seul à former des élèves. Mais en 1781, Baudelocque publiait son fameux traité "l'Art des Accouchements" qui clouait au pilori l'opération de Sigault et freinait ainsi le succès de l'intervention concurrente de la césarienne.

En fait, la rivalité ancestrale entre médecins favorables à la symphyséotomie, et chirurgiens, soutenant avec véhémence la césarienne, avait trouvé là matière à se raviver, et cette opposition historique fournit le combustible idéal pour s'étripier avec véhémence pendant plus d'un siècle. Qui plus est, et pour la première fois dans l'histoire, le "public" non médical fut directement et immédiatement informé et concerné par cette intervention nouvelle et "moderne", et, plus particulièrement, bien sûr, les femmes. Les "journalistes" de l'époque intervinrent directement dans le débat et tinrent au courant leur lectorat au fur et à mesure de l'évolution de la querelle. Un peu comme aujourd'hui avec les débats sur "le traitement hormonal de la ménopause" et/ou "la PMA pour tous". Une lectrice n'écrivait-elle pas au "Journal de Paris" (un peu le Paris Match de l'époque...): "Il fallait qu'à la face de la nation, une mère, glorieuse de ce titre, éleva les bras de son enfant jusqu'au front de ce bienfaiteur de l'humanité et que ses mains innocentes le décorassent d'une couronne civique. Je voulais encore qu'il lui fût érigé une statue et qu'il fut représenté sous la forme du dieu de la santé". Il ne manquait qu'une photo pour mobiliser l'émotion des foules. Mais déjà, les modistes créaient des coiffures et des robes "à la symphyse" !!! A partir de cette époque, à la veille de la Révolution, le public se montrera friand des découvertes médicales et des "batailles d'experts" qu'elles pouvaient susciter.

C'est donc bien un tournant de l'histoire de la médecine que marque cette virulente querelle obstétricale.

La symphy- léotomie Deuxième époque

Après les bouleversements de la Révolution, le cours des sciences, et particulièrement de la médecine, retrouve progressivement un flux normal, mais évidemment modifié par les événements. Le combat sur l'intervention de Sigault s'est épuisé, il tombe peu à peu dans l'oubli et l'intervention est de moins en moins pratiquée. L'effet dissuasif des écrits des césaristes, comme Baudelocque, Desgranges et Gardien, se sont fait progressivement sentir, qui décrivent longuement les complications observées et les résultats infantiles au-dessous des espérances. Tout en étant extrêmement discrets, en ce qui concernait la césarienne, sur les morts maternelles (60% dans une statistique récapitulative de Guéniot en 1866), les complications et les résultats infantiles. Leurs écrits seront ensuite repris tels quels pendant deux siècles, sans analyse critique et sans discussion, et on en retrouve encore l'influence à notre époque. L'intervention de Sigault sera remplacée en pratique, pour les bassins déformés ou rétrécis, par l'accouchement prématuré (mis en œuvre par les Anglais depuis longtemps, malgré des méthodes rudimentaires pour déclencher, puis prendre en charge le nouveau-né efficacement) et par l'embryotomie, qui peut difficilement passer pour un succès infantile, et qui n'est qu'un retour aux anciennes méthodes agressives et meurtrières des siècles passés, avec simplement une amélioration, bien venue, de l'outillage utilisé...

Progressivement au cours du XIX^{ème} siècle, les diatribes virulentes se sont donc tues, la raison et l'analyse sont de mises chez des auteurs de renom: Gardien, Maygrier, Capuron, Velpeau.

Ils se gardent bien d'affirmer, considèrent que les deux interventions répondent à des conditions anatomiques et obstétricales différentes, et que beaucoup des complications de la section symphysaires ont été exagérées ou étaient liées à des maladresses ou des erreurs techniques qui ont disparu avec l'expérience. Enfin, il ne faut pas oublier que la grande majorité des parturientes opérées étaient de très petites tailles (le plus souvent inférieure à 150 cm), victimes d'un rachitisme important ou de malformations congénitales (luxation de la hanche fréquente dans certaines campagnes), et que le diamètre antéropostérieur du bassin était quasiment toujours inférieur à 6 cm.

Ce n'est que sous l'effet des succès obtenus par l'école italienne (Galbiate, Jacolucci, Morisani) que certains Français réexaminent l'intervention tombée dans l'oubli. Pinard, Faraubeuf, Varnier démontrent que la section du pubis pouvait, correctement pratiquée, écarter les pubis de 6 cm sans entraîner de retentissement ligamentaire, et que cet écartement agrandissait les diamètres du bassin dans de notables proportions. Pinard, le 7 décembre 1891, conclut sa première leçon sur la symphyséotomie en déclarant que grâce à celle-ci : *"La vie de bien des femmes et des enfants sera sauvée et les accoucheurs n'auront plus à s'imposer le supplice de broyer des enfants pleins de vie qu'ils ont mission de sauver"*.

Et le même combat recommença, mais en des termes plus courtois, entre partisans de la césarienne et partisans de la symphyséotomie, les deux interventions ayant ou devant bénéficier des progrès techniques de la chirurgie, et surtout de la diffusion de l'antiseptisme (Lucas-Champion-

nière, 1875), puis de l'asepsie (Pasteur, 1878). Les mérites réciproques des deux interventions furent courtoisement discutés aux congrès internationaux (Rome, 1894; Moscou, 1897; Amsterdam, 1899) par les plus grands noms de l'obstétrique européenne.

A la fin des années 1890, les statistiques cumulées concernant la section symphysaire donnent pour la mère, une mortalité entre 12 et 13%, et une morbidité autour de 60% (l'enfant devant toujours être extrait par forceps ou grande extraction, manœuvres souvent délabrantes dans des bassins déformés). Pour l'enfant, on note une mortalité de 16% qui s'explique, non seulement par les conditions d'extraction, mais surtout, vu avec les yeux de notre époque, par les longues périodes de souffrance fœtale pré et perinatale endurées par le fœtus (de très nombreuses heures, voire plusieurs jours) avant qu'une décision chirurgicale ne soit mise en œuvre. A la même période, les statistiques de la césarienne (où hémostase et fermeture de l'utérus étaient devenues systématiques) donnent une mortalité maternelle autour de 7% et pour l'enfant autour de 5%. La cause était donc entendue.

La symphyséotomie Troisième époque

Néanmoins, la multiplication des césariennes avant l'ère des antibiotiques fit comprendre, devant certains résultats inquiétants, que les risques infectieux augmentaient drastiquement avec le nombre d'heures écoulées depuis la rupture des membranes. Bien des obstétriciens reculaient alors devant l'inter-

vention abdominale et ses risques septicémiques maternels (sans être assuré de mettre au monde un enfant vivant et viable du fait des longues heures d'attente et de souffrance) et revenaient aux applications de forceps et à la grande extraction au-dessus de détroit supérieur quand ils n'étaient pas obligés de recourir à une Porro (césarienne avec hystérectomie).

L'intervention de Sigault connut alors, entre les deux guerres, un bref retour en pratique, mais sous une forme améliorée : l'intervention de Zarate (Buenos-Aires, 1920), caractérisée par un écartement symphysaire limité, évitant donc les grands délabrements, par conservation intacte du ligament sous-pubien, *"frein de sécurité"*. Mon père, interne dans les maternités parisiennes de 1922 à 1926, puis Chef de clinique, se souvenait très bien de quelques femmes *"Zaratées"* sortant avec leur bébé dans les bras, mais, aussi, avec une plus ou moins légère claudication, qui s'estompait d'ailleurs au fil des mois. La Zarate fut pratiquée encore dans certains hôpitaux africains, où la césarienne en urgence n'était pas toujours disponible dans de bonnes conditions, jusque dans les dernières décennies du XX^{ème} siècle.

Bibliographie

- DESFORGES Paul - *"Recherches historiques et critiques sur la Symphyséotomie"*. Thèse, Paris, 1882, Steinhel Ed.
- JEAN Marcel - *"Étude comparative de la Symphyséotomie et de la Césarienne"*, Thèse, Paris, 1901, Maloine Ed.
- LENOIR A., SEE M., TARNIER S.- *"Atlas complémentaire des Traités d'accouchement"*, Paris, 1865, Masson Ed.

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

Je soussigné(e)

Nom _____

Prénom _____

Né(e) le _____ à _____

Date de votre installation _____

Tél portable _____

e-mail _____

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

Adresse professionnelle _____

Nom et adresse de la maternité où vous exercez : _____

Inscrit à l'Ordre des Médecins de _____

N° _____

sollicite mon admission au

SYNDICAT NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS DE FRANCE

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

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

• Nom de votre compagnie d'assurances : _____ Tarif 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

Championnat

de France Cycliste des gynécologues

M. MULLER*

Une trentaine de coureurs plus ou moins affûtés, plus ou moins épilés se sont donné rendez-vous en ce samedi ensoleillé sous une température idéale...

Le Groupe Cycliste des Gynécologues Obstétriciens Français (GCGOF) a organisé à Brest le 12 septembre 2015 le **premier Championnat de France Cycliste des Gynécologues**. Une trentaine de coureurs plus ou moins affûtés, plus ou moins épilés se sont donné rendez-vous en ce samedi ensoleillé sous une température idéale pour un parcours de 61 kilomètres aux alentours de Brest.

Tous les favoris étaient présents notamment le Dr Jacquot de Quimper, Champion Finistérien en titre, venu avec son équipe au complet avec la ferme intention de ramener le Trophée Henriot-Laennec chez eux. A noter, le déplacement d'une belle et sympathique équipe Rouennaise et de leur leader le Dr Resch.

Après un départ tranquille le temps d'admirer la magnifique rade de Brest sur le pont de l'Elorn, une première attaque franche du Dr Jacquot au pied de la première ascension allait scinder le peloton en plusieurs groupes. Finalement le Dr Penvern de Quimper marqua les premiers points pour le maillot du meilleur grimpeur.

Rapidement les difficultés s'enchaînèrent et le Dr Muller de Morlaix passait en tête lors de la deuxième ascension, tandis que le Dr Penvern remportait quelques kilomètres plus loin le sprint pour le maillot vert du meilleur sprinteur.

Les quatre juges arbitres présents sur le parcours veillaient à la bonne tenue de l'épreuve. Nous remarquerons qu'aucun contrôle antidopage positif ne fut constaté à l'issue de la course.



Déjà le peloton de tête constitué de 19 coureurs se présentait dans la principale difficulté du jour (côte de Saint Divy, 4,5 kilomètres à 4-5%) qui devait décerner à son sommet le titre de Champion de France.

A l'approche de cette difficulté, alors que l'ambiance était extrêmement chaleureuse jusque-là, une certaine tension se fit ressentir. On vit les Normands remonter leur leader, le Dr Resch, dans les premières positions. Dès le début de la montée, la solide équipe quimpéroise plaça une attaque par l'intermédiaire du Dr Wong. Aussitôt le train se fit plus soutenu et le peloton revenait sur le coureur échappé. A environ 2,5 kilomètres de l'arrivée, le Dr Muller de Morlaix, attaqua et fut repris aussitôt par les Quimpérois. Le rythme augmenta encore.

A noter la très belle performance du Dr Louis Saliou, gynécologue en retraite et toujours présent dans le peloton de tête. Celui-ci remporta d'ailleurs sa catégorie devant le Dr Salnelle. Belle performance de la clinique Keraudren de Brest qui fit table rase dans cette catégorie et remporta également le prix de l'établissement le plus représenté. Prix au combien sympathique puisque les coureurs de Keraudren se sont vus remettre un porcelet par le président des jeunes agriculteurs bretons.

Devant à 300 mètres de la ligne d'arrivée plus que deux coureurs en tête : le Dr Penvern de Quimper et le Dr Muller

* Gynécologue Obstétricien, Centre Hospitalier des Pays de Morlaix.
Président du GCGOF - mmuller@ch-morlaix.fr



de Morlaix. Le titre allait donc se jouer entre Bretons et au sprint au sommet de la côte de Saint Divy. Et ce fut le Dr Muller qui remporta la victoire devant les Drs Penvern et Jacquot.

Du côté féminin seule le Dr Anne-Hélène Saliou du CHU de Brest eu le courage de s'inscrire et de terminer ce difficile parcours de 61 kilomètres. Elle remporta donc le titre de Championne de France.

La soirée de remise des prix, parrainée par l'ancien coureur professionnel Laurent Madouas, fut chaleureuse et conviviale. Le souhait du GCGOF de poursuivre et développer cette manifestation fut partagé par l'ensemble des partici-



pants. Rendez-vous pris pour le deuxième Championnat de France Cycliste des gynécologues le **10 septembre 2016**. Toutes les photos et vidéos sont disponibles sur le site internet du GCGOF : championnat-france-cycliste-medecin.com.

Classement Final :

1^{er} Docteur Matthieu Muller CH Morlaix.

2^{ème} Docteur Julien Penvern CH Quimper.

3^{ème} Docteur Matthieu Jacquot CH Quimper.

Meilleur Sprinteur : Docteur Julien Penvern CH Quimper.

Meilleur Grimpeur : Docteur Julien Penvern CH Quimper.



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

BRM CONSEIL

Recrutement de professionnels de la santé

Vous êtes Gynécologue-Obstétricien h/f ?

Vous avez un projet de mobilité ?

Nous vous offrons de nombreuses opportunités dans le public ou le privé

Nous recherchons des Gynécologues-Obstétriciens h/f pour toutes les régions de France et dans les DOM-TOM

Contactez-nous pour en discuter en toute confidentialité

BRM Conseil, spécialiste du recrutement Médical

Tél : +33 (0) 9 53 73 07 81

contact@brm-conseil.fr

www.brm-conseil.fr

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

Propos de lecture



Editions Mercure de France
147 pages

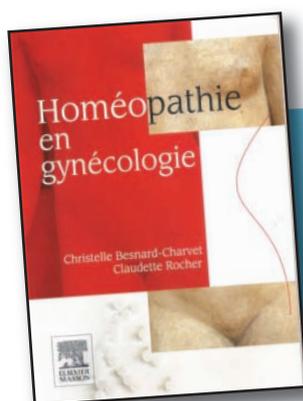
L'enfant sans visage

Anne RÉVAH

15 €

La révélation de la maladie sur le fœtus, vécue au quotidien du couple, constitue la trame de ce roman poignant qui interroge notre société sur ses valeurs fondamentales. C'est "l'autre côté" du diagnostic anténatal, la version des parents, qui affrontent l'épreuve du deuil alors qu'ils attendaient la vie.

Bertrand de ROCHAMBEAU



Editions Elsevier Masson
272 pages

Homéopathie en gynécologie

Christelle BESNARD-CHARVET et Claudette ROCHER

39 €

C'est un guide pratique pour les gynécologues permettant d'ouvrir le champ des possibles traitements issus de l'homéopathie. Il permettra au débutant de s'initier à l'homéopathie, ses principes et sa démarche thérapeutique propre. De nombreuses fiches pratiques rendent ce guide aisément utilisable.

Bertrand de ROCHAMBEAU



Suivez l'actualité du SYNGOF
au quotidien sur

www.syngof.fr

Conseil d'Administration

du Syngof

Président

Docteur de ROCHAMBEAU
Hôpital privé Marne Chantereine
BROU SUR CHANTEREINE

Présidents d'honneur

Docteur COUSIN
Professeur GIRAUD
Docteur ROZAN

Vice-Présidents

Pôle Gynécologie Obstétricale Libérale

Docteur BOYER DE LATOUR
1 bd Schweitzer
SAINT QUENTIN

Docteur LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Pôle Praticiens Hospitaliers

Docteur FAIDHERBE
CHU Arnaud de Villeneuve
MONTPELLIER

Docteur LE PORS-LEMOINE
Centre Hospitalier - ST MALO

Pôle Gynécologie Médicale

Docteur GUERIN
13 bd des rochers - VITRÉ

Docteur HOMASSON
5 rue Chanez - PARIS

Secrétaire Générale

Docteur PAGANELLI

Secrétaire Général Adjoint

Docteur RIVOALLAN

Secrétaire Général honoraire

Docteur MISLER

Trésorier

Docteur MARTY

Trésorier adjoint

Docteur GRAVIER

Membres de droit

Docteur BELAICHE
Professeur COLETTE
Professeur GIRAUD

Membres du Bureau

Docteur BOYER DE LATOUR
Tél. 03 23 64 53 59

Docteur DE ROCHAMBEAU
Tél. 01 64 72 74 31

Docteur FAIDHERBE
Tél. 06 85 73 38 00

Docteur GRAVIER
Tél. 06 62 45 28 10

Docteur GUERIN
Tél. 06 35 22 19 33

Docteur HOMASSON
Tél. 01 40 71 93 64

Docteur LAPLACE
Tél. 05 56 43 72 24

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

Docteur MARTY
Tél. 05 63 77 79 00

Docteur PAGANELLI
Tél. 02 47 37 54 49

Docteur RIVOALLAN
Tél. 02 98 95 84 84

Membres

Docteur BASTIAN
Place du Grand Jardin - VENCE

Docteur BLUM
10 rue du Rhône - MULHOUSE

Docteur BOHL
1-3 av Carnot - SAINT-MAX

Docteur BONNEAU
2 bd du Roy
LES PAVILLONS 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 DEFFARGES
59 rue de la Chataigneraie
BEAUMONT

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 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

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

■ 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.

T. 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

■ NICE

Cède cabinet de gynécologie avec les murs et le matériel ; forte activité ; 105 m2. Peut convenir à 2 médecins, plateau technique assuré.

T. 06 14 48 64 12

■ 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.

T. 06 07 14 07 05

■ NIORT

Gynécologue obstétricien exerçant, l'obstétrique, la gynécologie médicale et chirurgicale, dans clinique obstétrico-chirurgicale de 223 lits cède cause retraite 2^{ème} trimestre 2016 grosse patientèle tenue depuis 35 ans. Facilité d'installation sur la clinique sans apport financier. Participation aux astreintes obstétricales et gynécologiques.

T. 06 11 25 69 90

Associations

■ LE MANS

Recherche pour association en gynécologie chirurgicale et médicale (sans obstétrique) ACCA expérimenté en cancérologie et cœliochirurgie dans centre médicochirurgical privé de 500 lits avec plateau technique très complet, robot, upatou...

T. 06 20 64 24 71

■ 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 accts/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...

T. 06 29 27 37 97

Remplacements

■ 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.

T. 06 07 59 80 28

■ Spécialiste du remplacement

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

T. 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.

T. 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

■ BORDEAUX

Gynéco-obstétricienne, pratiquant essentiellement la gynécologie médicale, recherche remplaçant ou reprenneur de mon cabinet situé en plein centre ville. Très beau cabinet, excellente clientèle depuis plus de 20 ans. Disponible de suite.

T. 06 14 48 64 12



Le CH de Digne-les-Bains (Alpes-de-Haute-Provence)

recherche un PH en gynéco-obstétrique

pour sa maternité de niveau 1, en moyenne 450 accouchements par an, avec unité de gynécologie prenant en charge la pathologie gynécologique courante, à l'exception de la cancérologie, disposant de 2 lits de réanimation néonatale (LOC), d'un service de Réa polyvalente et de 6 salles d'opération. Le CH de Digne-les-Bains est un établissement à échelle humaine, à 45 mn d'Aix-en-Provence, impliqué dans la démarche de Groupement Hospitalier de Territoire avec ses interlocuteurs voisins, principalement le CH d'Aix-en-Provence.

Contacts :

Salvator CUCUZZELLA - Directeur des Affaires Médicales

Mail : scucuzzella@ch-digne.fr

Dr Alain RICARD - Chef du Département Mère-Enfant

Mail : aricard@ch-digne.fr

Belvédère

CENTRE HOSPITALIER

Contacteur :

laurence.ollivier@ch-belvedere.fr
02 35 15 63 10 - chef de pôle obstétrique

Pour découvrir l'établissement
www.ch-belvedere.fr

Candidature à adresser à :

Madame la directrice
du centre hospitalier du Belvédère
72, rue Louis Pasteur
76130 Mont-Saint-Aignan
ou par mail : direction@ch-belvedere.fr

Hôpital public MCO de 111 lits, situé à Mont-Saint-Aignan près de Rouen (10 mn de la gare et du CHU). Maternité de niveau II avec 3 400 accouchements.

Recrute pour compléter l'équipe actuelle composée de 6 PH + 1 ASR :

1 PH gynécologie-obstétrique

Poste à pourvoir immédiatement

Profil mixte obstétrical avec une orientation chirurgicale (en particulier chirurgie coelioscopique), ancien chef de clinique/assistant.

Activité mixte gynéco-obstétricale. Pas d'agrément pour la cancérologie.
Chirurgie gynécologique, chirurgie plastique. Centre de planification.

Forte activité de diagnostic prénatal et de grossesses pathologiques.

Développement d'une unité d'hypno-analgésie.

Nouveau plateau technique fin 2016 (8 salles d'accouchements, 4 salles de bloc).



Centre Hospitalier Comminges Pyrénées
SITE DE SAINT PLANCARD / SITE D'ENCORE

LE CENTRE HOSPITALIER COMMINGES PYRENEES

RECHERCHE un médecin gynécologue obstétricien

Poste partagé entre
le CH-CP Saint-Gaudens
et le CHU de toulouse

Poste de gynécologue-obstétricien pour la maternité à Saint-Gaudens (maternité de niveau 1 550 accouchements par an).

La compétence chirurgicale représenterait une valeur ajoutée (fort potentiel de développement de l'activité chirurgicale).

Poste proposé à temps partagé à hauteur de 20% avec la maternité Paule de Viguier du CHU de Toulouse.

Pour tout contact :

Directeur des ressources humaines : M. THIEULE - jean-claude.thieule@ch-saintgaudens.fr

La Polyclinique de Navarre - Pyrénées-Atlantiques - Aquitaine Recrute Gynécologue-Obstétricien



Polyclinique
de
Navarre

Envoyer votre candidature à :

M. Pascal OLEJNICZAK

Direction des Affaires Médicales

pascal.olejniczak@cliniquedenavarre.com

Polyclinique de Navarre
8, boulevard Hauterive
BP 7539 - 64075 Pau Cedex
Tél. : 05 59 14 54 54

Les cliniques de Pau disposent de 400 lits et places MCO, situés sur 2 sites (polyclinique de Navarre et Polyclinique de Marzet), et 700 salariés :

- **Maternité** : 1 700 accouchements.
- **Chirurgie** : orthopédie-traumatologie, digestif, gastro-entérologie, urologie, vasculaire, ophtalmologie, ORL, gynécologie, neurochirurgie, esthétique, surveillance continue.
- **Médecine** : oncologie, chimiothérapie, radiothérapie (3 accélérateurs), soins palliatifs, médecine polyvalente, service d'urgences 24h/24.
- **Plateaux techniques** : 22 salles de bloc opératoire et 24 anesthésistes ; 2 IRM ; 2 scanners.

Pau est située à 1h de la mer, 1h de la montagne, 1h de l'Espagne. Deux aéroports sont situés entre 15 à 30 mn : une dizaine de liaisons quotidiennes vers Paris, et plusieurs vers Lyon et Marseille. Par ailleurs, dessertes deux fois par semaine vers Milan, Londres et Rome.





Recherchent

GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN (assistant spécialiste, PH, PHC)

7^{ème} poste, orientation obstétricale recherchée, avec compétences en diagnostic anténatal et en échographie (DU souhaité), pratique chirurgicale d'urgence en gynécologie. Gardes sur place.

LES HOPITAUX
DU PAYS
DU MONT-BLANC

Capacité de 250 lits de MCO
à 45 mn de Genève
et d'Annecy.
1 300 naissances
MATERNITE DE NIVEAU II A

Pour en savoir plus sur le service : <http://www.chi-mont-blanc.fr/service/gynecologie/>

Contact :

Virginie Delrio-Collin - Responsable des Affaires Médicales
affairesmedicales@ch-sallanches-chamonix.fr - Tél. : 04 50 47 30 77



CENTRE HOSPITALIER DE MONTÉLIMAR (Drôme Provençale) - Situé à 1h30 de Lyon, de Montpellier et de Marseille

RECHERCHE UN GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN

Temps plein partagé sur 2 sites.
Pour compléter équipe de 8 gynécologues.

Maternité de niveau 2 :

1773 naissances ; activité de chirurgie fonctionnelle et carcinologique ; prise en charge des stérilités ; activité de CPEF au sein du Pôle Femme-Mère-Enfant.

Le Centre Hospitalier de Montélimar est en pleine expansion.

Ce poste est à pourvoir immédiatement par mutation ou contrat.

Renseignements :

Dr DIRIX : Responsable du pôle Femme-Mère-Enfant - 04 75 53 41 14
A. S. GONZALVEZ (DRH-DAM) - 04 75 53 40 02
M. C. PIVETEAU (AAH, DRH-DAM) - 04 75 53 41 28

Candidatures : Mme la Directrice du Centre Hospitalier
B.P. N° 249 - 26216 MONTELMAR Cedex
Tél. : 04 75 53 40 02 - E-mail : direction@ch-montelimar.fr
<http://www.ch-montelimar.fr>

Le Centre Hospitalier de Le Cateau-Cambrésis
Situé entre Valenciennes et Cambrai.
Le Centre Hospitalier 191 lits et 82 places.



Pour renseignements complémentaires/dépôt de candidature. Merci de vous adresser à :
Mme la Directrice
Centre Hospitalier de Le Cateau-Cambrésis
28, boulevard Paturle - 59360 LE CATEAU-CIS
Tél. : 03 27 84 66 01 - E-mail : direction@ch-lecateau.fr

RECRUTE UN GYNECOLOGUE (H/F) TEMPS PLEIN



Afin d'intégrer l'équipe médicale en place de maternité (15 lits de niveau I).
Permanence des soins.
Proposition de recrutement tous statuts confondus (contrat ou mutation).
Inscription à l'ordre des médecins impératif.



Le Centre Hospitalier de Fougères - établissement MCO de 450 lits situé à 45 km à l'est de Rennes (800 personnels non médicaux et 60 praticiens) recrute



un praticien hospitalier, un praticien contractuel ou un praticien attaché pour le service de gynécologie-obstétrique.

Le CH de Fougères est un établissement de proximité proposant des activités de médecine (accueil des urgences et hospitalisation de courte durée, gastro-entérologie, cardiologie, pneumologie, imagerie, pédiatrie et gynécologie-obstétrique), de chirurgie (chirurgie orthopédique, générale et digestive, unité de soins continus) et de gériatrie (service de soins et réadaptation, court séjour gériatrique, EHPAD + unité de soins longue durée).

Le CH de Fougères dispose d'une maternité de niveau 2A réalisant 950 accouchements par an et composée de 18 lits, 4 salles de naissance, 1 salle de césarienne située au bloc obstétrical et une auberge de jour.

Les gynécologues-obstétriciens participent aux activités suivantes :

Suivi des grossesses normales et pathologiques. Suivi échographique, gynécologique et de grossesse (Échographe dernière génération 3D).

Diagnostic anténatal :

Prise en charge initiale, amniocentèses, accompagnement des IMG, en collaboration avec le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CHU Rennes).

Exploration et traitement de l'infertilité.

Orthogénie : prescription de contraception et suivi, IVG médicamenteuse ou chirurgicale (Convention avec le Centre de planification situé à proximité), gynécologie médicale, chirurgie gynécologique (chirurgie gynécologique bénigne et fonctionnelle par coelioscopie, laparotomie ou voie basse).

Cancérologie :

Prise en charge initiale et collaboration avec le service de chirurgie générale et le centre Eugène Marquis. Un accès à la péridurale 24h/24 et à des postures d'accouchement selon les besoins exprimés par la patiente est proposé.

Le service de gynécologie-obstétrical fonctionne 24h/24 avec des sages-femmes présentes sur place la nuit. Les astreintes opérationnelles sont effectuées par les gynécologues-obstétriciens.

La continuité obstétricale et chirurgicale est assurée par l'astreinte opérationnelle des chirurgiens viscéraux, la garde sur place des anesthésistes, un accès au laboratoire à proximité immédiate du service et des pédiatres en astreinte opérationnelle.

4 lits de néo-nat sont installés en pédiatrie (lits kangourou possibles).

La maternité adhère au réseau « Bien naître en Ille-et-Vilaine » :

Convention de transfert périnatal, échanges de pratiques, formation etc. Elle profite d'un partenariat interne autour de la diabète et de l'addictio et d'un partenariat actif avec le CHU de Rennes.

Les gynécologues-obstétriciens participent à des staffs pluridisciplinaires.

L'équipe se compose de :

4 praticiens hospitaliers, 1 assistant spécialiste associé en temps partagé avec le CHU de Rennes, 1 sage-femme faisant fonction de cadre de santé.

Une équipe pluridisciplinaires et polyvalente :

17 sages-femmes, puéricultrices, aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, agents de service hospitalier, 1 psychologue du réseau périnatal Bien Naître en Ille-et-Vilaine.

Candidature à envoyer à : Mme Laurence JAY-PASSOT - Directrice - Centre Hospitalier de Fougères - 133, rue de la Forêt - 35300 FOUGERES - ljay-passot@ch-fougères.fr

Renseignements auprès de :

M. Franck GELEBART - Directeur des Ressources Humaines - fgelebart@ch-fougères.fr
Docteur Philippe LEFEVRE - Chef du pôle « femme-enfant » - plefevre@ch-fougères.fr
02 99 17 70 41

LE CENTRE HOSPITALIER FRANCIS ROBERT D'ANCENIS

Situé à mi-distance entre Nantes et Angers. Très bien desservi (route/autoroute/SNCF). Accès facile à pied depuis la gare (8mn).



Recherche pour compléter une équipe médicale dynamique

un gynécologue obstétricien qualifié en chirurgie gynécologique, à temps plein

Le service est doté de 18 lits, labellisé IHAB « maternité amis des bébés ».

Maternité de niveau 1, adhérente au réseau « sécurité naissance » des Pays de la Loire, l'équipe travaille en étroite collaboration avec le CHU de Nantes (notamment en pédiatrie).

L'équipe de 4 praticiens en gynécologie-obstétrique, (dont un qualifié en acupuncture) est accompagnée de 18 sages-femmes et d'une équipe pluridisciplinaire. Organisé en astreintes opérationnelles (modalités : demi-gardes et demi-astreintes + TTA), un logement de garde est mis à disposition.

L'activité est d'environ 800 accouchements par an. Importante activité de consultation et présence d'un anesthésiste-réanimateur sur place 24h/24h.

La chefferie de service étant vacante, le candidat pourra également s'engager dans le développement et la mise en œuvre du projet de service qu'il aura élaboré pour le projet d'établissement 2017/2022.

Le poste est à temps plein et à pourvoir immédiatement. Il est publié par le Centre national de gestion.

Adresser CV + lettre de motivation à :

Monsieur le Directeur - 160, Rue du Verger - BP 60229 - 44156 ANCENIS Cedex
Mail : direction@ch-ancenis.fr - Tél. : 02 40 09 44 04 ou 02 40 09 44 79



Le Centre Hospitalier de Soissons est l'un des établissements pivot du Territoire Sud-Est de Picardie situé à 100 km de Paris. Il dispose de 346 lits de court séjour (gastroentérologie, médecine interne, pneumologie, cardiologie avecUSIC et coronarographie, neurologie avecUSIN, soins palliatifs-douleur avec unité mobile et réseau de soins palliatifs, endocrinologie-néphrologie, hémodialyse, chirurgie viscérale, chirurgie orthopédique, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, néonatalogie, réanimation médico-chirurgicale, une unité d'hospitalisation de soins palliatifs...) 60 lits de moyen séjour, 50 lits de long séjour, 300 lits en maison de retraite. Il dispose d'un plateau technique de radiologie (IRM, 2 scanners), d'un centre de médecine nucléaire avec PET-TDM et à terme d'une structure de radiothérapie.

Le Centre Hospitalier de Soissons

propose un poste **d'assistant spécialiste en gynécologie-obstétrique** temps plein prenant les gardes sur place

Maternité type 2B.

1 300 accouchements par an.

Le service de gynécologie-obstétrique réalise de la chirurgie gynécologique et cancérologique.

Personne à contacter : M. le Dr Pascal ABBOUD, chef de pôle femme-mère-enfant et chef de service de gynécologie-obstétrique
pascal.abboud@ch-soissons.fr - 03 23 75 74 06 (secrétariat)



LE CH MAYOTTE

Situé au cœur de l'Océan Indien (À 2 heures d'avion de La Réunion et 1 heure de Madagascar)



RECHERCHE DES GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS

Pour sa maternité de niveau IIB.

Par mutation ou contrat de longue
ou de courte durée.

Service de 109 lits et 2 places dans maternité de niveau II B et chirurgie gynécologique.

Contrat de courte durée : (inférieur ou égal à 1 an).

Rémunération attractive.

Prise en charge du billet d'avion pour le candidat, mise à disposition d'un logement (6 mois) et d'une voiture de location (2 mois) pendant la durée du remplacement.

Contrat d'un an :

Rémunération attractive, prise en charge du transport pour le médecin et sa famille et attribution d'un logement pendant 6 mois et véhicule pendant 3 mois.

Mutation ou première nomination de praticien hospitalier :

Indemnité Particulière d'Exercice ouverte aux praticiens hospitaliers nommés à titre probatoire et permanent (16 mois de traitement versés en 4 fractions égales).

Prise en charge du transport (candidat + famille) + indemnité de changement de résidence + mise à disposition d'un logement (6 mois) et d'une voiture de location (3 mois).

Possibilité d'être recruté sous statut de praticien clinicien.

Envoyer demande de renseignements et candidature (CV détaillé, tous les diplômes, attestation d'inscription à l'ordre 2015) à : Catherine BARBEZIEUX-BETINAS - Directrice en Charge des Affaires Médicales - 02 69 61 80 00 poste 5635 - Mail : c.barbezieux@chmayotte.fr

Marie-Paule CLEMENT - Attachée d'administration - 02 69 61 80 00 poste 3121 - Mail : mp.clement@chmayotte.fr

Dr Angaman Lucien DIDIA - Praticien Hospitalier - Chef de service - Pôle Gynécologie Obstétrique - 02 69 61 80 00 poste 5501 ou 06 39 69 34 61 - Mail : a.didia@chmayotte.fr



LA CLINIQUE DURIEUX RECHERCHE

(Le Tampon - Ile de la Réunion)

PRATICIEN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN En exercice libéral

Etablissement MCO pluridisciplinaire à l'Île de la Réunion, nombreuses perspectives de développement dans ces spécialités chirurgicales et forte demande d'une patientèle existante.

- 21 lits de maternité (niveau 1), bloc obstétrical de 3 salles d'accouchement et 3 salles de pré travail.
- Bloc central avec ses 8 salles d'opération SSPI de 14 postes + service de stérilisation attendant rénovation en 2012.
- Confort et qualité de vie uniques.

Si vous êtes intéressé par la perspective d'une telle installation et souhaitez recueillir plus d'information, n'hésitez pas à contacter :
Mme Emilie DURIEUX - Assistante de Direction - Tél. : 02 62 91 48 29 - Courriel : emilie.durieux@cliniquedurieux.fr



Les Hôpitaux Universitaires de Genève

Recrute pour le département de gynécologie et d'obstétrique



UN MEDECIN ADJOINT-E AGREGÉ-E RESP. D'UNITE H/F Temps plein, CDD 2 ans, renouvelable 2 fois 2 ans avant CDI

Diriger l'unité de sénologie chirurgicale du service de gynécologie en collaborant avec tous les spécialistes intervenant dans le centre du sein. Assurer la supervision de l'activité chirurgicale et médicale de l'unité. Promouvoir la recherche clinique en sénologie et cancer du sein. Participer à l'enseignement pré-gradué, post-gradué et continu en sénologie. Diplôme fédéral de médecin. Titre de spécialisation FMH en gynécologie et obstétrique. Le droit de pratique genevois ainsi que l'homologation suisse du diplôme si étranger sont exigés. Niveau de français C1 certifié.

Solide expérience en chirurgie du sein. Avoir démontré des aptitudes à la collaboration interdisciplinaire et de réseau. Qualités reconnues d'organisation et de leadership pour diriger l'équipe de l'unité de sénologie.

Etre à même de conduire un programme de recherche indépendant soutenu sur une base compétitive et d'effectuer des demandes de financement externe. Implication et compétences reconnues dans l'enseignement pré et post-gradué. Excellentes capacités relationnelles et aisance dans la communication.

(Annonce n° 6946)

CONTACTS

Pr. P. Petignat - Chef du service de gynécologie - Tél. : +41 22 372 44 32

Mme M. C. Garcia Loureiro - Assistante de la responsable des ressources humaines - Tél. : +41 22 372 64 79

Mme M.-C. Garsaud - Responsable des ressources humaines

Vous trouverez le détail de ce poste, les modalités pratiques ainsi que toutes nos offres d'emploi sur notre site internet : www.hug-ge.ch

Rejoignez la communauté des Gynécologues Obstétriciens

Réseau
PRO
Santé

Sur
Reseauprosante.fr



www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - contact@reseauprosante.fr



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

