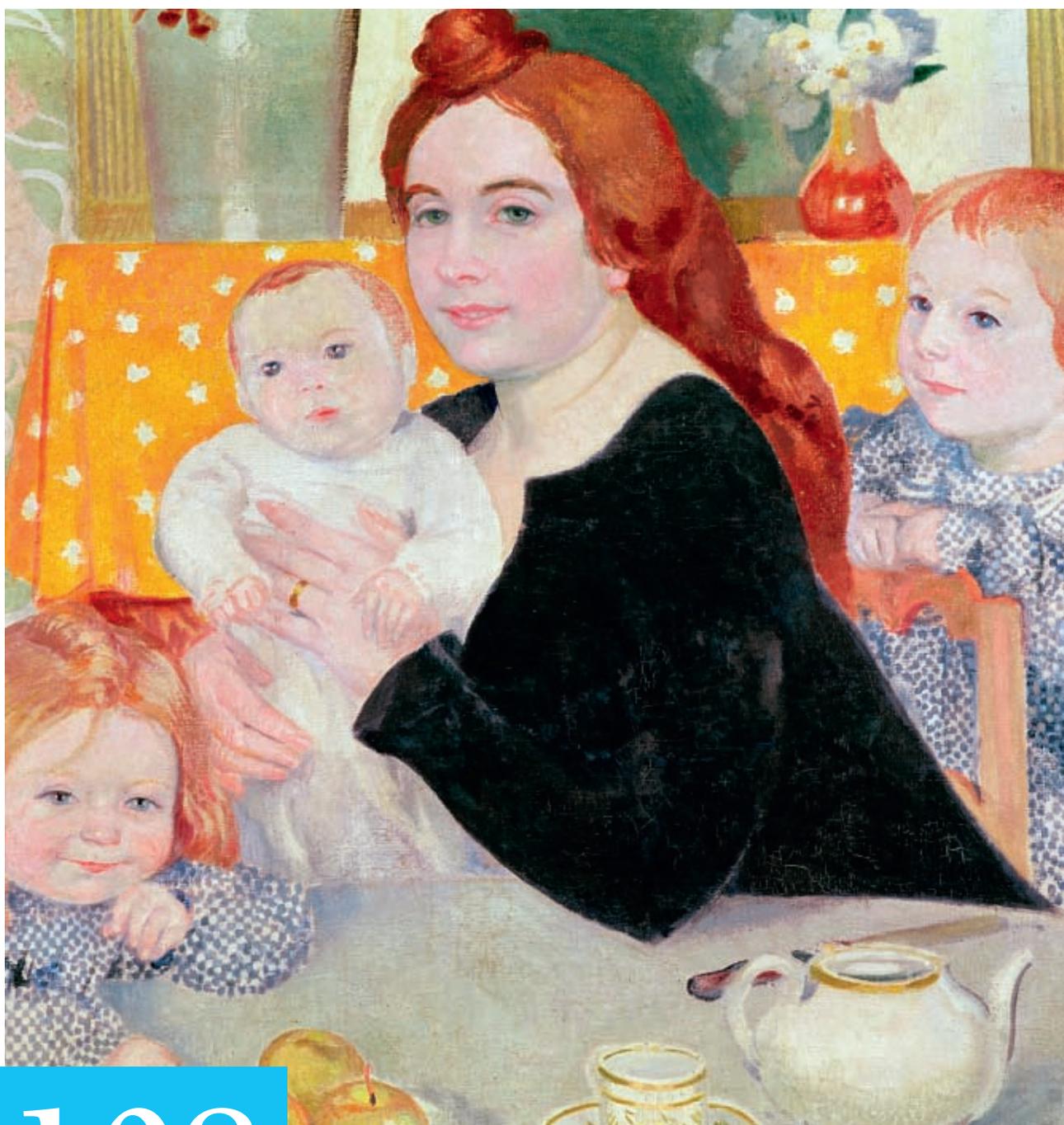


LES
CAHIERS

SYNGOOF

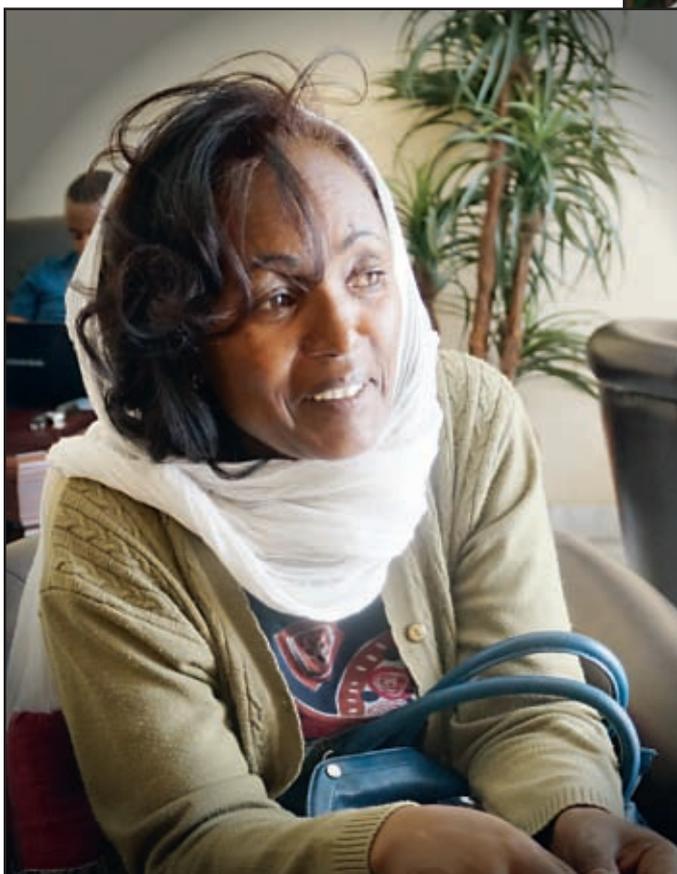
Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



108

Mars
2017

- Aide financière pour la maternité et la paternité
- Etude des financements publics et privés
- Césarienne et dégressivité tarifaire



Chirurgie Solidaire
71 rue de la petite Bapaume
Bat. 1 Appt 1109
95120 ERMONT
Chirurgie-solidaire.com



2 Éditoriaux

F. X. BOYER de LATOUR
B. de ROCHAMBEAU

INFORMATIONS SYNDICALES

4 AG du 3 mars 2017

B. de ROCHAMBEAU

10 De la nécessaire participation des cliniques à l'utilisation de logiciels d'aide à la réduction des risques médico-judiciaires

R. PELLET

16 De l'aide financière complémentaire versée aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité

R. PELLET

18 Etude comparative des financements et de l'efficacité en hôpital public et établissement privé

QuintilesIMS

29 La fausse couche versus l'IVG

E. PAGANELLI

DROIT ET GYNÉCOLOGIE

31 Décisions judiciaires

G. LACOEUILHE

33 Césarienne et dégressivité tarifaire : Quid de la liberté de prescription de l'obstétricien

I. LUCAS-BALOUF

ETHIQUE

38 Concilier soins et religions

- Don d'organe entre vivants
- Don d'organes post-mortem et convictions religieuses
- Demande d'autopsie
- Suppléances vitales et accompagnement de fin de vie
- Soins post-mortem et toilettes mortuaires
- Pratique religieuse dans les lieux de soins

J. THÉVENOT

VOS RUBRIQUES

43 Conseil d'administration

44 Propos de lecture

46 Petites annonces

47 Les annonces de recrutement

108

mars



The Bridgeman Art Library

Large Family Portrait in Blue and Yellow, 1902 (oil on canvas), Denis, Maurice (1870-1943)

Private Collection

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

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 d'illustrations, "toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite", (alinéa 1^{er} de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du code pénal.

Créateur des Cahiers Syngof :

Raymond Belaïche

Conception et Réalisation :

Nadine Prugny

Maquette P.A.O. : Nadine Prugny

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2017

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

Signer la convention comporte des avantages mais aussi des contraintes...

LE BLOC, et donc le SYNGOF, a signé la nouvelle convention avec la Caisse nationale d'assurance maladie, ce qui entraîne de nombreux avantages comme Bertrand de ROCHAMBEAU nous l'a expliqué, mais, cette signature nous impose aussi de nouvelles contraintes auxquelles nous n'étions ni habitués, ni préparés.

En effet les syndicats signataires s'engagent à faire vivre la convention, sur le plan national, mais aussi régional, et même local dans chaque caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dont nous dépendons.

Ainsi des représentants des syndicats signataires doivent participer aux Commissions paritaires nationales (CPN), régionales (CPR), et locales (CPL). Ces commissions ont pour but de faire appliquer la convention. Elles sont composées à égalité de représentants des personnels administratifs (directeur des caisses, médecins-conseils, délégués des syndicats nationaux ; CGT, FO, CFTC etc.) et de représentants des syndicats de médecins signataires (donc nous).

Les missions de ces commissions sont importantes pour la vie quotidienne des médecins libéraux. Notamment une de leur mission consiste à faire partie des commissions disciplinaires qui sont saisies par les directeurs de caisse lorsque la pratique tarifaire d'un de nos confrères est estimée déviante. Notre rôle étant alors de défendre nos confrères autant que faire se peut.

Notre jeune syndicat n'avait pas la culture de ces actions et nous sommes donc, pour l'instant, assez peu nombreux à nous être impliqués dans ces structures. Nous, membres actifs du syndicat, ne suffisons plus à la tâche et des volontaires sont indispensables pour participer à ces commissions, par ailleurs peu chronophages (3 à 4 demi-journées par an).

Nous avons besoin de votre aide pour poursuivre la défense de notre profession. N'hésitez pas à contacter vos délégués régionaux (*voir en page 43*) pour venir grossir nos rangs.



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION

De l'utilité d'avoir signé la convention

L'avenant 2 de la convention de 2016 permet une avancée significative de la protection sociale des femmes médecins libéraux, en particulier des plus jeunes d'entre elles. Il s'agit d'une initiative gouvernementale contenue dans la Loi de finance de la Sécurité sociale 2017 qui prévoyait l'allocation d'un avantage financier aux médecins libéraux qui s'arrêtent de travailler pour leur congé maternité, d'adoption ou de paternité.

Il ne s'agit pas d'une prestation sociale qui correspondrait à des cotisations supplémentaires, mais à un versement financier par l'Assurance maladie. Après une intense lutte parlementaire le texte initial qui prévoyait de réserver cet "avantage social maternité" (ASM) aux seuls médecins de secteur 1 et aux signataires de l'option à tarif maîtrisé (OPTAM), a finalement laissé à la négociation conventionnelle le soin de fixer les règles d'attribution de cet avantage. Le conseil constitutionnel saisi par les parlementaires a précisé les conditions d'égalité de l'attribution de cette aide dans un arrêt que commente pour nous le Professeur de droit Rémi PELLET (cf page 16). Fort de cet éclairage, la négociation avec l'UNCAM a abouti à une aide pour tous les médecins quel que soit leur secteur d'exercice.

Jusqu'à présent l'allocation maternité issue des cotisations sociales est composée d'un versement forfaitaire de 3 218 € auquel s'ajoute une indemnité journalière de 52,90 €, soit pour 3 mois de congé maternité un revenu de remplacement de 7 723,60 €, soit 2 574,53 € mensuels. Somme notoirement insuffisante pour assurer les charges d'un cabinet et un revenu décent pendant ces 3 mois. Cette couverture fournie par le système conventionnel est depuis longtemps reconnue insuffisante et est identifiée comme un facteur de retard de l'entrée des médecins dans le monde libéral. L'avantage social maternité fournit 3 100 € par mois supplémentaire pour un médecin qui travaille 8 demi-journées et plus par semaine, soit 5 674 € mensuels et ce pendant 3 mois. Les mêmes sommes s'appliquent au congé adoption et au congé paternité à proportion du temps : 11 jours au lieu de 3 mois. La négociation a permis 2 choses : que les médecins de secteur 2 soient aussi destinataires de cet ASM dont le montant est alors de 2 066 €, soit 2/3 de la somme de base. En pratique, la souplesse des options permet à un médecin de secteur 2 d'opter pour l'OPTAM un mois avant son congé maternité pour obtenir les 3 100 €, option qu'il peut abandonner à l'issue des 3 mois pour revenir dans le secteur 2 sans option. L'autre avancée due à la négociation est l'obtention d'un tarif dégressif en 3 paliers pour ceux qui ne travaillent pas à temps plein. 75% pour 6 à 7 demi-journées, 50% pour 4 à 5 demi-journées. Ces sommes sont versées le mois suivant l'arrêt de travail pour la durée de celui-ci et ne peuvent excéder 3 mois. Ce dispositif signé le premier mars devrait être validé par la ministre le premier avril pour paraître au Journal officiel et entrera en vigueur 6 mois plus tard, le premier octobre 2017.

Voilà à quoi servent les syndicats quand ils sont représentatifs.
N'oubliez pas de renouveler votre cotisation.

Assemblée Générale

3 mars 2017

B. de ROCHAMBEAU*

Dans la nouvelle convention les femmes médecins qui souhaitent mener une grossesse auront, en plus de la couverture maternité procurée par leurs cotisations, un financement spécifique pour leur congé maternité...

é

étaient présents les Docteurs :

BLUM, BONNEAU, BOYER DE LATOUR, DE ROCHAMBEAU, DE BIEVRE, DREYFUS, GRISEY, GUERIN, GUIGUES, HOMASSON, HOROVITZ, LAPLACE, LAZARD, LEGRAND, LE PORS, LONLAS, MARTY, PAGANELLI, PEIGNÉ, RIVOALLAN, ROBION, VERHAEGHE, VILLEROY DE CALHAU.

Étaient excusés les Docteurs :

BASTIAN, CAMAGNA, DARMON, GERAUDIE, GRAVIER, JELEN, MIRONNEAU, TEFFAUD, THIEBAUGEORGES.

Le Président le Docteur B. de ROCHAMBEAU ouvre l'Assemblée Générale et remercie les membres présents. Il leur demande si le nouveau lieu de réunion leur convient. A priori, cela ne pose pas de problème.

Approbation du procès-verbal de l'AG précédente

Le compte rendu est accepté à l'unanimité des membres du CA.

Synthèse de l'année 2016 B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU commence la synthèse de l'année syndicale 2016. Il fait remarquer que c'était une année très importante puisqu'après les élections professionnelles il y a eu la négociation de la nouvelle Convention. Négociation à laquelle nous avons participé et fini par signer. Nous participons maintenant et de façon très active à la vie conventionnelle non seulement dans les discussions mais aussi dans les prises de décision.

Cette convention nous l'avons négociée avec un objectif celui du maintien d'un exercice libéral réel. Les médecins de secteur 1 étant financés par l'assurance maladie leur choix est limité. L'assurance maladie entretient des tarifs très bas pour nous rendre dépendant d'une activité de plus en plus importante qui suffit à peine. De

ce fait l'assurance maladie rajoute des aides et ce sont surtout celles-ci qui sont négociées lors des discussions de la convention. L'augmentation des tarifs est toujours difficile à obtenir mais nous avons obtenu tout de même quelques avancées.

Le deuxième point que nous avons défendu au BLOC est la reconnaissance d'une rémunération supplémentaire constituée par les honoraires libres du secteur 2. Nous avons fait en sorte que ces honoraires soient reconnus comme une part entière de notre travail et non comme des suppléments et cela permet aux assurances complémentaires de les prendre en charge pour nos patientes.

Pour les secteurs 2, une nouvelle option tarifaire à tarifs dits maîtrisés (OPTAM et OPTAM CO pour les chirurgiens et les gynécologues obstétriciens) a été créée. Elle permet une augmentation des tarifs libres et une revalorisation des tarifs opposables identique aux secteurs 1.

La caisse va vous proposer cette offre que vous devrez étudier car elle dépend de vos pratiques tari-

La caisse va vous proposer cette offre que vous devrez étudier car elle dépend de vos pratiques tarifaires des 3 années précédentes...

*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.

fares des 3 années précédentes (moyenne de 2013-2014 et 2015).

Pour ceux qui ne sont pas éligibles à cette option ou qui ne souhaitent pas y entrer, nous avons obtenu qu'ils puissent bénéficier des tarifs NGAP (c'est-à-dire en consultation) du secteur 1 comme pour les CMUc et les ACS, chaque fois qu'un tarif opposable sera réalisé pour un assuré non CMUc et non ACS. L'ensemble de ces revalorisations s'appliquera avec un calendrier qui s'échelonne jusqu'en juin 2018.

Ce sont des avancées qui misent bout à bout représentent plus d'un milliard d'euros d'honoraires supplémentaires en année pleine pour les médecins.

A l'heure actuelle dans les prochaines négociations nous travaillons à ce qu'il n'y ait plus cette différenciation dans l'augmentation des tarifs entre secteur 1 et secteur 2.

Cette convention nous donne aussi beaucoup d'obligations car nous devons être présents sur tout le territoire dans la vie conventionnelle et dans chaque caisse primaire. **Nous avons des représentants dans les Commissions paritaires locales (CPL)** qui sont déclinées au plan régional en CPR. Dans certains départements nous n'arrivons pas à trouver de représentants et je fais un appel à tous les administrateurs pour que vous nous aidiez à trouver des médecins qui souhaiteraient s'engager avec le BLOC et le SYNGOF. Ces commissions doivent être mises en place rapidement pour faire vivre la convention.

Notre rôle est d'expliquer et de défendre la convention devant chaque caisse primaire. Celles-ci gèrent sur le territoire cette conven-

tion et nous devons, en cas de conflit, être les garants pour les médecins de la bonne application de celle-ci.

C'est aussi via ces CPL qu'une autre commission se mettra en place à la fin de l'année : la **Commission des pénalités**. Celle-ci donnera son avis lorsque nos confrères seront mis en difficulté par les caisses primaires dans l'application de la convention. Nous y serons donc représentés.

Nous jouons donc maintenant dans la cour des décideurs et j'ai besoin de relais dans chaque département et chaque région. Je compte donc sur une implication importante des membres du CA.

Il y a beaucoup de réunions et dans le cadre de la convention il est prévu une assistance au président pour le dédommager de ce temps consacré à la vie conventionnelle. Cette aide sera étendue aux confrères qui pourront me remplacer pour des missions précises. Il y a des fonds conventionnels pour cela.

L'année 2016 nous a aussi apporté des questions dans notre travail quotidien avec les sages-femmes qui s'installent en libéral. Nous en avons déjà beaucoup discuté au cours de nos différents conseils d'administration.

A l'heure actuelle, certains territoires sont saturés en sages-femmes libérales par rapport aux besoins et cela expose à des dérives des pratiques observées qui créent des conflits locaux que nous ne connaissons pas jusqu'à ces dernières années.

Nous n'avons plus, à son initiative, de relations avec le syndicat des sages-femmes pour trouver des solutions à cette situation.

Nous sommes prêts à discuter mais à l'heure actuelle c'est très difficile. Le

CNGOF essaie d'avancer sur ce point. Le Dr de ROCHAMBEAU passe la parole au pôle de gynécologie médicale.

Pôle gynécologie médicale
E. PAGANELLI

Le Dr E. PAGANELLI fait le compte rendu de l'année 2016.

246 gynécologues médicaux adhèrent au SYNGOF.

Le DES de Gynécologie Médicale a été créé en 2003, il est ouvert aux internes depuis novembre de la même année en remplacement du DES à double bras de Gynécologie Obstétrique et de Gynécologie Médicale créé par Mme Dominique GILLOT, Secrétaire d'Etat à la Santé en 2000.

Il s'agit donc d'un DES purement médical, filiarisé, de 4 ans, comportant la particularité d'exiger 18 mois hors filière en gynécologie obstétrique pour parfaire la formation des internes dans cette discipline en plus des 3 semestres agréés gynécologie médicale et des 3 semestres en gynécologie obstétrique. La plupart des internes en gynécologie médicale feront un stage en ville chez des gynécologues.

Il est clair que ce DES ne permettra pas le remplacement de tous les gynécologues médicaux installés en France.

Selon le communiqué du Comité de défense de la gynécologie médicale (CDGM) il ne reste que 1212 gynécologues médicaux en exercice, soit une densité de 3,5 pour 100 000 femmes.

Entre 2008 et 2016, il y a eu une baisse de 733, soit - 37% (- 47%

pour l'Île de France). Quatre départements n'en comptent plus aucun et treize en comptent un seul.

Le rôle de ce DES de gynécologie médicale est de former des spécialistes, très compétents dans le domaine de l'endocrinologie de la reproduction, de l'infertilité et de l'oncologie hormono-dépendante. A la rentrée 2015 il y a eu 69 postes et 70 pour la rentrée 2016. Pour la rentrée 2017 la décision devrait être prise en juillet, si tout se passe comme d'habitude...

Les femmes doivent donc s'orienter vers les gynécologues obstétriciens, les médecins généralistes et les sages-femmes qui doivent s'organiser pour prendre en charge la prévention, la contraception, l'ivg, la grossesse et la pathologie gynécologique selon leurs compétences.

Le pôle GM du SYNGOF a fait paraître plusieurs communiqués de presse. Ces communiqués ne sont pas passés inaperçus ! Comme dit un jeune confrère gynécologue obstétricien après le tsunami "carton rouge" :

"On passe son temps à se faire démonter sur Twitter et Facebook par des associations de féministes ou des médecins journalistes qui ne pratiquent pas leur métier alors que les médecins de terrain que nous sommes ont toujours été du côté de la défense du droit des femmes.

Cela n'a échappé à personne que les sujets comme l'IVG, le toucher vaginal sans consentement, la césarienne... autant de sujets de communication ambigus sur lesquels notre communication est détournée et retournée contre nous par des lobbys puissants.

En libéral, ce n'est pas de la délégation d'actes ni du transfert de compétences des gynécologues vers les sages-femmes dont il est question, mais bien du transfert de responsabilité des sages-femmes vers les gynécologues.

On ne peut ni rester les bras croisés, ni se permettre une nouvelle campagne de dénigrement d'une profession qui n'a pas vocation à être

notre ennemie à l'origine. J'ai l'impression qu'à chaque fois on en sort un peu plus perdants".

Notre chargée de presse a essayé, de monter une ITW croisée avec des personnalités du syndicat et du CNGOF pour un grand quotidien. Nous souhaitons exposer l'opinion des gynécologues après réflexion avec les sages-femmes sur les conditions d'une coopération pour la mise en place d'un réseau coordonné. Mais il n'y a pas eu de réponse positive.

Nous avons évoqué au CA de décembre 2016 la préparation d'un Livre blanc qui servirait à soutenir un discours sur la complémentarité des formations et qui serait adressé au conseil de l'Ordre des médecins et au conseil de l'Ordre des sages-femmes. Nous proposons à nos membres la possibilité de nous faire connaître les débordements de certain(e)s sages-femmes.

Comme nous devons travailler tous ensemble plutôt que les uns contre les autres, ce qui ne manquerait pas de profiter aux Pouvoirs publics, le SYNGOF se propose d'élaborer un registre d'événements indésirables via Gynérisq.

La fiche travaillée par Olivier THIEBAUGEORGES est élaborée pour que chaque professionnel qui pratique des consultations et des actes de gynécologie obstétrique (sage-femme, médecin généraliste, gynécologue médical, gynécologue obstétricien...) puisse nous informer d'événements porteurs de risque en relation avec un non-respect de la déontologie ou des recommandations ou compétences professionnelles.

Comme l'écrit Olivier THIEBAUGEORGES : *"Le suivi gynécologique et obstétrical subit aujourd'hui des bouleversements importants, notamment du fait de la démographie médicale (raréfaction des médecins, nombre croissant de sages-femmes, inégalité géographique).*

Cette nouvelle donne suscite des craintes mais constitue aussi un défi à relever pour assurer demain un

suivi optimal des femmes. Le succès passera par une collaboration respectueuse entre les différents métiers.

Pour construire cette collaboration un registre d'événements indésirables nous est apparu être un outil intéressant. Il permettra d'objectiver les difficultés rencontrées dans la "vraie vie", de les analyser et d'élaborer des stratégies de collaboration.

L'exigence de qualité des soins doit être au centre de la démarche. Elle sera obtenue par l'application des recommandations et la qualité technique des actes nécessitant une formation initiale et continue, une pratique suffisante, un travail d'équipe, chacun dans ses compétences.

Le problème de la responsabilité professionnelle est aussi au centre de ces évolutions".

Faut-il garder l'accès direct spécifique ?

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, les patientes peuvent consulter directement un gynécologue de leur choix, sans être adressée au préalable par leur médecin traitant.

Les consultations en accès direct spécifique sont :

- Les examens cliniques gynécologiques périodiques, y compris les actes de dépistage,
- La prescription et le suivi d'une contraception et le suivi d'une grossesse,
- L'IVG médicamenteuse.

Le Dr PAGANELLI demande aux administrateurs présents s'ils préféreraient rester au système actuel de l'accès direct avec les augmentations prévues par la convention ou s'ils préféreraient abandonner l'accès direct, ce qui signifie ne plus être médecins de premier recours ;

Une consœur gynécologue médicale siège depuis 2016 en son propre nom à l'HCAAM/Groupe de travail "Prévention et promotion de la santé" et nous propose de supprimer l'accès direct pour les gynécologues. Nous avons à définir ce jour la posi-

tion du syndicat. Après discussions le SYNGOF se positionne pour garder l'accès direct spécifique.

Pôle GO secteur public P. LE PORS LEMOINE

Le Pôle Hospitalier a contribué en mai 2016 à la journée d'Avenir Hospitalier consacrée à l'avenir de la chirurgie hospitalière et à l'enquête réalisée auprès des chirurgiens hospitaliers, mettant en exergue le poids délétère des contraintes administratives de l'hôpital, ainsi que la faible reconnaissance de la pénibilité, essentiellement liée aux gardes.

Durant toute l'année 2016, se sont poursuivis des travaux sur l'attractivité, et les décrets d'application de la loi santé : les résultats ne sont pas à hauteur de ceux qui étaient espérés : il faut cependant retenir :

- L'harmonisation des droits sociaux et droits d'exercice en début de carrière : Praticiens contractuels, Assistants des hôpitaux bénéficient ainsi en particulier des mêmes droits en matière de congés pour des raisons de santé ou de maternité.
- Création d'un second échelon pour indemnité d'engagement dans le service public qui passe de 490,41 € à 700 € bruts pour tout praticien pouvant justifier de 15 ans de versement de cette indemnité.
- En ce qui concerne les groupements hospitaliers de territoire (GHT), création d'une prime multi-établissements, en cas de restructuration priorité des praticiens dont l'emploi est supprimé pour muter dans l'établissement où l'activité est maintenue. En cas de candidature non retenue, possibilité de faire appel à la commission statutaire nationale (commission paritaire de chirurgie pour la gynécologie-obstétrique) où siègent les représentants élus des praticiens hospitaliers.
- Les avancées sur la reconnaissance du temps de travail, et sur la recon-

naissance de la pénibilité (permanence des soins en particulier) sont décevantes, les discussions étant encore en cours.

Le Pôle Hospitalier s'est également investi dans l'amélioration de la qualité de vie au travail : audience au Sénat, dialogue avec Monsieur COUTY, nommé Médiateur, participation au rapport IGAS sur les risques psychosociaux des personnels médicaux hospitaliers, et bien sûr participation aux commissions statutaires et disciplinaires de chirurgie, dans notre spécialité de gynécologie-obstétrique est malheureusement surreprésentée, tant le nombre de situations difficiles est grand, il ne manquera pas de s'accroître du fait des restructurations liées au GHT.

Le Dr LE PORS lance un appel à l'investissement des praticiens hospitaliers pour participer activement à la défense des gynécologues obstétriciens hospitaliers, en particulier dans la perspective des élections professionnelles qui auront lieu au premier semestre 2018. Nous manquons cruellement de bonnes volontés.

Il est indispensable que chaque gynécologue obstétricien se sente concerné.

Pôle GO libérale B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU reprend la parole. Dans les avancées obtenues par la négociation de la nouvelle convention la nomenclature va être modifiée afin de valider l'**association CS + Frotis à taux plein** dans le respect des règles du dépistage recommandées par la HAS. Nous communiquerons sur la date de mise en application de cette association qui aura lieu 6 mois après sa parution au Journal Officiel.

La principale avancée pour la médecine libérale concerne les femmes médecins. Dans la nouvelle convention les femmes médecins qui souhaitent mener une grossesse auront, en plus de la couverture maternité

procurée par leurs cotisations (3218 € +52,90 €/j pendant 3 mois), un financement spécifique pour leur congé maternité de 3100 € par mois (en secteur 1 et secteur 2 avec OPTAM ou OPTAM CO) pendant 3 mois. Les secteurs 2 qui ne signent pas l'OPTAM auront les 2/3 de cette somme soit 2066 €/mois. Comme l'OPTAM peut être souscrite sur simple lettre et abandonnée sans plus de formalités, en pratique toute femme médecin conventionnée pourra bénéficier de la totalité de l'aide si elle le souhaite.

Il n'y aura pas de cotisations supplémentaires pour en bénéficier. Pour les temps partiels cela se décomposera en 3 niveaux. Si elles travaillent plus de 4 journées, les femmes auront les 3/4 de la prime, pour 3 journées ce sera la moitié et pour 2 journées il n'y a pas d'aide.

C'est aussi applicable au congé paternité (1116 € et 744 €) et au congé d'adoption pour les mêmes montants que le congé maternité.

C'est un signe fort pour la médecine libérale. Ce nouveau texte sera applicable à partir du mois d'octobre 2017.

Election présidentielle.

La stratégie pour contacter les candidats à l'élection présidentielle se fera sous forme d'un colloque une semaine avant le 1^{er} tour soit le 15 avril. Le BLOC a décidé de créer un événement avec une journée dédiée à la médecine libérale dans le cadre conventionnel. **Les participants à cette journée, adhérents au BLOC, seront indemnisés** sur des fonds conventionnels.

Il y aura dans ce colloque une matinée technique où des experts économistes de la santé et médicaux vont donner leur avis et l'après-midi il y aura les candidats à l'élection présidentielle qui viendront parler de l'activité libérale conventionnelle dans leur programme santé. Nous avons demandé à Rémi Pellet notre expert en droit de la santé d'étudier d'ores et déjà les programmes des candidats.

Annonce ci-dessous.

LE BLOC organise le **samedi 15 avril à Paris, de 10h à 17h** à l'Hôtel PULLMAN Paris Bercy, un colloque national sur l'avenir de l'exercice libéral conventionnel dans notre système de santé avec la présence de candidats à l'élection présidentielle qui répondront à la question : *"Quelle place pour l'exercice libéral dans votre programme santé ?"*

Ce colloque (programme en ligne sur syngof.fr) se déroulera une semaine avant le premier tour des élections présidentielles.

Les participants à cette journée, adhérents au BLOC, seront indemnisés.

Vous pouvez déjà vous inscrire auprès du secrétariat :

secretariat_aal@gmail.com

Le nombre de places étant limité.

Elections des administrateurs B. de ROCHAMBEAU

Les Drs CAMAGNA Olivier et LAZARD Alexandre ont été cooptés dans l'année 2016.

L'Assemblée Générale doit valider leur élection.

Dr Olivier CAMAGNA :

Abstention : 0 Contre : 0

Elu à l'unanimité

Dr Alexandre LAZARD

Abstention : 0 Contre : 0

Elu à l'unanimité

Rapport du trésorier J. MARTY

Le Dr MARTY lit à l'Assemblée la note de synthèse du bilan 2016 établie par le comptable du SYNGOF.

La clôture du bilan au 31 décembre 2016 du Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France fait apparaître une perte de 3096,13 €. Ce résultat accuse une baisse de 18 840 € par rapport au résultat de l'année dernière.

Le montant du chiffre d'affaires pour la clôture au 31 décembre 2016 s'é-

lève à 251 005 € contre 240 659 € pour l'année dernière.

L'augmentation la plus importante correspond aux publicités dans les revues car la facturation est passée de 11 798 € l'année dernière à 21 757 € pour cette année soit une progression de 9 959 €. Les cotisations des membres, quant à elles, augmentent de 1 291 € pour atteindre la somme de 229 249 €. En contrepartie, la provision pour cotisations impayées est passée de 61 410 € l'année dernière à 105 010 € pour cette année soit une augmentation de 43 600 €.

Les charges d'exploitation passent, quant à elles de 248 825 € l'année dernière à 262 271 € pour cette année. Les frais d'éditions sont stables à hauteur de 19 270 €. Les honoraires de l'expert-comptable sont stables à hauteur de 2 220 €

Le poste Gestion et conseils est en net repli pour atteindre la somme de 16 000 €. La relation avec la presse est de 10 200 €. Le poste Voyages et déplacements est en baisse de

4 368 € pour atteindre la somme de 40 788 €. Le poste conférence téléphonique est également en baisse de 340 € pour atteindre 806 €. Le poste Autres services extérieurs (facturation Le BLOC) est en baisse de 5 520 € pour atteindre la somme de 19 320 €. Les charges de personnel sont en hausse de 4 581 € pour atteindre la somme de 82 828 €. Les dotations aux amortissements sont stables pour un montant de 2 303 €. Comme évoqué tout à l'heure la provision pour cotisations impayées est de 43 600 €. Les revenus des autres créances sont en légère hausse et arrivent à un montant de 6 314 €. Les charges sur exercices antérieurs sont de 2 868 € et correspondent à des remboursements de frais de déplacement des années passées.

Fixation de la cotisation 2018 : Le trésorier propose de maintenir la cotisation Membre actif à 230 €. L'AG vote à l'unanimité ce tarif.

Discussion de la salle

La séance est levée à 17h00

Prochain CA le 9 juin



Vous pouvez maintenant nous suivre sur Facebook

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 2016 _____

• 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 2017 -

| | |
|---|----------|
| ⇒ 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

De la nécessaire

participation des cliniques à l'utilisation de logiciels d'aide à la réduction des risques médico-judiciaires

R. PELLET*

“L’obstétrique est une discipline à haut risque médico-légal”.

en 2000 l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) écrivait que *“l’obstétrique est une discipline à haut risque médico-légal”*¹. Ce constat est malheureusement toujours valable malgré les progrès réalisés en France ces dernières années grâce, principalement, à l'action du Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF) et de l'association GYNERISQ² spécialisée dans la prévention du risque obstétrical, ces deux institutions tenant compte, bien sûr, des travaux scientifiques réalisés au niveau international.

Comme le souligne une étude publiée en 2016 par des praticiens spécialistes de gynécologie-obstétrique exerçant dans les établissements publics de santé, *“bien que la grossesse et l'accouchement soient considérés a priori physiologiques, une situation critique voire pathologique peut survenir, compliquant alors l'accouchement pour la mère et/ou le fœtus dans 8% des cas”*³. La Haute Autorité de Santé (HAS, qui a succédé en 2005 à l'ANAES) constatait également en 2016 que *“les hémorragies obstétricales sont encore responsables de 18% de la mortalité maternelle”* et qu'*“elles constituent toujours la première cause de décès maternel”* sachant que *“84% de ces décès sont jugés évitables par les experts”*⁴.

Pour prévenir la réalisation des risques évitables, des obstétriciens qui participent à l'association Gynerisq ont créé un logiciel d'aide à la décision (ou encore *“logiciel métier structuré”*), appelé Gynelog, qui permet d'utiliser de façon plus

performante les informations enregistrées pour la surveillance des accouchements, notamment le partogramme et l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF) [1]. Parce que ce type de logiciel peut servir à réduire les risques médico-judiciaires auxquels les praticiens et établissements de santé sont exposés, les cliniques et hôpitaux publics qui retarderaient la généralisation de ces outils informatiques s'exposeraient à voir engager leur responsabilité pour manquement à leur obligation de sécurité sanitaire [2].

De plus, si les médecins ou les équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé peuvent demander à ce que la qualité de leur pratique de gestion du risque soit *“accréditée”*, tous les hôpitaux et cliniques sont tenus eux de faire l'objet d'une procédure de *“certification”* de leur qualité, sous la conduite de la Haute Autorité de santé. Logiquement, la HAS est attachée à mettre en cohérence les démarches d'accréditation des médecins et de certification des établissements. De ce fait, les obstacles que les hôpitaux ou cliniques mettraient à l'utilisation de logiciels d'aide à la décision médicale, aux dépens

1 ANAES, *Évaluation des pratiques professionnelles dans les établissements de santé. Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme*, janvier 2000.

2 L'association GYNERISQ a été créée en septembre 2007 à l'initiative du CNGOF et du Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France, SYNGOF.

3 A. Theissen, F. Fuzb, B. Carbonnec, L. Bonnet, 1. Rouquette-Vincentia, P. Niccolaie, M. Raucoles-Aime, *“Sinistralité en obstétrique dans les hôpitaux publics français : données Sham”*, *Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction*, volume 45, issue 1, janvier 2016, pages 54-61.

4 HAS, *Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Prévention et Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat (PP-HPP). Fiches descriptives des indicateurs retenus pour la campagne 2017*, 18 nov. 2016.

* Rémi Pellet est Professeur à l'Université Sorbonne Paris Cité, Faculté de Droit Paris Descartes et Sciences Po Paris
Institut Droit et Santé, Inserm UMRS 1145

Ce type de logiciel peut donc servir à réduire les risques médico-judiciaires auxquels les praticiens et cliniques sont exposés

de la sécurité des soins et de l'indépendance professionnel des praticiens, seraient sans doute de nature à compromettre l'accréditation de ces établissements de santé par la HAS [3].

1 - Les logiciels conçus comme Gynelog permettent d'utiliser de façon plus performante les données enregistrées lors des accouchements

Conçu, développé et actualisé sous le contrôle de la communauté des obstétriciens membres de Gynerisq, le "logiciel métier structuré" appelé Gynelog permet de dépasser les modes actuels d'utilisation du partogramme et de l'ERCF.

Les limites actuelles de l'utilisation du partogramme et de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF)

Selon la définition qu'en donne l'HAS⁵, le partogramme est "l'enregistrement graphique de l'évolution du travail, de l'accouchement et des données de surveillance maternelles et fœtales qui s'y rattachent", qui sert à la fois de "support de transmission" entre les différents professionnels intervenant en salle de naissance (sages-femmes, médecins obstétriciens, anesthésistes, pédiatres, infirmières, étudiants) et de "support principal d'expertise du dossier obstétrical en responsabilité médicale".

Le code de la santé publique ne le mentionne pas, l'article R1112-2 CSP indiquant seulement que le dossier médical doit contenir "le compte rendu opératoire ou d'accouchement", mais les recommandations de la HAS font directement référence au partogramme⁶ et, à l'occasion d'un contentieux, les experts médicaux l'analysent pour apprécier rétrospectivement le bien-fondé des décisions prises par l'obstétricien et la sage-femme.

Or, qu'il soit tenu sur papier, comme c'est aujourd'hui encore fréquent, ou informatisé, le partogramme demeure un simple enregistrement des faits relevés par la sage-femme et/ou l'obstétricien. Il n'est aucunement "dynamique/réactif", c'est-à-dire qu'il ne guide pas les praticiens dans leurs interventions. Ces derniers doivent faire par eux-mêmes la synthèse des informations inscrites dans le partogramme et en tirer les conclusions utiles.

Le partogramme doit intégrer l'interprétation de l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (ERCF). Or, les études conduites par les obstétriciens montrent que "l'interprétation des tracés de l'ERCF n'est pas simple. Cette technique s'est diffusée entre 1970 et 1980, sans consensus sur les critères de lecture et d'interprétation, ce qui explique que les "lecteurs-experts" ne soient totalement d'accord entre eux que dans 20 à 30% des cas". Cette incertitude a de graves conséquences sur le plan judiciaire, comme le souligne un obstétricien qui travaille avec un des principaux assureurs de la responsabilité civile professionnelle médicale : "en pra-

tique, l'analyse rétrospective d'un dossier par un expert devant les tribunaux n'est pas ou très peu reproductible et reste un avis qui, s'il est informatif, est malheureusement trop subjectif pour permettre une décision impartiale"⁸.

Dans le même sens, certains mémoires universitaires de sages-femmes expriment l'inquiétude de celles-ci devant "la variabilité d'interprétation du RCF"⁹ et plusieurs constatent qu'au sein des établissements où elles travaillent, "le partogramme constitue une véritable boîte noire en termes de traçabilité des événements"¹⁰ et qu'il peut donc difficilement remplir son rôle d'outil d'aide à la décision.

Conçu par les obstétriciens, le logiciel Gynelog peut servir d'instrument d'aide à la décision et de prévention des risques d'erreur

- L'équipe obstétricale a le choix d'utiliser les paramètres du logiciel, de les adapter ou d'en introduire d'autres encore ;
- Elle peut également se mettre en rapport avec d'autres utilisateurs pour comparer leurs choix et expériences ;
- Au sein du logiciel, les données ne sont pas inscrites de façon "littéraire" - sous forme de phrase - mais "scientifique" - sous forme de données chiffrées notamment ;
- À partir des recommandations qui constituent les données acquises de la science que chaque praticien doit respecter (cf. *infra*), l'équipe définit l'algorithme qui traite les données et alerte l'utilisateur sur les événements indésirables qui pourraient se produire en lui indiquant les précautions à prendre ;
- Le logiciel fournit à l'équipe médicale les assistants numériques qui simplifient le codage pour le rendre accessible aux soignants qui n'ont pas de formation informatique mais qui doivent l'utiliser et le mettre à jour ;
- Le système déroule les questions selon leur pertinence en évitant des répétitions inutiles qui pourraient lasser l'utilisateur ;

⁵ HAS, *Audit clinique ciblé: Surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme*, octobre 2006.

⁶ Par ex. "(...) Les données de cette surveillance sont analysées à intervalles réguliers et reportées dans le dossier médical, rythme adapté à la situation clinique et aux FDR. Elle comprend pouls, TA, saignements et globe utérin. Elle est reportée sur le partogramme dès que cela est possible ou un document spécifique." : HAS, *Indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Prévention et Prise en charge initiale de l'hémorragie du post-partum immédiat (PP-HPP)*. Fiches descriptives des indicateurs retenus pour la campagne 2017", 18 nov. 2016.

⁷ Sabiani L, Le Du R, Loundou A, d'Ercole C, Bretelle F, Boublil L, Carcopino X. *Intra and interobserver agreement among obstetric experts in court regarding the review of abnormal fetal heart rate tracings and obstetrical management*. Am J Obstet Gynecol 2015;213:856.e1-8. étude citée in Dr Serge Favrin, *Intégration de la surveillance du rythme cardiaque fœtal (RCF) dans un partogramme informatisé de GYNELOG avec un objectif de gestion des risques*, février 2017, document provisoire.

⁸ Xavier Carcopino, "Évaluation des experts en obstétrique français devant les tribunaux : ce que tout obstétricien devrait savoir", *Gynéco-online*, 16 févr. 2016.

⁹ Marie-Claire Gavant, *L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal et sa variabilité d'interprétation interindividuelle*. Gynécologie et obstétrique, Mémoire soutenu le 21 juin 2016.

¹⁰ Cf. Catherine Boivent, "Impact de l'informatisation du partogramme en salle de naissance. Étude réalisée au sein de la maternité du C.H.U. de Nantes", *Année universitaire 2009-2010*, p. 46 et Leslie Assorin, "Évaluation de la qualité de la tenue du partogramme par les sages-femmes de l'HCE de Grenoble", 2012, p. 33

- Parce que certaines données peuvent être inscrites à des places fixes, les utilisateurs peuvent les retrouver et les utiliser rapidement, en gagnant un temps précieux dans les situations d'urgence.

Lorsqu'il est utilisé pour le partogramme et l'interprétation de l'ERCF, Gynelog permet d'améliorer significativement la sécurité des accouchements et la fiabilité des expertises, pour les raisons suivantes :

- Il guide les praticiens, sages-femmes et obstétriciens
- Il améliore ainsi la gestion des risques d'asphyxie périnatale dans ses étapes successives (alerte, reconnaissance, récupération) ;
- La communauté des utilisateurs de Gynelog organise son actualisation permanente : ainsi, les limites du système sont progressivement dépassées et sa fiabilité est constamment améliorée ;
- En cas de contentieux, il fournit des comptes-rendus dont le formalisme répond aux exigences de l'expert judiciaire. Ainsi, à la différence des systèmes actuels d'informatisation du partogramme, Gynelog est un véritable "logiciel métier structuré", en tant, d'une part, qu'il répond aux besoins de l'ensemble des spécialistes concernés, d'autre part et surtout, parce qu'il est conçu pour hiérarchiser selon leur pertinence les informations utiles à la prise en charge des patients, en mettant ainsi en pratique les recommandations conçues selon les principes de l'"Evidence-Based Medicine", c'est-à-dire de la médecine fondée sur les niveaux de preuves (dite parfois "médecine factuelle") afin de réduire les risques médico-judiciaires. À l'heure actuelle, Gynelog est un prototype et, bien évidemment, tous les logiciels qui seraient conçus sur les mêmes principes présenteraient les mêmes qualités.

2 - Les établissements de santé, publics ou privés, qui feraient obstacle à l'utilisation de logiciels du type de Gynelog prendraient le risque d'engager leur responsabilité

Les obligations des praticiens libéraux et des établissements de santé privés

La loi dite Kouchner du 4 mars 2002 a inscrit à l'article L1110-1 CSP le principe selon lequel "les professionnels, les établissements et réseaux de santé" doivent contribuer à "assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible". De plus, après sa révision par la loi dite Touraine du 2 février 2016, l'article L. 1110-5 CSP dispose que "toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques

dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées". Concernant les praticiens libéraux, la Cour de cassation ne se réfère pas à la notion de "connaissances médicales avérées" consacrée par le législateur et elle continue d'exiger que les médecins dispensent des soins "conformes aux données acquises de la science"¹¹, en écartant la notion de "données actuelles" (Cass., civ. 1, du 6 juin 2000, 98-19.295). D'ailleurs, comme le soulignent le Professeur C. Bergoignan-Esper et le haut magistrat Pierre Sargos dans leurs *Grands arrêts du droit de la santé* (Dalloz, 2016, 2^e éd., pp. 224), la loi n°2007-308 du 5 mars 2007 a repris la notion de "données acquises de la science" pour l'inscrire à l'article 441 du code civil concernant l'évaluation par un médecin de l'altération des facultés personnelles de personnes susceptibles d'être mises sous tutelle.

Les travaux des conférences de consensus et des sociétés savantes sont considérés par la jurisprudence comme faisant partie des sources des données acquises de la science (par ex. Civ. 1^{ère}, 15 juillet 1999, n°98-10.258, à propos de données acquises de la science depuis un rapport présenté en 1986 à la société française d'ophtalmologie) et le Conseil d'Etat a jugé que les données acquises de la science, "resortent notamment [des] recommandations de bonnes pratiques" émises par l'HAS (CE, 1^{ère} et 6^{ème} sous-sect. réunies, 27 avril 2011, *Association Forminder*, 334396, Publié au recueil Lebon).

Gynelog a été conçu et il est développé et actualisé par les obstétriciens, libéraux et praticiens des hôpitaux, qui sont membres de l'association Gynerisq, laquelle est agréée¹² par l'HAS¹³ pour recueillir "les déclarations des événements considérés comme porteurs de risques médicaux" auxquelles doivent procéder les médecins exerçant en établissements de santé pour que la qualité de leur pratique professionnelle soit accréditée, selon les principes édictés par les articles L 1414-3-3 et L 4135-1 du code de la santé publique (CSP).

Pour l'heure, du fait notamment que son utilisation n'est pas généralisée, Gynelog ne fait pas encore partie des instruments dont l'usage s'impose aux obstétriciens au titre des "données acquises de la science". Mais, si elle implique que les méthodes et techniques de soins aient été validées

¹¹ Principe posé par l'arrêt fondateur de la responsabilité civile médicale, arrêt *Mercier*, Civ., 20 mai 1936, DP 1936, 1, p. 88, et repris aujourd'hui dans divers textes, dont l'article R 4127-32 CSP qui dispose que "dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents".

¹² En application de l'article D 4135-1 CSP, les médecins peuvent effectuer la déclaration des événements porteurs de risque "directement auprès d'un organisme agréé selon des modalités définies par le collège de la Haute Autorité de santé".

¹³ HAS, "Certification des établissements de santé. Qualité et sécurité des soins dans le secteur de naissance Guide méthodologique", mars 2014, en ligne http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-03/guide_qualite_securite_secteur_naissance.pdf

par l'expérience et par un large consensus médical, cette notion ne peut servir à justifier des retards dans l'utilisation de procédures qui permettent d'élever le degré de sécurité des pratiques médicales.

Parce que Gynelog est d'ores et déjà un outil de prévention des risques sanitaires, les établissements de santé ne peuvent arguer de son caractère encore trop récent pour faire obstacle à son développement, sauf à engager leur responsabilité pour manquement à leur obligation légale de sécurité.

Les obstacles administratifs mis à l'utilisation de logiciels du type de Gynelog dans les établissements de santé pourraient être retenus à leur charge en cas de contentieux

Les établissements de santé sont tenus de s'équiper en matière informatique pour satisfaire notamment aux exigences de l'article L 6113-7 CSP qui leur impose de mettre en œuvre *"des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins."*

Les grands groupes de cliniques privées (RGDS, Ramsay Générale de Santé, Elsan, Médipôle-Partenaires, Vivalto Santé et Capiro), qui sont tous adossés à des fonds d'investissements étrangers, équipent leurs établissements de matériels et logiciels informatiques qu'ils choisissent dans le but de faire des économies d'échelle. Cette politique ne permet pas toujours de prendre suffisamment en compte les besoins particuliers des praticiens de santé qui auront à utiliser les systèmes informatiques. De difficultés comparables peuvent survenir au sein des hôpitaux publics.

Dans le cas du logiciel Gynelog, son utilisation par les obstétriciens et les sages-femmes rend nécessaire son *"branchement"* sur le système informatique des établissements et certaines directions de cliniques ou d'hôpitaux sont tentées de rejeter *"l'interopérabilité"* pour ne pas avoir à prendre en charge le coût de cette adaptation continue de la connexion du logiciel au réseau général et de la protection contre les risques théoriques d'intrusion informatique.

Mais, en empêchant l'usage de Gynelog, ces établissements de santé s'exposeraient sans doute à des risques contentieux aggravés. En effet, dans l'hypothèse où il serait démontré qu'un accident médical aurait pu être évité s'il n'avait pas été fait obstacle à l'implantation du logiciel Gynelog, la responsabilité de l'établissement de santé serait très certainement engagée et, dans le cas des cliniques privées¹⁴, bien au-delà de celle du praticien libéral fautif.

Comme cela a été indiqué plus haut, l'obligation édictée par l'article L1110-1 CSP de contribuer à *"assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible"* s'impose autant aux établissements qu'aux professionnels de santé. De plus, en application de l'article L 6111-2 CSP, ces établissements doivent élaborer et mettre en œuvre *"une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des*

soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités". L'article R 6123-40 CSP précise que les établissements de santé pratiquant l'obstétrique doivent assurer *"l'accouchement et les soins de la mère et du nouveau-né, ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse ou à l'accouchement, dans des conditions visant à réduire les risques et permettant de faire face aux conséquences de leur éventuelle survenance"*.

Enfin, comme la Cour de cassation l'a jugé de longue date, la circonstance que les médecins aient eux-mêmes des obligations n'est pas de nature à exonérer un établissement de santé privé de sa responsabilité pour défaut d'organisation des soins. À ce titre, le juge sanctionne les cliniques lorsque *"les moyens indispensables à la surveillance"* d'un accouchement *"n'ont pas été mis en œuvre"* et notamment en cas de défaut de *"surveillance électronique"* en salle de naissance (Cass., 1^{ère} civ., 30 juin 1993, n° 91-15.607). De même, lorsqu'il a entraîné des dommages et qu'il est imputable à un défaut d'organisation de la clinique, le retard d'intervention d'un praticien est une faute qui est mise à la charge exclusive de l'établissement (dans le cas du retard d'intervention d'un anesthésiste, Cass., 1^{ère} civ., 15 décembre 1999, 97-22.652, Bull. n° 351, p. 227).

Pareillement, concernant les hôpitaux publics, leur responsabilité peut être engagée lorsque la faute trouve son origine dans un problème d'organisation et de fonctionnement du service, comme la réalisation tardive d'un examen (CE, 16 novembre 1998, Mlle Y., n°178585). Le juge administratif sanctionne les erreurs de diagnostic lorsque la faute résulte de la méconnaissance de symptômes qui auraient dû attirer l'attention du praticien. Le juge retient également une faute lorsque les examens ont été insuffisants ou trop tardifs, *"l'omission de mettre en œuvre tous les moyens disponibles [étant] de nature à engager la responsabilité de l'hôpital"* (Conseil d'Etat, *L'engagement de la responsabilité des hôpitaux publics*, Dossier thématique, 5 janvier 2015).

En matière d'obstétrique, un retard de quelques minutes seulement peut être à l'origine de dommages extrêmement graves, comme le défaut d'oxygénation du cerveau de l'enfant. Le logiciel Gynelog ayant précisément pour qualité de réduire le temps d'analyse des informations médicales par les obstétriciens et les sages-femmes, les établissements engageraient leur responsabilité s'ils s'opposaient à son utilisation pour des motifs étrangers à la poursuite de *"la meilleure sécurité sanitaire possible"*.

De plus, la Cour de cassation a jugé que, dans le cas même où une clinique *"disposait de l'équipement technique conforme aux données acquises à la science obstétricale"*, la formation insuffisante du personnel à l'utilisation de ce

¹⁴ Dans les hôpitaux publics, les praticiens ne sont responsables personnellement que de leurs fautes détachables du service.

matériel devait être considérée comme un défaut d'organisation constitutif d'une faute (Cass. civ. 1, du 7 juillet 1998, 97-10.869, Publié au bulletin). En conséquence, non seulement les cliniques ne devraient pas s'opposer à la connexion sur leur système informatique général des logiciels médicaux du type de Gynelog, mais elles devraient prendre en charge la formation de leurs sages-femmes à l'utilisation de ces équipements informatiques conçus par les praticiens de santé dans le but de réduire les risques sanitaires et, partant, les risques judiciaires. L'obligation est très certainement applicable aux établissements publics de santé.

3 - Les établissements de santé qui feraient obstacle à l'utilisation de logiciels du type de Gynelog, aux dépens de la sécurité des soins et de l'indépendance professionnelle des praticiens, prendraient le risque de compromettre leur accréditation par la HAS

Le respect du devoir d'indépendance professionnelle des obstétriciens et sages-femmes

Le Tribunal des conflits a jugé que *"l'indépendance professionnelle dont bénéficie le médecin dans l'exercice de son art"* est *"au nombre des principes généraux du droit"* (T. Conflits, 14 février 2000, Bull. n° 2). L'art. R. 4127-5 CSP, qui fait partie des dispositions du Code de déontologie médicale, dispose que *"Le médecin ne peut aliéner son indépendance professionnelle sous quelque forme que ce soit"* et la formule est reprise en terme identique à l'article R 4127-307 CSP concernant les sages-femmes. Dans le même sens, la Cour de cassation a jugé que *"l'indépendance professionnelle dont jouit la sage-femme dans l'exercice de son art, conformément au code de déontologie des sages-femmes, n'est pas incompatible avec le lien de subordination résultant de l'existence d'un contrat de travail avec une clinique"* et qu'*"il s'ensuit que l'existence d'un tel contrat ne fait pas obstacle à ce que la responsabilité professionnelle de la sage-femme soit recherchée à raison des fautes personnelles qu'elle a commises"* (Civ. 1^{ère}, 30 octobre 1995, Bull. n° 383).

Cependant, les médecins libéraux ne sont pas seulement responsables de leurs fautes mais également des personnes qui sont placées sous leur autorité, même lorsqu'elles sont salariées des établissements de santé, comme c'est le cas de la plupart des sages-femmes. La Cour de cassation a ainsi jugé qu'*"en vertu de l'indépendance professionnelle dont le médecin bénéficie dans l'exercice de son art, il répond des fautes commises au préjudice des patients par les person-*

nes qui l'assistent lors d'un acte médical d'investigation ou de soins, alors même que ces personnes seraient les préposées de l'établissement de santé où il exerce" (Civ. 1^{ère}, 13 mars 2001, Bull. n° 72). Autrement dit, lorsque les sages-femmes secondent les obstétriciens libéraux, les fautes de celles-là engagent la responsabilité de ceux-ci.

Mais l'indépendance des praticiens n'est pas seulement pour eux un devoir, une responsabilité. Les établissements dans lesquels travaillent les obstétriciens libéraux ainsi que les établissements qui salarient des médecins et/ou des sages-femmes doivent respecter l'indépendance de ces praticiens.

Par exemple, concernant les hôpitaux publics, le Conseil d'Etat a jugé que *"les pouvoirs des directeurs d'établissements et des chefs de service à l'égard des praticiens hospitaliers placés sous leur autorité ne peuvent s'exercer que dans le respect du principe de l'indépendance professionnelle des médecins, rappelé à l'article R. 4127-5 du code de la santé publique"* (CE, 11 septembre 2009, n° 309247). Concernant les cliniques privées, la Cour de cassation a notamment jugé qu'*"eu égard au principe général de l'indépendance du médecin, il n'appartient pas à une clinique d'interférer dans le choix de l'anesthésiste par les chirurgiens"* (Civ. 1^{ère}, 26 juin 2001, Bull. n° 192).

Les cliniques et les hôpitaux ne peuvent porter atteinte à l'indépendance des praticiens, obstétriciens et sages-femmes, qui exercent en leur sein, même lorsqu'il s'agit d'évaluer leurs pratiques professionnelles. Ainsi, l'article L 6113-2 CSP dispose que les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de développer *"une politique d'évaluation des pratiques professionnelles, des modalités d'organisation des soins et de toute action concourant à une prise en charge globale du malade afin notamment d'en garantir la qualité et l'efficacité"*, mais *"l'évaluation des pratiques médicales doit respecter les règles déontologiques et l'indépendance professionnelle des praticiens dans l'exercice de leur art."*

Le respect du choix des obstétriciens et sages-femmes d'utiliser des logiciels d'aide à la décision médicale

Comme les établissements de santé doivent respecter l'indépendance professionnelle des obstétriciens et sages-femmes, les hôpitaux et cliniques ne doivent pas faire obstacle à la volonté de ces praticiens de recourir à l'utilisation de logiciels d'aide à la décision médicale, alors surtout que ces instruments informatiques servent à la prévention des événements indésirables et sont conçus à partir d'une évaluation des accidents survenus et des risques évités.

Comme cela a été indiqué *supra*, les procédures d'accréditation des médecins ont pour but d'améliorer la gestion des risques (art. L L 1414-3-3 CSP). Mais les procédures de certification des établissements de santé doivent également tenir compte de leurs efforts de prévention des risques. Les hôpitaux et cliniques doivent prendre l'initiative de s'engager dans une procédure de certification (art. L 6113-4 CSP),

laquelle a pour but de "porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs pôles, structures internes ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement". (art. L 6113-3 CSP).

Le "Manuel de certification des établissements de santé" publié par la "direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins" du ministère de la santé comprend cinq critères principaux de soutien à la démarche de gestion des risques, parmi lesquels figurent le critère "8d" sur l'évaluation des risques a priori et le critère 8F qui porte sur "la gestion des événements indésirables".

D'autre part, dans son instruction intitulée "La sécurité des patients. Mettre en œuvre la gestion des risques associés aux soins en établissement de santé, des concepts à la pratique", la HAS recommande aux établissements d'utiliser

une grille d'analyse dite "grille ALARM (thèmes, exemples et questions à poser)" qui prévoit notamment la nécessité pour les établissements de tenir compte des "Aides à la décision (équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations)" et de s'inquiéter de l'"absence ou insuffisance d'utilisation de moyens techniques lors de la prise de décision : équipement spécifique, algorithme décisionnel, logiciel, recommandations, "reminders"...", sachant que les établissements doivent se poser les questions suivantes : "les moyens nécessaires à une prise de décision existent-ils ? sont-ils disponibles ? ont-ils été utilisés ?".

Compte tenu de ces exigences, on voit mal la HAS accréditer un établissement de santé qui aurait porté atteinte à l'indépendance d'obstétriciens et de sages-femmes, fussent-elles ses salariées, en les empêchant de recourir à des logiciels d'aide à la décision médicale qui servent à prévenir les risques sanitaires.

SYNGOF **domiserue**

C'est bientôt l'heure du ménage de printemps... Pensez au CESU !

Le CESU, qu'est-ce que c'est ?

Le Chèque Emploi Service Universel (CESU) est un moyen de vous dégager du temps libre car il permet le règlement des prestations de services à domicile ([liste complète, cliquez-ici](#)). Financé par votre activité professionnelle et utilisé dans votre cadre privé, le CESU génère plusieurs avantages fiscaux.

Des avantages fiscaux, c'est-à-dire ?

Commandez jusqu'à **1 830 € de CESU par an**, pour vous-même et/ou pour votre(s) salarié(e.s), le CESU est sans condition d'effectif. **N'hésitez plus !**

Le CESU Domiserue est un complément de rémunération fiscalement attractif.

| Exemple d'un financement de 1 830 € de CESU via une activité professionnelle soumise à l'impôt sur le revenu | |
|--|--------------|
| Valeur des CESU Domiserue | 1 830 € |
| Crédit d'impôt de 25% sur la valeur des CESU financés | - 458 € |
| Impôt sur le revenu - taux marginal de 41% (1) | - 750 € |
| Coût final de votre achat de CESU | 622 € |

(1) Fonctionne quel que soit votre mode d'imposition (IS, BNC, BIC)
* Si vous n'exercez pas seul.e, profitez d'une exonération de cotisations sociales sur le financement des CESU destinés à vos salarié(e.s), en plus d'un crédit d'impôts de 25%.

Pour commander vos CESU, cliquez ici

Code promotionnel
SYN11

En savoir +
Contactez Caroline ou Franck au
01 75 60 65 13 (17)

A très bientôt !

De l'aide financière complémentaire versée aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité

R. PELLET*

“Ni les dispositions contestées ni aucune autre disposition législative ne réservent à certaines catégories de médecins l'aide financière instituée par l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale”.

L'

article 72 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017 a prévu la possibilité pour des conventions nationales dites “médicales”, conclues par l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et les organisations syndicales représentatives de médecins, pour définir les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins (art. L. 162-5 du Code de la sécurité sociale, CSS), de déterminer “le cas échéant, les modalités de versement d'une aide financière complémentaire aux médecins interrompant leur activité médicale pour cause de maternité ou de paternité” (25° de l'art. L. 162-5CSS), sachant, d'une part, qu'une telle aide n'est pas cumulable avec “la rémunération complémentaire perçue lors de l'interruption d'activité pour cause de maternité ou de paternité, au titre d'un contrat de praticien territorial de médecine ambulatoire que les agences régionales de santé (ARS) peuvent conclure avec un médecin conventionné” (art. L. 1435-4-3 du code de la santé publique, CSP), d'autre part, que les ARS ne peuvent pas conclure “un contrat de praticien territorial de médecine générale”, tel que prévu à l'article L. 1435-4-2 CSP, en cas de perception de l'aide financière précitée.

Les sénateurs et députés qui avaient déféré la loi devant le Conseil constitutionnel soutenaient que les dispositions de l'article 72 méconnaissaient le principe d'égalité devant la loi en tant qu'il réservait l'aide financière qu'il instituait aux

seuls médecins conventionnés en secteur 1 ou ayant conclu un contrat d'accès aux soins.

Mais, dans sa décision n°2016-742 DC du 22 décembre 2016 sur LFSS pour 2017, le Conseil constitutionnel a écarté le grief en jugeant que “ni les dispositions contestées ni aucune autre disposition législative ne réservent à certaines catégories de médecins l'aide financière instituée par l'article L. 162-5 du Code de la sécurité sociale” sachant qu'il appartenait “aux conventions nationales mentionnées ci-dessus de déterminer, sous le contrôle du juge, le champ d'application de cette aide financière dans le respect des principes constitutionnels”.

De l'article 72 de la LFSS pour 2017, il convient de tirer les conclusions suivantes, au regard de la jurisprudence constitutionnelle et administrative :

- Les conventions médicales sont des contrats administratifs dont l'entrée en vigueur est subordonnée à leur approbation ministérielle, ce qui a pour effet de leur conférer une valeur réglementaire (décision n°89-269 DC du 22 janvier 1990) ;
- Du fait de leur nature administrative, le Conseil d'Etat est juge de la légalité des conventions médicales, c'est-à-dire de leur conformité à la loi et aux principes constitutionnels ;
- En l'espèce, comme le Conseil constitutionnel l'a souligné, la LFSS pour 2017 n'a exclu aucune catégorie de médecins du bénéfice de l'aide financière que les conventions peuvent créer ;
- La loi a seulement interdit le versement d'une telle aide à des médecins qui auraient fait le choix de se lier aux ARS

Le principe d'égalité n'interdit pas de traiter différemment des personnes placées dans des situations différentes

* Rémi Pellet est Professeur à l'Université Sorbonne Paris Cité, Faculté de Droit Paris Descartes et Sciences Po Paris
Institut Droit et Santé, Inserm UMRS 1145

par l'un des deux types de contrat de praticien territorial indiqués supra ;

- Les partenaires conventionnels sont libres d'apprécier l'opportunité d'instituer une telle aide puisque le 25° de l'article L. 162-5 CSS commence par la locution adverbiale "le cas échéant", ce qui signifie qu'une telle aide peut ne pas être créée ;
- Si une telle aide devait être créée, son champ d'application devrait respecter les principes constitutionnels et donc, notamment, le principe d'égalité entre les usagers du service public ;
- Pour le Conseil d'Etat, le principe d'égalité s'oppose à ce qu'un traitement différent soit appliqué à des administrés qui se trouveraient dans une situation identique (25 juin 1948, société du journal l'Aurore ; 9 mars 1951, société des concerts du conservatoire) ;
- En revanche, le juge administratif considère que le principe d'égalité n'interdit pas de traiter différemment des personnes qui sont placées dans des situations différentes (CE, 10 mai 1974, Denoyez et Chorques), mais ce n'est pas une obligation : le Conseil d'Etat considère que "le principe d'égalité n'implique pas que des [personnes] se trouvant dans des situations différentes doivent être soumises à des régimes différents" (CE 28 mars 1997, Société Baxter et autres) ;
- Le Conseil d'Etat juge que le principe d'égalité "ne s'oppose pas à ce que l'autorité investie du pouvoir réglementaire règle de façon différente des situations différentes ni à ce qu'elle déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général pourvu que, dans l'un comme l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en

rapport direct avec l'objet de la norme qui l'établit [...]", sachant que la différence de traitement en question ne doit pas être "manifestement disproportionnée au regard des motifs susceptibles de la justifier" (CE, ass. 11 avril 2012, GISTI) ;

- En l'espèce, l'assurance maladie est donc libre de n'accepter la création de l'aide financière prévue à l'article 72 de la LFSS pour 2017 qu'à la condition que l'avenant conventionnel tienne compte du fait que tous les médecins conventionnés ne sont pas placés dans des conditions identiques au regard des avantages et contraintes financiers que la convention médicale institue concernant ces praticiens ;
- La convention médicale actuellement en vigueur distingue entre les "médecins à honoraires opposables", les "médecins à honoraires différents qui adhèrent aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée" et les "médecins à honoraires différents". Comme les "médecins à honoraires différents" jouissent d'une liberté tarifaire plus grande que celle qui est laissée aux deux autres catégories de praticiens conventionnés, l'avenant conventionnel peut prévoir que l'aide financière créée en application de l'article 72 de la LFSS pour 2017 sera d'un montant inférieur pour les premiers (2066 € bruts au maximum) par rapport au montant attribué aux seconds (3100 € bruts au maximum), la différence financière n'apparaissant pas manifestement disproportionnée au regard des revenus généraux des uns et des autres, alors surtout que la prestation ne sera versée que pour une durée maximale de trois mois et, donc, que la réduction financière se limite à 3102 € (3 x 1034 €).



Suivez l'actualité du SYNGOF
au quotidien sur

www.syngof.fr

Etude comparative des financements et de l'efficience en hôpital public et établissement privé

Analyse menée par QuintilesIMS pour l'Union Collégiale
10 mars 2017



1,

Union Collégiale a financé une étude de l'IMS Health, pilotée par Jean-Marc AUBERT, sur l'hospitalisation publique et privée.

Cette étude montre que la chirurgie et obstétrique libérale, compléments d'honoraires compris, revient à 8% de moins que l'hospitalisation publique. Si l'on intègre tous les financements supplémentaires essentiellement réservés à l'hôpital public, ce taux augmente de 10 à 20%. L'incertitude tient à l'absence de communication claire des chiffres de l'hospitalisation publique dans les bases de données.

Ainsi, l'application sur le seul champ de la chirurgie et de l'obstétrique des tarifs privés aux établissements publics pourrait générer une économie de l'ordre de 600 M€.

Jean-Marc AUBERT démontre ainsi que les compléments d'honoraires, dont l'instrumentalisation oriente la population vers l'hôpital public alors que le coût global y est beaucoup plus cher, pourraient parfaitement être pris en charge étant donné le bénéfice que l'on retirerait à appliquer les tarifs privés à l'hôpital public.

Le SYNGOF propose que la prise en charge des compléments d'honoraires qui ont été plafonnés par la dernière convention, soit rendue obligatoire par les assurances complémentaires.

L'adoption de cette option de maîtrise des dépassements par les chirurgiens et les obstétriciens libéraux dépendra évidemment de cet engagement symétrique des caisses complémentaires.

Vous pouvez télécharger l'étude complète sur le site du SYNGOF : <http://syngof.fr/communiqués-presse/etude-financement-public-et-prive/>

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU, Président du Syngof

Dr Jean MARTY, Président de l'Union Collégiale

1 - Introduction

Le financement des soins chirurgicaux et obstétriques dans les établissements publics diffèrait du financement des mêmes soins dans les établissements privés¹. Les premiers étaient financés au moyen de la dotation globale depuis 1983. Les soins dans les établissements privés étaient eux financés au moyen de prix de séjour pour les établissements et d'une tarification à l'acte pour les professionnels médicaux. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a modifié profondément cette situation. Elle a institué un mode de financement quasi similaire pour l'ensemble des établissements reposant sur une tarification par séjour. Néanmoins, la loi de 2004 maintenait un certain nombre de différences tant dans les mécanismes que dans le niveau de

la tarification. Ainsi, les soins chirurgicaux et obstétriques dans les établissements publics sont financés uniquement à partir d'un tarif de séjour alors que les soins dans les établissements privés restent financés par un système dual : tarification des séjours pour les établissements et tarification des actes pour les professionnels médicaux. Par ailleurs, le financement des missions d'intérêt général et de l'accompagnement au moyen de forfaits (MIGAC) est presque exclusivement réservé aux établissements publics. Enfin, le niveau des tarifs des établissements publics est généralement supérieur à l'addition des tarifs du secteur privé et du tarif des actes correspondants.

La loi prévoyait en 2004 un processus de convergence tarifaire sur plusieurs années, du fait des différences initiales des financements par établissements et par secteur. Ce pro-

cessus a été supprimé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013. Il faut toutefois noter que cette convergence se limitait aux seuls tarifs des séjours et excluait toutes les autres sources de financement.

En 2017, des différences importantes de financement des soins chirurgicaux et obstétriques subsistent malgré ces efforts de convergence et le travail de clarification des financements menés par l'État depuis 10 ans, notamment en ce qui concerne les MIGAC.

Différentes études ont mis en exergue ces différences en se concentrant principalement sur le financement de l'activité. Nous pouvons citer l'étude de l'ATIH de 2012 qui montrait la différence du coût moyen du GHS, cette différence étant liée au niveau des prix et aussi à la structure des activités et à la non-inclusion des honoraires dans le secteur privé. L'étude publiée par le BLOC² met aussi en exergue pour les seuls actes de chirurgie et obstétrique cette différence entre le niveau de la tarification en ayant corrigé par les effets de structure et en ayant intégré les honoraires y compris les compléments d'honoraires encore appelés "dépassements".

Les raisons de cet écart de financement sont liées à de nombreux facteurs parmi lesquelles les missions attribuées aux établissements, les statuts des professionnels, la patientèle mais aussi l'évolution historique des financements et probablement l'efficacité des organisations et des établissements. L'étude la plus complète réalisée à ce jour pour comprendre l'impact de certains de ces facteurs est l'étude publiée dans Economie et Statistique en 2013 par Brigitte Dormont et Carine Milcent sur des données de 1998 à 2003, antérieures à la réforme T2A.

Le but de la présente étude, précisé ci-dessous, est de dresser un panorama le plus complet possible des différences de financement entre le secteur public et le secteur privé en ne se limitant pas au seul financement à l'activité.

2 - Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude est de comparer l'ensemble des financements dédiés aux établissements de santé pour dresser le panorama le plus complet possible de potentielles disparités entre hôpitaux publics et cliniques privées. Ce panorama comprend les éléments liés à l'activité (niveaux des tarifs, honoraires et compléments d'honoraires) mais aussi les autres financements existant.

L'étude se concentre principalement sur l'activité de soins chirurgicaux et obstétriques décrites à partir de 258 actes. Ce choix correspond à l'activité principale des adhérents de l'Union Collégiale mais aussi à des activités qui sont réellement partagées entre public et privé. Néanmoins il faut noter qu'un certain nombre de financements sont liés à l'activité globale des établissements et ne peuvent que difficilement être discriminés en fonction des types d'activité.

3 - Résultats

La revue de la littérature réalisée en amont de l'analyse quantitative a permis d'identifier quatre éléments générateurs d'écarts de financement entre les hôpitaux publics et les cliniques, à savoir :

- La tarification à l'activité (T2A)
- Les dotations MIGAC
- Les enveloppes FIR et FMESPP
- Le statut des établissements

L'analyse quantitative réalisée sur les tarifs GHS et les coûts des GHM, grâce aux données du PMSI et du SNIIRAM, sera traitée dans un premier temps avant d'aborder les trois autres éléments d'un point de vue quantitatif.

Financement à l'activité

La principale différence de rétribution observée dans le financement des établissements de santé est le financement à l'activité appliqué aux établissements selon leur statut. En effet, les tarifs des GHS ne couvrent pas le même périmètre entre le public et le privé. Alors que le tarif public couvre l'ensemble de la prestation réalisée par l'établissement, celui du privé ne rémunère que la clinique et le personnel non médical. Ainsi, les honoraires du personnel médical et certains examens sont financés en sus du tarif des GHS.

La FHP a mis en avant des différences de tarifs entre hôpitaux publics et cliniques avec une moyenne inférieure de 26%³ pour les actes réalisés au sein d'établissements privés. Dans le cadre de cette étude, une analyse des coûts a été menée afin de valider ces résultats grâce aux données du PMSI-MCO et de l'ENC 2014. Ainsi, à périmètre comparable (sélection des GHM, avec des séjours enregistrés dans les secteurs privé et public en 2014 et tarifs disponibles dans l'ENC pour les deux secteurs). Les résultats obtenus présentés dans le *Tableau 1 - Différentiel de coût des GHM entre secteur public et privé* confirment les variations observées par la FHP entre établissements publics et privés, mais cette fois sur le coût des GHM avec un différentiel de 31% en faveur des hôpitaux publics (hors dépassements d'honoraires).

Tableau 1 - Différentiel de coût des GHM entre secteur public et privé

| | Coût unitaire |
|----------------------------------|---------------|
| Secteur public | 2 255,44 € |
| Secteur privé | 1 557,03 € |
| Différentiel public/privé | 31% |

¹ Les établissements privés à but non lucratif ont, dans cette étude, été assimilés à des établissements publics dès lors que les règles de tarification à l'activité sont les mêmes pour ces deux types d'établissements. Néanmoins, il peut exister des différences sur les autres types de financement mais peu de données sont disponibles.

² Rapport HEVA "Etude nationale du poids des honoraires sur les coûts totaux des prises en charge hospitalière" (2013).

³ <http://www.bridge-communication.com/2011/06/10/assurance-maladie-la-fhp-mco-denonce-laccumulation-irresponsable-de-deficits-colossaux>

L'écart de 5% est relativement faible et peut s'expliquer tant par des effets de structures au sein des GHM que par les résultats financiers différents des établissements: alors que les établissements privés sont généralement en excédent les établissements publics sont globalement en déficit. Ainsi, il apparaît normal que l'écart des coûts soit légèrement plus élevé que l'écart des tarifs.

Analyse quantitative de l'activité globale des établissements de santé

L'un des objectifs de l'analyse quantitative réalisée ci-après était de mesurer le poids de l'intégration des honoraires médicaux dans les écarts de tarification entre les secteurs public et privé.

Pour cela, une comparaison de l'activité entre établissements de santé privés et publics selon une perspective coût ou "tous payeurs" (Tab. 2) et une perspective "Assurance Maladie" (Tab. 3) a tout d'abord été réalisée. Ainsi, quelle que soit la perspective utilisée, la différence de financement entre établissements publics et privés ne semble pas corrélée à l'activité 2014 mesurée en nombre de séjours. Alors que les cliniques prennent en charge 40% des séjours, elles ne perçoivent qu'un quart des financements liés à l'activité.

Tableau 2 - Comparaison de la répartition de l'activité et des coûts (perspective "Tous Payeurs") de l'ensemble des séjours entre établissement de santé publics et privés

| | Nombre de séjours | % | Coûts (perspective Tous payeurs) | % |
|------------------------|-------------------|-----|----------------------------------|-----|
| Etablissements publics | 16 894 955 | 60% | 38 893 488 191 € | 76% |
| Cliniques privées | 11 186 937 | 40% | 12 083 120 049 € | 24% |

Tableau 3 - Comparaison de la répartition de l'activité et des tarifs (perspective "Assurance Maladie") de l'ensemble des séjours entre établissements de santé publics et privés

| | Nombre de séjours | % | Tarifs | % |
|------------------------|-------------------|-----|------------------|-----|
| Etablissements publics | 16 894 955 | 60% | 27 931 445 388 € | 75% |
| Cliniques privées | 11 186 937 | 40% | 9 254 008 665 € | 25% |

Analyse quantitative de l'activité sélectionnée

La suite de l'analyse a porté sur la seule activité de chirurgie et d'obstétrique retracée à travers les 258 actes marqueurs présentés en Annexe 1.

Il est à noter que ces 258 actes représentent respectivement 9% et 15% de l'activité des établissements publics et des cliniques en 2014 (Tab. 4). Ainsi, si l'activité est réellement partagée entre les deux secteurs, les résultats ci-dessous ne portent que sur 11% de l'activité totale des établissements de santé.

Tableau 4 - Poids de l'activité sélectionnée par le syndicat l'Union Collégiale (en nombre de séjours)

| | Nombre de séjours Activité globale | Nombre de séjours Activité sélectionnée | % |
|------------------------|------------------------------------|---|---------------|
| Etablissements publics | 16 894 955 | 1 498 310 | 8,9 % |
| Cliniques privées | 11 186 937 | 1 672 742 | 15,0 % |
| TOTAL | 28 081 892 | 3 171 052 | 11,3 % |

Pour les actes de chirurgie et d'obstétrique sélectionnés, la part des cliniques dans la prise en charge hospitalière est équivalente à celle des hôpitaux publics, avec juste un peu plus de la moitié des séjours en cliniques privées. Le montant des financements attribué aux établissements privés s'établit à 42% et n'aboutit pas à une répartition public/privé équivalente au poids de l'activité que ce soit avant ou après inclusion des dépassements d'honoraires (Tab. 5 et Tab. 6).

Tableau 5 - Poids des séjours et du financement à l'activité selon le type d'établissement sans dépassements d'honoraires

| Sans dépassements | Nombre de séjours | % | Montant total des GHS (perspective Assurance Maladie) | % |
|------------------------|-------------------|-----|---|-----|
| Etablissements publics | 1 498 310 | 47% | 3 932 018 782 € | 69% |
| Cliniques privées | 1 672 742 | 53% | 2 767 607 090 € | 41% |

Tableau 6 - Poids des séjours et du financement à l'activité selon le type d'établissement avec inclusion des dépassements d'honoraires

| Avec dépassements | Nombre de séjours | % | Montant total des GHS (perspective Assurance Maladie) | % |
|------------------------|-------------------|-----|---|-----|
| Etablissements publics | 1 498 310 | 47% | 3 932 018 782 € | 56% |
| Cliniques privées | 1 672 742 | 53% | 3 072 353 649 € | 44% |

En rapportant les montants totaux des GHS précédemment obtenus au nombre de séjours réalisés par chaque typologie d'établissements (Tab. 7), le montant unitaire des GHS ainsi est environ 60% plus élevé dans les hôpitaux publics.

Tableau 7 - Montant unitaire moyen des GHS selon le type d'établissement, avec et sans inclusion des dépassements

| | Montant unitaire des GHS sans dépassements | Montant unitaire des GHS avec dépassements |
|------------------------|--|--|
| Etablissements publics | 2 624 € | 2 624 € |
| Cliniques privées | 1 655 € | 1 837 € |

Cet écart s'explique par le niveau des tarifs mais surtout par la différence de structure de l'activité y compris pour les actes sélectionnés. Les écarts du tarif moyen des GHS sont parfois un peu trompeurs comme cela a été constaté dans l'étude publiée par l'ATIH en 2012. Néanmoins, l'écart subsiste après la correction de l'effet structure comme le montre l'analyse ci-dessous.

Comme cela a été abordé dans la méthodologie, il a été nécessaire de soustraire le montant de la participation forfaitaire (PF) des tarifs des GHS afin de travailler à périmètre comparable entre secteur public et privé, notamment en raison de Durées Moyennes de Séjour (DMS) variables entre les deux secteurs hospitaliers. Les résultats obtenus, présentés dans le Tab. 9, montrent des variations entre hôpitaux et cliniques. En effet, la PF fixée à 18€ pour l'ensemble des établissements a un poids plus conséquent au sein des GHS privés (3,5%) que publics où ils atteignent 2,7%. Cependant, bien que le poids de la PF soit plus important, il est intéressant de noter que la DMS moyenne reste 2 fois plus élevée en durée et en valeur dans les établissements publics par rapport aux cliniques (Tab. 8).

La sévérité des cas de prise en charge est une première piste pouvant potentiellement expliquer les différences observées entre les deux secteurs. Une autre explication réside dans les techniques opératoires et notamment le recours plus fréquents dans les cliniques à la chirurgie ambulatoire.

Tableau 8 - Durée Moyenne de Séjour et Participation Forfaitaire moyenne selon le secteur d'hospitalisation

| | Nombre de séjours | DMS moyenne | PF moyenne par séjour |
|----------------|-------------------|-------------|-----------------------|
| Secteur public | 1 498 310 | 4,0 | 72 |
| Secteur privé | 1 672 742 | 2,3 | 42 |

Tableau 9 - Poids de la participation forfaitaire sur le montant total des GHS selon le secteur d'hospitalisation

| | Montant total de la PF | Montant total avec PF | Poids de la PF |
|-------------------------|------------------------|-----------------------|----------------|
| Public | 107 145 332 € | 4 039 164 114 € | 2,7% |
| Privé (sans honoraires) | 69 711 985 € | 1 940 065 368 € | 3,6% |
| Privé (avec honoraires) | 69 711 985 € | 2 004 909 569 € | 3,5% |

Un focus a ensuite été réalisé sur le poids des honoraires du personnel médical et les variations pouvant exister entre établissements publics et privés (Tab.10 et Tab. 11). Le poids des honoraires médicaux au sein des GHS est globalement deux fois plus élevé pour les cliniques que pour les hôpitaux publics. En comparant les spécialités entre elles, il est à noter que l'ordonnancement des catégories d'actes, et donc des spécialités médicales, est dans son ensemble comparable entre secteurs publics et privés excepté pour la chirurgie maxillo-faciale qui arrive en première place dans le public, mais seulement en 7^{ème} position dans le privé.

Tableau 10 - Poids des honoraires médicaux sur le coût total du GHM (avec coûts de structure) pour les hôpitaux publics, par catégorie d'actes

| | Public - Avec structure | | | | Ranking |
|---------------------------|-------------------------|--|--|---------------------------------|---------|
| | Poids honoraires | Poids dépenses cliniques "Personnel médical" | Poids dépenses médico-techniques "Personnel médical" | Poids Honoraires + Remunération | |
| Chirurgie Maxillo-faciale | 1,7% | 5,8% | 11,3% | 18,7% | 1 |
| Chirurgie ORL | 1,5% | 5,8% | 11,3% | 18,2% | 2 |
| Ophthalmologie | 5,2% | 3,0% | 10,0% | 18,1% | 3 |
| Gynécologie - Obstétrique | 0,8% | 5,8% | 11,3% | 17,7% | 4 |
| Chirurgie | 2,7% | 5,8% | 8,8% | 17,4% | 5 |
| Chirurgie Générale | 1,5% | 6,6% | 9,3% | 17,2% | 6 |
| Chirurgie Infantile | 1,5% | 5,8% | 10,1% | 17,2% | 7 |
| Chirurgie Cardiaque | 1,8% | 5,8% | 7,2% | 14,8% | 8 |
| Chirurgie Orthopédique | 1,9% | 4,1% | 8,5% | 14,3% | 9 |
| Neurochirurgie | 0,8% | 5,5% | 7,2% | 13,6% | 10 |

Tableau 11 - Poids des honoraires médicaux sur le coût total du GHM (avec coûts de structure) pour les cliniques, par catégorie d'actes

| | Privé - Avec structure | | | | Ranking |
|---------------------------|------------------------|--|--|---------------------------------|---------|
| | Poids honoraires | Poids dépenses cliniques "Personnel médical" | Poids dépenses médico-techniques "Personnel médical" | Poids Honoraires + Remunération | |
| Gynécologie - Obstétrique | 35,4% | 2,8% | 7,1% | 45,2% | 1 |
| Ophthalmologie | 34,7% | 0,9% | 0,7% | 36,0% | 2 |
| Chirurgie ORL | 34,8% | 0,1% | 0,1% | 34,8% | 3 |
| Chirurgie Cardiaque | 34,0% | 0,1% | 0,0% | 34,1% | 4 |
| Chirurgie Infantile | 31,0% | 0,0% | 0,2% | 31,2% | 5 |
| Chirurgie | 30,5% | 0,1% | 0,1% | 30,7% | 6 |
| Chirurgie Maxillo-faciale | 30,4% | 0,1% | 0,1% | 30,6% | 7 |
| Chirurgie Générale | 29,7% | 0,1% | 0,1% | 30,0% | 8 |
| Neurochirurgie | 25,2% | 0,1% | 0,1% | 25,5% | 9 |
| Chirurgie Orthopédique | 23,8% | 0,1% | 0,1% | 24,1% | 10 |

Afin d'évaluer le potentiel d'économies générées par l'application des tarifs GHS publics ou privés à l'ensemble des séjours, une simulation de modification de la tarification a été réalisée (Tab. 12).

Ainsi, l'application des tarifs publics à l'ensemble des séjours relatifs à l'activité de chirurgie et d'obstétrique sélectionnée conduirait à une dépense supplémentaire de plus de 300M€. Au contraire, l'application des tarifs privés (avec

dépassements d'honoraires) à l'activité sélectionnée, soit seulement 11% de l'activité hospitalière totale, permettrait une économie de plus de 320M€. Les tarifs des cliniques privées, dépassements compris, s'établissent à 91,8% du tarif des hôpitaux publics sur l'activité sélectionnée.

Tableau 12 - Simulation de l'application des tarifs publics ou privés des GHS à l'ensemble des séjours et identification des économies potentielles

| | Activité de chirurgie et d'obstétrique sélectionnée (avec dépassements privés) Perspective Assurance Maladie |
|--|--|
| Dépenses actuelles pour les séjours sélectionnés | 7 004 099 951 € |
| Dépenses correspondant à l'ensemble des séjours tarifiés au tarif public | 7 333 556 998 € |
| Dépenses correspondant à l'ensemble des séjours tarifiés au tarif privé | 6 678 820 621 € |
| (100% public) - (100% privé) | 663 736 378 € |
| Dépense supplémentaire si les tarifs publics étaient adoptés pour les séjours privés | 329 457 048 € |
| Economie réalisée si les tarifs privés étaient adoptés pour les séjours publics | - 324 279 336 € |

L'activité libérale à l'hôpital public

En parallèle de l'activité à proprement parler des établissements publics et privés, un focus a été réalisé sur l'activité libérale de certains praticiens au sein des hôpitaux publics. Cette activité est assez particulière car elle conduit les établissements publics à pratiquer un mode de tarification proche de celui du secteur privé : les établissements facturent les séjours et les professionnels médicaux leurs honoraires. L'établissement public a un double avantage dans ce type d'activité par rapport à l'activité publique standard : il reçoit le GHS à taux plein alors qu'il ne verse pas de salaire au professionnel médical et perçoit une redevance du praticien en fonction de ses honoraires.

Il est difficile de mesurer l'impact financier de cette activité sur les établissements de santé faute de données sur les coûts médicaux évités par les établissements. Néanmoins, nous pouvons extraire du SNIREP l'ensemble des actes de chirurgie et d'obstétriques sélectionnés et réalisés dans le cadre d'une activité libérale à l'hôpital. Ainsi, 75949 actes réalisés au sein d'hôpitaux publics dans le cadre d'une activité libérale ont été identifiés en 2014. La somme des montants remboursés dans le cadre de cette activité particulière s'élève ainsi à 37,9M€ (Tab. 13).

Cependant, l'activité libérale sélectionnée dans le cadre de cette étude ne représentant que 15% de l'activité totale de 2014, le montant précédemment obtenu a été extrapolé linéairement à l'ensemble de l'activité du secteur privé, relevant ainsi le poids de l'activité libérale à l'hôpital à 252,8M€ (Tab. 13).

Tableau 13 - Poids de l'activité libérale à l'hôpital public en nombre de séjours et montants remboursés

| | Activité de chirurgie et d'obstétrique sélectionnée | Extrapolation à l'activité hospitalière totale |
|------------------------|---|--|
| Etablissements publics | 75 949 | 506 327 |
| Cliniques privées | 37 917 974 € | 252 786 493 € |

Autres sources de financement

Le tarif Journalier de Prestation - TJP

Avant la réforme de la Tarification à l'activité (T2A), la participation des patients aux charges des établissements de santé se faisait de deux manières :

- Par le biais du paiement du Forfait Journalier Hospitalier (FJH) déterminé à un niveau national comme indiqué ci-dessous,
- A travers le ticket modérateur (TM) hospitalier de 20% appliqué aux TJP déterminé par chaque établissement, pour les séjours liés à des actes dont le tarif est inférieur au seuil entraînant l'exonération du ticket modérateur tant pour le séjour que pour les actes liés.

Avec l'arrivée de la T2A et la mise en place des GHS, il a été nécessaire de trouver un moyen de maintenir à niveau les recettes du titre II, à savoir la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers. Pour cela, il a été décidé de maintenir le TM à 20% des TJP et de l'appliquer à un tarif plus large dans le secteur public, finançant à présent toutes les composantes de la T2A, y compris les MIGAC et les forfaits annuels d'urgence et de greffes.

Par conséquent, une différence majeure existe entre secteur public et privé au sujet du TM étant donné que ce dernier est calculé en se basant sur le TJP pour le secteur public alors que pour les cliniques, ce sont les tarifs des GHS qui sont utilisés comme base. Ainsi, les patients hospitalisés dans un établissement public participent aux prestations qui leur sont dispensées, mais aussi aux MIGAC et autres forfaits annuels⁴. D'autre part, des inégalités existent aussi entre les hôpitaux publics étant donné que, bien que le montant du TM soit déterminé légalement, chaque établissement est libre de fixer le montant du TJP.

Bien que les autorités de santé aient connaissance de grandes disparités existantes à ce jour et qu'elles souhaitent une harmonisation des TJP appliqués au sein des établissements publics, aucune réelle mesure d'ajustement n'a encore été mise en place. En effet, l'article 48 de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2016 a reporté à 2020 la réforme du mode de calcul de la participation financière des assurés aux frais d'hospitalisation.

D'après les résultats des comptes de la santé (Tab. 14), les montants totaux du ticket modérateur, du forfait journalier et l'ensemble des participations forfaitaires et franchises s'élèvent à 5,1Md€ en 2015 pour les établissements publics de santé et 0,8Md€ pour les cliniques pour l'ensemble de leur activité.

Tableau 14 - Consommation de Soins et Biens Médicaux (CSBM) et dépense remboursée par la Sécurité Sociale et l'Etat en 2015 (en Md€)

| | Dépense de Soins Remboursée (Dépense Sociale + FJH) (1) | Ticket modérateur, forfait journalier, participations forfaitaires et franchises (2) | Dépense sociale (3 = (1) + (2)) | Dépense Etat (4) | Dépense totale au comptable (5 = (3) + (4)) | Dépense totale au comptable au titre de l'Etat (6 = (4) + (5)) | CSBM (7 = (5) + (6)) |
|--------------------------------------|--|---|------------------------------------|---------------------|---|---|-------------------------|
| Secteur Hospitalier | 42,8 | 0,9 | 43,7 | 1 | 44,7 | 45,6 | 90,3 |
| Secteur Hospitalier - Secteur public | 42,8 | 0,1 | 42,9 | 0,9 | 43,8 | 44,7 | 88,5 |
| Secteur Hospitalier - Secteur privé | 18,4 | 0,8 | 19,2 | 1,8 | 21,0 | 0,9 | 21,9 |

Toutefois, dans le cadre de cette étude portant sur l'activité de chirurgie et d'obstétrique, les tarifs journaliers ne semblent pas avoir d'impact car le montant unitaire des actes conduit dans la quasi-totalité des cas à une exonération du ticket modérateur.

Les dotations MIGAC

En parallèle de la tarification de l'activité hospitalière, les Missions d'Intérêt Général et d'Aides à la Contractualisation (MIGAC) présentent aussi des variations de financements entre les secteurs public et privé. L'objectif des dotations finançant les MIGAC est de compenser les charges liées à la réalisation de missions d'enseignement et de recherche, de missions d'intérêt général et à la contractualisation par une dotation complémentaire. Une circulaire édictée chaque année par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) présente la liste des missions éligibles à ces dotations. L'ensemble des établissements de santé, quel que soit leur statut, sont éligibles à ces dotations à partir du moment où certains critères sont respectés. Il est par exemple possible de citer pour certaines missions :

- La signature d'un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) dans le cas des MIG,
- L'obtention d'une autorisation pour certaines activités telles que les urgences avec une autorisation d'Aide Médicale Urgente (AMU),
- Une justification par analyse de l'activité de l'établissement qu'il existe un besoin non couvert,
- La capacité de l'établissement à prendre en charge la mission sans nécessité d'investissement majeur (formation de personnel, aménagement des locaux, etc.)

Les MIGAC se répartissent en 3 grands types de missions :

- Les Missions d'Intérêt Général (MIG),
- Les Missions d'Enseignement, Recherche, Référence et Innovation (MERRI),
- Les Aides à la Contractualisation (AC).

Les Missions d'Intérêt Général - MIG

Les MIG sont des activités spécifiques difficiles à financer par des tarifs dans le cadre du modèle actuel, soit en raison de l'absence de GHS ou de codifications adaptées dans la CCAM, soit parce qu'elles peuvent difficilement être rattachées à un patient donné.

La liste des MIG (autres que MERRI), telle que fixée depuis l'arrêté du 9 mars 2011, recouvre les activités suivantes des établissements de santé :

La participation aux missions de santé publique :

- Vigilance, veille épidémiologique, évaluation des pratiques et expertise réalisées par des centres de référence,
- Formation, soutien, coordination et évaluation des besoins du patient réalisés par des équipes pluridisciplinaires,

⁴ Rapport de la Cour des Comptes 2009 - Chapitre VII - La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi-parcours

- Aide médicale urgente (ex : SAMU/SMUR),
- Etc.

La participation à la définition et à la mise en œuvre des politiques publiques :

- Politique hospitalière (ex : participation à l'étude nationale de coûts),
- Dialogue social dans les établissements de santé publics et privés.

La participation aux dépenses correspondant aux activités de soins dispensés à des populations spécifiques :

- Prise en charge sanitaire des détenus (ex : unités de consultation et de soins ambulatoires),
- Prise en charge des populations en difficulté par des équipes hospitalières à l'extérieur des établissements de santé,
- Prise en charge spécifique des patients en situation de précarité.

Ces missions sont financées grâce à une enveloppe de 1,7Md€ en 2015, en légère augmentation depuis 2013. La grande majorité (98,8%) de cette enveloppe est attribuée à des projets réalisés au sein d'établissements publics, ne laissant ainsi que 21M€ de dotations aux cliniques (Fig. 1).

Figure 1 - Répartition des MERRI entre missions et selon le type d'établissement de santé



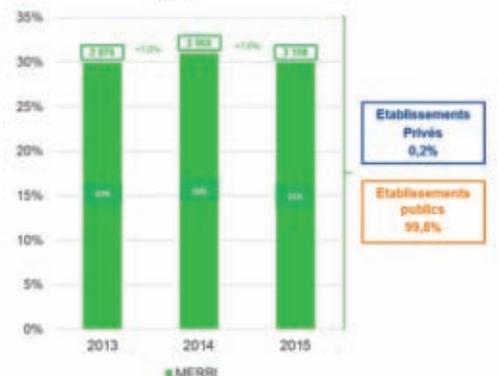
Les Missions d'Enseignement, Recherche, Référence et Innovation - MERRI

Les établissements qui participent aux missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) peuvent bénéficier des financements relatifs à cette dotation. Ainsi, l'enveloppe MERRI couvre les champs suivants :

- La recherche médicale et l'innovation, notamment la recherche clinique (ex : programme hospitalier de recherche clinique national),
- L'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux (ex : remboursement de la rémunération des internes),
- La recherche, l'enseignement, la formation, l'expertise, la coordination et l'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies et réalisés par des structures spécialisées ainsi que les activités hautement spécialisées assurées par des structures assumant un rôle de recours (ex : centres de référence pour la prise en charge des maladies rares),

- Les activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs (ex : laboratoires de génétique).
- Depuis 2013, le montant alloué aux MERRI ne cesse d'augmenter pour atteindre près de 3Md€ en 2015. Cependant, les établissements de santé ne sont pas égaux face à l'attribution des dotations MERRI étant donné que la quasi-totalité de l'enveloppe (99,8%) revient aux établissements de santé publics Fig.2.

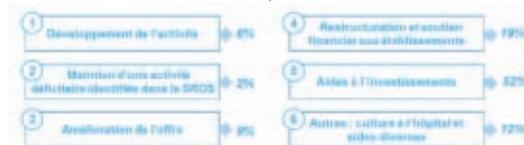
Figure 2 - Répartition des MERRI entre missions et selon le type d'établissement de santé



Les Aides à la Contractualisation - AC

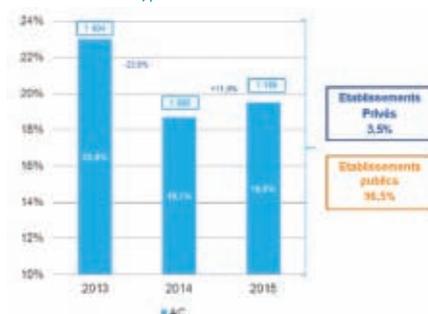
Les aides à la contractualisation (AC) ont été conçues de manière à financer ponctuellement et temporairement les établissements de santé pour la mise en œuvre des adaptations de l'offre de soins, ainsi que pour l'accompagnement de la montée en charge du modèle de financement T2A. Il existe à ce jour 6 catégories d'aide à la contractualisation dont la répartition est présentée en Fig. 3.

Figure 3 - Répartition des montants alloués dans le cadre des Aides à la Contractualisation pour l'année 2010



Après une chute en 2014, les aides à la contractualisation se stabilisent à environ 20% de la totalité de l'enveloppe MIGAC en 2015, soit un peu plus d'un milliard d'euros. Comme pour les MIG et MERRI, les aides à la contractualisation sont inégalement réparties entre établissements publics et privés étant donné que les cliniques ne touchent que 3,5% de la totalité de cette dotation (Fig. 4).

Figure 4 - Répartition des aides à la contractualisation entre missions et selon le type d'établissement de santé



Le poids des établissements privés dans la répartition des dotations MIGAC

En 2014, les établissements publics ont perçu 5 827M€ au titre des dotations MIGAC contre 68M€ pour les cliniques. Par conséquent, seuls 1,15% de l'enveloppe MIGAC ont été versés aux établissements privés, contre 0,8% en 2013 (Fig. 5).

Figure 5 - Evolution de l'enveloppe MIGAC entre 2013 et 2015



Une simulation de la répartition des montants actuellement alloués aux différentes dotations (MIG, MERRI et AC) a été réalisée en se concentrant sur l'activité sélectionnée par l'Union Collégiale, soit 8,9% de l'activité des établissements publics et 15% des cliniques (Fig. 6). Une répartition basée sur l'activité des établissements diviserait par 2 les montants issus des MIGAC alloués aux hôpitaux et multiplierait par un facteur 47 ceux actuellement dirigés vers les établissements privés.

Néanmoins cette simulation doit être prise avec précaution. En effet, les MIG et les MERRI financent des activités qui ne sont généralement pas réalisées par les établissements privés dans le cadre des textes en vigueur que ces établissements soient ou non volontaires pour les réaliser. Ainsi, un changement de répartition de ces financements passerait par la réalisation de ces missions par les établissements privés et donc un accroissement de leurs coûts qui conduiraient probablement en contrepartie à une réduction des coûts des établissements publics.

Les financements liés à l'accompagnement sont un peu différents dans leur nature car ils ne sont pas, en général, liés à une mission mais à des opérations d'investissement ou à des difficultés financières ou économiques. La disparité des financements actuels peut être considérée sur ces sujets comme plus discutable.

Figure 6 - Simulation d'une répartition des dotations MIGAC entre les établissements selon leur volume d'activité



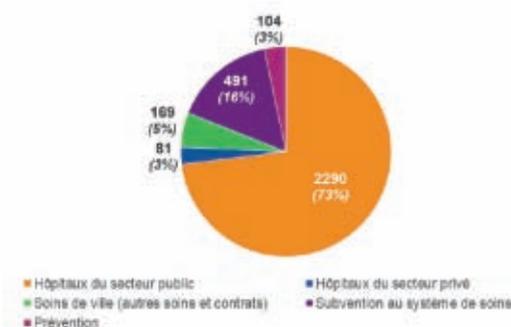
Les enveloppes FIR et FMESPP

Le Fonds d'Intervention Régional - FIR

Tout comme les MIGAC, le fonds d'intervention régional (FIR) a pour but de financer des projets non soutenus par la tarification à l'activité. Créé par la LFSS de 2012, le FIR regroupe des moyens auparavant dispersés et destinés à des politiques proches ou complémentaires dans le domaine de la performance, de la continuité et de la qualité des soins ainsi que de la prévention. Une partie des dotations attribuées au FIR étaient antérieurement fléchées vers certaines MIG ainsi que des AC destinées à favoriser la performance et les restructurations hospitalières⁵.

La gestion du FIR a été déléguée aux Agences Régionales de Santé (ARS) qui sont donc décisionnaires de l'allocation de cette enveloppe à un niveau régional. Pour les aider dans l'attribution de cette ressource, un système d'information d'Harmonisation et de Partage d'Information (HAPI) a été déployé⁶. Il couvre l'ensemble des dépenses du FIR ainsi que les autres enveloppes financières allouées par les Agences Régionales de Santé (ARS) et permet une allocation la plus juste possible de l'enveloppe entre établissements. Tout comme pour les MIGAC, l'ensemble des établissements de santé, qu'ils soient publics ou privés, sont éligibles au FIR. Sur l'enveloppe de 3,135Md€ mise à disposition des acteurs de soins en 2014, seuls 81M€ ont été fléchés vers des cliniques, soit 3% des montants (Fig. 7).

Figure 7 - Répartition des actions du FIR financées par l'Assurance Maladie en 2014 (en millions d'euros)



Le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés - FMESPP

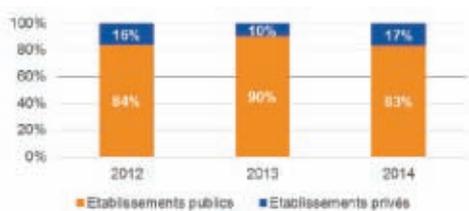
Le Fond de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP), géré par la Caisse des Dépôts, a été créé en 2002. Suite à la création du FIR en 2012, son périmètre a été revu et une partie des missions antérieurement dévolues au FMESPP ont été transférées au FIR. Depuis 2012, l'action du FMESPP est concentrée sur le financement de mesures nationales, en particulier les investissements et des missions d'expertise au bénéfice des établissements de santé, confiés à l'ATIH et depuis 2013 à l'ASIP.

⁵ Circulaire W SG/DGOS/2014/96 du 31 mars 2014 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2014.

⁶ Circulaire W SG/2016/165 du 23 mai 2016 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2016

Bien que les financements attribués aux cliniques soient inférieurs à ceux fléchés vers les hôpitaux publics, le FMESPP est le financement en sus de la tarification à l'activité pour lequel la répartition se rapproche le plus de l'activité réelle des établissements, avec 17% de l'enveloppe fléchée vers les établissements privés en 2014 (Fig. 8).

Figure 8 - Répartition du FMESPP selon le type d'établissement



Tout comme pour les dotations MIGAC, une simulation d'attribution des enveloppes FIR et FMESPP a été réalisée en s'appuyant sur l'activité de chaque type d'établissement (Fig. 9). Cette affectation conduirait à accroître fortement la dotation des cliniques.

Figure 9 - Simulation d'une répartition des enveloppes FIR et FMESPP entre les établissements selon leur volume d'activité



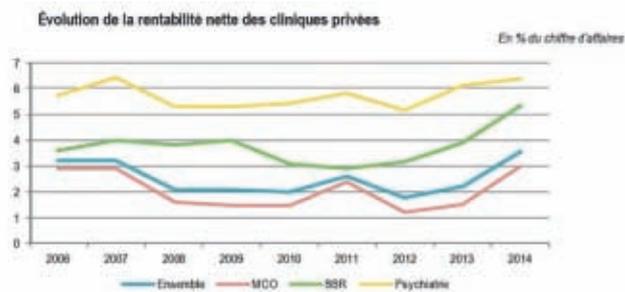
Cependant, à l'instar des dotations MIGAC, la lecture des résultats de cette simulation doit se faire avec prudence. Là encore, l'investissement des établissements de santé dans des activités hors tarification est variable et ces fluctuations n'ont pas été prises en compte dans cette analyse. Par ailleurs, il est possible que l'investissement des établissements dans les missions financées par le FIR ou les besoins pour les missions financées par le FMESPP expliquent en réalité cette différence globale de financement.

La forme juridique des établissements et le financement par l'emprunt

En parallèle de la tarification et des différentes enveloppes et dotations, le statut privé ou public des établissements a aussi un impact sur les financements.

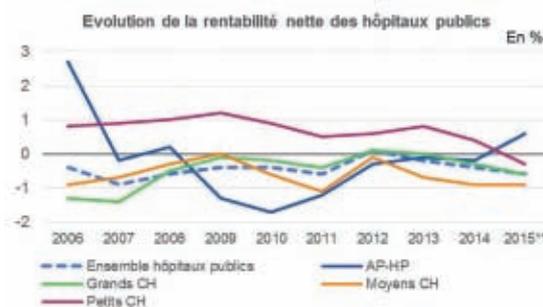
En 2014, les cliniques MCO ont dégagé des excédents financiers avec une rentabilité nette positive affichée à 3% (Fig. 10). Cependant, cette situation économique masque de fortes disparités. En effet, en 2014, un cinquième des cliniques étaient en déficit, dont 23% des cliniques en MCO contre 10% en psychiatrie.

Figure 10 - Evolution de la rentabilité nette des cliniques



Au contraire, en 2015, les établissements publics présentaient une rentabilité nette négative de -0,6%, produisant ainsi un déficit cumulé de 807M€ imputable à 25 hôpitaux environ (Fig. 11). Ce déficit a en partie été contrebalancé par un excédent cumulé de 396M€ ramenant le déficit total des hôpitaux publics à 411M€.

Figure 11 - Evolution de la rentabilité nette des hôpitaux publics



La persistance de ce déséquilibre des établissements n'est possible que parce que ces derniers bénéficient d'une garantie implicite des emprunts par l'Etat comme cela a été souligné notamment par la Cour des Comptes.

Les cliniques privées présentant une rentabilité nette négative, comme c'est le cas de près d'un quart des cliniques privées, ne peuvent espérer poursuivre leurs activités dans les mêmes conditions et doivent trouver les moyens de redresser leurs comptes financiers ou clore leurs activités.

Ces différences de situation financière conduisent à une vraie différence dans le financement des investissements. La Capacités d'Autofinancement (CAF) des établissements privés progresse depuis 2013 et atteint près de 5,6% du chiffre d'affaires des cliniques MCO en 2014, les établissements privés se finançant ainsi à partir des ressources tirées de leur activité. Les établissements publics voient en revanche leur CAF chuter depuis 2009 et tombe à -5,9% en 2014.

Cette capacité des établissements publics à s'endetter plus facilement, pour financer leurs investissements et leurs éventuels déficits opérationnels au moyen d'une garantie implicite de l'Etat, peut apparaître comme un avantage donné aux établissements publics par rapport à leurs homologues privés même s'il est difficile d'en évaluer très précisément l'impact. Dans d'autres secteurs économiques, ces

sujets avaient été soulevés, notamment lors de l'ouverture à la concurrence de monopoles publics ou dans des contextes internationaux.

Caractéristiques de la patientèle et des effectifs médicaux

Comparaison des populations prises en charge

La comparaison des populations soignées dans les établissements publics et privés, sur la base de l'activité de chirurgie et d'obstétrique, montre des différences statistiquement significatives au niveau de l'âge et de la répartition hommes/femmes (significativité à 1%).

Les patients pris en charge dans le secteur privé sont ainsi globalement plus âgés, avec une différence de plus de 10 ans chez les femmes (Fig. 12 - Moyenne d'âge selon le type d'établissement). Il est à noter qu'une population plus âgée présente potentiellement plus de comorbidités et donc nécessite des soins qui diffèrent de ceux procurés à une population plus jeune.

D'autre part, la part d'hommes pris en charge dans les établissements publics est plus faible que celle des établissements privés (29% vs. 44%) (Fig. 13).

Figure 12 - Moyenne d'âge selon le type d'établissement

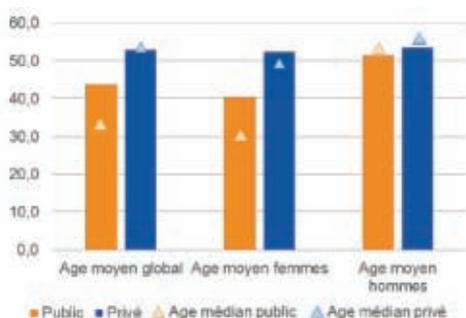
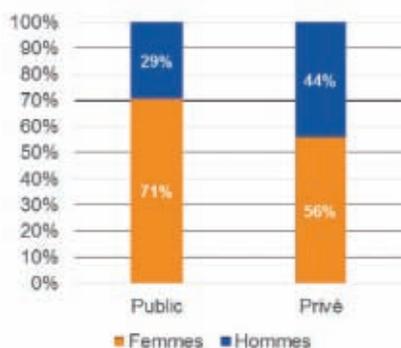


Figure 13 - Répartition homme/femme selon le type d'établissement



Néanmoins, il est difficile de déduire l'existence d'un impact sur les coûts de ces différences de populations ainsi que de le quantifier en l'absence de données publiées sur le coût de prise en charge selon l'âge et le sexe des patients.

De plus, il est important de rappeler que cette analyse ne porte que sur 11% de l'activité des établissements de santé et il serait intéressant d'appliquer la même méthodologie à l'ensemble de la population prise en charge à l'hôpital et en clinique en 2014 afin d'évaluer la conformité de ces résultats.

Poids des actes réalisés auprès de bénéficiaires de la CMU-C

Tout comme au sein des hôpitaux publics, la CMU-C permet à ses bénéficiaires une prise en charge de la part non prise en charge par l'AM au cours d'une hospitalisation au sein du secteur privé. Ainsi, le poids des actes réalisés par les cliniques auprès de cette population précaire est un indicateur intéressant à mesurer dans l'optique d'une comparaison avec le secteur public.

Ainsi, 5,6% de la totalité des actes issus du SNIREP réalisés en 2014 par le secteur privé sont relatifs à des bénéficiaires de la CMU-C (Tab. 15). Ce taux baisse légèrement et atteint 5,1% pour les actes caractéristiques de l'activité de l'Union Collégiale (Tab.16). Ces résultats sont sensiblement inférieurs à la proportion de bénéficiaires de la CMU-C observée la même année en France, à savoir 7,7%⁷.

Cependant, il est important d'analyser ces résultats avec précaution étant donné que le périmètre de l'analyse est difficilement comparable avec la proportion de bénéficiaires de la CMU-C en France. En effet, le calcul réalisé grâce à la CCAM porte sur un compte d'actes alors que le taux de bénéficiaires de la CMU-C porte sur un nombre de patients.

Tableau 15 - Poids des actes réalisés auprès de bénéficiaires de la CMU-C dans le secteur privé en 2014 (Analyse portant sur l'activité totale)

| | | Nombre d'actes | Age moyen |
|--------------|-------------|--------------------|-------------|
| Non CMU | 94,5% | 156 315 940 | 55,1 |
| CMU | 5,6% | 9 316 701 | 39,3 |
| Total | 100% | 165 459 982 | 54,2 |

Tableau 16 - Poids des actes réalisés auprès de bénéficiaires de la CMU-C dans le secteur privé en 2014 (Focus sur l'activité sélectionnée par l'Union Collégiale)

| | | Nombre d'actes | Age moyen |
|--------------|-------------|---------------------|-------------|
| Non CMU | 94,9% | 1 648 884 | 57,3 |
| CMU | 5,1% | 88 131 | 32,9 |
| Total | 100% | 1 737 015,00 | 56,1 |

Un redressement par âge et sexe aurait peu de valeur dès lors que les données sur les actes réalisés par les établissements publics, pour cette population, ne sont pas publiques. L'ouverture des données de santé avec notamment la possibilité d'utiliser le SNIRAM devrait permettre de combler cette lacune.

Comparaison des effectifs médicaux

Une étude menée par la FHP évalue à 37% le poids du personnel soignant dans le secteur hospitalier privé, contre 17% à l'hôpital public⁸.

Afin de comparer les capacités de prise en charge des patients pour chaque catégorie d'acte étudiée, une analyse portant sur les effectifs médicaux disponibles au sein des hôpitaux et des cliniques a été réalisée.

Cette analyse dont les résultats sont présentés dans le Tableau 17 pourrait conduire à conclure que, sur le périmètre d'actes étudiés, les effectifs médicaux du privé prennent en charge près de 3 fois plus d'actes que les effectifs médicaux publics. Néanmoins, des données plus précises sur l'activité des professionnels en établissements publics seraient nécessaires pour confirmer ces conclusions, notamment parce que ces derniers réalisent un nombre important d'activités de type non GHS, coûteuses en temps médical, mais non intégrées à l'étude. Il serait donc intéressant pour finaliser cette analyse d'injecter des données plus fines, notamment sur le mix d'activité des établissements.

Par conséquent, la non-publication de données précises sur le mix d'activité et l'implication en temps des effectifs médicaux selon le type d'activités (activité de type GHS, non GHS, etc.) ne permet pas de conclure aujourd'hui sur la comparaison des effectifs entre les établissements publics et privés.

Tableau 17 - Comparaison du ratio "Activité/Effectifs" entre établissements de santé publics et privés en 2014

| Catégorie d'actes | Ratio Activité / Effectifs Etablissements publics | Ratio Activité / Effectifs Cliniques privées |
|-----------------------------------|--|---|
| Gynécologie - Obstétrique | 108 | 1136 |
| Chirurgie | 41 | 56 |
| Chirurgie Thoracique et Cardiaque | 31 | 90 |
| Chirurgie Générale | 11 | 4 |
| Chirurgie infantile | 110 | 429 |
| Chirurgie Maxillo-faciale | 623 | 231 |
| Chirurgie ORL | 1 | 4 |
| Neurochirurgie | 164 | 1031 |
| Ophthalmologie | 5 | 29 |
| Orthopédie | 2 | 5 |
| TOTAL | 1095 | 3016 |

Synthèse et conclusion

Discussion

La disparité de financement entre établissements publics et privés reste assez importante plus de dix ans après la mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A). L'impact des dépassements qui est souvent mis en exergue reste relativement faible par rapport à l'ensemble des autres différences.

Malgré l'existence de dépassements d'honoraires au cours des hospitalisations majoritairement attribuables aux cliniques, le coût des séjours au sein des établissements de santé public reste plus élevé que dans le secteur privé avec un rapport moyen privé/public de 91,8% (compléments d'honoraires compris). Cet écart s'explique notamment par la différence de tarification entre hôpitaux et cliniques.

En parallèle des écarts de tarifs GHS publics et privés, trois autres éléments sont à l'origine de variations dans les financements des établissements de santé :

- **Les dotations MIGAC** : sur l'ensemble des montants alloués aux dotations MIG, MERRI et AC, 1,15% ont été

fléchés vers des établissements privés en 2014. Cela est notamment lié aux différences des missions auxquelles participent les établissements. La plupart des missions d'intérêt général et d'enseignement sont réalisés par les hôpitaux publics que ce soit le résultat des textes réglementaires ou de la pratique des différentes autorités. La répartition des financements de l'accompagnement pourrait être jugée plus discutable dès lors que ces financements ne sont pas majoritairement liés à des missions dévolues aux établissements publics.

- **Les enveloppes FIR/FMESPP** : sur la totalité des enveloppes FMESPP et FIR, respectivement 17% et 3% ont été alloués au financement des cliniques en 2014. La répartition du FIR est liée aux missions réalisées par les établissements, notamment dans le cadre de la permanence des soins.
- **Le statut des établissements** : Les établissements publics connaissent un déficit chronique depuis quelques années même si certains demeurent excédentaires. Les établissements privés connaissent une situation contraire, ne serait-ce que parce que l'existence d'un déficit chronique risquerait de conduire à une cessation d'activité.

Figure 14 - Répartition de l'ensemble des financements selon le statut de l'établissement de santé



Par ailleurs, l'existence du secteur privé à l'hôpital correspond à un avantage financier de quelques dizaines de millions d'euros sur l'activité de chirurgie et d'obstétrique sélectionnée.

Au final, l'écart de tarif observé entre les deux secteurs de 8% s'accroît à 12% si l'on intègre le secteur privé et les missions d'accompagnement. L'intégration des autres financements serait du même ordre mais conduirait à un accroissement des coûts des établissements et des professionnels suite à la réalisation des missions qu'ils financeraient.

7 Population française : 66,3M (Source Insee), Bénéficiaires de la CMU-C : 5,09M (Source: cmu.fr)

8 <http://www.bridge-communication.com/2011/06/10/assurance-maladie-la-fhp-mco-denonce-laccumulation-irresponsable-de-deficits-colossaux/>

L'analyse des populations réalisée en parallèle de l'analyse des données portant sur le coût et la tarification de l'hospitalisation en France a montré que les cliniques semblent prendre en charge une proportion plus importante de femmes et de patients plus âgés que dans les hôpitaux publics pour les actes de chirurgie et d'obstétrique sélectionnés. D'autre part, il semblerait que la part de patients bénéficiaires de la CMU-C pris en charge au sein d'établissements privés soit légèrement plus faible que dans la population générale.

Néanmoins, il est difficile d'en déduire un impact sur les coûts. Les différences étant finalement assez faibles, sachant par ailleurs que les tarifs de la T2A essaient de tenir compte notamment des différences de coûts liées aux comorbidités et à l'âge.

Limites de l'étude

Plusieurs limites rendent difficiles l'interprétation de certains résultats présentés dans cette étude :

- Echantillon des actes sélectionnés : l'analyse des dépassements d'honoraires, des effectifs médicaux et des populations prises en charge, n'a porté que sur l'activité de chirurgie et d'obstétrique. Ce choix est justifié par une activité significative des deux secteurs, publics et privés, dans ce domaine, puisque chaque secteur réalise approximativement la moitié de l'activité. Néanmoins, les financements autres que ceux directement liés à l'activité ne peuvent que rarement être séparés entre les différentes activités. Par ailleurs, il n'existe pas de données précises de l'activité des professionnels à l'hôpital public à l'instar de ce qui existe avec la CCAM pour les professionnels libéraux.

- Mix d'activité des établissements: La répartition de la pratique éligible/non éligible à la tarification à l'activité réalisée au sein de chaque type d'établissement n'a pas été prise en compte au cours de l'étude, notamment en raison de l'absence de données publiées. En effet, comme cela a été abordé auparavant, il semblerait que les établissements publics réalisent une part non négligeable d'activités non éligibles à la tarification à l'activité qui sont alors financées grâce aux enveloppes et dotations listées au paragraphe *Autres sources de financement*. Cette activité n'étant pas comparable entre établissements publics et privés, il est difficile de tirer une conclusion définitive quant à la répartition équitable des montants des enveloppes FIR et FMESPP ainsi que des dotations MIGAC.
- En ce qui concerne le fondement des différences de financement et notamment la question de l'efficacité, l'étude ne permet pas de conclure complètement sur les questions de patientèle, les caractéristiques des patients étant insuffisamment détaillées. L'utilisation des données du SNIIRAM qui devrait être possible très prochainement pourrait combler en partie ce manque. L'étude réalisée par Mmes Dormont et Milcent apparaissent comme l'étude la plus complète réalisée sur l'efficacité des établissements. Les données utilisées datent néanmoins de plus d'une dizaine d'années. L'étude montre que la différence d'efficacité entre secteur public et secteur privé dépend de la patientèle, ce qui est pris au moins partiellement en compte dans la structure de la tarification, et en majeure partie de variables liés à l'organisation des établissements.



Téléchargez l'étude complète sur

www.syngof.fr

LA FAUSSE COUCHE

VERSUS L'IVG

E. PAGANELLI*

La Sécurité sociale rembourse intégralement tous les examens réalisés dans le cadre d'une IVG.

Peut-on parler d'accès aux soins égalitaires en France entre une femme en pleurs qui vient nous consulter pour une fausse couche et une femme angoissée qui consulte pour une demande d'IVG ? Politiquement correcte, l'IVG est mieux prise en charge par la sécurité sociale et les médicaments ont l'AMM. La fausse couche, fréquente et source d'angoisse, est moins bien prise en charge et les médicaments identiques proposés n'ont pas l'AMM.

E. PAGANELLI

La fausse couche du premier trimestre

www.ameli.fr › Accueil › Soins et remboursements › Combien serez-vous remboursé

La fausse couche du premier trimestre est l'interruption précoce de la gestation, que ce soit spontané ou provoqué par une cause soit pathologique, soit traumatique. Elle se solde par l'expulsion par voie basse de cette progéniture non-viable hors de la matrice utérine.

Lorsque vous consultez un médecin dans le cadre du parcours de soins coordonnés par votre médecin traitant, ou en urgence pour votre fausse couche vous bénéficiez d'un taux de remboursement de 70% du tarif conventionnel.

Selon votre situation (si vous bénéficiez de la CMU complémentaire par exemple), vos consultations peuvent être prises en charge à 100%.

Pour le médecin qui prend en charge une fausse couche, il n'est pas possible d'associer l'échographie pré FCS avec la consultation de ville comme dans le forfait IVG.

Si vous êtes hospitalisée pour une fausse couche du premier trimestre dans un établissement public ou une clinique privée conventionnée, l'Assurance maladie rembourse vos frais d'hospitalisation à 80%. Votre mutuelle peut prendre en charge les 20% restant, d'honoraires. Le forfait hospitalier reste alors à votre charge, sauf si vous remplissez les conditions d'exonération.

Pour le médecin qui prend en charge une fausse couche, il n'est pas possible d'associer l'échographie pré FCS avec la consultation de ville comme dans le forfait IVG.

CNGOF - 2010 Fausses couches spontanées du premier trimestre (inférieur à 12 semaines de gestation).

Traitement médical : techniques, avantages

En cas de grossesse non évolutive "silencieuse", le Misoprostol par voie vaginale en dose unique semble le traitement médical de choix. L'association à la Mifépristone est controversée.

L'efficacité de l'attitude expectative dans un délai acceptable est incertaine. En revanche, elle est une alternative tout à fait acceptable au Misoprostol en cas de fausse couche en cours.

Conclusion : le traitement médical est acceptable en termes d'efficacité, de tolérance et de conséquence sur la fertilité ultérieure. Il fait prendre un risque modéré de chirurgie non planifiée. La douleur physique et psychologique du couple doit être prise en charge. L'adhésion de la patiente est primordiale.

Le Misoprostol proposé dans cette indication est hors AMM et devrait vous être prescrit non remboursable et peut être en boîte de GYMISO® 200 microgrammes, comprimé.

L'interruption volontaire de grossesse (IVG)

https://fr.wikipedia.org/wiki/Interruption_volontaire_d_e_grossesse_en_France

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est, en France, un avortement provoqué, décidé pour des raisons non

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

médicales dans le cadre légal instauré par la loi Veil de 1975. Son dispositif légal est inscrit aux articles L.2211-1 et suivants du Code de santé publique

L'avortement médicamenteux correspond à l'interruption volontaire d'une grossesse (IVG) provoquée par des médicaments.

www.has-sante.fr/.../interruption-medicamenteuse-de-grossesse-les-protocoles-a-respecter

La méthode de l'IVG médicamenteuse consiste à prendre deux médicaments différents : la Mifépristone (ou RU 468) puis 36 à 48 h plus tard le Misoprostol, également par voie orale vendu en ville sous le nom de GYMISO® (400 µg : 2 comprimés à 200 µg, en une prise).

www.ameli.fr › Accueil › Soins et remboursements › Combien serez-vous remboursée

En France, l'IVG peut être pratiquée avant la fin de la 12^e semaine de grossesse, c'est-à-dire avant la fin de la 14^e semaine après le début des dernières règles (14 semaines d'aménorrhée).

A compter du 31 mars 2013, le forfait de prise en charge des frais relatifs à l'IVG est remboursé en totalité par l'Assurance maladie.

Le 1^{er} avril 2016 marque une nouvelle étape dans l'accès des femmes à l'interruption volontaire de grossesse (IVG). La

nouveauté ? La Sécurité sociale rembourse intégralement tous les examens réalisés dans le cadre d'une IVG.

Consultations, échographies ou analyses médicales : tous les actes liés à une interruption volontaire de grossesse (IVG) sont remboursés à 100% par la Sécurité sociale.

Tarifs de l'IVG de ville

Pour les praticiens, centres de santé ou centres de planification ou d'éducation familiale pratiquant les IVG médicamenteuses dans le cadre d'une convention passée avec un établissement de santé, les tarifs limites des soins à compter du 1^{er} avril 2016 sont fixés comme sur le tableau ci-dessous. Le forfait global est découpé en trois phases pour le médecin : recueil de consentement, réalisation de l'IVG, consultation de contrôle. Ce découpage en trois phases offre une souplesse supplémentaire pour la facturation lorsque toutes les séquences ne sont pas réalisées par le même professionnel ; pour autant, ce découpage n'a pas d'incidence sur la facturation, qui peut être faite en une seule fois.

Pour le médecin (ou la sage-femme) qui prend en charge une IVG médicamenteuse, il est donc possible d'associer vérification échographique pré IVG avec le forfait de consultation de ville.

| Le forfait de prise en charge de l'IVG en ville | | | |
|---|--|----------------|------------------------------------|
| Code prestation | Libellé (au regard de l'arrêté) | Tarifs actuels | Tarif : 1 ^{er} avril 2016 |
| IC ou ICS | Consultation du recueil de consentement | Inclus forfait | 25,00 € |
| FPB | Investigations biologiques préalables à l'intervention | Non compris | 69,12 € |
| IPE | Vérification échographique pré IVG | Non compris | 35,65 € |
| FHV | Forfait consultations de ville | 100,00 € | 50,00 € |
| FMV | Forfait médicaments de ville | 91,74 € | 87,92 € |
| FUB | Contrôles biologiques ultérieurs | Non compris | 17,28 € |
| IC ou ICS ou IVE | Consultation de contrôle : • sans échographie de contrôle ultérieure • avec échographie de contrôle ultérieure | Inclus forfait | 25,00 € ou 30,24 € |



Décisions judiciaires

d

ans ce numéro nous proposons une analyse de décisions judiciaires qui concernent tous les obstétriciens. Elle apporte un éclairage didactique sur la complexité judiciaire des décisions qui nous concernent. Les comprendre nous permet de mieux collaborer avec nos défenseurs au cours de nos mises en cause.

Nous remercions pour ces décisions commentées Maître Georges LACOEUILHE et Maître Hannah CHEREAU*, Avocats au Barreau de Paris.

B. de ROCHAMBEAU

De l'intransigeance croissante des juges en matière d'information

L'arrêt rendu par la 1^{ère} Chambre Civile de la Cour de Cassation le 25 janvier 2017 (n°RG 15-27.898) ne concerne pas des faits propres au domaine gynécologique ou obstétrique, mais sa solution de principe a vocation à s'appliquer à l'ensemble des domaines affectant la responsabilité médicale.

En l'espèce, il s'agissait d'une patiente qui, à la suite du diagnostic d'une sténose carotidienne droite, bénéficiait d'une artériographie à l'issue de laquelle il présentera la complication suivante : hémiplégié des membres inférieur et supérieur gauches.

La patiente assignait en responsabilité les praticiens concernés (chirurgien et radiologue) ainsi que l'Office National d'Indemnisation des accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales (l'ONIAM), aux fins d'obtenir de l'ONIAM une indemnisation de l'accident médical non fautif survenu, et des praticiens, une indemnisation en raison du défaut d'information préalable sur le risque d'hémiplégié lié à la pratique d'une artériographie.

Les praticiens ont été condamnés par les juges du fond en raison de ce défaut d'information, au titre, d'une part, d'une perte de chance d'éviter le dommage, si la patiente avait été dûment informée et avait choisi de se soustraire en conséquence à l'artériographie, et d'autre part, au titre d'un préjudice moral d'impréparation au risque survenu.

La Cour de Cassation entérine la possibilité que le défaut d'information fasse l'objet de deux modalités de réparation différentes (perte de chance et préjudice d'impréparation).

L'ONIAM était condamné à réparer la part du dommage corporel non réparée par les praticiens.

Néanmoins, les deux praticiens décidaient de former un pourvoi en cassation à l'encontre de la décision de condamnation prononcée en appel, en faisant valoir que le défaut d'information ne pouvait être indemnisé sous le prisme de ces deux modalités de réparation : perte de chance (réparable sous la forme d'une fraction du préjudice corporel) et préjudice moral distinct (réparable par l'allocation d'une somme fixe, déterminée souverainement par les juges du fond).

Aux fins d'appuyer le bien-fondé de leur pourvoi, les deux praticiens avançaient en premier lieu que cette indemnisation à deux titres du défaut d'information procédait d'une violation du principe juridique fondamental de non-cumul des responsabilités contractuelles et délictuelles.

En effet, la réparation de la perte de chance liée au défaut d'information est classiquement prononcée sur le fondement de la responsabilité contractuelle, tandis que la réparation du préjudice moral d'impréparation est traditionnellement justifiée sous le prisme de la responsabilité délictuelle.

En second lieu, les praticiens faisaient valoir que l'indemnité réparant la perte de chance d'éviter le dommage, provoquée par le défaut d'information, englobait déjà le préjudice d'impréparation, de sorte que la cour d'appel avait procédé à une double-indemnisation injustifiée du même dommage.

C'est sans compter la sévérité de la Cour de Cassation qui rejeta le pourvoi au motif suivant :

"Mais attendu qu'indépendamment des cas dans lesquels le défaut d'information sur les risques inhérents à un acte individuel de prévention, de diagnostic ou de soins a fait perdre au patient une chance d'éviter le dommage résultant de la réalisation de l'un de ces risques, en refusant

* Maître Georges LACOEUILHE et Maître Hannah CHEREAU, Avocats au Barreau de Paris

AARPI LACOEUILHE-ROUGE-LEBRUN

72 av. Victor Hugo - 75116 PARIS T. 01 47 42 01 01 Fax 01 47 42 42 00

qu'il soit pratiqué, le non-respect, par un professionnel de santé, de son devoir d'information cause à celui auquel l'information était due, lorsque ce risque se réalise, un préjudice moral résultant d'un défaut de préparation aux conséquences d'un tel risque, qui, dès lors qu'il est invoqué, doit être réparé ; qu'il en résulte que la cour d'appel a retenu, à bon droit et sans méconnaître le principe de réparation intégrale, que ces préjudices distincts étaient caractérisés et pouvaient être, l'un et l'autre, indemnisés." Ce faisant, la Cour de Cassation entérine la possibilité que le défaut d'information fasse l'objet de deux modalités de réparation différentes (perte de chance et préjudice d'impréparation) mais va même au-delà de la question posée par les praticiens...

En effet, la Cour de Cassation, en indiquant que le préjudice moral d'impréparation doit "dès qu'il est invoqué (...) être réparé" choisit, non sans danger pour les praticiens, la voie d'une réparation systématisée de ce dommage...

https://www.courdecassation.fr/jurisprudence_2/premiere_chambre_civile_568/101_25_35940.html

Un dossier médical bien tenu : un impératif pour pouvoir se défendre

L'arrêt rendu par la Cour de Cassation le 13 juillet 2016 (n° RG 15-20.268) revêt deux intérêts distincts : le contrôle de l'expert judiciaire, et la nécessité d'un dossier médical bien tenu.

Les faits sont simples : le 24 mars 1989, une parturiente accouchait par voie basse d'un enfant présentant une dystocie des épaules dont il conservera d'importantes séquelles.

Devenu majeur, l'enfant assignait en référé-expertise le gynécologue obstétricien ayant suivi la grossesse et procédé à l'accouchement par voie basse.

Un expert était désigné, et déposait un rapport d'expertise peu favorable au praticien.

En effet, une indication de césarienne aurait pu être posée dans le cadre du suivi de grossesse compte tenu du diabète de la patiente, de sa prise de poids durant la grossesse, et des données relatives à la hauteur utérine et au fœtus.

Il relevait encore que cette indication aurait pu être proposée en début de travail, si, du reste, un examen clinique avait bien été réalisé par le praticien à ce moment-là pour envisager une éventuelle macrosomie fœtale.

L'Expert fustigeait, légitimement, dans son rapport, le caractère lacunaire du dossier médical du praticien, qui ne relatait pas les comptes rendus de consultations de suivi de grossesse, ni au jour de l'accouchement, son examen clinique pré-travail.

En lecture de ce rapport d'expertise, l'enfant (majeur) assignait par la suite le praticien aux fins d'obtenir une somme provisionnelle à valoir sur l'indemnisation de son dommage corporel.

En s'appuyant sur ce rapport d'expertise, il faisait valoir que la responsabilité du gynécologue obstétricien n'était pas sérieusement contestable au regard de fautes liées au suivi de la grossesse, mais aussi compte tenu du choix d'un accouchement par voie basse au lieu d'une césarienne, et d'un défaut d'information sur l'alternative possible d'accouchement par césarienne.

La demande de l'enfant né en 1989 était accueillie par le juge des référés, puis confirmée par la Cour d'Appel.

Le gynécologue obstétricien formait alors un pourvoi devant la Cour de Cassation, qui, dans son arrêt, décidait de casser et annuler l'arrêt rendu au motif suivant :

"Attendu que, pour accueillir la demande de provision, l'arrêt retient, en se fondant sur les constatations des experts, que Mme Y... présentait une grossesse à risque, compte tenu de son diabète, qu'il existait, au vu de la seule échographie structurée à vingt-trois semaines d'aménorrhée, des mensurations et données en faveur d'une macrosomie fœtale, qu'il n'a été noté sur le dossier de consultations, pauvre en renseignements, ni indication sur cette complication et sur la conduite à tenir lors de l'accouchement, ni aucune discussion avec la patiente sur cette macrosomie et sur les avantages et inconvénients des deux modes d'accouchement, et qu'une césarienne aurait dû être réalisée, soit en tout début de travail, soit lorsque la patiente était à dilatation complète en l'absence d'engagement ;

Qu'en se déterminant ainsi, sans rechercher, comme elle y était invitée, quelles étaient les données acquises de la science à la date de l'accouchement, alors que M. Z... faisait valoir que l'expert, gynécologue-obstétricien, s'était référé à des publications postérieures à 1989 et s'était fondé sur l'état des connaissances à la date de son rapport, la cour d'appel a privé sa décision de base légale ;"

Ainsi, la Cour de Cassation a contredit la décision au seul motif que l'Expert désigné s'était vraisemblablement, comme le soutenait le gynécologue mis en cause, fondé sur des données de la science, non acquises au jour des faits, mais acquises au jour des opérations d'expertise.

On apprécie le contrôle qu'exerce ici le juge sur l'application des références scientifiques par l'expert.

Cette solution, heureuse au cas d'espèce, éclaire néanmoins sur l'exigence des juges quant à la tenue du dossier médical, élément aussi fondamental dans le suivi des patients que dans la prévention du risque médico-légal...

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichJuriJudi.do?oldAction=rechJuriJudi&tidTexte=JURITEXT000032903206&fastReqId=17676813&fastPos=13>

Césarienne et dégressivité tarifaire

Quid de la liberté de prescription de l'obstétricien ?

I. LUCAS-BALOUP*

La parturiente, parfaitement informée sur le bénéfice/risque par son gynécologue obstétricien, est seule à décider si elle requiert une césarienne, ou pas, et le praticien, sauf circonstances particulières, est tenu de satisfaire à ce choix...

L'

évolution du nombre de césariennes est dans le collimateur des autorités de tutelle sanitaires et tarifaires depuis un bon nombre d'années. Du chef de la dégressivité tarifaire imposée quand un service d'obstétrique dépasse le taux fixé, les gynécologues obstétriciens perdent-ils une partie de leur "liberté de prescription" ?

La césarienne dans le collimateur des autorités sanitaires et tarifaires

On se souvient que, bien avant la tarification à l'activité (T2A), dans les années 1980-1990, les CPAM surveillaient le rapport accouchements/césariennes dans les services d'obstétrique pour réduire la prise en charge dans les établissements de santé.

Plus récemment, la Haute Autorité de Santé (HAS) a été saisie par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), la Direction de la sécurité sociale (DSS) et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), d'écart de taux de recours constatés sur l'acte de césarienne programmée à terme et a publié :

- des recommandations pour la pratique clinique "Indications de la césarienne programmée à terme" en 2012 : www.has-sante.fr,
 - et un Guide d'analyse et d'amélioration des pratiques, consultable sur le même site, qui propose des parcours types de femmes enceintes pouvant nécessiter une césarienne programmée en fonction des facteurs de risque (présentation par le siège, diabète gestationnel, etc.).
- Une expérimentation pilote de ce guide a eu lieu, en 2013, avec appel à candidatures des professionnels et établissements de santé par l'intermédiaire des agences régionales de santé (ARS) et des réseaux de périnatalité.

La pertinence des soins

Des outils et référentiels nationaux, puis régionaux, avec élaboration d'une démarche contractuelle ARS/Assurance Maladie/Etablissements de santé comportant des objectifs quantitatifs et qualitatifs à l'amélioration de la pertinence des soins ont été mis en œuvre (cf. description dans Rapport IGAS (2013-163R) "Évaluation de la gestion du risque maladie", mai 2014, www.igas.gouv.fr).

Le décret n° 2015-1510 du 19 novembre 2015 relatif à la promotion de la pertinence des actes, des prestations et des prescriptions en santé permet le ciblage d'établissements de santé grâce à des critères permettant de leur imposer des objectifs quantitatifs dans un contrat tripartite d'amélioration de la pertinence des soins (article R. 162-44-2 du code de la sécurité sociale). Une évaluation

* Isabelle Lucas-Baloup - Avocat à la Cour de Paris
avec l'aimable autorisation du site <http://www.gyneco-online.com>

"Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. [...]".

annuelle contrôle la réalisation des objectifs, avec sanctions possibles : soit procédure de mise sous accord préalable, soit **sanction pécuniaire**.

La pertinence des soins a été inscrite dans la déclinaison des orientations du Plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins (PNGDRESS) défini pour une durée de deux ans depuis la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé. Le PNGDRESS a pour objet de déterminer les actions et les objectifs prévus pour améliorer les performances du système de santé, de maîtriser l'évolution de dépenses conformément à l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ; il est signé entre l'Etat et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

Localement, le Plan national se décline en un Plan régional (PRGDRESS) pluriannuel de gestion du risque et d'efficacité du système de soins et fait l'objet d'une convention conclue entre le directeur général de l'ARS et les représentants des régimes d'assurance maladie, dont la finalité est annoncée comme : *"développer le juste soin au juste coût dans le cadre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins, en accompagnant les offreurs de soins, les établissements et les professionnels de santé dans l'évolution de l'organisation des prises en charge, au cœur des transformations du système de santé"*.

Ce plan d'actions régional est publié par chaque ARS et disponible sur son site web.

Si on prend, pour exemple, celui de la Région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA), on observe que l'acte de césarienne programmée à terme fait l'objet :

- en 2009 :
 - d'un taux national de 2,45
 - d'un taux régional PACA de 2,55
- en 2014 :
 - d'un taux national de 2,34
 - d'un taux régional PACA de 2,57

et donc d'un indice national (rapport entre le taux régional et le taux national) de 1,10 signifiant que le taux de recours à la césarienne programmée à terme pour la population de la région PACA est supérieur de 10% à celui observé au niveau national.

La dégressivité tarifaire

L'article R. 162-42-1-4 du CSS autorise des minorations tarifaires appliquées sur les activités produites au-delà des seuils fixés par les arrêtés ministériels. Le directeur de l'ARS fixe le montant des sommes à récupérer auprès de chaque établissement au titre de l'année considérée, le notifie au directeur de l'établissement qui peut présenter des observations pendant un mois, puis dispose d'un délai de deux mois pour payer, à défaut de quoi la caisse d'assurance maladie procède au recouvrement des sommes dues par retenue sur les prestations à venir (article R. 162-42-1-8 du CSS).

Par arrêté ministériel du 4 mars 2016, le taux de "césarienne pour grossesse unique" (racine du GHM : 14C08) a été fixé à 5% (valeur du seuil exprimée en taux d'évolution) pour l'année 2016 (comme pour 2015), avec une valeur de minoration tarifaire à 20%, appliquée sur l'activité produite au-delà du seuil (cf. J.O. 8 mars 2016).

Le mécanisme de calcul de la dégressivité tarifaire est compliqué et a été présenté par l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) dans une note d'information du 7 juillet 2016 (cf. www.atih.sante.fr).

Divers établissements de santé ont déjà fait l'objet d'arrêtés notifiant les sommes dues au titre de l'activité réalisée en prenant en considération l'évolution du nombre d'actes pendant les deux dernières années dans la racine 14C08 césarienne pour grossesse unique, eu égard au taux de déclenchement de 5% pour la racine concernée.

Des circonstances particulières peuvent être invoquées pour expliquer le taux d'augmentation, et les établissements de santé peuvent saisir le Tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale compétent d'un recours pour contester "la récupération" notifiée.

Effets sur les relations obstétriciens- établissements de santé privés

Un établissement de santé privé au sein duquel les gynécologues obstétriciens interviennent en vertu d'un contrat d'exercice libéral n'a aucun pouvoir hiérarchique sur les praticiens, qui jouissent d'une liberté de prescription et de décision médicale conférée par :

l'article R. 4127-8 du code de la santé publique :

"Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance".

l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale :

"Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur".

Sous réserve de l'évaluation du bénéfice/risque par l'obstétricien, le choix de la parturiente est par ailleurs déterminant, compte tenu de :

l'article L. 1111-4 du code de la santé publique :

"Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé".

"Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. [...]":

Dès lors, la parturiente, parfaitement informée sur le bénéfice/risque par son gynécologue obstétricien, est seule à décider si elle requiert une césarienne, ou pas, et le praticien, sauf circonstances particulières, est tenu de satisfaire à ce choix (cf. dans cette même rubrique : "Césarienne de confort, qui le décide, la parturiente ou le médecin ?" mars 2013).

Mais le directeur d'établissement de santé, totalement incompétent pour s'en mêler, puisque la décision est prise unilatéralement par l'obstétricien et la parturiente, est susceptible d'être pénalisé par une procédure de dégressivité tarifaire, à l'issue de laquelle l'établissement de santé devra restituer à l'assurance maladie des sommes qui peuvent être importantes pourtant facturées dans des conditions respectant la T2A, si, dans le service, l'évolution du nombre de césariennes est atypique par rapport au taux fixé par arrêté opposable.

Dans le Rapport du Sénateur Jean-Marie Vanlerenberghe (n°243, site Sénat), au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes relative aux maternités, enregistré le 21 janvier 2015, il est fait état, en page 29, de données intéressantes et bien connues des professionnels et des établissements :

"Les difficultés de certains établissements à assurer une permanence des soins complète les conduisent parfois à mettre en place une programmation très avancée des accouchements sur des créneaux horaires compatibles avec l'activité des praticiens. Le taux plus élevé de césariennes résulterait ainsi de la nécessité de prévenir toute activité obstétricale tardive voire nocturne, son déclenchement intervenant dès lors que l'accouchement programmé risque de s'étendre au-delà de l'après-midi"

"La Haute Autorité de Santé a entrepris des actions pour maîtriser la technicité des soins. Elle a ainsi lancé une expérimentation pilote sur l'optimisation de la pertinence des césariennes programmées à terme, et publié à l'appui de cette démarche des recommandations de bonne pratique en janvier 2012. Certaines initiatives locales mises en œuvre dans les établissements ou dans le cadre des réseaux de périnatalité contribuent également à cet objectif. A Argenteuil, la pratique de la "chasse à l'indication" a conduit à publier régulièrement et à comparer les taux individuels de césariennes des médecins pendant leurs gardes. En conséquence, le taux de césarienne a baissé de 22,21% en 2010 à 20,61% en 2011 et à 17% en 2013. En Auvergne, l'action déterminée du réseau a contribué à une amélioration de la pratique médicale : les revues de césariennes organisées par le réseau a permis de voir leur taux de pertinence passer de 65,6% à 80,6% entre 2011 et 2013, et de 60% à 86,7% pour les maternités de type I. La part de césarienne de convenance parmi les césariennes non pertinentes est passée de 13 à 0%. [...]"

"Assez paradoxalement, les taux de césariennes sont plus élevés dans les maternités de type I, censées accueillir des grossesses physiologiques, que dans les établissements de niveau supérieur. Cette situation semble surtout liée au statut des établissements. Ainsi les maternités publiques de type I se caractérisent par des taux de césarienne relativement faibles, compris entre 9,5 et 18,5% en 2012, alors que dans les cliniques privées ces mêmes taux varient entre 19,5% et 23,3%."

Face à ce constat, l'ARS a intégré dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) de 6 établissements un objectif de taux maximal de césarienne de 20% à l'horizon 2017."

Pour ceux que la répartition géographique du taux de césariennes intéresse, lire également l'Atlas des variations de pratiques médicales, édition 2016, pages 25 et suivantes, publié en novembre 2016 par l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé). On y remarque également : *"Avec un taux de recours moyen national de 18,7 pour 100 naissances en 2014, la France se situe nettement en dessous des pays comme l'Allemagne et l'Australie (plus de 30 pour 100 naissances)"*.

Revenons à nos directeurs d'établissements qui subissent un taux et/ou une évolution du taux de césariennes conduisant directement à des sanctions financières : peuvent-ils envisager d'introduire dans le contrat d'exercice libéral des gynécologues obstétriciens des dispositions impératives leur imposant de ne pas dépasser le seuil (non encore fixé pour 2017) et de sanctionner la violation de cet engagement à l'encontre des médecins ? Ces derniers peuvent invoquer, pour s'opposer à toute contrainte quantitative, l'article R. 4127-83 II du CSP : *"Un médecin ne peut accepter un contrat qui comporte une clause portant atteinte à son indépendance professionnelle ou à la qualité des soins, notamment si cette clause fait dépendre sa rémunération ou la durée de son engagement de critères de rendement"*. L'ancien article R. 4127-92 (abrogé par décret n° 2012-694 du 7 mai 2012) prévoyait *"des critères liés à la rentabilité de l'établissement"* et pas des *"critères de rendement"*. De la sorte, faire supporter aux médecins la sanction financière fixée par l'ARS que doit payer la clinique privée à la caisse d'assurance maladie pour avoir dépassé ses obligations quantitatives en matière de césariennes, pourrait donner lieu à un avis défavorable de l'Ordre des médecins au moment de la communication du contrat d'exercice libéral. Or les pouvoirs de l'Ordre des médecins ont été renforcés par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, dite HPST, qui a ajouté un dernier alinéa à l'article L. 4113-9 du CSP : *"Les dispositions contractuelles incompatibles avec les règles de la profession ou susceptibles de priver les contractants de leur indépendance professionnelle les rendent passibles des sanctions disciplinaires prévues à l'article L. 4124-6"*. Donc les médecins ne peuvent accepter de signer de tels engagements, qui les exposeraient à des sanctions discipli-

naires (avertissement, blâme, suspension du droit d'exercer, radiation).

Par ailleurs, il est très difficile pour un établissement de santé de répartir équitablement la sanction financière fixée par l'ARS entre les praticiens de la spécialité ayant contribué à dépasser le taux autorisé. Dans une maternité privée au sein de laquelle exerce une équipe par exemple de 5 gynécologues obstétriciens en site principal, mais dans laquelle viennent faire leurs accouchements une dizaine de médecins ayant leur cabinet en ville, répartir la sanction entre les obstétriciens défailants dans le respect de l'obligation qui concerne la Clinique en termes de contrainte quantitative, si le contrat l'a prévu, relève du casse-tête chinois : il conviendrait de colliger le nombre de césariennes médecin par médecin, en vérifiant d'abord les critères fixés par la HAS, puis calculer des critères de répartition de la sanction financière entre tous, mais il est prévisible que tous contesteront la méthodologie et le principe de l'imputabilité.

La difficulté est beaucoup plus grande que celle de la mise en œuvre de clauses habituelles faisant supporter aux médecins libéraux les conséquences d'une répétition d'indus aux caisses en cas d'erreurs dans la codification d'actes non décelées par le médecin DIM.

On peut donc recommander, une fois encore, de développer l'intelligence relationnelle entre obstétriciens libéraux et directeurs d'établissements afin de maîtriser ensemble cette contrainte nouvelle, dont la violation conduit à de lourdes

sanctions financières. Les statistiques d'activités quasiment en temps réel et leur diffusion en toute transparence au sein de la communauté médicale de chaque établissement doit permettre d'améliorer en amont l'information de tous les acteurs sur le terrain, afin de réduire si besoin, quand il est encore temps, le nombre de césariennes pour demeurer dans l'encadrement quantitatif réglementaire.

Dur-dur à expliquer aux parturientes qui accouchent en fin d'année... qui risquent de choisir, quand c'est localement possible, un autre établissement de santé n'ayant pas atteint voire dépassé le taux fatidique.

Pourront-elles alors en faire grief à leur gynécologue, qui a suivi la grossesse, mais qui se voit interdire par le chef d'établissement de pratiquer certaines césariennes soumises à contraintes quantitatives ? L'obstétricien qui a signé un contrat d'exercice exclusif, avec interdiction de pratiquer dans une autre clinique privée, pourra-t-il agir contre la Direction lui ayant refusé l'accès au bloc pour une césarienne hors quota, ce qui lui a fait perdre une patiente qu'il suivait, et donc les honoraires de l'accouchement avec césarienne qui a été diligenté par un confrère de l'hôpital public ou d'une maternité privée concurrente ?...

Les rapports entre la déontologie médicale, l'économie de la santé et les contrats d'exercice provoquent des problématiques nouvelles et nombreuses, qu'il ne serait pas idiot d'encadrer dans des limites quantitatives et qualitatives ad hoc.

FORMATION ASPHYXIE PÉRINATALE

12 et 13 mai 2017 à LYON

Les intervenants seront le Pr Claude RACINET et le Dr Véronique LEJEUNE, Experts GYNERISQ

Cette formation sera indemnisée dans le cadre du DPC

Inscription par email à syngof@syngof.fr
ou par téléphone au 04 67 04 17 18

Inscrivez-vous dès maintenant

Séminaire GYNELOG 2017

15 septembre (à partir de 17h00)

16 septembre (journée complète)

17 septembre (jusqu'à 12h00)

TOULOUSE

Hôtel La Cour des Consuls



La formation a pour objet de sécuriser la pratique médicale par l'organisation du logiciel en appliquant des règles de gestion des risques :

- ⇒ *Amélioration de l'interprétation du RCF au cours de la saisie du partogramme numérique (retour d'expérience des sites équipés)*
- ⇒ *Sécurisation des processus médicaux réglementés par le paramétrage des check-lists qui transcrivent les obligations des décrets*
- ⇒ *Sécurisation de la réception de l'interprétation des résultats biologiques par HPRIM ou APICRIPT*
- ⇒ *Interopérabilité avec les établissements, avec la caisse ou le DMP*

Comme les années précédentes nous présentons cette formation à l'OGDPC pour qu'elle soit indemnisée et contribue au DPC.

**N'hésitez pas à vous inscrire dès maintenant auprès de Nadine PRUGNY
par email à syngof@syngof.fr ou au 04 67 04 17 18**

Concilier soins et religions

J. THÉVENOT*

Pourquoi ces fiches ?

à

la suite de sollicitations de professionnels, le Conseil Départemental de l'Ordre des médecins de la Haute Garonne (CDOM 31) a décidé de constituer un groupe de réflexion sur cette problématique autour des représentants des principaux cultes et des usagers, de l'ARS (réfèrent Laïcité) et de l'Espace de Réflexion Ethique Midi Pyrénées (EREMIP). D'autres institutions se sont jointes à la démarche pour la réalisation ou la diffusion (CROM, FHP, FHF, CSDU-CRSA...).

L'objectif général est, avec l'aide des représentants des cultes, de lever les incompréhensions existant entre les patients et les soignants, et d'améliorer de ce fait la communication pour prévenir ou mieux gérer les difficultés ou les conflits éventuels dans la réalisation des soins.

Une bonne compréhension mutuelle des enjeux permet au soignant de délivrer une information adaptée et au patient de faire un choix réellement éclairé, dans le respect du cadre légal et réglementaire.

Des patients bien informés appréhendent mieux les impératifs des soins et l'organisation des établissements de santé. Des professionnels de santé bien formés aux spécificités liées à la culture et à la religion des patients savent mieux prendre en compte les besoins de santé individuelle des patients.

Les fiches jointes, se référant à des situations réelles rencontrées par des soignants et des usagers de santé, ont été discutées collégalement pour trouver ensemble des formulations compréhensibles par les patients autant que par les soignants. Chacun pouvant avoir une autre compréhension des religions que celle exprimée dans ces fiches, elles ont simplement pour but d'ouvrir un dialogue et non d'édicter des règles absolues. Ces documents ont pour vocation d'être diffusés autant aux soignants qu'aux patients.

Leur rédaction repose sur des valeurs communes, dont celle de ne pas mettre en danger sa vie propre ou celle de ses patients, mais aussi sur le fait que chaque personne

hospitalisée et chaque soignant doivent s'engager à reconnaître et respecter certaines idées fortes :

- La personne dans sa globalité, sa dignité et son intégrité ;
- Les valeurs de l'autre ;
- La diversité des choix de vie de l'autre, tant au niveau de sa religion que de sa spiritualité ou son origine culturelle et ethnique ;
- Les particularités propres à chaque être humain et à sa vie intérieure ;
- Les décisions et préférences de chacun ;
- L'intimité physique et psychologique de chacun ;
- La vie affective, amoureuse et sexuelle de chacun ;
- Ses pairs dans leur expertise, leur expérience et leur complémentarité.

Ces documents sont volontairement synthétiques et donc non exhaustifs, et tous susceptibles d'être améliorés ; tous commentaires, demandes de précision ou corrections pourront être adressés au CDOM 31 (haute-garonne@31.medicin.fr), ainsi que toute interrogation pouvant générer la rédaction d'un nouveau document sur une situation non encore évoquée ; ces fiches ont pour vocation d'être régulièrement réactualisées et consultables dans leur dernière version sur le site du CDOM 31 (www.ordmed31.org/).

Nous ferons paraître les fiches suivantes dans chacun des Cahiers Syngof.

Don d'organe entre vivants

Le don d'un organe (rein, lobe pulmonaire ou hépatique) ou de cellules-souches hématopoïétiques (contenues notamment dans la moelle osseuse) de son vivant est autorisé par la loi française.

La loi de bioéthique du 6 août 2004, révisée le 7 juillet 2011, en détermine les conditions.

Celles-ci sont reprises par l'article 16 du Code de déontologie médicale (Collecte de sang et prélèvements d'organes), avec toutes les références utiles.

* Dr Jean Thévenot, Président CDOM 31, jean.thev@wanadoo.fr

L'objectif général est, avec l'aide des représentants des cultes, de lever les incompréhensions existant entre les patients et les soignants...

Article 16 (article R.4127-16 du code de la santé publique)

La collecte de sang ainsi que les prélèvements d'organes, de tissus, de cellules ou d'autres produits du corps humain sur la personne vivante ou décédée ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions définis par la loi.

<http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-16-collecte-de-sang-et-prelevements-d-organes-240>

Conditions légales

Le donneur peut être un membre de la famille du receveur, son conjoint, le conjoint de son père ou de sa mère, ainsi que toute personne apportant la preuve d'une vie commune ou d'un lien affectif étroit et stable avec le receveur d'au moins deux ans. En cas d'incompatibilité de groupe sanguin entre le donneur et le receveur, le don croisé entre deux couples donneurs-receveurs est autorisé (anonymat alors obligatoire). Un majeur protégé ne peut être donneur d'organe; un mineur non plus, excepté le don de cellules-souches pour sa fratrie.

Le donneur vivant d'organe doit :

- Exprimer sa volonté de donner,
- Accepter une évaluation médicale exhaustive,
- Rencontrer un comité expert "donneurs-vivants" qui vérifie qu'il a bien reçu et compris les informations sur les risques et conséquences de son projet,
- Formaliser ce consentement devant un magistrat (TGI) qui s'assure de la conformité avec le cadre réglementaire, après quoi la décision du comité expert est rendue.

Le don d'organe, de tissus ou de cellules est gratuit.

Le don de sang de cordon après l'accouchement est anonyme et ne peut concerner pour une femme son propre enfant; la conservation autologue du sang de cordon est en France interdite et punie par la loi (<http://www.donde-sangdecordon.fr/>).

Position des religions sur le don d'organe entre vivants

Le Judaïsme, l'Islam et la religion Chrétienne autorisent le don d'organe entre vivants s'il ne met pas en danger la vie du donneur, s'il est indispensable pour le receveur et s'il ne donne lieu à aucune commercialisation.

Toute transplantation d'organe tire son origine d'une décision d'une grande valeur éthique. La décision d'offrir, sans récompense, une partie de son corps pour la santé et le bien-être d'une autre personne. C'est précisément ici que réside la noblesse de ce geste, un geste qui est un véritable acte d'amour (Jean Paul II, 2000).

Don d'organes post-mortem et convictions religieuses

Les grands principes de l'utilisation des organes humains sont les suivants :

- Consentement du donneur ou de ses représentants légaux
- Gratuité

- Anonymat
- Interdiction de publicité
- Sécurité sanitaire
- Biovigilance

Concernant le consentement, la règle posée est une **présomption de consentement** (sauf mineurs). La loi de 2004 a généralisé cette règle à tous les prélèvements après décès quelle que soit leur finalité, thérapeutique ou scientifique. Il existe cependant 2 cas dans lesquels la présomption de consentement peut être renversée :

- Lorsque le défunt, de son vivant, a fait connaître un refus de prélèvement de ses organes après le décès,
- En cas de témoignage de ce refus par les proches.

Tous les moyens d'exprimer un refus de prélèvements sont valables. Citons néanmoins le registre national automatisé.

Don d'organes et religion :

Aucune des principales religions ne s'oppose au don d'organe à visée thérapeutique. Dans tous les cas, le corps du défunt doit être respecté dans sa dignité profonde.

Pour les catholiques

Le don d'organe comme le don du corps à la science, sont autorisés, s'ils sont considérés comme un acte d'amour et le témoignage d'une solidarité active, sur la base de la liberté de la personne qui en aura fait part à ses proches, oralement ou par écrit, "pouvant revenir sur sa décision".

Pour les protestants

Les protestants encouragent le don et la greffe d'organes, à condition que le corps du donneur soit respecté. L'expression explicite de donner ou de refuser de donner est encouragée afin d'éviter de confier à une famille, souvent bouleversée, le soin de prendre une décision.

Pour la religion musulmane

Le don d'organes est autorisé s'il y a eu l'accord du défunt.

Pour le judaïsme

Le don d'organe n'est pas recommandé (respect de l'intégrité du corps).

Code de Déontologie médicale

Article 16 (article R.4127-16 du code de la santé publique)

La collecte de sang ainsi que les prélèvements d'organes, de tissus, de cellules ou d'autres produits du corps humain sur la personne vivante ou décédée ne peuvent être pratiqués que dans les cas et les conditions définis par la loi.

Commentaires

Le prélèvement d'organes sur une personne dont la mort a été dûment constatée (infra) ne peut être effectué, sauf opposition de sa part exprimée de son vivant, qu'à des fins thérapeutiques ou scientifiques (article L.1232-1 du code de la santé publique). Il en va de même du prélèvement des tissus et cellules (article L.1241-6).

Le refus du prélèvement peut être exprimé par tout moyen, notamment par l'inscription sur un registre national automatisé, dit *Registre national des refus*, dont le fonctionnement et la gestion sont assurés par l'Agence de la Biomédecine. Toute personne majeure ou mineure âgée de

13 ans au moins peut faire inscrire sur ce registre, son refus d'un prélèvement post-mortem soit à des fins thérapeutiques, soit pour rechercher les causes du décès, soit à des fins scientifiques, soit pour plusieurs de ces hypothèses.

Si le médecin n'a pas directement connaissance de la volonté du défunt, il doit s'efforcer de recueillir auprès des proches du défunt l'opposition au don d'organe, éventuellement exprimée, par la personne de son vivant, par tout moyen et il les informe de la finalité des prélèvements envisagés.

Lorsque le donneur est un mineur ou un majeur protégé, le prélèvement ne peut être opéré qu'avec l'autorisation écrite de chacun des titulaires de l'autorité parentale ou du représentant légal.

Evolutions législatives :

Loi du 15 novembre 1887

Elle est toujours en vigueur et concerne la liberté des funérailles. Une personne capable peut régler par testament, et donc de manière volontaire, le sort de sa dépouille mortelle. Ceci rend possible le don de son corps à la Faculté de médecine dans une perspective de recherche et d'enseignement médical.

Loi Lafay du 7 juillet 1949

Cette loi autorisait les prélèvements en vue d'une greffe de cornée dès lors que la personne décédée avait volontairement légué ses yeux à un établissement public ou à une œuvre privée.

Loi Cavaillet du 22 décembre 1976

Cette loi a constitué un cadre juridique permettant les prélèvements d'organes et de tissus. Le législateur a choisi d'adapter les organes disponibles aux besoins grandissants en introduisant la notion de présomption de consentement aux prélèvements après décès.

Lois bioéthique du 29 juillet 1994

Ces lois ont abrogé les lois Lafay et Cavaillet. L'une était relative au respect du corps humain, l'autre au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal. Elles ont posé les principes généraux concernant le statut juridique du corps humain et de son utilisation.

Loi du 1^{er} juillet 1998

Cette loi a complété les lois de 1994 en donnant des dispositions relatives au renforcement de la veille sanitaire et au contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme. Les organes humains prélevés sont considérés et traités comme des "produits de santé".

Loi relative à la bioéthique du 6 août 2004

Cette loi a considérablement assoupli les conditions d'accès aux organes, en vue de répondre aux besoins de pratique.

Demande d'autopsie

L'autopsie judiciaire ou médico-légale est requise par l'autorité judiciaire pour rechercher les causes d'un décès. A ce titre, l'entourage (ou qui que ce soit d'autre) ne peut s'y opposer, y compris pour des raisons religieuses.

A l'issue d'un délai d'un mois à compter de la date de l'autopsie, les proches du défunt ayant qualité pour pourvoir aux funérailles peuvent demander la restitution du corps auprès du Procureur de la République ou du Juge d'instruc-

tion, qui doit y répondre par une décision écrite dans un délai de 15 jours. Le praticien ayant procédé à une autopsie judiciaire est tenu de s'assurer de la meilleure restauration possible du corps avant sa remise aux proches du défunt.

Code de procédure pénale : articles 230-28 à 31 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionT A= LEGISCTA000024029055&cidTexte=LEGITEXT00006071154&dateTexte=20141001>

L'autopsie médicale et scientifique est peu fréquente en France ; une enquête originale menée par l'Académie nationale de médecine a recensé le nombre d'autopsies réalisées pendant 8 mois de 2013 en France métropolitaine. Il aurait été réalisé seulement 588 autopsies médicales après le décès d'adultes, 433 chez des enfants et 6 541 actes de fœtopathologie (embryons, fœtus et placentas). L'Académie relève les obstacles administratifs et religieux.

L'autopsie, comme tout prélèvement d'organe, peut être effectuée dès lors que la personne concernée n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement. Si le médecin n'a pas directement connaissance de l'opposition du défunt, il doit recueillir l'absence d'opposition de sa famille. Celle-ci est indispensable pour les mineurs.

Code Santé Publique : article L.1232-1 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006686157&cidTexte=LEGITEXT00006072665>

Les chrétiens, catholiques et protestants, ne s'opposent pas à l'autopsie d'un défunt.

Dans le judaïsme, le respect de l'intégrité du corps s'oppose à la réalisation d'une autopsie ; sur indication médicale impérative, l'entourage pourra requérir une autorisation rabbinique. Pour les musulmans, le Coran n'interdit pas l'autopsie, mais insiste pour que le plus grand respect soit porté à la dépouille mortelle ; ainsi, la mutilation d'un cadavre est considérée comme si elle survenait sur une personne vivante. Dans la perspective de la conviction en la résurrection du corps entier, les organes prélevés devront être réintégrés dans le corps avant de rendre le corps à la famille pour la toilette rituelle et l'ensevelissement.

Suppléances vitales et accompagnement de fin de vie

En fin de vie, l'observation du principe de laïcité dans les soins n'exclut pas l'accompagnement des personnes malades et de leurs proches dans leurs besoins spirituels et le respect des différences.

Les décisions relatives à la proportionnalité des soins en fin de vie s'inscrivent dans un cadre législatif et déontologique (art 37 et 38 du Code de Déontologie Médicale) et répondent au nécessaire respect des personnes et de leur entourage.

Les soins palliatifs intègrent la dimension spirituelle. Ils s'adressent aux personnes malades et à leurs accompagnants.

Tous les soignants se doivent de faciliter l'accompagnement spirituel, y compris religieux, pour les personnes qui en font la demande (aumôniers, lieux de culte...).

Pour informer et accompagner, les professionnels de santé tiennent compte du contexte culturel du patient et de ses proches. Les temps d'échange sont adaptés à un objectif de compréhension réciproque. Le recours à une médiation culturelle peut être nécessaire (traducteur, représentant des cultes...).

Article 37 du Code de Déontologie Médicale (article 4127-37 du Code de Santé Publique)

I. - En toutes circonstances, le médecin doit s'efforcer de soulager les souffrances du malade par des moyens appropriés à son état et l'assister moralement. Il doit s'abstenir de toute obstination déraisonnable dans les investigations ou la thérapeutique et peut renoncer à entreprendre ou poursuivre des traitements qui apparaissent inutiles, disproportionnés ou qui n'ont d'autre objet ou effet que le maintien artificiel de la vie.

II. - Dans les cas prévus au cinquième alinéa de l'article L.1111-4 et au premier alinéa de l'article L.1111-13, la décision de limiter ou d'arrêter les traitements dispensés ne peut être prise sans qu'elle ait été préalablement mise en œuvre une procédure collégiale. Le médecin peut engager la procédure collégiale de sa propre initiative. Il est tenu de le faire au vu des directives anticipées du patient présentées par l'un des détenteurs de celles-ci mentionnés à l'article R.1111-19 ou à la demande de la personne de confiance, de la famille ou, à défaut, de l'un des proches. Les détenteurs des directives anticipées du patient, la personne de confiance, la famille ou, le cas échéant, l'un des proches sont informés, dès qu'elle a été prise, de la décision de mettre en œuvre la procédure collégiale. La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est prise par le médecin en charge du patient, après concertation avec l'équipe de soins si elle existe et sur l'avis motivé d'au moins un médecin, appelé en qualité de consultant.

Il ne doit exister aucun lien de nature hiérarchique entre le médecin en charge du patient et le consultant. L'avis motivé d'un deuxième consultant est demandé par ces médecins si l'un d'eux l'estime utile. La décision de limitation ou d'arrêt de traitement prend en compte les souhaits que le patient aurait antérieurement exprimés, en particulier dans des directives anticipées, s'il en a rédigé, l'avis de la personne de confiance qu'il aurait désignée ainsi que celui de la famille ou, à défaut, celui d'un de ses proches.

Lorsque la décision de limitation ou d'arrêt de traitement concerne un mineur ou un majeur protégé, le médecin recueille en outre, selon les cas, l'avis des titulaires de l'autorité parentale ou du tuteur, hormis les situations où l'urgence rend impossible cette consultation.

La décision de limitation ou d'arrêt de traitement est motivée. Les avis recueillis, la nature et le sens des concertations

qui ont eu lieu au sein de l'équipe de soins ainsi que les motifs de la décision sont inscrits dans le dossier du patient. La personne de confiance, si elle a été désignée, la famille ou, à défaut, l'un des proches du patient sont informés de la nature et des motifs de la décision de limitation ou d'arrêt de traitement.

III. - Lorsqu'une limitation ou un arrêt de traitement a été décidé en application de l'article L.1110-5 et des articles L.1111-4 ou L.1111-13, dans les conditions prévues aux 1 et II du présent article, le médecin, même si la souffrance du patient ne peut pas être évaluée du fait de son état cérébral, met en œuvre les traitements, notamment antalgiques et sédatifs, permettant d'accompagner la personne selon les principes et dans les conditions énoncés à l'article 38. Il veille également à ce que l'entourage du patient soit informé de la situation et reçoive le soutien nécessaire.

Article 38 du Code de Déontologie Médicale (article 4127-38 du Code de Santé Publique)

Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par des soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage.

Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort.

Soins post-mortem et toilettes mortuaires

Dans les Eglises chrétiennes, il n'y a généralement pas d'obligation stricte concernant la préparation des corps, mais des traditions. Le défunt est déposé sur le dos, le visage découvert, les yeux fermés: on peut éventuellement croiser ses mains sur la poitrine, déposer un objet religieux, mais l'essentiel reste dans le respect du corps, sans autre obligation de fond.

Dans le judaïsme, pour la préparation des corps, aucun geste chirurgical ne sera entrepris, sauf obligation médicale ou juridique, conformément au précepte du respect de l'intégrité du corps post-mortem. Les "*membres du dernier devoir*" se chargeront de la préparation du corps, les hommes pour un défunt, les femmes pour une défunte. La toilette mortuaire obéit à un rituel précis destiné à débarrasser le défunt de toute impureté avant sa présentation devant l'Éternel.

Pour l'Islam, la toilette rituelle du défunt sera faite par un ou deux bénévoles du même sexe que le défunt. Les yeux sont fermés, tous les bijoux ôtés y compris l'alliance, les prothèses dentaires retirées. Il ne sera réalisé aucun geste chirurgical, sauf obligation médicale ou juridique, conformément au précepte coranique du respect de l'intégrité du corps post-mortem.

Salles dédiées en Etablissements de Soins : pour ces religions, la toilette des défunts nécessite un accès à une salle spécifique équipée pour le lavage des corps avec un accès à l'eau.

Pratique religieuse dans les lieux de soins

Patients :

Il convient d'adapter sa pratique religieuse aux circonstances (hospitalisation, consultation...).

Certaines religions recommandent un certain nombre de prières quotidiennes (5 pour la religion musulmane, 3 pour le judaïsme...). Pour ces prières, existent des horaires déterminés selon des créneaux horaires quotidiens précis. Toutefois, un croyant peut, en cas d'empêchement, remplir cette obligation plus tard dans la journée.

Soignants :

Aux patients pratiquant (ou souhaitant pratiquer) un rituel de prière dans un lieu de soins où circulent soignants,

patients ou public, le soignant doit avec tact expliquer que le lieu n'est pas adapté, et que toutes les religions permettent de rattraper plus tard leurs obligations de prière.

Dans les établissements de soins, la mise en place de salles de prière (multireligieuses) pourrait permettre aux patients hospitalisés en chambres multiples de respecter leurs obligations; toutefois, les pratiques religieuses des patients ne doivent pas différer les soins médicaux. Hors soins urgents et dans la limite de l'organisation du service, les soignants se doivent de respecter les prières en cours des patients hospitalisés et leurs entretiens avec les représentants de leur culte.

Enfin, les soignants sont eux aussi tenus d'adapter leurs pratiques religieuses personnelles aux contraintes de l'organisation du service.



Je soussigné(e) :

Nom _____ Prénom _____

Date d'installation _____

Tél. mobile _____ Email _____

N° de CPS (sur votre feuille de soins) _____

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 MédyCS) - Les établissements partenaires de Nestlé peuvent être dispensés de cette cotisation. **5 000 €**
- Obtention du logiciel MédyCS (seul)** (pour UN médecin et son secrétariat). **290 €**
- Option : Module FSE Pyxvital** (pour UN médecin et par numéro de facturation) (TVA incluse) **+ 324 €**
- Adhésion simple annuelle à l'association** (permet uniquement de recevoir les informations sur la vie de l'association mais ne donne pas droit au logiciel). **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 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

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/BOIS

Docteur BONNET
Hôpital de Fontainebleau
FONTAINEBLEAU

Docteur CACAULT
71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

Docteur CAMAGNA
1 rue Velpeau - ANTONY

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 GERAUDIE
26 bd Dubouchage - NICE

Docteur GRISEY
Hôpital privé de Parly 2
LE CHESNAY

Docteur GUIGUES
2 bis av. du CANADA - CAEN

Professeur HOROVITZ
Hôpital Pellegrin Maternité
BORDEAUX

Docteur JELEN
Polyclinique de la Résidence
BASTIA

Docteur LAZARD
6 rue Rocca - MARSEILLE

Docteur LEGRAND
12 rue de France - NICE

Docteur LE MEAUX
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Docteur LONLAS
6 rue de la manufacture
ORLEANS

Docteur MIRONNEAU
16 crs du Général de Gaulle
DIJON

Docteur PEIGNÉ
Polyclinique du Beaujolais
ARNAS

Docteur ROBION
11 Quai Alsace Lorraine - MELUN

Docteur SEGUY
Av Leopold Heder - KOUROU

Docteur TEFFAUD
Polyclinique de l'Atlantique
ST HERBLAIN

Docteur THIEBAUGEORGES
Clinique Sarrus Teinturiers
TOULOUSE

Docteur VERHAEGHE
43 rue des Meuniers
LESQUIN

Propos de lecture



Editions Eyrolles
496 pages

Le Grand Livre de ma grossesse

Sous la direction du Pr Jacques Lansac
Coordination par le Dr Nicolas Evrard

24,90 €

La septième édition du "Grand livre de ma grossesse" vient de paraître. Cet ouvrage fournit des informations précieuses aux patientes sur tous les aspects de la grossesse, de la conception à l'accueil de bébé.

Publié par le CNGOF, cet ouvrage a été élaboré par des experts, sous la direction de Jacques Lansac. Il contient des informations conformes aux données de la science lorsqu'elles existent. Sur les sujets moins consensuels, il fournit la base d'un discours commun pour conseiller les patientes. Un ouvrage à recommander aux patientes qui sont de plus en plus actrices de leur santé mais aussi à s'approprier comme une aide aux conseils que nous leur fournissons. Jacques Lansac, invite à un dialogue entre professionnels et patientes autour de cette édition récente qui a été revue à la lumière des remarques des patientes, médecins et sages-femmes.

<http://www.editions-eyrolles.com/>

Olivier THIEBAUGEORGES

Gynécologue-Obstétricien
Clinique Sarrus Teinturiers - TOULOUSE



Editions Le Croît Vif
320 pages

L'été 1940 à Saint-Martin-de-Ré

Henri STOFFT

22 €

Henri STOFFT est un obstétricien chevronné, doublé d'un historien de la gynécologie-obstétrique, dont nous avons tous dévoré les nombreux articles parus dans les Cahiers du SYNGOF. Il est encore bien plus : c'est un authentique écrivain dont je viens de lire

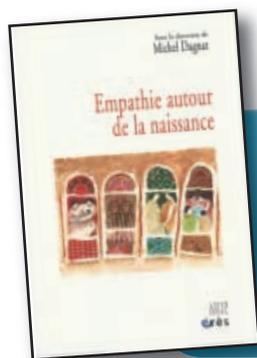
la dernière production : "L'été 1940 à Saint-Martin-de-Ré". Quel choc ! C'est une œuvre difficile à classer du fait de sa grande originalité, allant de la géopolitique au roman familial en empruntant divers sentiers littéraires et autres ! On lit ce livre d'une traite et on ne le lâche qu'après le mot *Fin*, profondément bouleversé par ce récit.

A partir de la saga de l'incroyable famille STOFFT, il aborde avec justesse, science, culture, humour et... suspense, l'ambiguïté des relations franco-allemandes de cette époque vues par un Alsacien. On découvre des personnages inoubliables : Minna l'espionne, Zette la hourra-patriote, Siggie le benêt au grand cœur, et Francine, la "mongolienne", petite sœur de Henri STOFFT, personnage important de ce roman, adulée par toute la famille,.... Quelle histoire !!

<http://www.croitvif.com>

Claude RACINET

Gynécologue-Accoucheur
Professeur émérite (Hon.) Univ. Grenoble-Alpes
Premier Vice-Président du Registre du Handicap de l'enfant
Expert honoraire près la Cour d'Appel de Grenoble
clauderacinet@orange.fr



Editions Erès - Collection "Questions d'enfances"
288 pages

Empathie autour de la naissance

Michel DUGNAT

28 €

L'empathie est une qualité nécessaire aux relations humaines avec nos patientes et savoir faire preuve d'empathie dans l'épreuve est une grande qualité. Cet ouvrage collaboratif propose une analyse de la réalité et de l'impact de l'empathie dans nos pratiques médicales obstétricales. Il intéressera tous ceux qui se demandent comment et pourquoi "ça marche".

<http://www.editions-eres.com>

Bertrand de ROCHAMBEAU



Quae Editions
191 pages

Vivons plus vieux en bonne santé

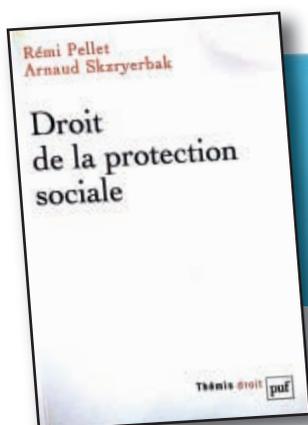
Sophie COUSIN avec Véronique COXAM

17 €

Des conseils au quotidien pour préserver son capital santé. Ouvrage de vulgarisation sur le "bien vieillir" qui analyse les changements liés à l'âge et propose des conseils utiles. Ce n'est pas un livre scientifique, il est agréable à lire et parlera aux patientes ménopausées et post-ménopausées. A conseiller après l'avoir lu.

<http://www.quae.com/fr/>

Bertrand de ROCHAMBEAU



Presse Universitaire de France - Thémis droit
573 pages

Droit de la protection sociale

Rémi PELLET, Arnaud SKZRYERBAK

36 €

Une analyse historique et comparée du droit de la protection sociale en France ; un ouvrage très complet et rendu facile à lire par son déroulé historique. Idéal pour comprendre les enjeux sociaux dont il est question dans le débat actuel avant les élections présidentielles. Rémi Pellet est notre expert du droit social pour le Syngof et nous connaissons la justesse de ses analyses qu'il nous fournit régulièrement.

<https://www.puf.com/>

Bertrand de ROCHAMBEAU

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

■ LILLE

Recherche pour succession, d'une activité actuelle de gynécologie médicale et chirurgicale et d'obstétrique un gynécologue obstétricien (ou médical). Possibilité de travailler dans un établissement de Lille centre, très bien équipé au sein d'une polyclinique médico-chirurgicale, la maternité de Niveau 2A réalise un peu plus de 2000 naissances/an, avec 10 gynécologues obstétriciens, 6 anesthésistes, 6 pédiatres. Possibilité de fonctionner seul ou en équipe pour les astreintes et les gardes sur place. Possibilité de remplacement pour connaître la clinique et l'équipe.

T. 03 20 57 99 90 - 06 07 66 40 59

■ PARIS

Gynécologue exerçant dans un cabinet de spécialistes (pédiatre, dermat, ophtalmo, ORL, kine, radio...) cède clientèle à partir de juin 2017. Charges et loyer raisonnable, fort potentiel. Peut convenir à gynécologue médical ou gynécologue obstétricien. Possibilité secteur 1 ou 2.

T. 06 08 66 24 40

■ LEVALLOIS-PERRET

Gynécologue obstétricienne installée dans cabinet médical de groupe, s2, cherche remplaçant(e) 1 à 2 fois/semaine à partir d'automne 2016 en vue cession clientèle fin juin 2017. Diplôme d'échographies obstétricales requis.

T. 06 12 53 55 72

■ BRY SUR MARNE

Cause retraite, gynécologue accoucheur cède clientèle cabinet et activité hôpital privé en décembre 2016.

T. 06 60 48 45 84

■ GOURDON EN QUERCY

Cède clientèle gynécologie-obstétrique, tenue 40 ans, dans cité médiéva-

le du Quercy à 1h30 de Toulouse et de Limoges. Possibilité de chirurgie ambulatoire à l'hôpital. Retraite septembre 2017.

T. 05 65 41 01 40

■ LE CHESNAY

Gynécologue-obstétricien, secteur 2 cherche à céder sa clientèle pour cause de départ à l'étranger. Activité importante au sein d'un hôpital privé avec 7 gynécologues-obstétriciens, maternité de niveau 2 (1300 accts/an), plateau technique sur place. Possibilité d'activité chirurgicale, PMA, échographie... Départ prévu entre juillet et septembre 2017.

T. 06 63 73 96 17

■ ST GERMAIN EN LAYE

Gynécologue obstétricien chirurgien secteur II, ancien CCA des Hôpitaux de Paris, cherche à partir de Juillet 2017 successeur, au sein d'un cabinet de 4 ACCA, installé au sein d'une clinique MCO neuve. Importante activité avec chirurgie gynécologique, oncologie chirurgicale et obstétrique, fidélisée depuis 30 ans. Pourrait convenir à deux collègues.

T. 06 68 03 90 82

■ TAHITI

Cause départ à la retraite gynécologue obstétricien vend conventionnement et clientèle dans l'enceinte d'une clinique à PAPEETE (Polynésie Française), avantages fiscaux et cadre de vie attractif, bon chiffre d'affaires, possibilité de prêts bancaires facilement accordés.

T. 689 87 77 04 84

■ FONTAINEBLEAU

Gynécologue médical cherche successeur. Patientèle gratuite...bien sûr ! Donne éventuellement tout le matériel dont: échographe Hitachi haut de gamme, colposcope Zeiss avec vidéo complète et imprimante vidéo, autoclave, table d'examen électrique etc.

T. 06 61 84 12 36

■ REIMS

Recherche pour succession gynécologue médical(e) en vue de cessation d'activité en juin 2017. Patientèle gratuite et petit prix sur matériel (échographe, colposcope, autoclave...) local en location avec possibilité d'achat. Activités de gynécologie médicale, infertilité, suivis de grossesse, échographie, un peu de sexologie.

T. 06 83 76 32 57

■ ANNEMASSE

Recherche collaboratrice(teur) ou associé(e) gynécologue obstétricien(ne), ancien interne et/ou assistant(e). Cabinet médical récent, équipement moderne, à la porte de Genève. Chirurgie gynécologique et/ou accts. Activité chirurgicale et/ou obstétricale soutenue par senior.

T. 06 72 72 01 02

■ TOULOUSE

Possibilité d'intégrer, en remplacement d'un départ à la retraite, un groupe de 6 gynécologues obstétriciens libéraux exerçant en association, au sein d'une maternité de type II, dans une clinique médico-chirurgicale de la 1^{ère} couronne toulousaine

T. 06 48 78 72 16

Remplacements

■ Spécialiste du remplacement

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

T. 04 77 57 14 90

06 81 30 65 72

■ CAGNES SUR MER

Cabinet de groupe de gynécologues accoucheurs cherche remplaçant pour toutes périodes de vacances de façons répétitives. Conditions de remplacement très simples nous laissons l'intégralité des honoraires perçus.

T. 06 10 77 50 64

■ PACA

Gynécologue-obstétricien qualifié, retraité cherche remplacements sans accouchements ni chirurgie toutes régions.

T. 06 12 28 58 58

■ PACA

Cabinet de gynécologie obstétrique avec forte activité, cherche remplaçant longue durée avec possibilité de reprise clientèle à moyen ou long terme. Possibilité d'hébergement.

T. 04 94 79 07 08

■ PACA

Interne en 10^{ème} semestre de gynéco. obs. cherche un remplacement 2 à 3 jours par semaine de mai à juillet. Remplacement gynéco, suivi de grossesse, infertilité, PMA, transferts, ponctions, échographie sono 3D gynéco et monitoring.....

T. 06 13 90 02 72

Les Annonces de Recrutement



CENTRE HOSPITALIER DE BIGORRE (65000 Tarbes – Hautes Pyrénées)
SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE, 21 lits maternité + 5 lits chirurgie

Recrute un praticien gynécologue temps plein assistant ou contractuel, titulaire du DU d'échographie pour compléter une équipe de 4,6 etp praticiens

Cadre de vie agréable, au pied des montagnes, à mi-chemin entre Toulouse et la côte atlantique.

Contacts :

- › Dr Haïdar SROUR - Chef du Pôle Mère-Enfant - 05 62 54 61 79 - hsrou@ch-tarbes-vic.fr
- › Dr Pascal CAPDEPON - Président de la CME - 05 62 54 56 49 - pcapdepon@ch-tarbes-vic.fr
- › Mme Aurélie BARATIER - Directrice Adjointe Chargée des Affaires Médicales - 05 62 54 56 37 - abaratier@ch-tarbes-vic.fr



 **Recherche un gynécologue obstétricien, temps plein pour rejoindre une équipe de 5 praticiens.**

Compétences requises :
Réalisation d'échographies obstétricales (Titulaire du DIU d'Echographie obstétricale et gynécologique).
Prise en charge de grossesses pathologiques.
Chirurgie gynécologique classique adaptée à l'urgence et chirurgie obstétricale.

Le Service Maternité de type IIB
Secteur d'hospitalisation :
Il dispose de 25 lits en hospitalisation complète, dont 2 lits « Unité Parent Bébé »
Unité de néonatalogie :
10 lits d'hospitalisation à partir de 32 SA et 1500 g, 2 lits de soins intensifs. Pédiatres en garde sur place.
Secteur naissance :
1300 accouchements en 2016, 5 salles de naissance avec 2 sages-femmes, 2 salles de consultation d'obstétrique d'urgence, 1 salle de césarienne au bloc opératoire central accolée au secteur naissance, 1 bureau médical de consultation d'urgence avec 1 échographe, Garde d'obstétrique sur place.
Service de consultation équipé de 5 échographes.



Contacts : Dr ZEPHIR - Gynécologue obstétricien - Tél. : 05 65 55 20 26 - Mail : p.zephir@ch-rodéz.fr
Mme Sophie BOURGUINE - Directrice Adjointe chargée des Affaires Médicales et de la Qualité - Tél. : 05 65 55 27 20 - Mail : damq@ch-rodéz.fr

1 DE PH EN GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE CHEFFERIE DE SERVICE PROPOSÉE



Notre équipe est actuellement composée de :

- 6 PH temps plein,
- 1 PH mi-temps,
- 1 assistant,
- 1 attaché et une sage-femme sur l'activité d'orthogénie,
- Le service reçoit des internes de spécialité et de médecine générale.

Nous avons réalisé en 2016 :

- 1400 accouchements,
- 1300 opérations chirurgicales gynécologiques et obstétricales,
- 13 000 consultations.

Voiron est une ville de 20 000 habitants située à la sortie de l'agglomération de Grenoble en direction de Lyon. La ville bénéficie de structures culturelles de qualité, sa situation entre montagne et campagne ravira les amoureux de la nature, tout en étant proche des grands centres urbains de Grenoble et Lyon, dynamiques au niveau emploi, universités et culture. Elle permet un équilibre appréciable entre vie professionnelle et personnelle pour chacun.

Voiron s'est engagé dans la construction d'un Nouvel Hôpital, l'installation dans la nouvelle infrastructure étant prévue pour 2020.

La maternité de niveau IIa réalise 1 400 accouchements, avec une garde sur place d'obstétricien, de pédiatre et d'anesthésiste.

Le service a l'agrément pour la chirurgie oncologique pour le sein et le pelvis, l'activité chirurgicale reposant actuellement sur 3 PH temps plein avec un potentiel de développement important. Le bloc opératoire accueille aussi les spécialités de chirurgie viscérale, orthopédique, ORL et urologiques.

Nous prenons en charge des couples infertiles en lien avec le centre d'AMP du CHU de Grenoble, avec une sage-femme dédiée à cette activité.

Le service cherche un PH avec une activité obstétricale ou chirurgicale au choix, ayant envie de s'investir dans la chefferie de service à court terme.

Dr Otu Katia
Tél. : 04 76 67 14 85 - Mail : maternite.otu@ch-voiron.fr



Le Centre Hospitalier de Dinan, idéalement situé en Bretagne, à 53 km de Rennes, 33 km de Saint Malo et 3 h de Paris, recherche pour compléter son équipe médicale :

Au sein du pôle Femme-Enfant, UN GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS TEMPS PLEIN OU PARTIEL

Qualifié avec compétences échographique, chirurgie gynécologique, coeliochirurgie et IVG. Maternité à taille humaine de niveau 2a comprenant 16 lits. Maternité à 40 minutes d'une maternité de niveau 3. 735 accouchements, 14 000 consultations par an.

Pour tout renseignement, contactez :

Madame DENIEL
Directrice déléguée
Tél. : 02 96 85 72 90
Mail : direction@ch-dinan.fr

Docteur KLOUCHE
Chef de pôle
Tél. : 02 96 85 72 85 poste 2616
Mail : all.klouche@ch-dinan.fr



Le CH de Redon recrute Gynécologue-obstétricien



L'ÉTABLISSEMENT

Le Centre Hospitalier Intercommunal Redon Carentoir est un établissement de proximité de taille moyenne doté d'un service d'urgences SMUR, d'un plateau technique (imagerie médicale et bloc opératoire) et développe une offre de soins complète avec de nombreuses spécialités (Médecine gériatrique, chirurgie orthopédique et viscérale, cardiologie, pneumologie, hépatologie-gastrologie, pédiatrie, gynécologie, psychiatrie, consultations spécialisées neurologiques, néphrologiques, urologiques, oncologiques...). Le projet médical est porté par une équipe dynamique et conviviale, en coopération permanente avec le CHU de Rennes.

Redon est un carrefour fluvial au cœur de la Bretagne, situé à 60 km au sud-ouest de Rennes et 60 km au nord-ouest de Nantes, à proximité de l'océan, du Golfe du Morbihan, de la Baule, du Croisic, ainsi que de la forêt de Brocéliande. Redon possède un riche patrimoine historique, des sites naturels proches, des produits artisanaux et du terroir.

LE POSTE

Au sein du pôle Femme-Enfant, pour compléter son équipe médicale soudée et conviviale de 4 praticiens dont un à temps partiel, le CH de Redon recrute **UNE GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIENNE** avec pour missions : Maternité de niveau 1, 20 lits d'hospitalisation dont 3 lits pour grossesses pathologiques et 600 accouchements par an - 2 salles d'accouchement et 1 salle d'accouchement physiologique - Activité au bloc obstétrical - Chirurgie gynécologique conventionnelle et ambulatoire - Consultations gynécologiques - Echographies.

Profil du candidat

- Être titulaire d'un diplôme de chirurgien gynécologue-obstétricien.
- Être inscrit à l'Ordre des médecins français.
- Diplômes complémentaires souhaités : DU d'échographie obstétrical.

Conditions d'exercice et astreintes

- Poste : temps plein : 10 demi-journées par semaine/25 congés annuels et 19 RTT par an.
- Possibilité de temps partiel.
- Astreintes opérationnelles : gardes de 24 heures forfaitisées avec modalités de récupération ou de rémunération selon la réglementation en vigueur.

Personne à contacter

Renseignements et contact :
Direction des Affaires Médicales - Mme Sonia LEMARIE
Tél. : 02 99 71 79 53 - Email : secretariat.direction.za@ch-redon.fr
Renseignements médicaux :
Dr Jean HELLOU - Responsable du service de gynécologie-obstétrique
Tél. : 02 99 71 72 52 - Email : jean.hellou@ch-redon.fr



Le Centre Hospitalier de Dreux 80 km de Paris RECRUTE UN GYNÉCOLOGUE

pour renforcer son équipe médicale, composée de 8 PH PH ou PHC inscrit au conseil de l'Ordre. Participant aux gardes et à l'activité du service. Contrat ou recrutement temps plein ou incomplet.

Le service de gynécologie et de consultation comporte 8 lits d'hospitalisation complète, 7 places d'HDJ, 1 laboratoire AMP, 1 salle de consultation d'urgence, 3 salles d'examen, 5 salles de consultation, 3 salles d'échographie, 1 salle d'exploration fonctionnelle, 1 lieu d'accueil, 1 lieu de prise de RDV physique et téléphonique.

Un service de maternité niveau IIa, environ 1 700 accouchements. Un bloc obstétrical de 4 salles et 5 chambres. Agrément universitaire pour les internes.

Personne à contacter

Les candidatures sont à adresser :
Claude VIRTOS - Chef de pôle parents-enfants - Chef de Service de Gynécologie - cvirtos@ch-dreux.fr
Nicolas ALEXANDRE - Directeur des Ressources Humaines et Affaires Médicales - smincheneau@ch-dreux.fr



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



**ACTIONS
SANTÉ
FEMMES**

Siège Social : 50, rue Raffet – 75016 PARIS
Association loi 1901 - Siret 810 382 887 - Siren 810 382 887 00018

The logo for "Actions Santé Femmes" features a stylized profile of a woman's head in blue, with a green globe of the Earth integrated into the shape of her hair. The text "ACTIONS SANTÉ FEMMES" is written in blue capital letters to the right of the profile. Below the logo, the address "Siège Social : 50, rue Raffet – 75016 PARIS" and the legal information "Association loi 1901 - Siret 810 382 887 - Siren 810 382 887 00018" are displayed in white text on a green background.