

LES
CAHIERS

SYNGOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France



112

Mars
2018

- Compte rendu de l'AG du SYNGOF
- Contraception de la jeune fille mineure
- Décisions administratives et judiciaires



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



112

The Bridgeman Art Library



Madame Vigée-Lebrun and her Daughter, Jeanne-Lucie-Louise (1780-1819) 1789 (oil on canvas)

Vigée-Lebrun, Elisabeth Louise (1755-1842).
Louvre, Paris, France

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 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 2018
Imprimé en France
MARAVAL - 34110 FRONTIGNAN

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

3 Éditorial

B. de ROCHAMBEAU

INFORMATIONS SYNDICALES

4 AG du 2 mars 2018 et Conseil d'administration

B. de ROCHAMBEAU

11 "Madame, auriez-vous des produits naturels pour l'IVG"

E. PAGANELLI

12 Contraception de la jeune fille mineure

P. BARDON, E. PAGANELLI

15 Le SYNGOF vous informe : Arrêt du Cytotec®

PRATIQUE MÉDICALE

17 Recommandations pour la pratique clinique :
L'interruption volontaire de grossesse

Groupe de travail du CNGOF

DROIT ET GYNÉCOLOGIE

24 Décisions administratives et judiciaires

H. CHEREAU, O. LECA,

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

31 "Sauver la mère ou sauver l'enfant" à l'émergence d'une science obstétricale

P. TOURAME

VOS RUBRIQUES

37 Petites annonces

38 Les annonces de recrutement

mars



SÉMINAIRE GYNELOG 2018

Vendredi 14 septembre (17h00)
au Dimanche 16 septembre (12h00)



Hôtel Novotel Thalassa Oléron Saint-Trojan

Thème de la formation

Gestion du risque en équipe en gynécologie médicale et obstétrique

Vous pouvez d'ores et déjà vous inscrire sur syngof@gmail.com
en envoyant
vos nom prénom, n° RPPS, date de naissance et n° de téléphone portable



BERTRAND DE ROCHAMBEAU
DIRECTEUR DE PUBLICATION

L'obstétrique sortie du panier de soins

Dans son article 1, la loi de modernisation du système de santé adoptée le 26 janvier 2016 pose : "La politique de santé relève de la responsabilité de l'Etat", en particulier "L'animation nationale des actions conduites dans le cadre de la protection et de la promotion de la santé maternelle et infantile mentionnée à l'article L. 2111-1"; et "La prise en charge collective et solidaire des conséquences financières et sociales de la maladie, de l'accident et du handicap par le système de protection sociale". Le financement du système de protection sociale et de santé français repose en premier lieu sur l'assurance maladie obligatoire (AMO) qui garantit le financement d'un "panier de soins" de base. En complément de ce panier de soins limité, les assureurs maladie complémentaires (AMC) proposent des garanties financières qui limitent le "reste à charge" des patientes. Ainsi l'Etat a successivement rendu obligatoire pour tous les salariés l'assurance complémentaire, fournissant aux assureurs une clientèle captive, puis a fixé le champs de remboursement de ces complémentaires dans les contrats dits "responsables et solidaires", assurant la prise en charge des frais hospitaliers et limitant celle des honoraires des médecins. Dans le même temps un certain nombre d'assureurs ont modifié leurs contrats qui remboursent les honoraires des médecins en excluant la prise en charge des honoraires d'accouchement par voie basse, mais en maintenant la prise en charge en cas de césarienne.

Il s'agit, ni plus ni moins que de la sortie de l'obstétrique du panier de soins solidaire.

Le reste à charge des patientes qui font le choix de l'obstétrique libérale, alors qu'elles sont assurées pour cela par un contrat qui rembourse les honoraires au-delà du tarif de l'AMO, ne sont plus remboursées que s'il y a une césarienne. L'Etat qui maintient des tarifs AMO très bas laisse ainsi les AMC sortir du panier de soins de base l'obstétrique libérale.

C'est une très mauvaise nouvelle à double titre : c'est un coup de plus porté à l'obstétrique libérale, alternative au tout public, privation de la liberté de choix pour les patientes. Mais aussi c'est une prime à la césarienne et donc une très mauvaise nouvelle pour la pertinence des soins.

L'Etat doit reprendre la main et faire respecter par les AMC le panier de soins solidaire dont l'obstétrique ne peut être exclue. Le SYNGOF, associé au CNGOF a lancé une alerte publique et poursuit son action auprès du ministère de la santé pour que cette initiative désastreuse de certains assureurs soit sans lendemain.

À partir de l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORF-TEXT000031912641&categorieLien=id>

Assemblée Générale et Conseil d'Administration

2 mars 2018

B. de ROCHAMBEAU*

80% des naissances ont lieu à l'hôpital public et 20% dans les cliniques privées. Aujourd'hui 30 départements en France n'ont plus de maternité privée.

é

étaient présents les Docteurs :

BLUM, BONNEAU, BOYER DE LATOUR, CACAULT, COICAUD, DE BIEVRE, DE ROCHAMBEAU, DROUIN, GARRIOT, GRAVIER, GUIGUES, HOMASSON, HOROVITZ, LAPLACE, LE PORS-LEMOINE, LEGRAND, MARTY, MIRONNEAU, PAGANELLI, PEIGNÉ, RIVOALLAN, ROBION

Étaient excusés les Docteurs :

BASTIAN, BOHL, CAMAGNA, DARMON, GERAUDIE, GRISEY, GUERIN, LAZARD, LONLAS, THIEBAUGEORGE VERHAEGHE

Le Président, le Dr de ROCHAMBEAU ouvre l'Assemblée Générale à 13h45. Il propose l'adoption du compte rendu de la précédente AG. Celui-ci est adopté à l'unanimité des membres présents. Il annonce ensuite que chaque pôle du SYNGOF va présenter son rapport d'activité.

Rapport des pôles

Pôle gynécologie médicale E. PAGANELLI

Le Dr PAGANELLI informe l'AG qu'il y a de moins en moins d'inscrits en gynécologie médicale (GM) au SYNGOF. Elle explique qu'un certain nombre prennent leur retraite et stoppent leur affiliation au SYNGOF.

Le pôle GM du SYNGOF soutient la spécialité de gynécologie médicale recréée en 2003. Le SYNGOF était présent à la Journée anniversaire du CDGM (Comité de Défense de la Gynécologie Médicale). Le CDGM a fêté ses 20 ans le 18 novembre 2017 au Palais du Luxembourg et avait invité associations, élus et syndicats. Le SYNGOF remercie l'énergie déployée

par le CDGM pour sauver la gynécologie médicale. En défendant la gynécologie médicale on soutient l'ensemble de la gynécologie française. On ne peut que regretter l'absence de comité semblable en gynécologie obstétrique fait par les femmes et pour les femmes

Le pôle GM du SYNGOF demande la poursuite d'un nombre suffisant de postes d'internes en GM.

Les gynécologues obstétriciens et les gynécologues médicaux par la complémentarité de leurs compétences et par cette double voie de formation universitaire sont une spécificité française mais aussi une richesse universitaire Française.

Le pôle GM du SYNGOF soutient la demande d'une commission de qualification des gynécologues composée de GM et de GO.

La Présidente de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale souhaite fortement qu'un gynécologue médical puisse siéger dans la commission de qualification des gynécologues.

Il n'existe pas de commission spécifique de qualification pour la gynéco-

En améliorant les tarifs des soins gynécologiques au cabinet du gynécologue médical, on peut espérer des nouvelles installations de GM en libéral pour compenser les départs en retraite des GM issus du CES.

*Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

IMPORTANT

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.

logie médicale au niveau du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Le rôle est assuré par la commission de qualification en GO.

Un nombre important de médecins généralistes (MG), principalement des jeunes femmes, se sont orientés vers des activités ciblées comme la gynécologie médicale, tout en gardant le statut de généraliste. Leur rôle est loin d'être négligeable en particulier dans les hôpitaux où elles ont souvent pris en charge des secteurs relativement délaissés comme l'orthogénie, la contraception et le dépistage. Jusqu'à ce jour les membres de cette commission s'étaient tenus à une règle intangible de refus, considérant que des DES de médecine générale, n'avaient pas à être requalifiés comme spécialistes.

Actuellement, il existe une procédure validée par le Professeur Pouly permettant de qualifier des médecins généralistes en GM par la commission de qualification en gynécologie obstétrique et de fait en gynécologie médicale du CNOM.

Certaines des demandes faites, peuvent être assimilées à des "Validations des Acquis d'Expérience" (VAE), alors que d'autres demandes sont parfaitement illégitimes.

Il paraît donc indispensable que la commission de qualification ait un ou plusieurs GM en son sein.

Le pôle GM du SYNGOF s'invite au débat entre parole libérée et *gynéco bashing*. Il a participé avec les obstétriciens à la concertation de la profession sur ce sujet.

Face à ce mouvement de femmes qui perdent la confiance envers les obstétriciens, nous devons participer à la réflexion et souhaiter comme le pôle

des GO du SYNGOF l'amélioration des conditions de la naissance en mettant la pression sur le gouvernement pour augmenter le nombre de gynécologues formés en France. Il nous faut également mieux connaître la problématique des maternités. Merci à Odile Buisson pour sa plume et sa parole sur les plateaux TV.

Le pôle GM du SYNGOF se félicite des nouveaux tarifs conventionnels.

En améliorant les tarifs des soins gynécologiques au cabinet du gynécologue médical, on peut espérer des nouvelles installations de GM en libéral pour compenser les départs en retraite des GM issus du CES.

Pôle gynécologie obstétrique B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU répond en priorité à un administrateur qui faisait part du manque de candidats à la reprise des cabinets de gynécologie. Il explique que l'alternative du médecin généraliste est tentante mais qu'il faut étudier leur formation et les stages qu'ils ont réalisés. Le Dr LE PORS dit, que dans son établissement, ils sont bien formés en gynécologie.

Cette problématique sur le premier recours menace fortement la pérennité de la gynécologie obstétrique privée dans nos territoires. Il rappelle la situation actuelle : 80% des naissances ont lieu à l'hôpital public et 20% dans les cliniques privées. Et aujourd'hui 30 départements en France n'ont plus de maternité privée. Depuis 2 ans, vous m'entendez dire que pour développer les établissements privés qui peuvent l'être nous devons nous appuyer sur les sages-

femmes pour recruter. Elles représentent une force pour sauver les maternités privées.

Il y a 2 solutions : soit l'établissement nous les impose, soit nous les choisissons et nous travaillons avec elles dans une bonne répartition des tâches. Cela permettra à la maternité privée d'avoir un débit important de patientes qui viendront accoucher.

Il y a une complémentarité de nos deux métiers. Les derniers travaux et publications du Collège ont déterminé ce qui relève des compétences des gynécologues obstétriciens et ce qui relève des compétences des sages-femmes. Il faut s'appuyer sur ces travaux pour les prendre à nos côtés et essayer de sauver nos maternités. Il faut aussi jouer le jeu avec les sages-femmes libérales qui vous adressent de la clientèle en leur renvoyant les patientes sinon elles enverront celles-ci à l'hôpital.

La deuxième chose importante en 2017 a été la mise en place de la nouvelle convention. L'invitation à signer les options tarifaires OPTAM et OPTAM CO. La profession s'est beaucoup investie et a suivi les efforts que nous avons faits. Les gynécologues obstétriciens sont ceux qui ont le plus signé l'OPTAM et je pense qu'ils y trouvent un intérêt dans la gestion de leurs honoraires. Ceci ouvre une nouvelle ère pour le secteur 2 qui est un secteur 2 où l'on négociera le niveau de liberté avec l'idée de le négocier contre une augmentation des tarifs opposables. Nous avons une deuxième raison pour choisir l'optam qui est la solvabilisation de nos honoraires. Il y a beaucoup de régions où il y a très peu de dépassements car la population ne peut pas les financer.

Il semblerait que ces contrats correspondent bien à l'attente de la profession mais nous allons continuer pour obtenir des honoraires décents. Le troisième point a été le *gynéco bashing*. J'ai dû passer beaucoup de temps cet été à répondre aux journalistes, à défendre la profession et à faire comprendre ce qu'est notre métier, ce qu'est la maternité, ce que constitue un accouchement dans la vie d'une femme, ce qui était tout à fait éloigné des agitateurs qui ont fait jaillir ce sujet. Quand on les entend ils parlent du bien-être de la femme, du respect de la personne mais dans des circonstances où il était fait abstraction de notre métier difficile. Nous avons beaucoup d'arguments à faire valoir pour dire que nous faisons de notre mieux même si nous ne réussissons pas toujours. Nous étions loin des schémas dans lesquels on a tenté de nous enfermer : le médecin qui domine tout et impose tout même si dans les équipes il y a toujours de personnalités difficiles. Nous avons dû beaucoup nous défendre et je pense que ce n'est pas fini car vous avez dû vous rendre compte que maintenant tout le monde est touché. C'est un vrai problème de société entre les hommes et les femmes. Il nous faut être vigilant car pour l'instant c'est sur le terrain politique, public, médiatique mais bientôt ce sera dans les tribunaux. Il faut s'y préparer. Nous avons commencé une réflexion lors des dernières journées du Collège sur ce qu'il faut faire ou ne pas faire lors des consultations. Le Dr BLUM a travaillé sur un texte qui sera lu lors du CA qui suit. Le dernier point qui nous concerne est le problème récurrent de la RCP et du trou de garantie entre 2002 et 2012 qui touche un certain nombre de gynécologues que nous défendons. Nos confrères ont eu des sinistres qui ne sont pas pris en charge par leur assureur. Le fonds créé pour résoudre ce problème ne prend en

compte que les sinistres après 2012. Le SYNGOF au sein du BLOC a rencontré récemment le directeur de cabinet de la Ministre et nous lui en avons reparlé. Nous avons eu une oreille attentive et nous allons proposer un texte pour modifier l'accès à ce fonds.

Nous avons aussi discuté du problème de l'aide à la prime d'assurance dont certains de nos confrères sont exclus car ils font trop d'actes techniques non qualifiants.

Nous avons été entendus par le directeur de cabinet de Madame BUZYN et nous pensons que la situation devrait évoluer dans le bon sens car il nous a demandé de lui soumettre un texte de modification du décret.

Pôle PH

P. LE PORS-LEMOINE

L'année 2017 a été marquée par la prise de contact avec la nouvelle équipe ministérielle.

Fin août, rendez-vous conjoint d'AH (Avenir Hospitalier) et de la CPH (Confédération des Praticiens des Hôpitaux, permettant d'évoquer les problèmes non résolus de l'attractivité des carrières et de la démographie médicale, l'importance d'un réel projet médical guidant l'évolution des GHT (tout particulièrement en périnatalité).

Plus spécifiquement, le *gynéco bashing* lié à la campagne contre les violences obstétricales a été vivement dénoncé.

La ministre, elle-même longtemps PH, a les codes, la question étant celle des moyens dévolus... et les dernières annonces budgétaires sont inquiétantes.

D'autres rendez-vous ont suivi alors qu'un décret sur le Conseil Supérieur des Professions Médicales Hospitalières est en préparation.

Les hôpitaux vont mal :

Max André DOPPIA, Président d'Avenir Hospitalier trop tôt décédé, en novembre 2017 (cf édition Les Cahiers Syngof n°111) a beaucoup

œuvré contre la souffrance au travail, en particulier par la création du site "*dis doc t'as ton doc*" accessible à tous les médecins.

L'action des syndicats au travers de leurs représentants élus au Centre National de Gestion des PH (la gynécologie obstétrique siège en commission de chirurgie), ainsi que celle de l'association J. L. MEGNIEN de lutte contre le harcèlement à l'hôpital ont souligné l'urgence à agir, et la mission de médiation confiée à Edouard COUTY a été confirmée.

Actuellement se met en place un réseau gradué visant à désamorcer au plus tôt les éventuels conflits au sein des services et/ou des établissements.

Au niveau des hôpitaux (vie interne ou médiation interne) des régions (Commissions Régionales Paritaires : CRP) et au niveau national : mission COUTY, nomination de médiateurs professionnels nationaux et régionaux. 2018 va sans nul doute être marquée par l'évolution des GHT, et la périnatalité est très concernée : refus strict de voir les PH nommés non plus dans un hôpital, mais dans un GHT, puis traités en pion, et affectés au gré des directions dans l'un ou l'autre des établissements du GHT, sans tenir compte de leur avis médical éclairé sur la sécurité des plateaux techniques...

A contrario, point n'est besoin de contrainte si un projet est réellement guidé par un intérêt d'organisation médicale au service des usagers !

Enfin se tiendront fin 2018 les élections professionnelles des PH (élections des représentants en commission statutaire et disciplinaire du CNG) : la gynécologie obstétrique fait partie des commissions de chirurgie, et afin de défendre au mieux les confrères, mais aussi de bâtir ensemble l'avenir de la profession, il est capital que tous se mobilisent.

Dans ce but Avenir Hospitalier et la Confédération des Praticiens des Hôpitaux associent leurs forces de représentation au sein d'Action Praticiens Hôpital (APH).

Elections des administrateurs B de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU remercie les administrateurs qui se représentent et demandent aux docteurs COICAUD et GARRIOT de se présenter à l'assemblée. Ensuite le vote a lieu.

Se présentent :

Marianne COICAUD pour Nouvelle Aquitaine

Contre : 0

Abstention : 0

Elue

Benoit GARRIOT dans les Hauts de France

Contre : 0

Abstention : 0

Elu

Se représentent :

Mireille BONNEAU en Ile de France

Contre : 0

Abstention : 0

Elue

François-Xavier BOYER de LATOUR dans les Hauts de France

Contre : 0

Abstention : 0

Elu

Béatrice GUIGUES en Normandie

Contre : 0

Abstention : 0

Elue

Philippe MIRONNEAU en Bourgogne – Franche Comté

Contre : 0

Abstention : 0

Elu

Le Dr de ROCHAMBEAU annonce la démission de Jean MARTY, trésorier du SYNGOF, pour la fin 2018.

Le Dr de ROCHAMBEAU souhaite que l'AG statue sur un point important qui est la responsabilité des présidents en exercice. Il rappelle le conflit qui existe depuis des années avec l'association Union Collégiale, qui a créé le deuxième collège et permis la représentation du SYNGOF, mais a un président qui a porté plainte contre le Dr MARTY alors Président du SYNGOF. La plainte court toujours et il faut absolument

que le SYNGOF prenne en charge la responsabilité totale de ces actions en justice contre le président en exercice.

L'avocat du SYNGOF a préparé une résolution lue par le Dr de ROCHAMBEAU qui permet de garantir que le Dr MARTY ne soit pas poursuivi à titre personnel mais dans le cadre de sa fonction au SYNGOF. Il appartient à l'AG du SYNGOF de statuer sur ce sujet et le Dr de ROCHAMBEAU propose la résolution suivante :

Résolution : "L'Assemblée générale décide de prendre en charge les frais de justice que le Dr MARTY serait contraint d'engager pour assurer sa défense dans le cadre des procédures diligentées à son encontre en qualité de Président de l'UCCMSF (Union collégiale) et de le garantir contre toute condamnation pécuniaire prononcée à son encontre dans le même cas. A cet effet, l'assemblée générale autorise le bureau à mettre en réserve sur un compte spécifique d'ores et déjà les sommes nécessaires qui seront évaluées en concertation avec l'avocat du SYNGOF".

Vote des administrateurs sur cette résolution :

Contre : 0

Abstention : 0

La résolution est adoptée à l'unanimité

Rapport du trésorier et fixation de la cotisation Jean MARTY

Le bilan, le dernier que je vous présenterai est, cette année, largement excédentaire car les dépenses ont été réduites. Les frais de participation à la négociation conventionnelle de 2016 n'ont pas été reconduits cette année.

Les recettes ont par ailleurs augmenté. Ces frais conventionnels ont été compensés par les fonds conventionnels et surtout Nadine PRUGNY a été

particulièrement efficace dans la collecte des cotisations.

Les confrères cotisent parce qu'elle maintient un système de réponse adaptée immédiate à leurs interrogations professionnelles parfois compliquées. Ce qui l'a conduit à me solliciter très souvent pour mon expérience syndicale. Elle aussi va arrêter son activité au sein du SYNGOF. Je crois important pour le SYNGOF de bien prendre conscience de l'attente d'un tel service. Aussi il faudra reconstituer un système de réponse par une personne d'expérience pour que les affiliés restent satisfaits et que les cotisations continuent demain à "rentrer".

Tout au long de mon exercice nous n'avons pas eu à augmenter la cotisation. Ce sera encore le cas cette année.

Compte rendu du comptable lu par le Dr MARTY

La clôture du bilan au 31 décembre 2017 du Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France fait apparaître un excédent de 56055,00 €. Ce résultat est en progression de 59151 € par rapport au résultat de l'année dernière.

Le montant du chiffre d'affaires au 31 décembre 2017 s'élève à 316975 €, contre 251005 € l'année dernière. Cette augmentation de plus 65000 € est liée à un changement de méthode de comptabilisation des créances douteuses. Elle vient contrebalancer les pertes sur créances irrécouvrables de 104780 €. L'augmentation la plus importante vient d'une refacturation des frais de secrétariat pour 18200 € (inexistants les années passées). Les publicités revues, quant à elles, sont stables à hauteur de 21213 € et les cotisations sont de 277562 €. La reprise sur provision pour cotisations impayées est de 105010 € et les transferts de charges sont de 7109 €.

Les charges d'exploitation passent, quant à elles, de 262271 € l'année dernière à 378359 € pour cette année soit une augmentation de

116089 €. Cette augmentation est également liée au changement de méthode de comptabilisation des créances douteuses. Les frais d'éditions sont en légère baisse de 1597 € pour arriver à la somme de 17673 €. La location de salle est en augmentation pour atteindre la somme de 3260 €. La location de box est stable à hauteur de 1766 €. Les honoraires de l'expert-comptable sont stables à hauteur de 2340 €. Le poste Gestion et conseils est en net repli car il est passé de 16000 € l'année dernière à 2500 € cette année soit une baisse de 13500 €. La relation avec la presse est de 12325 €. Le poste Voyages et déplacements est en baisse de 7009 € pour atteindre la somme de 33779 €. Le poste Conférence téléphonique est également en baisse de 401 € pour atteindre 405 €. Le poste Autres services extérieurs (facturation Le bloc) est en augmentation de

3000 € pour atteindre la somme de 22320 €. Les charges de personnel sont en hausse de 6227 € pour atteindre la somme de 89055 €. Les dotations aux amortissements sont en baisse de 1061 € pour arriver à la somme de 1242 €. La provision de cette année pour les créances douteuses est de 65230 €. Les revenus des autres créances sont en hausse et arrivent à un montant de 7099 €. Les charges sur exercices antérieurs s'élèvent à 1777 € et correspondent à des remboursements de frais de déplacement des années passées.

Le Dr MARTY informe le SYNGOF du départ de la comptable Claudine en fin d'année et du départ de Nadine PRUGNY en début d'année 2019. Il va transférer ses connaissances au Dr Antoine GRAVIER qui gèrera la trésorerie l'an prochain. Une réorganisation complète du syndicat va être nécessaire y compris le change-

ment de siège social qui est à l'heure actuelle à Albi. Béatrice LE NIR pourra jouer un rôle de conseil pour les adhérents du SYNGOF comme elle l'a déjà fait à un moment donné.

La cotisation "membre actif" est proposée pour 2019 à 230 € sans changement. **Accepté à l'unanimité des membres de l'assemblée.**

Changement du tarif adhésion des internes qui passe au tarif annuel de 10 €

Vote du quitus au trésorier :

Contre 0

Abstention 1

Quitus est donné au trésorier

Le Dr de ROCHAMBEAU remercie le Dr MARTY pour la bonne gestion de la trésorerie au cours de toutes ces années.

L'Assemblée générale est fermée à 15h43

Conseil d'administration

Le Président ouvre le Conseil d'administration et propose aux présents de rester pour cette réunion s'ils le souhaitent.

Approbation du PV de la séance précédente **B. de ROCHAMBEAU**

Le PV est adopté à l'unanimité

Le Gynéco bashing: ce que l'on sait des acteurs et notre réponse coordonnée avec le CNGOF **B. de ROCHAMBEAU**

Le Dr de ROCHAMBEAU revient sur le gynéco bashing de l'été dernier et surtout sur les pancartes insultantes sur le Grand Palais à Lille lors des Journées du Collège. Ces pancartes étaient très

fortes contre les gynécologues avec des slogans de haine. Une enquête a été menée auprès, tout d'abord, des représentants des patients qui étaient sur place et aucune de ces associations n'était au courant. Grâce à la recherche de l'UFML présidé par Jérôme MARTY, nous sommes remontés à des groupuscules situés en Belgique qui s'opposent à toutes les autorités y compris au monde médical. Ils ont repris les mêmes expressions (avec fautes d'orthographe) qu'ils avaient déjà utilisées pour d'autres actions du même type ce qui a permis de les retrouver. Ce type de mouvement récupère les problèmes de toutes sortes. Nous avons convenu avec le Collège de ne pas porter plainte car cela n'aboutirait pas et de discuter plutôt avec les associations présentes sur place. Celles-ci ont posé des questions pertinentes auxquelles nous apportons progressivement des réponses à partir des

recommandations du Collège sur la grossesse normale et l'accouchement normal par exemple.

La bataille pour le CS + Echo : Mise en place d'un plan d'action **B. de ROCHAMBEAU**

Le Dr de ROCHAMBEAU rappelle que la nomenclature ne permet pas de coter le CS + Echo en dehors des 3 échographies de grossesse prévues par l'assurance maladie. Pour le reste il y a impossibilité d'associer un acte clinique à un acte technique au cours d'une consultation. Nous pensons qu'en gynécologie comme en cardiologie nous devrions pouvoir associer certains actes. Il va falloir faire bouger la nomenclature. Pour cela il faut que le SYNGOF soit puissant et lors d'un précédent CA nous avons donné le feu vert pour que certains cotent le CS +

Echo, soient poursuivis par leur caisse et que nous puissions les défendre. Le syndicat mettra les moyens nécessaires pour médiatiser ce combat.

Le SYNGOF a déjà gagné 2 fois ce droit en cassation et nous allons faire évoluer cette nomenclature.

Nous avons un argument pour CS + Echo, en cours de grossesse mais pour CS + Echo, pour la gynécologie il faudra trouver des arguments.

Le Dr de ROCHAMBEAU informe que, de par notre participation à la Convention, il a déjà introduit ce sujet et il faut mettre en place un argumentaire pour le proposer en commission. La faisabilité sera le coût de cette mesure pour l'assurance maladie.

Discussion avec la salle

Commission qui va travailler sur ce sujet : le Dr RIVOALLAN, le Dr PAGANELLI, le Dr BONNEAU et le Dr MIRONNEAU.

Le déremboursement des actes de la naissance par les assurances complémentaires B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU informe la salle qu'un certain nombre d'assurances complémentaires ne financent plus les honoraires de l'accouchement naturel mais seulement ceux de la césarienne. Lorsqu'il s'agit d'une césarienne les actes sont remboursés en tant qu'actes de chirurgie. Il pense que ces assureurs voient peu d'actes de la naissance remboursés en complémentaires pour leurs adhérents. De ce fait ils ont transformé leur aide en une somme forfaitaire pour la naissance.

C'est certainement parce que 80% des naissances ont lieu dans les hôpitaux publics donc sans dépassement. Dans les établissements de santé privés, comme la situation est difficile, nos confrères font les accouchements au tarif opposable. Cela signifie que le tarif opposable devient

incontournable dans les actes de la naissance ce qui aboutit à une dévalorisation de nos pratiques car les coûts sont ceux des honoraires des sages-femmes.

A l'heure actuelle que ce soit un gynécologue ou une sage-femme qui fait l'accouchement, l'assurance maladie paie la même chose. De ce fait c'est une incitation à faire des césariennes puisque les médecins seront mieux payés qu'en faisant un accouchement naturel. Or nous essayons par tous les moyens d'améliorer nos pratiques pour faire les césariennes à bon escient. Cela risque de faire gonfler le pourcentage de césariennes.

Face à ce double constat j'ai échangé avec le Collège et nous allons écrire aux complémentaires et faire un communiqué commun sur ce sujet pour manifester notre inquiétude et notre désaccord sur ces pratiques.

La césarienne d'urgence de jour dans la nouvelle CCAM B. de ROCHAMBEAU

Dans la dernière convention, pour tout acte chirurgical réalisé dans les 6h d'une admission en urgence nous avons un modificateur qui augmente les honoraires pour cette chirurgie de 80 €. Ceci s'applique à toutes les interventions qui sont regroupées dans une liste limitative. En étudiant cette liste nous avons remarqué qu'il n'y avait pas les césariennes or la césarienne d'urgence est courante en gynécologie. L'assurance maladie interrogée a répondu qu'il y avait déjà une cotation "césarienne d'urgence" qui tenait compte d'une majoration des honoraires. La césarienne d'urgence comporte un supplément de 40 € et non de 80 €. J'ai fait remarquer à l'assurance maladie que le compte n'y était pas et que nous n'acceptons pas que notre majoration d'urgence soit moitié moindre de celles des autres spécialités.

Le financement du DPNI B. de ROCHAMBEAU

Le DPNI n'avait pas de financement par l'assurance maladie et les maternités privées devaient passer par l'hôpital public. L'ensemble des discussions est terminé et le haut conseil de l'assurance maladie a validé le financement à hauteur de 369€ du DPNI. Les textes réglementaires vont paraître dans les jours qui viennent. On a parlé aussi des gaz du sang. Ces données sont indispensables à la naissance et les discussions portent sur le nombre d'analyses et comment modifier le financement des biologistes en salle de naissance.

Mise en place du E Learning B. de ROCHAMBEAU

Le Dr de ROCHAMBEAU explique que les confrères du BLOC ont demandé des devis à d'autres opérateurs que Gynerisq pour l'organisation des e-learning. Deux entreprises ont répondu. Il doit en discuter avec ses co-présidents car il souhaiterait que cela avance et que l'on soit efficace. Pour Gynerisq on sait comment cela fonctionne et on connaît bien les opérateurs. Une fois qu'une décision sera prise pour choisir l'opérateur il faudra alimenter cet e-learning en questions-réponses.

Les violences obstétricales B. de ROCHAMBEAU

Le Dr BLUM a fait une étude sur le sujet. Son texte est lu par le Dr de ROCHAMBEAU à l'assemblée.

Ce dernier demande une relecture par les femmes de l'assemblée afin ensuite de pouvoir le publier.

Les Dr ROBION, Dr COICAUD, Dr BONNEAU et Dr PAGANELLI vont relire et donner leur avis sur le texte.

La séance est levée à 17h00

Droit de réponse du Cabinet Branchet

Suite à l'article paru dans les cahiers du SYNGOF de décembre 2017 (9 – SHAM et BRANCHET, page 22), le Cabinet Branchet souhaite exercer un droit de réponse et apporter les précisions suivantes :

Quelques chiffres :

- L'âge : 21% des obstétriciens assurés par le Cabinet Branchet ont plus de 65 ans à ce jour (dont 4 de plus de 70 ans) ;
- Montant des primes d'assurance : 89% de nos obstétriciens ont un tarif inférieur au plafond de prise en charge par la CPAM ;
- Refus d'assurer : en 2017, sur 114 sollicitations d'obstétriciens, le cabinet Branchet a refusé seulement 4 dossiers.

Vous semblez sous-entendre que, par opposition à SHAM, le Cabinet Branchet pose au syndicat des "problèmes de sélection du portefeuille". Ces chiffres ne vont pas dans ce sens. De plus, en vertu du partenariat nous liant, nous sommes à la disposition du SYNGOF pour échanger suite à un refus d'assurance opposé à un obstétricien mais n'avons jamais été saisis d'une seule demande en ce sens.

Enfin, vous indiquez que rien dans votre expérience ne vous a montré que la couverture de l'établissement et du praticien par le même assureur posait un problème. Nous tenons à votre disposition des illustrations très précises de dossiers démontrant le contraire dont nous serions heureux de discuter, voire de publier dans vos Cahiers.

Ceci étant précisé, nous souhaitons confirmer les bonnes relations du cabinet Branchet avec le Syngof.



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

- | | |
|--|----------------|
| <input type="checkbox"/> 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 € |
| <input type="checkbox"/> Obtention du logiciel MédyCS (seul) (pour UN médecin et son secrétariat). | 290 € |
| <input type="checkbox"/> Option : Module FSE Pyxvital (pour UN médecin et son secrétariat) (TVA incluse) | + 324 € |
| <input type="checkbox"/> Convention d'assistance de 2 heures | 180 € |
| <input type="checkbox"/> 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

"Madame, auriez-vous des produits naturels pour l'IVG ?"

L'IVG médicamenteuse de ville se développe en France. Elle est pratiquée par un médecin ou une sage-femme. Elle peut être pratiquée dans un établissement de santé ou à domicile. Son taux de succès se situe vers 95%.

Le MIFEPRISTONE, dite pilule abortive est prise par voie orale en présence du médecin ou de la sage-femme. Il bloque l'action de la progestérone nécessaire à la poursuite de la grossesse.

Le MISOPROSTOL augmente, 36 à 48h plus tard, les contractions et provoque l'expulsion de la grossesse.

Il y a 15 jours, je reçois à 18h en urgence au cabinet un jeune couple pour une demande d'IVG. J'explique la procédure et vérifie à l'échographie le terme de 6 SA.

La patiente est naturopathe et souhaite l'expulsion après le WE car elle doit animer des ateliers dans un magasin bio. Tout semble bien s'organiser. Mais, le conjoint, demande des explications sur les médicaments. J'explique l'action sur les récepteurs du RU, anti-hormones. Le couple est contre les hormones et s'inquiète du RU.

Il souhaite des produits naturels pour cette IVG. "Qu'avez-vous à proposer ?"

Je réfléchis aux méthodes "dites douces" : tisane à la sauge... persil... comme dans les années 70 !

Tige de roseau comme en Afrique pour ouvrir le col ? Je leur explique les risques de septicémie et d'échec. La femme panique ; l'homme poursuit : "vous n'avez rien de naturel ? Mais que fait la recherche ?"

Je finis par lui répondre que le naturel c'est de garder la grossesse !

Les jours suivants la femme revient pour avaler ses 3 comprimés de MIFEPRISTONE devant son ami inquiet.

E. PAGANELLI

Guide IVG médicamenteuse à domicile sur le site du ministère de la santé <http://solidarites-sante.gouv.fr/>

Vos infos en ligne sur <http://syngof.fr/>

Contraception de la jeune fille mineure

P. BARDON*, E. PAGANELLI**

La nouvelle législation à connaître.

Objectif : améliorer l'accès à la contraception

Le Syngof souhaite vous informer des nouvelles règles de prise en charge de la contraception des jeunes filles mineures. La Directrice de cabinet du Médecin Conseil National nous rappelle l'importance de mettre l'accent sur les 2 aspects principaux du dispositif : secret et gratuité.

Nous vous présentons le diaporama écrit par le Docteur P. BARDON et validé par la CNAM et le mémo facturation, disponible sur le site ameli.fr

Le Syngof est à votre disposition pour toutes demandes ou précisions.

E. PAGANELLI

Aspect législatif

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2013 prévoyait :

"La délivrance et la prise en charge de contraceptifs sont protégées par le secret pour les personnes mineures"

Suppression de la participation de l'assuré pour les **mineures âgées d'au moins 15 ans**, pour les frais d'acquisition des contraceptifs remboursables par l'assurance maladie.

Aspect législatif évolution 2014 et 2016

L'article n°64 de la loi n°2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 vient compléter ce dispositif en supprimant la participation de l'assuré (tiers payant intégral) pour les actes suivants, pour les jeunes filles mineures d'au moins 15 ans :

- **Une consultation annuelle** du médecin ou de la sage-femme donnant lieu à la prescription d'un contraceptif ou d'examens de biologie en vue d'une prescription contraceptive ainsi qu'une **consultation de suivi** par un médecin ou une sage-femme la première année d'accès à la contraception ;

...suite

- **Une fois par an** et en vue d'une prescription contraceptive, pour les **frais relatifs aux examens de biologie suivants** : glycémie à jeun, cholestérol total et triglycérides (la prescription doit être rédigée sur une ordonnance séparée) ;
- Les frais relatifs aux actes du médecin ou de la sage-femme donnant lieu à la **pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif** ;
- Les **frais d'acquisition des spécialités pharmaceutiques à visée contraceptive** inscrites sur la liste des spécialités remboursables étaient déjà facturés en tiers payant intégral.

La CCP au 01-11-2017

La CCP est une consultation à fort enjeu de santé publique :

- Ne concerne que la première consultation de contraception et prévention des MST chez la jeune fille de 15 à 18 ans ;
- Elle a son propre code : CCP et vaut 46 € ;
- Elle est applicable par les secteurs 1, secteurs 2 adhérents à OPTAM ou OPTAM-CO et les secteurs 2 non adhérents, aucun dépassement d'honoraires ;
- Elle est remboursée à 100% par la CPAM, elle doit être faite en 1/3 payant ;
- La consultation CCP peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue, un gynécologue-obstétricien ou un pédiatre.
- **Elle ne peut être facturée qu'une seule fois par patiente.**
- Cette consultation est facturée à tarif opposable.

* Gynécologue obstétricienne, membre du CGCVL. 9 avenue Dauphine - 45100 Orléans

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

Le parcours contraceptif des mineures d'au moins 15 ans en pratique

La jeune fille mineure d'au moins 15 ans peut bénéficier d'un parcours contraceptif gratuit et protégé par le secret, de la consultation à la délivrance des contraceptifs.

En consultation (première consultation/CCP + 1 consultation de suivi la première année d'accès à la contraception + actes donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif) :

- Le médecin doit s'assurer auprès de la mineure si elle demande ou non le secret ;
- Pour que la jeune fille puisse bénéficier de la gratuité des examens de biologie médicale et des contraceptifs le médecin doit rédiger sa prescription sur une ordonnance **ISOLÉE** ;

La facturation :

- Le **Tiers Payant est de droit et doit être systématiquement appliqué** dès lors que la jeune fille a au moins 15 ans, qu'elle demande ou non le secret.
- Pour la facturation le médecin doit demander la carte vitale ou une attestation de droit :
 - Si la jeune fille ne demande pas le secret et fourni sa carte vitale : utiliser le NIR de la jeune fille ou de l'ouvrant droit ;
 - Si la jeune fille demande le secret ou ne peut fournir sa carte vitale : utiliser NIR Anonyme spécifique suivant : **2 55 55 55 CCC 042/XX** (CCC étant le numéro de la caisse).

(Pour en savoir plus, se référer au mémo d'aide à la facturation de l'assurance maladie ci-contre).

Tiers payant hors CCP et consultation de suivi Ce qu'il faut retenir

En dehors des consultations et actes pour lesquels la loi prévoit la suppression de la participation de l'assuré :

- 1^{ère} consultation (consultation CCP) de prescription de la contraception et de dépistage des MST ;
- 1 consultation annuelle de suivi de la contraception la 1^{ère} année d'accès à la contraception ;
- Actes du médecin donnant lieu à la pose, au changement ou au retrait d'un contraceptif.

La facturation des consultations et leur prise en charge par l'AM s'effectuent dans les conditions habituelles

Seuls les contraceptifs sont délivrés gratuitement (ils doivent être prescrits sur une ordonnance isolée).

Rédaction de l'ordonnance pharmacie

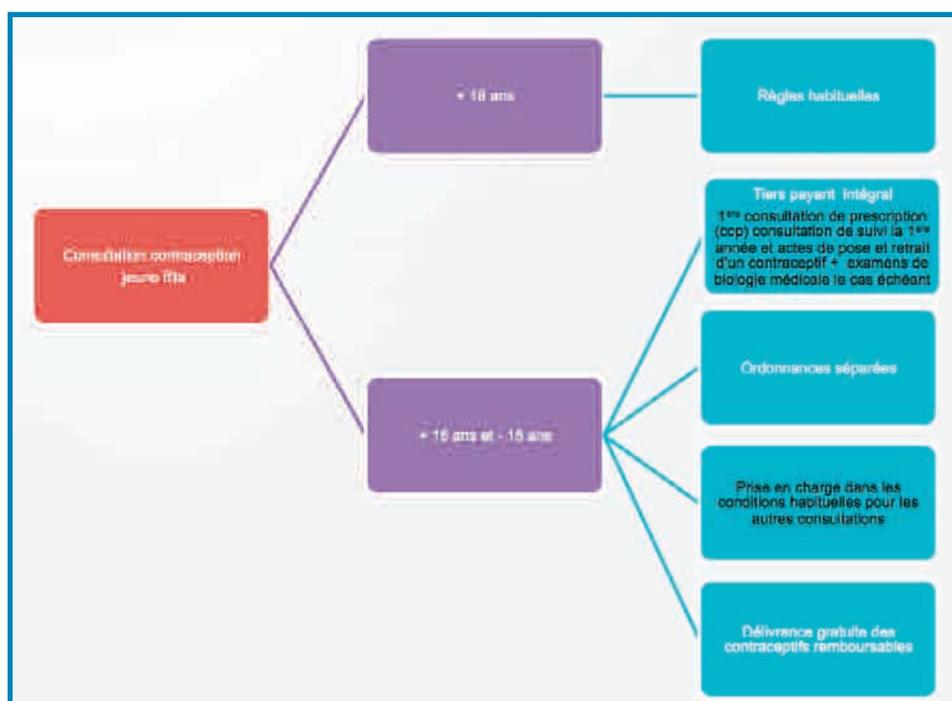
Prescription contraceptive remboursable : y compris la contraception d'urgence ELLAONE

Rédiger la prescription sur une ordonnance isolée :

- Mentionner "*contraception mineure*" pour délivrance du contraceptif sans aucune avance de frais en pharmacie ;
- Elle pourra demander le secret de cette délivrance sur le relevé de remboursement sécu : n° d'immatriculation : utilisez le NIR anonyme spécifique "*contraception mineure*" : 2 55 55 55 CCC 042 XX

Rédaction de l'ordonnance biologie

Mentionner "*contraception mineure*" et rédiger la prescription sur une ordonnance **ISOLEE** pour que la jeune fille bénéficie du tiers payant légal sur la part obligatoire et complémentaire au laboratoire.



Médecins
Sages-femmes
Directeurs de
laboratoire d'analyses
de biologie médicale.

Contraception des mineures d'au moins 15 ans

Mémo d'aide à la facturation

La Loi* instaure plusieurs mesures destinées à faciliter l'accès à la contraception des jeunes filles mineures d'au moins 15 ans. Sont pris en charge à 100% dans le cadre d'une procédure de dispense d'avance des frais :

- Une consultation annuelle (médecin - sage-femme) au cours de laquelle sont prescrits des examens biologiques en vue d'une contraception ou une contraception. La première consultation est une consultation complexe cotée CCP
- Une consultation de suivi (médecin - sage-femme), la première année d'accès à la contraception
- Les actes liés à la pose au changement ou au retrait d'un dispositif contraceptif
- Certains examens de biologie médicale (glycémie à jeun, cholestérol total, triglycérides) une fois/an si nécessaire.
- Les contraceptifs remboursables

L'ensemble du parcours est protégé par le secret. Si la mineure le demande, aucune mention de son identité ne sera divulguée et il ne sera pas fait mention des actes et consultations sur les relevés de remboursement de l'assurance maladie.

SITUATIONS POSSIBLES Mineures d'au moins 15 ans	Demande de secret ou non	Modalités de facturation et de rédaction de l'ordonnance
Modalités de rédaction de l'ordonnance		
pour que la jeune fille bénéficie de la délivrance du contraceptif sans avance de frais en pharmacie et des examens de biologie		
Prescription du contraceptif et des examens de biologie médicale nécessaires	Secret demandé ou non	Rédiger la prescription sur une ordonnance isolée mentionnant l'identité et âge de la mineure + « contraception mineures ». (ces éléments sont protégés par le secret médical et ne doivent être divulgués)
Modalités de facturation de la consultation et des examens de biologie médicale**		
Hypothèse 1 La jeune fille mineure est immatriculée personnellement et vous présente sa carte Vitale***	Dans ce cas il n'est pas nécessaire d'assurer le secret	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de la jeune fille mineure Code exo 3 – 100% Dispense d'Avance des Frais (DAF)
<i>Cas de l'assurée mineure ayant des droits propres</i>		Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
Hypothèse 2 La jeune fille mineure présente : Sa carte Vitale*** individuelle à partir de 16 ans, jusqu'à la veille des 18 ans Ou La carte Vitale*** des parents Moins de 16 ans ou si elle n'est pas encore en possession de sa carte Vitale individuelle	Secret non demandé	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR de la mineure (ou de l'ouvrant droit) Code exo 3 – 100% Dispense d'Avance des Frais (DAF)
	Secret demandé	Feuille de soins électronique (FSE) sans carte Vitale Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX Date de naissance exacte de la mineure Code exo 3 – 100% Dispense d'Avance des Frais (DAF)
		Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »
Hypothèse 3 La jeune fille mineure n'a pas en sa possession sa carte Vitale***	Secret demandé ou non	Feuille de soins électronique (FSE) Facturation ISOLEE NIR anonyme 2 55 55 55 CCC 042/XX Date de naissance exacte de la mineure Code exo 3 – 100% Dispense d'Avance des Frais (DAF)
		Sur la feuille de soins, cocher la case « L'assuré n'a pas payé la part obligatoire et n'a pas payé la part complémentaire » dans la zone « Paiement »

* article 64 Loi de Financement de la sécurité sociale pour 2016

** les prélèvements éventuellement effectués par des infirmier(e) obéissent aux mêmes règles de facturation

***ou attestation de droits.

LE SYNGOF VOUS INFORME

Le 01/03/2018 19:23 Réf : 2018-INF-02

Objet : Information relative aux spécialités de misoprostol Gymiso® et MisoOne® suite à l'arrêt de commercialisation de Cytotec®

Information relative aux spécialités de misoprostol Gymiso® et MisoOne® suite à l'arrêt de commercialisation de Cytotec®

A compter du 1^{er} mars 2018 le laboratoire Pfizer arrête la commercialisation de la spécialité pharmaceutique Cytotec® (misoprostol). Cet arrêt de commercialisation ne donne pas lieu à un rappel de lots ; la pharmacovigilance reste assurée sur les lots encore disponibles.

Dans ce contexte, de nouvelles modalités d'accès en ambulatoire ont été élaborées aux autres spécialités de misoprostol, MisoOne® et Gymiso®, à compter du 1^{er} mars, dans la prise en charge de l'IVG médicamenteuse et de la fausse couche précoce.

Il est nécessaire de souligner que ces spécialités disponibles en pharmacies d'officines, sont réservées exclusivement aux commandes à usage professionnel des médecins ou des sages-femmes. Elles seront remises lors de la consultation aux patientes qui ne pourront pas se les procurer directement en pharmacies.

L'IVG médicamenteuse en ambulatoire peut se faire en cabinet de ville jusqu'à 7 semaines d'aménorrhée avec deux spécialités à base de misoprostol disposant d'une AMM : Gymiso® 200 µg, comprimé et MisoOne® 400 µg, comprimé, en association avec la mifépristone.

La prise en charge de l'IVG reste limitée aux médecins ou aux sages-femmes ayant passé convention avec un établissement de santé public ou privé. La commande à usage professionnel de ces deux spécialités est comprise dans le forfait IVG.

Concernant la thérapeutique pour les fausses couches précoces en ambulatoire, une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) a été établie par l'ANSM pour l'usage du misoprostol avec les spécialités Gymiso® 200 µg, comprimé et MisoOne® 400 µg, comprimé.

La commande à usage professionnel est ouverte à tous les médecins généralistes ou spécialistes.

Ces médicaments sont pris en charge par l'Assurance maladie dans le cadre du forfait "*fausse couche précoce*" qui a été élaboré - à titre dérogatoire et transitoire - à cette fin. Le médecin facture à l'assurance maladie un forfait "*fausse couche précoce*" comprenant :

- le montant de la consultation fixée à 25€ ;
- et le montant d'un forfait médicamenteux devant couvrir l'intégralité du traitement d'une patiente, quel que soit le nombre de boîtes délivrées par le médecin dans la limite de six boîtes. Le montant de ce forfait médicamenteux est fixé à 27,76€ TTC, auquel s'ajoute le tarif unitaire de l'honoraire de dispensation (1,02€ TTC/boîte) dans la limite de deux honoraires par patiente.

Vous trouverez des compléments d'information sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé : <http://solidarites-sante.gouv.fr/arrêt-commercialisation-cytotec>.

Source : Direction générale de la Santé
14, avenue Duquesne
75007 PARIS
Mars 2018

Si vous ne visualisez pas correctement cette information, [cliquez-ici](#)



Le CESH, 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. Pour en savoir plus, [cliquez-ici](#).



Des avantages fiscaux, c'est-à-dire ?

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

Le CESH Domiserve est un complément de rémunération fiscalement attractif.

Exemple d'un financement de 1 830 € de CESH via une activité professionnelle soumise à l'impôt sur le revenu

Valeur des CESH Domiserve	1 830 €
Crédit d'impôt de 25% sur la valeur des CESH financés	- 458 €
Impôt sur le revenu - taux marginal de 41% (1)	- 750 €
Coût final de votre achat de CESH	622 €

(1) Fonctionnaire quel que soit votre mode d'imposition (IS, BNC, BIC)
* Si vous n'avez pas de salarié.e.s, profitez d'une exonération de cotisations sociales et d'un crédit d'impôt de 25% sur le financement des CESH destinés à vos salarié.e.s.

A très bientôt !

Caroline et Jean-Marc, vos conseillers Domiserve

Code promotionnel

SYN11



Retrouvez les petites annonces sur

www.syngof.fr

Recommandations pour la pratique clinique

L'interruption volontaire de grossesse

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

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

F. X. BOYER de LATOUR

Le groupe de travail

Promoteur :

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

Comité d'organisation :

A. AGOSTINI, président (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), C. VAYSSIERE, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse), A. GAUDINEAU, méthodologiste (gynécologue obstétricien, CHRU, Strasbourg), B. LETOMBE (FNCGM, Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale), S. EYRAUD (représentante des réseaux de ville), H. SEGAIN (CNSF, Collège national des sages-femmes de France), M. MSIKA RAZON (MFPP, Mouvement français pour le planning familial), M. HATCHUEL (ANCIC, Association nationale des centres d'IVG et de contraception).

Experts du groupe de travail :

L. ATTALI (docteur en psychopathologie et psychanalyse et psychologue, CHRU, Strasbourg), K. BETTAHAR (gynécologue obstétricien, CHRU, Strasbourg), P. FAUCHER (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), P. FOURNET (gynécologue obstétricien, CH, Mont-Saint-Aignan), D. HASSOUN (gynécologue obstétricien secteur privé, Paris), C. JAMIN (gynécologue-endocrinologue secteur privé, Paris), T. LINET (gynécologue obstétricien, CH, Challans), A. OHANNESSIAN (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), S. VIGOUREUX (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), N. WINER (gynécologue obstétricien, CHU, Nantes), S. WYLOMANSKI (gynécologue obstétricien, CHU, Nantes)

Lecteurs :

C. AMIEL (gynécologue obstétricien, CH, Aix-en-Provence), I. ASSELIN (gynécologue médicale, CHU, Caen), A. AUGUSTONI (sage femme, CH, Belfort), F. BAYOUMEU (anesthésie-réanimation, CHU, Toulouse), P. BERVEILLER (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy), C. BONNAUD (médecine générale, CH, La Roche-sur-Yon), E. DAVID (gynécologue obstétricien, secteur privé et PSPH, Strasbourg), M. GELLY (médecine générale, CHU, Bobigny), G. GRANGÉ (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), P. GUERBY (gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse), J. GUERMONT (sage-femme, CH, Mayotte), M. HOROKS (médecine générale, CHU, Paris), F. HURSTEL (professeur émérite de psychologie, université de Strasbourg), M. LACHOWSKY (gynécologue et psychosomaticienne secteur privé, Paris), J.P. LAPIERRE (médecine générale secteur privé, Aix-en-Provence), V. LAVOUÉ (gynécologue obstétricien, CHU, Rennes), B. LETOMBE (gynécologue médicale, CHU, Lille), G. LEVY (gynécologue obstétricien, Aix-en-Provence), A.S. MAISON-NEUVE (gynécologue obstétricien, CH, Aubagne), P.A. MIGEON, sage-femme et échographiste secteur privé, Lyon), J. MURET (anesthésie-réanimation, ESPIC, Villejuif), I. PAULARD (sage-femme, CHU, Brest), M. PERINEAU (gynécologue obstétricien secteur privé, Toulouse), O. PORQUET (médecine générale, CH, Saint-julien-en Genevois), E. ROUSSAY (médecine générale secteur privé, Sallertaine), L. SALOMON (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), N. TRIGNOL VIGUIER (médecine générale, CHU, Tours).

Résumé

Objectif : Élaborer des recommandations pour la pratique des IVG.

Matériel et méthodes - Consultation de la base de données Medline, de la Cochrane Library et des recommandations des sociétés savantes françaises et étrangères.

Résultats - Le nombre d'IVG est stable depuis plusieurs décennies. Il existe plusieurs éléments expliquant le choix de l'IVG lorsqu'il existe une grossesse non prévue (GNP). L'initiation précoce de la contraception et le choix de la contraception en rapport avec la vie de la femme sont associés à une diminution des GNP. Les contraceptions réversibles de longue durée d'action apparaissent comme une contraception à positionner en première ligne pour l'adolescente du fait de son efficacité (grade C).

L'échographie avant une IVG doit être encouragée mais n'est pas indispensable pour réaliser une IVG (accord professionnel). Dès l'apparition échographique de l'embryon, l'estimation de la datation de la grossesse se fait par la mesure de la longueur crano-caudale (LCC) ou par la mesure du diamètre bipariétal (BIP) à partir de 11 SA (grade B). Les mesures étant fiables à ± 5 jours, l'IVG peut être réalisée lorsque les mesures de LCC et/ou de BIP sont respectivement inférieures à 90 mm et 30 mm (accord professionnel).

L'IVG médicamenteuse réalisée avec la dose de 200 mg de mifépristone associée au misoprostol est efficace à tout âge gestationnel (NP1). Avant 7 SA, la prise de mifépristone sera suivie entre 24 et 48 heures de la prise de misoprostol par voie orale, buccale, sublinguale voire vaginale à la dose de 400 μ g éventuellement renouvelée après 3 heures (NP1, grade A). Au-delà de 7 SA, les modes d'administration du misoprostol, par voie vaginale, sublinguale ou buccale, sont plus efficaces et mieux tolérés que la voie orale (NP1).

Il est recommandé d'utiliser systématiquement une préparation cervicale lors d'une IVG instrumentale (accord professionnel). Le misoprostol est un agent de première intention pour la préparation cervicale à la dose de 400 μ g (grade A). L'aspiration évacuatrice est préférable au curetage (grade B).

Un utérus perforé lors d'une aspiration instrumentale ne doit pas être considéré en routine comme un utérus cicatriciel (accord professionnel). L'IVG instrumentale n'est pas associée à une augmentation du risque d'infertilité ultérieure ou de GEU (NP2).

Les consultations médicales pré-IVG n'influent pas sur la décision d'interrompre ou non la grossesse et une majorité de femmes est assez sûre de son choix lors de ces consultations. L'acceptabilité de la méthode et la satisfaction des femmes semblent plus grandes lorsque celles-ci sont en mesure de choisir la méthode d'IVG (grade B). Il n'y a pas de relation entre une augmentation des troubles psychiatriques et le recours à l'IVG (NP2). Les femmes ayant des antécédents psychiatriques sont à risque accru de troubles psychiques après la survenue d'une grossesse non prévue (NP2).

En cas d'IVG instrumentale, la contraception estro-progestative orale et le patch devraient être débutés dès le jour de l'IVG, l'anneau vaginal inséré dans les 5 jours suivant l'IVG (grade B). En cas d'IVG médicamenteuse, l'anneau vaginal devrait être inséré dans la semaine suivant la prise de mifépristone, la contraception estro-progestative orale et le patch devraient être débutés le jour même ou le lendemain de la prise des prostaglandines (grade C).

En cas d'IVG instrumentale, l'implant devrait être inséré le jour de l'IVG (grade B).

En cas d'IVG médicamenteuse, l'implant peut être inséré à partir du jour de la prise de mifépristone (grade C). Le DIU au cuivre et au lévonorgestrel doit être inséré préférentiellement le jour de l'IVG instrumentale (grade A). En cas d'IVG médi-

camenteuse, un DIU peut être inséré dans les 10 jours suivant la prise de mifépristone après s'être assuré par échographie de l'absence de grossesse intra-utérine (grade C).

Conclusion - L'application de ces recommandations devrait favoriser une prise en charge plus homogène et améliorée des femmes désirant une IVG.

Mots-clés : interruption volontaire de grossesse, IVG médicamenteuse, IVG chirurgicale, contraception, réglementation de l'IVG.

1 - Épidémiologie de l'interruption volontaire de grossesse en France

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) est un avortement provoqué, décidé pour des raisons non médicales par la femme elle-même, autorisé jusqu'à 14 SA, par voie médicamenteuse ou instrumentale. Les grossesses non prévues (GNP) sont le résultat de rapports sexuels, sans utilisation des moyens pour éviter une grossesse ou suite à un échec de contraception, alors que les femmes ne souhaitent pas être enceintes.

Le nombre d'IVG est stable depuis plusieurs décennies. Nous sommes toujours confrontés au "paradoxe français" : haute protection contraceptive médicalisée avec stabilisation des IVG et des GNP. La diffusion des méthodes efficaces de contraception a permis de diminuer la fréquence des GNP. En revanche lorsqu'elles surviennent, le recours à l'IVG est plus fréquent, et au final le nombre total d'IVG n'a pas baissé depuis 40 ans.

Les déterminants sociaux du choix de l'IVG quand une femme a une GNP sont dépendants de l'âge. Chez les moins de 25 ans ils dépendent du niveau d'études, chez les 25-34 ans du nombre d'enfants, et chez les plus de 35 ans de la possibilité de conjuguer maternité et carrière professionnelle. En moyenne deux femmes sur cinq seront concernées par une IVG au cours de leur vie féconde, vraisemblablement dans une période de transition (changement de partenaire, de situation, de contraception...). Si le risque de survenue d'une IVG existe effectivement pour toutes les femmes, il n'est cependant pas égal pour chacune et varie selon l'âge de la femme, son origine, sa situation conjugale et les violences passées ou présentes, sa situation familiale et professionnelle. Cela est particulièrement vrai pour les femmes ayant un recours répété à l'IVG. Les femmes se présentant pour une IVG répétée présentent plus souvent des violences conjugales, sont plus jeunes et plus souvent étudiantes, dans une situation sociale difficile ou dans un couple déclaré comme instable.

En ce qui concerne la contraception et la prévention des GNP, les professionnels de santé doivent être plus vigilants face aux femmes de moins de 20 ans et de plus de 40 ans, aux femmes à risques médico-sociaux de mésusage de la contraception ou ne consultant pas autant que les autres

(obésité) et aux femmes ayant déjà eu un antécédent de GNP. L'initiation précoce de la contraception et le choix de la contraception en rapport avec la vie de la femme sont associés à une diminution des GNP. Les contraceptions réversibles de longue durée d'action (implant et dispositif intra-utérin) apparaissent comme une contraception à positionner en première ligne pour l'adolescente du fait de son efficacité (grade C). Les professionnels de santé doivent être vigilants à la contraception prescrite en post-IVG en fonction du choix des femmes mais aussi des échecs des précédentes contraceptions. Si la femme souhaite une contraception, elle doit être initiée immédiatement après l'IVG (accord professionnel).

2 - Quelle place pour l'échographie dans la pratique de l'IVG ?

L'échographie avant une IVG doit être encouragée mais pour les femmes certaines de la date de leurs dernières règles et/ou de la date du rapport sexuel à risque, pour lesquelles un examen clinique par un professionnel de santé formé est possible, l'absence d'accès à l'échographie de routine ne doit donc pas être un frein à la programmation de l'IVG demandée (accord professionnel).

Dans l'estimation de l'âge gestationnel en vue d'une IVG, en l'absence d'embryon visible, la datation de la grossesse repose donc sur la mesure seule du sac gestationnel (grade B). En l'absence d'embryon visible, en cas de grossesse intra-utérine évolutive, le terme est toujours inférieur à 7 SA (grade B). La présence d'une vésicule vitelline signe le caractère endo-utérin de la grossesse. Dès l'apparition échographique de l'embryon, l'estimation de la datation de la grossesse se fait par la mesure de la longueur cranio-caudale (LCC) définie par Robinson ou par la mesure du diamètre bipariétal (BIP) définie par le Collège français d'échographie fœtale (CFEF) à partir de 11 SA (courbes INTERGROWTH) (grade B).

En cas d'âge gestationnel proche de 14 SA, la réalisation d'une échographie est recommandée pour définir une datation précise (accord professionnel). La datation de la grossesse évaluée sur la mesure de la LCC ou du BIP correspondant à un terme estimé à 14 SA est respectivement de 80 mm et 27 mm. Aussi la mesure étant fiable à \pm 5 jours, l'IVG peut être réalisée lorsque les mesures de LCC et/ou de BIP sont respectivement inférieures à 90 mm et 30 mm (accord professionnel). Les méthodes de datation de l'âge gestationnel sont les mêmes en cas de grossesse gémellaire qu'en cas de grossesse unique.

L'échographie sus-pubienne est sensible pour diagnostiquer la présence ou non d'un sac gestationnel, mais l'est moins pour la détection d'un embryon et la présence d'une activité cardiaque que l'échographie endovaginale (NP3). Ainsi, la grande majorité des femmes peut d'abord bénéficier d'une

échographie sus-pubienne, réservant l'échographie endovaginale pour les situations de mauvaise visualisation par voie sus-pubienne notamment pour les termes autour de 7 SA (LCC) (accord professionnel). En cas de doute sur la localisation ou sur l'évolutivité d'une grossesse lors de l'échographie sus-pubienne, la réalisation d'une échographie endovaginale est recommandée (grade B).

Le taux d'hCG sérique est un moyen peu fiable de datation de grossesse (NP4) et ne doit pas être utilisé pour la datation de grossesse en vue d'une IVG (grade C).

Il n'y a pas d'argument suffisant pour recommander en routine l'échographie au cours et/ou au décours de l'IVG instrumentale (accord professionnel). Lorsqu'elle est réalisée, un endomètre d'épaisseur supérieure à 8 mm devrait conduire à une réaspiration (grade B). L'étude échographique de l'endomètre quelques jours après une IVG instrumentale n'est pas pertinente (grade B).

En cas d'IVG médicamenteuse, la réalisation systématique d'une échographie post-IVG n'est pas recommandée en routine (grade B). Si elle est pratiquée, l'échographie sus-pubienne ou endovaginale après une IVG médicamenteuse devrait être réalisée à distance (après 15 jours) (accord professionnel). L'étude de l'épaisseur de l'endomètre n'a pas de place dans l'évaluation de l'indication d'une aspiration (accord professionnel). Si une échographie est effectuée dans les suites de l'IVG médicamenteuse, son seul but devrait être de déterminer si le sac gestationnel est présent (accord professionnel).

3 - Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse

L'IVG médicamenteuse réalisée avec la dose de 200 mg de mifépristone associée au misoprostol est efficace à tout âge gestationnel (NP1). Il n'y a pas actuellement d'alternative médicamenteuse aussi efficace et sûre que l'association mifépristone-misoprostol pour l'IVG médicamenteuse (NP1). La dose de 200 mg doit être préférée à celle de 600 mg pour la mifépristone (grade A). Le misoprostol seul est moins efficace qu'une association mifépristone-misoprostol (NP1). Pour une efficacité optimale il ne faut pas raccourcir le délai entre mifépristone et misoprostol en dessous de 8 heures (NP1, grade A). Un délai de 24 à 48 heures n'a aucune incidence sur l'efficacité de la technique médicamenteuse à condition que la dose de misoprostol soit suffisante (NP1, grade A). Compte tenu de son innocuité et vu le taux de satisfaction des femmes la prise de mifépristone à domicile doit être facilitée (accord professionnel).

Les différentes voies d'administration du misoprostol sont la voie vaginale, orale (les comprimés sont avalés), sublinguale (les comprimés doivent fondre sous la langue) et buccale (les comprimés sont mis en place entre les joues et les gencives, et les femmes doivent avaler les fragments résiduels

au bout de 30 minutes). Cette voie est aussi dénommée jugale. Avant 7 SA, la prise de mifépristone sera suivie entre 24 et 48 heures de la prise de misoprostol par voie orale, buccale, sublinguale voire vaginale à la dose de 400 µg éventuellement renouvelée après 3 heures (NP1, grade A).

Au-delà de 7 SA, les modes d'administration du misoprostol, par voie vaginale, sublinguale ou buccale, sont plus efficaces et mieux tolérés que la voie orale (NP1). L'administration d'une première dose de misoprostol par voie orale n'est donc pas recommandée (grade A).

Entre 7 et 9 SA, la prise de mifépristone par voie orale sera suivie 24 à 48 heures plus tard de la prise de 800 µg de misoprostol par voie vaginale, buccale ou sublinguale éventuellement complétée d'une dose de 400 µg au bout de 3 à 4 heures (grade A) avec un taux de succès à plus de 98% (NP1). Entre 7 et 9 SA, il ne semble pas nécessaire de répéter systématiquement les doses de misoprostol, alors qu'au-delà de 9 SA, cette répétition est recommandée (grade B). Entre 9 et 12 SA, la prise de mifépristone par voie orale sera suivie 24 à 48 heures plus tard de la prise de 800 µg de misoprostol par voie vaginale, buccale ou sublinguale. Les doses suivantes de misoprostol (jusqu'à 5 doses supplémentaires) devront être de 400 µg, administrées toutes les 3 heures par voie vaginale, buccale ou sublinguale, jusqu'à l'expulsion (NP2, grade B).

Après 12 SA, la prise de mifépristone par voie orale sera suivie 24 à 48 heures plus tard par des doses répétées de misoprostol. La dose initiale de misoprostol est de 800 µg par voie vaginale. Si nécessaire, les doses suivantes de misoprostol (jusqu'à 5 doses supplémentaires) devront être de 400 µg, administrées toutes les 3 heures par voie vaginale, buccale ou sublinguale jusqu'à l'expulsion (NP2, grade B).

Entre 9 et 14 SA, les méthodes instrumentale et médicamenteuse devraient pouvoir être proposées. Les femmes doivent être informées des avantages et des inconvénients de chacune des méthodes en fonction du terme et des effets secondaires afin de faire un choix en fonction de leur situation personnelle et de leur ressenti par rapport à la technique.

Allaitement, obésité, grossesse gémellaire et utérus cicatriciel ne sont pas des contre-indications à l'IVG médicamenteuse. Il n'existe pas de niveau de preuve pour modifier le protocole d'IVG médicamenteuse dans ces situations (accord professionnel).

La prise en charge de la douleur par palier d'antalgique est indispensable pour le confort de la femme (accord professionnel). Elle sera évaluée par échelle visuelle analogique (EVA) ou numérique. Le phloroglucinol n'a pas montré son efficacité (NP1) et n'est donc pas recommandé (grade A). Le paracétamol est insuffisant dans la prise en charge de la douleur dans les IVG (NP1). L'ibuprofène est plus efficace que le paracétamol (NP1). La dose est de 400 à 600 mg à renouveler si besoin sans dépasser plus de 1 200 mg (avis d'experts). La prise systématique d'ibuprofène n'est pas

supérieure à la prise à la demande (NP1), mais pour des raisons organisationnelles il pourrait être donné à titre systématique (accord professionnel). Il n'existe pas à ce jour de recommandation sur le moment de prise du traitement antalgique (accord professionnel).

En l'absence de facteurs de risque et de symptômes, une grossesse de localisation indéterminée ne contre-indique pas la prise des médicaments pour l'IVG. Il est cependant recommandé d'informer les femmes du risque de non-diagnostic de GEU et des signes qui doivent les alerter (accord professionnel). Dans ce contexte, un suivi par dosage plasmatique de l'hCG est recommandé avant et après la procédure (accord professionnel). Une baisse d'hCG d'au moins 50% à J5 et 80% à J7 permet de conclure au succès de la procédure (NP3).

Si la consultation de suivi n'est pas cliniquement indispensable, il est cependant important de s'assurer de l'efficacité du traitement (NP2, grade B). D'autres modalités, plus flexibles et mieux adaptées aux conditions de vie de chacune sont envisageables pour s'en assurer (autotest, télémédecine). La consultation post-IVG a par ailleurs d'autres objectifs (contraception, vécu de l'IVG) et doit donc être systématiquement proposée (accord professionnel).

Un interrogatoire seul ou combiné à un examen clinique ne permet pas de déterminer de manière fiable le succès de l'IVG (NP1). Le recours au dosage de l'hCG sérique 15 jours après l'IVG médicamenteuse peut être utilisé pour juger du succès de la méthode (grade B). Une baisse supérieure à 80% du dosage initial 15 jours après l'IVG médicamenteuse est en faveur d'une réussite de celle-ci (grade B).

L'autotest urinaire peut également être utilisé pour juger le succès de l'IVG médicamenteuse (NP2). Celui-ci peut être réalisé à domicile combiné à un suivi téléphonique (grade B). Quand cette méthode de suivi est choisie, elle peut être réalisée à partir de 2 semaines après l'IVG (grade B).

4 - Interruption volontaire de grossesse instrumentale

L'IVG instrumentale a un taux de succès élevé quel que soit l'âge gestationnel y compris avant 7 SA (NP2). Les données internationales sont rassurantes concernant la faisabilité et la sécurité concernant la pratique de l'IVG hors système hospitalier (NP2). Cependant, aujourd'hui, nous ne disposons pas de données françaises permettant de comparer le succès ou les risques liés à la pratique de l'IVG chirurgicale en centre hospitalier et en centre de santé (avis d'experts). Les recommandations du CNGOF de 2012 sur l'antibioprophylaxie lors d'une IVG instrumentale sont toujours en vigueur.

Une antibioprofylaxie systématique doit être préférée à une antibioprofylaxie ciblée (grade A).

La préparation cervicale permet de diminuer les complications rares, mais potentiellement graves (NP1) au détriment

d'effets indésirables plus fréquents, mais non graves (NP1). Il est recommandé de l'utiliser systématiquement lors d'une IVG instrumentale (accord professionnel).

Le misoprostol est un agent de première intention pour la préparation cervicale en vue de diminuer les complications liées au geste (grade A). Il est plus efficace sur la dilatation cervicale que le géméprost ou aux donneurs de NO tout en donnant moins d'effets indésirables (NP1). Le misoprostol est préférable aux laminaires du fait d'une meilleure satisfaction des femmes (grade A).

Lors de la préparation cervicale par misoprostol, une dose à 400 µg est recommandée, car plus efficace qu'une dose à 200 µg (grade A). Une dose supérieure n'est pas plus efficace et est moins bien tolérée (grade B). Lorsque le misoprostol est utilisé avant une aspiration évacuatrice, il sera donné au choix de la femme : 3 heures avant le geste par voie vaginale (grade A) du fait de son bon rapport efficacité/tolérance ou 1 à 3 heures avant le geste par voie sublinguale (grade A) du fait d'une efficacité supérieure (NP1). La femme sera prévenue d'effets indésirables gastro-intestinaux plus fréquents que la voie vaginale (grade B).

L'administration du misoprostol, pour la voie vaginale, pourra être faite soit par la femme elle-même, soit par un praticien et le choix devra être donné à la femme (accord professionnel).

La mifépristone sans misoprostol avant une IVG instrumentale n'a pas été évaluée de façon suffisante. L'adjonction de 200 mg de mifépristone au misoprostol 24 à 48 heures avant le geste est bénéfique pour les grossesses comprises entre 12 et 14 SA (NP2). L'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens est recommandée en routine pour limiter les douleurs opératoires et postopératoires (grade B). Le traitement antalgique préopératoire pourra comprendre la prescription de 600 mg d'ibuprofène (accord professionnel). Le phloroglucinol n'est pas recommandé dans cette indication (grade B).

Il n'existe pas de différence cliniquement significative en termes de risque entre anesthésie générale et anesthésie locale (NP4). La satisfaction est grande et comparable pour les deux types d'anesthésie (NP2). Le type d'anesthésie doit être laissé au choix de la femme après explication du rapport bénéfice-risque (grade B).

L'anesthésie locale paracervicale (ALP) est la technique la plus évaluée dans l'IVG. Aucune technique d'anesthésie locale n'a montré sa supériorité par rapport à l'ALP (NP1). L'ALP est donc une technique de première intention lors de la réalisation d'une IVG sous anesthésie locale (accord professionnel). Lors d'une ALP, l'injection pourra se faire en 2 ou 4 points à plus de 1,5 cm de profondeur (grade B). L'utilisation de 4 pressions de spray à la lidocaïne à 5% pourrait être proposée avant l'injection de l'ALP (accord professionnel). L'utilisation d'un gel à la lidocaïne à 2%, 30 à 45 minutes avant le geste, est une technique alternative non invasive intéressante (grade B). L'utilisation de 20 cc de ropivacaine 7,5 ou de lidocaïne à 1% mélangée à 2 cc de

bicarbonate de sodium à 8,4% est plus efficace que la lidocaïne seule à 1% dans l'anesthésie paracervicale (NP2).

L'aspiration évacuatrice est préférable au curetage (grade B). L'aspiration électrique ou manuelle est une méthode très efficace, à faible risque et acceptable par les femmes (grade A). La technique manuelle aurait un intérêt subjectif sur le vécu des femmes (grade B). La méthode par aspiration électrique est à privilégier après 9 SA (accord professionnel). L'utilisation d'une curette n'est pas recommandée en post-opératoire immédiat pour évaluer le succès de l'intervention (accord professionnel).

Le paracétamol ou l'association de paracétamol et de codéine n'a pas démontré d'intérêt dans l'antalgie après une IVG instrumentale (NP2). Elle n'est donc pas recommandée en prescription systématique (grade B).

À la sortie de la femme, il doit être proposé de remettre un compte rendu opératoire donnant les informations suffisantes à un autre praticien permettant de prendre en charge les complications éventuelles (accord professionnel).

La consultation post-IVG a plusieurs objectifs (vérification de l'efficacité du geste, contraception, vécu de l'IVG) et doit donc être systématiquement proposée (accord professionnel).

Au total, les différences en termes de succès, d'effets secondaires et de lésions d'organe entre IVG instrumentale et médicamenteuse sont très faibles (NP2). Ainsi le choix de la méthode instrumentale ou médicamenteuse devrait être laissé aux femmes quel que soit l'âge gestationnel en exposant les avantages et les inconvénients de chacune d'elles (accord professionnel).

5 - Complications de l'interruption volontaire de grossesse

La perforation de l'utérus lors d'une aspiration instrumentale est un évènement exceptionnel qui parfois peut être méconnu. L'abstention est possible en l'absence de signes d'irritation péritonéale, de douleur croissante et de signes de déperdition sanguine (accord professionnel). Un utérus perforé lors d'une aspiration instrumentale ne doit pas être considéré en routine comme un utérus cicatriciel (accord professionnel).

La conduite à tenir devant une rétention après une IVG médicamenteuse ne devrait pas être différente de celle proposée après une grossesse arrêtée spontanément (accord professionnel). Une rétention ovulaire sera donc prise en charge soit par une aspiration instrumentale soit par l'administration de misoprostol ; l'expectative n'est pas recommandée dans ce cas. Une rétention de produit de conception sera contrôlée après la survenue des règles en l'absence de symptomatologie clinique (accord professionnel). Dans le cas contraire ou si la rétention persiste après les règles une évacuation de l'utérus sera pratiquée par aspiration ou par exérèse sous contrôle hystéroscopique

(grade A). La conduite à tenir est la même après une IVG instrumentale sauf si la rétention est constituée de débris embryonnaires qui nécessiteraient dans ce cas une aspiration instrumentale d'emblée (accord professionnel). L'administration de misoprostol préalablement à une aspiration chirurgicale diminue le risque d'avortement incomplet (NP2).

La survenue d'une hémorragie lors d'une IVG est un événement très rare (1% des cas) avec nécessité de transfusion dans 0,1% des cas. L'hémorragie survenant dans le cadre d'une IVG médicamenteuse doit conduire à une aspiration instrumentale en urgence.

On estime aujourd'hui que le risque de décès lié à la pratique d'une IVG dans les pays où l'IVG est légalisée est de l'ordre de moins d'une femme pour 100 000, soit un chiffre largement inférieur au risque de décès lors d'un accouchement.

L'IVG instrumentale n'est pas associée à une augmentation du risque d'infertilité ultérieure (NP2). Un antécédent d'IVG n'apparaît pas être un facteur de risque de fausse couche spontanée sauf si l'intervalle entre l'IVG et la grossesse suivante est inférieur à 3 mois. Pour autant, cette augmentation de risque est suffisamment faible pour ne pas devoir recommander à une patiente d'attendre 3 mois post-IVG pour débuter une nouvelle grossesse (accord professionnel). L'antécédent d'IVG n'apparaît pas être un facteur de risque de GEU (NP2).

Au total l'IVG instrumentale par la technique d'aspiration ne semble pas augmenter le risque d'anomalie de la placentation lors d'une grossesse ultérieure (NP2).

La pratique d'une IVG instrumentale du premier trimestre, réalisée par aspiration, n'apparaît pas être un facteur de risque d'accouchement prématuré ultérieur (NP3). L'IVG médicamenteuse même répétée n'est pas associée à une augmentation du risque d'accouchement prématuré ultérieur (NP2). Il est recommandé de pratiquer quel que soit l'âge gestationnel une prophylaxie de l'allo-immunisation Rhésus chez les femmes Rhésus négatif pratiquant une IVG (grade B). La pratique d'une IVG n'est pas un facteur de risque de cancer du sein (NP2).

6 - Aspects psychologiques de l'IVG

Les consultations médicales pré-IVG n'influent pas sur la décision d'interrompre ou non la grossesse et une majorité de femmes est assez sûre de son choix lors de ces consultations. Ces consultations se doivent d'être des temps d'informations, d'échange et d'écoute de la femme (accord professionnel). La présence et la disponibilité de l'équipe sont essentielles afin de reformuler autant de fois qu'il le faut l'ensemble des éléments si la femme en ressent le besoin (accord professionnel).

Il est souhaitable d'avoir, dans la structure, un temps et un lieu dédiés spécifiquement à l'accueil et l'accompagnement

des femmes demandeuses d'IVG (accord professionnel). Rencontrer la femme seule permet non seulement de s'assurer au mieux de sa liberté de choix (accord professionnel), mais aussi qu'elle ait la liberté de pouvoir évoquer librement son histoire et ses questionnements (accord professionnel). Il est recommandé de demander à la femme (au couple) si elle souhaite voir ou non les images échographiques (grade C). La femme doit être accompagnée de la même façon quelle que soit la méthode choisie (accord professionnel). Il est recommandé de permettre un accès équivalent à chaque méthode en présentant de façon éclairée les avantages et inconvénients de chacune d'elles (accord professionnel).

Il est recommandé que les femmes puissent participer activement au choix de la méthode d'anesthésie après une information adaptée (grade C). Il est recommandé de ne pas conseiller d'emblée l'une ou l'autre méthode à la femme mais de présenter les méthodes réalisables par l'équipe de façon la plus objective possible (accord professionnel).

Il est important de déterminer avec la femme le temps dont elle a besoin pour prendre sa décision d'IVG. Il est recommandé de proposer d'autres consultations (médecin, sage-femme, conseiller conjugal, psychologue, assistant social) durant le temps d'attente avant la réalisation de l'IVG (accord professionnel). La datation clinico-échographique ayant une imprécision (± 5 jours), on recommande de garder un temps, suffisant pour elle, de réflexion même aux âges proches de la limite légale.

Il est recommandé de ne pas refuser une consultation pour demande d'IVG quel que soit le terme de la grossesse et en particulier au-delà d'un délai supposé > 14 SA (accord professionnel). Le professionnel devrait également proposer au compagnon la possibilité d'une écoute (accord professionnel). Il est recommandé que les professionnels qui ont été rencontrés restent disponibles et facilement joignables pour un meilleur vécu de l'IVG à domicile (accord professionnel). L'acceptabilité de la méthode et la satisfaction des femmes semblent plus grandes lorsque celles-ci sont en mesure de choisir la méthode d'IVG (grade B). D'un point de vue psychologique, le choix de la méthode devrait être offert aux femmes quel que soit l'âge gestationnel (accord professionnel). Les soignants doivent être sensibilisés sur l'importance d'adapter des conduites et discours en fonction de la singularité de chaque femme (accord professionnel). La femme peut évoquer le devenir du produit d'expulsion. Il est important de pouvoir utiliser des mots appropriés pour nommer le produit d'expulsion (accord professionnel).

Selon la littérature, il n'y a pas de relation entre une augmentation des troubles psychiatriques et le recours à l'IVG (NP2). Les femmes ayant des antécédents psychiatriques sont à risque accru de troubles psychiques après la survenue d'une grossesse non prévue (NP2).

Une proposition de soutien pour toutes les femmes qui ont une grossesse non prévue est nécessaire, quelle que soit l'issue de cette grossesse (grade B).

Les services accueillant les demandes d'IVG sont des lieux propices pour repérer et commencer une prise en charge des femmes vulnérables, faire appel aux services de soutien appropriés et les orienter au mieux (avis d'experts).

7 - Contraception après interruption volontaire de grossesse

Les méthodes contraceptives réversibles à longue durée d'action, dispositifs intra-utérins et implant, semblent plus efficaces pour éviter la répétition des IVG, notamment si elles sont débutées précocement après l'IVG (NP3).

En cas d'IVG instrumentale, la contraception estro-progestative orale et le patch devraient être débutés dès le jour de l'IVG, l'anneau vaginal inséré dans les 5 jours suivant l'IVG (grade B). En cas d'IVG médicamenteuse, l'anneau vaginal devrait être inséré dans la semaine suivant la prise de mifépristone, la contraception estro-progestative orale et le patch devraient être débutés le jour même ou le lendemain de la prise des prostaglandines (grade C), car la contraception estroprogestative n'influe pas sur l'efficacité abortive de la mifépristone (NP2).

Les pilules microprogestatives devraient être utilisées dès le jour de l'IVG instrumentale. En cas d'IVG médicamenteuse, elles devraient être débutées le jour même ou le lendemain de la prise des prostaglandines (accord professionnel).

En cas d'IVG instrumentale, l'implant devrait être inséré le jour de l'IVG (grade B). En cas d'IVG médicamenteuse, l'implant peut être inséré à partir du jour de la prise de mifépristone (grade C). Cette insertion précoce n'est pas associée à une augmentation du risque d'échec de l'IVG médicamenteuse en cours (NP3).

En cas d'IVG instrumentale, l'insertion immédiate du DIU est une procédure peu risquée, les complications infectieuses et les perforations étant rares dans ce contexte. Le taux d'expulsion du DIU est dans ce cas plus élevé, mais le taux d'utilisation à 6 mois est supérieur (NP1). Ainsi, les DIU au cuivre et au lévonorgestrel doivent être insérés préférentiellement le jour de l'IVG instrumentale (grade A).

En cas d'IVG médicamenteuse, un DIU peut être inséré dans les 10 jours suivant la prise de mifépristone après s'être assuré par échographie de l'absence de grossesse intra-utérine (grade C), car il n'est pas observé plus d'expulsions, d'infections, de perforations ou de saignements par comparaison à une insertion différée (NP3). Le taux de poursuite de la méthode contraceptive est similaire à 6 mois suivant le moment de l'insertion, mais plus de femmes se présentent à la visite post-IVG lorsque la pose a lieu précocement (NP3).

Bien que nous n'ayons pas de données sur d'éventuelles interférences entre les molécules utilisées lors d'une IVG et celles utilisées pour la contraception d'urgence, il est raisonnable de proposer d'utiliser une contraception d'urgence après une IVG (quel que soit le délai post-IVG) en cas de situation à risque (accord professionnel).

Déclaration publique d'intérêt

Aubert Agostini est consultant pour la société Nordik Pharma depuis 2011.

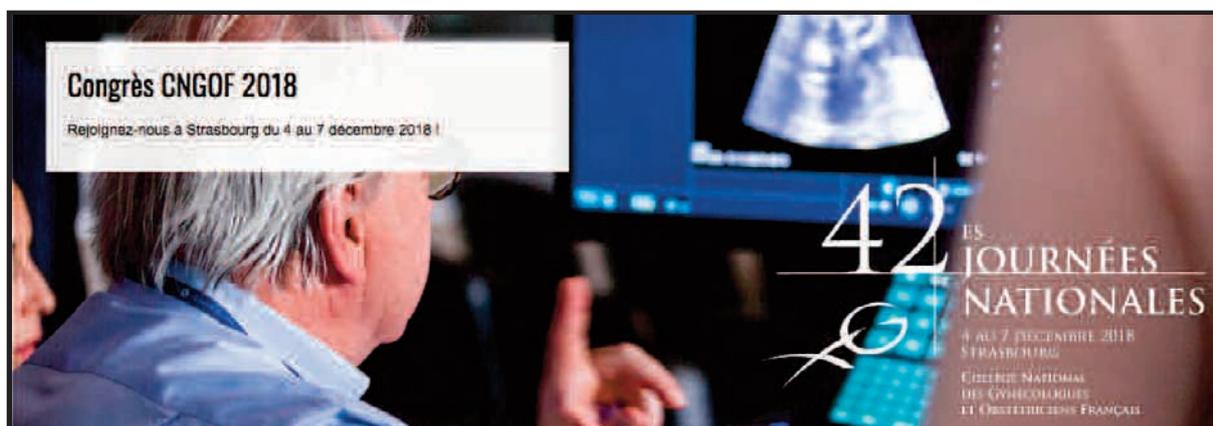
Karima Bettahar est consultante pour le laboratoire MSD en 2015.

Philippe Faucher est consultant pour le laboratoire MSD en 2015.

Danielle Hassoun est consultante pour HRA Pharma en 2015.

Christian Jamin est consultant pour Teva Pharma et HRA.

Les autres auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.



Décisions administratives et judiciaires

nous avons choisi de vous présenter des commentaires d'arrêts de juridictions administratives et judiciaires provenant de deux cabinets d'avocats différents : Maître Hannah CHEREAU et Maître Olivier LECA qui ont l'amabilité de collaborer avec notre revue. Ils éclairent de façon différente et complémentaire l'information que nous devons apporter à nos patientes.

Dr BOYER de LATOUR
Dr de ROCHAMBEAU

L'imprévisibilité d'une dystocie en cours constitue-t-elle une circonstance d'extrême urgence justifiant l'absence d'appel à l'obstétricien ?

Maître Hannah CHEREAU

On le sait : le législateur a édicté certaines règles spécifiques en vue d'une gestion optimisée, par l'équipe médicale, des pathologies de la grossesse et de l'accouchement, ce compris le cas particulier de l'accouchement dystocique.

Il est ainsi prévu à l'article L 4151-3 du Code de la santé publique qu'"en (...) cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin".

Cela étant, le juge administratif a tempéré l'impératif de cette obligation en apportant, de façon constante, la précision suivante : "l'absence d'un médecin dans de telles circonstances est constitutive d'un défaut dans l'organisation et le fonctionnement du service engageant la responsabilité du service engageant la responsabilité du service public hospitalier, à moins qu'il ne soit justifié d'une circonstance d'extrême urgence ayant fait obstacle à ce que la sage-femme appelle le médecin ou que le médecin appelé ait été, pour des motifs légitimes, placé dans l'impossibilité de se rendre au chevet de la parturiente".

Il est essentiel que les équipes médicales soient au fait des exigences législatives et réglementaires de leur profession

En pratique, quelles circonstances d'extrême urgence peuvent faire obstacle à ce que la sage-femme prévienne le médecin d'un accouchement dystocique en cours ? La Cour Administrative d'Appel de Dijon a tenté de répondre en partie à cette question dans un **arrêt du 18 janvier 2018**.

Les faits d'espèce étaient relativement simples : le 17 avril 2007, une patiente était admise dans un centre hospitalier pour accoucher de son second enfant.

Cet accouchement se déroulait par voie basse, et était exclusivement géré par une sage-femme, qui, confrontée à une dystocie des épaules de l'enfant, procédait à une manœuvre de Jacquemier. L'enfant présentera d'emblée une paralysie du plexus brachial droit.

Un an plus tard, les parents de l'enfant saisissaient la Commission de Conciliation et d'Indemnisation de la région Rhône-Alpes d'une demande d'indemnisation dirigée à l'encontre de l'établissement de soins.

Le rapport d'expertise rendu par les deux experts désignés, respectivement gynécologue obstétricien et pédiatre, permettra d'établir les préjudices temporaires de l'enfant, et de conclure à l'existence de fautes affectant le suivi de grossesse et le déroulement de l'accouchement.

En effet, selon les experts, l'équipe médicale aurait insuffisamment pris en compte le risque de dystocie des épaules lors du suivi de grossesse. Si les conclusions du rapport d'ex-

Maître Hannah CHEREAU, Avocat au Barreau de Paris, 60 rue de Londres
75008 Paris Tel : 01 44 94 97 20 - Courriel : hchereau@aclhavocats.com

pertise ne sont pas plus détaillées dans l'arrêt étudié, on peut cependant supposer que les experts CCI avaient estimé que l'équipe médicale aurait dû informer la patiente de la possibilité de recourir à une césarienne "prophylactique", ou veiller en amont et a minima, à ce que l'accouchement même par voie basse, se déroule sous l'égide d'un gynécologue obstétricien.

Car c'est ici le second grief rapporté par les experts : cet accouchement avait été géré exclusivement par une sage-femme qui n'appelait aucun obstétricien malgré la dystocie constatée par ses soins, l'amenant à procéder seule à une manœuvre d'extraction de l'enfant.

Or, les experts, qui ont pris connaissance de la description par la sage-femme de cette manœuvre, ont retenu qu'elle n'avait pas été réalisée conformément aux règles de l'art.

Au vu de ce rapport, la Commission rendait un avis invitant l'assureur de l'établissement de soins, qui répond des fautes de ses salariés, à verser une indemnité provisionnelle aux demandeurs.

L'assureur du Centre Hospitalier refusera selon toute vraisemblance de se conformer à cette demande, puisque l'ONIAM le substituera par la suite en transigeant avec les demandeurs sur des versements provisionnels.

C'est en raison de ses paiements réalisés en lieu et place de l'assureur du fautif désigné par la Commission que l'ONIAM saisissait par suite le Tribunal Administratif de Dijon à l'encontre du Centre Hospitalier concerné, et de son assureur, aux fins de voir ceux-ci condamnés au remboursement des sommes versées.

Le Tribunal Administratif de Dijon accueillera favorablement le recours subrogatoire de l'ONIAM et condamnera le Centre Hospitalier et son assureur au remboursement réclamé au terme d'un jugement rendu le 3 mars 2016, dont le Centre Hospitalier et son assureur relèveront appel devant la Cour administrative d'appel de Lyon.

Au soutien de leur appel, le Centre Hospitalier et son assureur fortifieront leur défense en produisant le rapport critique d'un praticien spécialiste de la dystocie des épaules, qui réfutait toute prévisibilité possible d'une dystocie à la naissance de cet enfant.

Il résultait effectivement de ce rapport critique que les différentes échographies réalisées, les observations prénatales, la taille du bassin compatible avec un accouchement par voie basse, l'absence de diabète gestationnel constituaient autant d'éléments non prédictifs d'une dystocie à la naissance, ce d'autant que l'enfant n'était pas macrosome (poids de 3 900 g à la naissance), et ce, en dépit de la prise de poids importante de la mère pendant la grossesse comme de son antécédent d'accouchement par forceps.

La Cour Administrative d'Appel de Dijon donnera raison aux appelants sur ce point, invalidant ce faisant l'idée émanant

du rapport d'expertise CCI d'une dystocie des épaules qui pouvait être anticipée par l'équipe médicale.

En revanche, le second argument avancé par les appelants ne sera pas suivi par le juge d'appel...

En effet, le Centre Hospitalier et son assureur faisaient valoir qu'en l'absence de prévisibilité de la dystocie, il était logique que l'accouchement ait été suivi par la sage-femme seule, et que celle-ci, une fois la tête de l'enfant engagée et la dystocie des épaules constatée, n'ait pas eu le temps d'appeler le gynécologue de garde en renfort.

En somme, le Centre Hospitalier et son assureur tâchaient d'obtenir de la juridiction d'appel la qualification de "circonstances d'extrême urgence ayant fait obstacle à ce que la sage-femme appelle le médecin", afin que ne soit pas retenu de défaut dans l'organisation et le fonctionnement du service.

Mais la Cour administrative d'Appel de Dijon retenait :

"Considérant que le centre hospitalier (...) fait valoir, que compte tenu de l'extrême urgence de la situation, la tête étant engagée, la sage-femme n'a pas eu le temps d'appeler le gynécologue ; que toutefois, si la dystocie des épaules est une urgence obstétricale imposant un traitement rapide compte tenu du risque à très court terme d'asphyxie néonatale et de séquelles neurologiques centrales irréversibles que cette asphyxie peut entraîner, voire de la mort néonatale, la rapidité de l'accouchement, l'absence de risque prévisible et le poids normal de l'enfant à naître invoqués par le centre hospitalier ne suffisent pas en l'espèce à justifier qu'un médecin, présent sur place, n'ait pu être appelé conformément aux dispositions précitées".

La Cour administrative d'Appel de Dijon condamnera en conséquence les appelants à rembourser les sommes déboursées par l'ONIAM à hauteur d'une perte de chance d'éviter le risque de naître atteint d'un handicap, fixée à un taux de 70%.

Cette solution peut prêter à débat : en effet, la dystocie des épaules est, en soi, une situation d'urgence, et c'est bien ce que tâchaient de faire valoir les appelants en soulignant en outre que la tête de l'enfant était déjà engagée.

Cependant, si l'on qualifie de "circonstance d'extrême urgence" l'accouchement dystocique lui-même, alors l'article L 4 151-3 du Code de la Santé Publique se voit vider de sa substance : l'obligation d'appeler un obstétricien en cas d'accouchement dystocique ne serait plus de mise puisqu'il s'agirait d'une circonstance d'extrême urgence justifiant que cet appel ne soit pas passé !

En un mot : il est essentiel que les équipes médicales soient au fait des exigences législatives et réglementaires de leur profession, et détaillent dans leur dossier les circonstances de prise en charge des situations compliquées auxquelles elles sont confrontées.

Actualité : Médecine, Big data et intelligence artificielle

Maître Olivier LECA*

Un logiciel d'aide à la prescription est un dispositif médical

La Cour de justice des Communautés Européennes précise les conditions pour qu'un logiciel d'aide à la prescription médicamenteuse puisse être regardé comme un dispositif médical.

CJCE 7 décembre 2017 aff. C-329/16

La Cour de justice était saisie par le Conseil d'Etat d'une question préjudicielle. (CE, 8 juin 2016, n° 387156).

Par un arrêt du 7 décembre 2017, la Cour de justice vient de répondre qu'un logiciel dont l'une des fonctionnalités permet l'exploitation de données propres à un patient, aux fins, notamment, de détecter les contre-indications, les interactions médicamenteuses et les posologies excessives, constitue, pour ce qui est de cette fonctionnalité, un dispositif médical au sens de la directive 93/42/CE du 14 juin 1993, même si ce logiciel n'agit pas directement dans ou sur le corps humain.

La qualification d'un dispositif médical repose sur deux critères fondamentaux résultant de la directive 2007/47/CE du 5 septembre 2007 :

- 1 - La finalité médicale à laquelle le dispositif est destiné,
- 2 - Le moyen par lequel l'action principale voulue est obtenue,

Sur le premier critère, la Cour de justice n'a pas eu de difficultés à considérer qu'un logiciel opérant un recoupement des données propres au patient avec les médicaments que le médecin envisage de prescrire et qui est ainsi capable de lui fournir une analyse visant à détecter d'éventuelles contre-indications, interactions médicamenteuses et posologies excessives, est utilisé à des fins de prévention, de contrôle, de traitement ou d'atténuation d'une maladie et poursuit, en conséquence, une finalité spécifiquement médicale.

Sur le second critère, tenant au mode d'action, il impliquait de savoir si un logiciel qui n'agit pas par lui-même

dans ou sur le corps humain peut répondre à la définition du dispositif médical.

La Cour a estimé que le législateur européen avait entendu, par sa directive 2007/47/CE, faire des logiciels autonomes des dispositifs médicaux en tant que tels.

En effet, les lignes directrices d'interprétation élaborées par la Commission européenne (couramment appelées "guides Meddev"), et notamment les *Guidelines on the qualification and classification of stand alone software used in health-care within the regulatory framework of medical devices* (guide Meddev 2.1/6), prévoient que constituent des dispositifs médicaux les logiciels qui sont destinés à créer ou à modifier des renseignements médicaux, notamment par l'intermédiaire de processus de calcul, de quantification ou encore de comparaison des données enregistrées avec certaines références, afin de fournir des informations concernant un patient déterminé.

La solution a été rendue sous l'égide de la directive 93/42/CE modifiée, mais elle est parfaitement transposable dans le contexte de l'application à venir du règlement 2017/745 du 5 avril 2017 qui abrogera et remplacera la directive à compter du 26 mai 2020.

Pour les logiciels d'aide à la décision médicale la CNIL dégage deux nouveaux principes : loyauté et vigilance

Dans son rapport de décembre 2017, "Les enjeux éthique des algorithmes et de l'intelligence artificielle", la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) dégage deux principes fondateurs pour une intelligence artificielle au service de l'homme : la loyauté et la vigilance.

La synthèse de la CNIL est plutôt la bienvenue puisqu'elle fait d'abord œuvre pédagogique, dans un domaine encore mal connu.

Malgré leur diversité, la CNIL retient une approche globale des algorithmes informatiques de traitement de contenus. Selon la synthèse, "algorithmes déterministes et algorithmes apprenants soulèvent en effet des problèmes communs. Dans un cas comme dans l'autre, la finalité des applications de ces classes d'algorithmes consiste à automatiser des tâches autrement accomplies par des humains, voire à délè-

Il existe un principe qui interdit de fonder une décision individuelle ayant des conséquences juridiques sur le seul résultat d'un traitement automatisé de données

* Maître Olivier LECA, Avocat 7, rue Marbeuf - 75008 Paris
T. 06 32 49 81 35 www.leca-avocat.fr cabinet@leca-avocat.fr

guer à ces systèmes automatisés des prises de décisions plus ou moins complexes". Cette automatisation induit des risques de déshumanisation des décisions et de multiplication des atteintes à la vie privée, puisqu'un algorithme a besoin de beaucoup de données pour renforcer ses performances.

Pour lutter contre les usages inconsidérés des outils algorithmiques, la synthèse suggère de mobiliser toutes les formes de normativité et dresse un état des ressources du droit positif. Outre les dispositions connues sur le traitement des données personnelles : droit à l'information, droit d'opposition, droit d'accès, droit de rectification, élaborées dans un souci de protection de la vie privée et des libertés fondamentales ; il existe surtout un principe qui interdit de fonder une décision individuelle ayant des conséquences juridiques sur le seul résultat d'un traitement automatisé de données (loi LL art. 10 ; RGDP art. 22).

Ce principe est important puisqu'il rappelle que les médecins sont seuls autorisés à diagnostiquer les maladies et prescrire des solutions thérapeutiques.

De même, il expose l'utilisateur non médecin d'une intelligence artificielle entraînée à ces tâches à des poursuites pour exercice illégal de la médecine.

Cependant, ce principe d'interdiction des décisions individuelles automatisées ne concerne pas les outils "d'aide à la décision", alors même que le professionnel peut être tenté de suivre aveuglément la recommandation de l'algorithme. La règle permettant d'éviter que le médecin soit dans un rôle passif face à la machine n'a pas encore été trouvée, ou du moins elle restera celle de la responsabilité personnelle. A-t-on réellement besoin de plus ?

La CNIL suggère que oui. Ainsi pour que l'intervention d'une personne physique reste le garde-fou des risques de déresponsabilisation et de déshumanisation, il va être nécessaire d'introduire de nouvelles exigences, soit dans les règles juridiques, soit dans les règles éthiques, que les acteurs s'imposent.

Afin de combler les manques évoqués, la synthèse suggère de s'appuyer sur les principes de loyauté et de vigilance.

Le premier est ici défini différemment de son acception commune. Il s'agit, en effet, de l'utiliser de manière à ce que "l'algorithme dise ce qu'il fait et fasse ce qu'il dise", mais aussi de façon à limiter "la liberté que le responsable de l'algorithme a de déterminer les critères de fonctionnement de ce dernier".

Dans cette acception élargie et exigeante, "un algorithme loyal ne devrait pas avoir pour effet de susciter, de reproduire ou de renforcer quelque discrimination que ce soit, fût-ce à l'insu de ses concepteurs". Ainsi entendu, le principe de loyauté s'appuierait sur d'autres principes, notamment de responsabilité et d'intelligibilité, ce dernier étant préféré à la transparence (jugée inadéquate car la publication d'un code source laisserait la plupart des personnes dans l'incompréhension de la logique à l'œuvre et se heurterait dans certains cas à des secrets industriels).

Quant au principe de vigilance, il viserait à répondre à un double défi : celui du "caractère mouvant et évolutif des algorithmes à l'heure du machine learning" et celui des incidences collectives de décisions dont la portée individuelle peut sembler anodine. Pas de grande révolution sur ce principe que le monde de la santé connaît en réalité déjà très bien.

Pour la mise en œuvre concrète de ces principes, la synthèse formule six recommandations. Certaines ne paraissent pas directement concerner le domaine juridique...

Il s'agit d'abord d'une description du besoin de formations pour les concepteurs, les utilisateurs et les destinataires des traitements algorithmiques. Pour les premiers il s'agira de prendre conscience des enjeux éthiques de leur travail et pour les autres il s'agira de gagner en esprit critique.

Les recommandations 2 et 4 donnent davantage matière à des innovations juridiques. Il en va ainsi de l'idée de créer une plateforme nationale d'audit des algorithmes pour contrôler leur conformité à la loi et au principe de loyauté, qui s'appuierait notamment sur des dispositifs existants (CNIL, Autorité des marchés financiers, Autorité de la concurrence...). De même, on retiendra l'appel à "rendre les systèmes algorithmiques compréhensibles en renforçant les droits existants", qui passerait par l'instauration d'une obligation légale, à la charge des responsables de systèmes algorithmiques, de communiquer de manière "claire et compréhensible des informations permettant de comprendre la logique de fonctionnement d'un algorithme". Cette proposition nous renvoie bien évidemment à la répercussion d'une information compréhensible pour les patients.

Enfin, sur la répartition des responsabilités, la CNIL ne néglige pas les défis posés par le "machine learning", qui induit une autonomisation et une opacité accrue des processus de traitement des contenus. La synthèse insiste toutefois sur la nécessité de ne pas déresponsabiliser les différents acteurs de la "chaîne algorithmique" : Pour elle "l'intervention humaine est bien présente dans le recours aux algorithmes, par l'intermédiaire du paramétrage de l'algorithme, du choix et de la pondération des critères et des catégories de données à prendre en compte pour arriver au résultat recherché". La responsabilité individuelle de chacun des acteurs reste donc la norme.

Data, algorithmes et intelligence artificielle : l'ordre des médecins livre ses recommandations

Après son Livre blanc sur la santé connectée, publié en 2015, le Conseil national de l'ordre des médecins prend position sur l'usage des données, des traitements algorithmiques et de l'intelligence artificielle en santé. Dans une publication de plus de 70 pages, accompagnée de 33 recommandations, le CNOM livre sa contribution à une réflexion collective déjà riche de nombreux avis et rapports (OPECST, CNIL...).

Le Livre blanc affiche un soutien fort à ces évolutions technologiques, voire épistémologiques, tout en réaffirmant l'attachement du CNOM aux grands principes éthiques et déontologiques. Ce balancement s'exprime de manière parfois étonnante, par exemple lorsque les médecins de demain sont décrits comme des *"risk-managers qui géreront de façon anticipative la santé des patients qui leur font confiance"* grâce à leurs *"alliés"* algorithmes et intelligence artificielle, mais qu'il est aussi dit que *"la médecine comportera toujours une part essentielle de relations humaines, quelle que soit la spécialité, et ne pourra jamais s'en remettre aveuglément à des "décisions" prises par des algorithmes dénués de nuances, de compassion et d'empathie."*

N'ayant pas circonscrit le champ des questions traitées, le CNOM est conduit à évoquer l'impact de ces évolutions dans des registres très variés. L'ambition était peut-être excessive, car cela aboutit à une longue liste de recommandations parfois disparates et souvent imprécises.

Il y a tantôt des rappels de principes d'évidence...

Le CNOM recommande ainsi que *"le développement et les recours aux technologies ne puissent pas avoir la mission de remplacer la décision médicale partagée avec le patient, qui reste singulière"*.

S'agissant du *"respect des secrets des personnes"*, qui constitue *"la base même de la confiance qu'elles portent aux médecins"*, il considère que *"la préservation du secret médical couvrant les données personnelles de santé doit être appliquée aux traitements des données massives et que leur exploitation ne doit pas permettre l'identification d'une personne, au risque de conduire à des discriminations"*.

...Tantôt certains oublis, puisque certaines recommandations négligent les acquis du droit positif.

Ainsi, le CNOM demande que l'hébergement de données de santé à l'étranger soit conditionné au respect d'exigences équivalentes à celles ayant cours sur le territoire en matière de sécurité et de disponibilité des données, sans même mentionner les prévisions nationales et européennes. De même, il appelle à ce que la Stratégie Nationale en Santé incite prioritairement au développement industriel d'outils d'aide à la décision médicale, plutôt que de logiciels *"qui dicterai[en]t au médecin comme au patient une décision rendue par l'algorithme qui s'imposerait à eux sans être susceptible de critique ou de transgression"*, sans évoquer le monopole de l'exercice de la médecine et l'exigence déontologique d'une décision médicale prise en conscience qui s'opposent à ce que le diagnostic médical et la prescription soient générés directement par une machine. Faute de rappel, la recommandation peut donner le sentiment de négliger les ressources du droit positif.

D'autres recommandations sont décevantes. Ainsi, le Livre blanc évoque l'intérêt des outils numériques pour donner davantage de place aux patients et à leurs expériences : *"les patients et leurs associations sont en capacité d'émettre sur leurs réseaux sociaux des "signaux sanitaires" qu'il*

nous faut apprendre à détecter et à interpréter, ne serait-ce que pour éviter de grandes catastrophes liées aux effets secondaires de certains médicaments". Riches d'un savoir sur leurs maladies, les patients peuvent être la source d'informations complémentaires. Or, le CNOM n'évoque brièvement ce point qu'à propos de l'émergence d'un service public gratuit d'information en santé, et ne le développe pas suffisamment dans ses recommandations.

Enfin, certaines prises de position manquent de clarté.

Ainsi, le CNOM semble pris dans un rapport contradictoire à la norme juridique. Il appelle à un renforcement de l'arsenal juridique, notamment sur la clarification des responsabilités entre le médecin utilisateur du logiciel d'aide à la décision et le concepteur des algorithmes (on pourra d'ailleurs regretter que le CNOM oublie de mentionner le producteur et le distributeur) et sur le renforcement des sanctions pénales en cas d'intrusion dans un système d'information.

Cependant, il précise que la loi et le règlement ne lui paraissent pas être les meilleurs outils en ce domaine et suggère plutôt *"que des instances qualifiées puissent émettre des règles de droit souple"*, sans donner plus ample précision...

Hébergeurs de données de santé : des référentiels pour accompagner le passage à la certification

L'ASIP Santé a publié des référentiels afin de permettre aux hébergeurs de données de santé d'anticiper la mise en œuvre de la nouvelle procédure de certification qui devrait avoir lieu courant 2018.

L'ordonnance du 12 janvier 2017, dont les dispositions entreront en vigueur au plus tard le 1er janvier 2019, substitue à l'agrément des hébergeurs de données de santé une procédure de certification. L'ASIP Santé a publié le référentiel de certification des hébergeurs de données de santé, nécessaire à ce changement de procédure. Il est complété par un référentiel d'accréditation des organismes de certification des hébergeurs.

Notons que ces référentiels doivent encore être approuvés par arrêté ministériel, ce qui pourrait engendrer quelques ajustements mineurs.

Les agréments délivrés avant le 1er janvier 2019 continueront à produire leurs effets jusqu'à leur terme, en revanche, les titulaires d'un agrément qui arriverait à échéance dans les 12 mois suivant l'entrée en vigueur de l'ordonnance devront obtenir une certification dans un délai qui doit être précisé par décret.

Contrairement aux conditions réglementaires d'agrément qui ne listaient qu'une série d'obligations à respecter, ces deux référentiels renvoient vers plusieurs normes ISO bien précises auxquelles s'ajoutent quelques obligations spécifiques liées à l'hébergement de données sensibles que sont les données de santé.

Commentaires de jurisprudences

Maître Olivier LECA*

Obligation d'information du patient sur les soins proposés : le niveau de connaissance d'un patient n'exonère pas le médecin de son obligation d'information

Le présent titre suffit presque à comprendre la décision prise par le Conseil d'Etat :

"Considérant que la circonstance qu'un patient détienne des connaissances médicales ne saurait dispenser le praticien de satisfaire à son obligation de l'informer, par un entretien individuel, de manière loyale, claire et appropriée, sur son état de santé et les soins qu'il lui propose, ainsi qu'il résulte des dispositions du code de la santé publique citées au point 2 ; qu'une telle circonstance est seulement susceptible d'influer sur la nature et les modalités de cette information ; que, par suite, en jugeant que, puisque Mme D...était, en sa qualité d'assistante médicale de Mme A..., réputée connaître toutes les caractéristiques de l'acte qu'elle lui avait demandé de pratiquer, cette circonstance dispensait cette dernière de toute obligation d'information préalable, la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins a entaché sa décision d'une erreur de droit ; qu'au surplus, s'agissant d'un acte à visée esthétique, l'obligation d'information était renforcée et devait porter sur les risques et inconvénients de toute nature susceptibles d'en résulter";

CE 22 décembre 2017 n°390709

Nous sommes dans le cadre d'un contentieux ordinal. La patiente d'un médecin généraliste spécialisé en médecine esthétique saisit la chambre disciplinaire régionale de première instance de l'ordre des médecins d'une plainte contre ce dernier. Elle invoque divers manquements en matière d'information. Au final, la plainte est rejetée, au vu du niveau de connaissances médicales détenues par la patiente qui est assistante médicale.

Mais le conseil départemental de l'ordre lui-même se pourvoit en cassation.

Le Conseil d'Etat annule la décision critiquée et renvoie l'affaire devant la chambre disciplinaire nationale de l'ordre des médecins.

En effet, la circonstance qu'un patient détienne des connaissances médicales ne saurait dispenser le praticien de satisfaire à son obligation de l'informer, par un entretien individuel, de manière loyale, claire et appropriée, sur son état de santé et les soins qu'il lui propose. Le Conseil d'Etat ajoute qu'une telle circonstance est seulement susceptible

d'influer sur la nature et les modalités de cette information, laissant ainsi la possibilité pour les juges du fond d'apprécier concrètement la qualité de l'échange entre le médecin et son patient, en tenant compte à la fois des éléments de preuve sur l'information délivrée mais également de la personnalité de l'individu qui la reçoit.

La Haute juridiction administrative rappelle cependant que la circonstance qu'un patient détienne des connaissances médicales ne saurait dispenser le praticien de satisfaire à son obligation de l'informer, par un entretien individuel, de manière loyale, claire et appropriée, sur son état de santé et les soins qu'il lui propose, ainsi qu'il résulte des articles R. 4127-35 et L. 1111-2 du code de la santé publique.

La dispense d'information n'est donc pas de mise.

S'agissant ici en plus d'un acte à visée esthétique, l'obligation d'information est renforcée et doit porter par écrit sur les risques et inconvénients de toute nature, susceptibles d'en résulter.

Radiation d'un médecin ayant délibérément omis de vacciner un enfant

L'affaire est aussi simple que grave : un père de famille conteste que son enfant a bien été vacciné, alors que le carnet de santé porte la mention de quatre injections successives d'un vaccin contre, notamment, la diphtérie, le tétanos et la poliomyélite, lors de consultations au cours desquelles la mère était présente. Il porte plainte contre ce médecin, avec le conseil départemental de l'ordre des médecins. Il obtient sa radiation du tableau de l'ordre, par décision de la chambre disciplinaire de première instance régionale, qui est confirmée en appel et en cassation.

En effet, ce médecin a contrevenu aux articles R. 4127-3, R. 4127-32 et R. 4127-40 du code de la santé publique.

En lui infligeant la sanction de radiation du tableau de l'ordre des médecins, la chambre disciplinaire nationale a, eu égard au caractère délibéré de ses actes et à la gravité des fautes commises, prononcé une sanction qui n'est pas hors de proportion avec les fautes retenues.

CE 22 décembre 2017 n°406360

".. qu'en estimant que M. E... n'avait pas, contrairement à ce qu'il avait indiqué dans le carnet de santé de l'enfant, procédé à sa vaccination et avait ainsi porté sur ce carnet des mentions mensongères, la chambre disciplinaire nationale a souverainement apprécié, sans les dénaturer, les pièces du dossier qui lui était soumis ; qu'elle n'a, par ailleurs, pas commis d'erreur de droit en refusant d'ordonner la mesure d'expertise sollicitée par le praticien ;

6. Considérant qu'en déduisant de l'absence de vaccination de l'enfant et des mentions mensongères portées sur son carnet de santé que M. E... avait méconnu les dispositions l'article R. 4127-40 du code de la santé publique aux termes desquelles : "Le médecin doit s'interdire, dans les investigations et interventions qu'il pratique comme dans les thérapeutiques qu'il prescrit, de faire courir au patient un risque injustifié" ainsi que celles de l'article R. 4127-3 du même code aux termes desquelles : "Le médecin doit, en toutes circonstances respecter les principes de moralité, de probité et de dévouement indispensables à l'exercice de la médecine" et celles de l'article R. 4127-32 aux termes desquelles : "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 (...)", la chambre disciplinaire nationale a, par une décision suffisamment motivée sur ce point, exactement qualifié les faits qui lui étaient soumis ;

7. Considérant qu'en infligeant à M. E... la sanction de radiation du tableau de l'ordre des médecins, la chambre disciplinaire nationale a, eu égard au caractère délibéré de ses actes et à la gravité des fautes commises, prononcé une sanction qui n'est pas hors de proportion avec les fautes retenues".

A noter que cette décision a été rendue quelques jours avant la publication de la LFSS 2018 qui rend obligatoire pour les enfants nés à partir du 1^{er} janvier 2018, 8 vaccins en complément des 3 déjà imposés (LFSS 2018, n° 2017-1836, 30 déc. 2017, art. 49 : JO, 31 déc. ; C. santé publ., art. L. 3111-2).



Le Centre Hospitalier de Kourou

(CHK public anciennement CMCK de la Croix Rouge, la ville spatiale d'où décolle Ariane)

Recherche des remplaçants Gynécologues-Obstétriciens de moyenne à longue durée

(15 jours, 1 à 3 mois ou plus ou réguliers)

pour assurer la forte demande de chirurgie gynéco (70% de la Guyane) et les astreintes.

Maternité niveau IIA, 800 accouchements/an dans un milieu bien organisé (bonne équipe de sages-femmes bien rodées, urgentistes qui ne dérangent pas pour rien, bloc op et services bien équipés comme en métropole, établissement bien noté, chirurgiens urologues et viscéraux disponibles) et en plus bien payé (PH échelon 13 + 40% + billet avion/logement/voiture + 190 € par astreinte + temps additionnel).

Nous serons bientôt en convention avec l'AP-HP de Paris. Aussi nous pouvons recruter un gynécologue obstétricien thésé en attente de son poste d'assistant... ou qui recherche un poste de PH au plus près de la nature... Amazonienne.

Ce sera l'occasion de découvrir notre belle Guyane.

Contact : Dr LABORDE Olivier - labordeo@ch-kourou.fr

0594 32 76 50 - 06 94 21 44 22 (-4h)

Vos annonces en ligne sur <http://syngof.fr/annonces/>

“Sauver la mère ou Sauver l'enfant”

à l'émergence d'une science obstétricale

XVII^{ème} – XVIII^{ème} siècle

P. TOURAME*

La conscience morale qui guide l'action de l'accoucheur devait répondre à trois impératifs : “le droit de la femme qui jouit d'une vraie vie”, l'espoir de sauver l'enfant qui ne présente qu'une “espérance de vie” et enfin le “devoir du baptême”.

“S

auver la mère ou sauver l'enfant, question symbolique autour de la naissance, la vie mais aussi la mort. “Cas de conscience” collé à la profession de sages-femmes et obstétriciens. Tellement marquant que la question est présente dans tous les manuels d'accouchement et qu'il fut l'objet dès 1733 d'un “Mémoire présenté à Messieurs les Docteurs en Théologie de la Faculté de Paris”(1) : “On demande si dans le cas où l'on ne pourrait délivrer une femme en couche par les voies ordinaires, il faut faire à l'enfant un sacrifice de la vie de la mère, en lui faisant courir le risque de l'opération césarienne, ou sacrifier l'enfant à la sûreté de la mère en le mutilant et par ce moyen lui donner la mort avant d'en faire extraction

ou le traitant si mal il n'y puisse survivre que peu de temps”.

La conscience morale qui guide l'action de l'accoucheur devait répondre à trois impératifs : “le droit de la femme qui jouit d'une vraie vie”, l'espoir de sauver l'enfant qui ne présente qu'une “espérance de vie” et enfin le “devoir du baptême”.

Il faut rechercher dans l'histoire du savoir-faire obstétrical, les circonstances dans lesquelles de telles questions se sont posées, en s'appuyant sur les “traités d'accouchements” reconnus dans l'enseignement à l'époque puisque plusieurs fois réédités (Mauriceau 1668, Mauquest de la Motte 1765, Dionis 1782) et sur les ouvrages d'historiens et d'historiennes de la naissance reconnus comme Jacques Gelis(2), et Marie France



Fig.1 : Apollon fait tuer Coronis, pris de remord, il incise son ventre pour sauver Esculape. Ovide Métamorphoses II.

Morel(3), ainsi que ceux de l'histoire de la césarienne par Pundel(4), Mireille Laget(5), Henri Stofft(6). Question essentielle depuis l'antiquité que celle du choix ou de l'absence de choix entre la vie de la mère et celle de l'enfant en cas de complication au moment de la naissance : “Les matrones depuis toujours étaient confrontées à ce redoutable dilemme ; on sait qu'elles y répondaient habituellement en privilégiant le salut de la mère ; on sauve ce qui est, ce qui vit”(7).

Lorsqu'il n'y avait plus d'espoir pour la mère, il était admis comme un devoir vis-à-vis de l'enfant de lui donner une chance.

* Espace éthique méditerranéen UMR ADES 7268 EFS-CNRS-Université d'Aix-Marseille Hôpital de la Timone, 13385 Marseille Cedex

Elaborer des règles de l'art

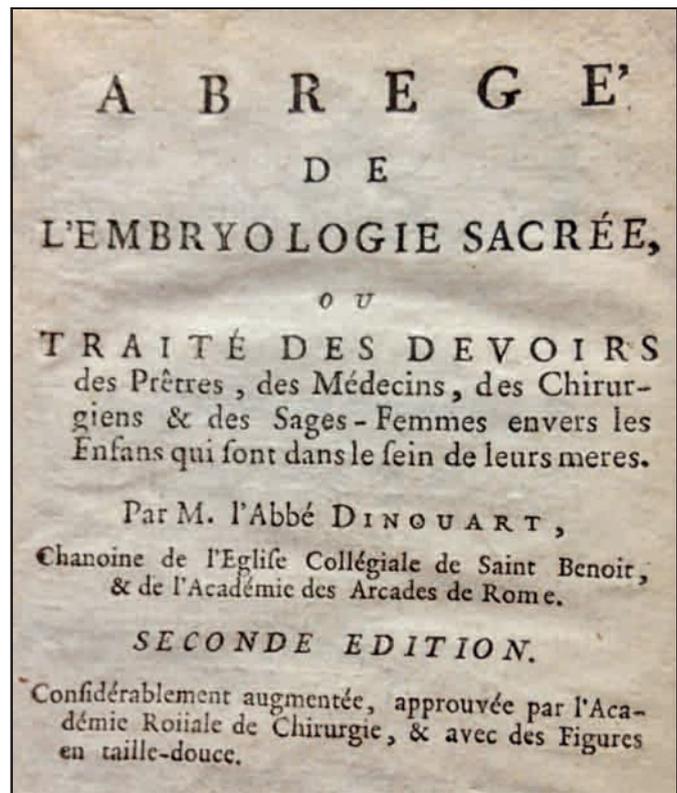
C'est à partir de la moitié du XVIII^{ème} siècle, avec l'émergence d'une science obstétricale, que la question ne se posa plus tout à fait dans les mêmes termes. On attendit des sages-femmes et des accoucheurs qu'ils sauvent les deux vies. La formation des sages-femmes et l'enseignement des techniques obstétricales prétendaient répondre à cette exigence et mettre fin à la forte mortalité des femmes en couche et des nouveau-nés. La formation aux manœuvres, version podalique et forceps, avait pour but de délivrer la mère et sauver l'enfant. L'enseignement des sages-femmes fut développé par la méthode de démonstration de Mme Du Coudray qui donna des cours itinérants dans un véritable tour de France.

Les accoucheurs entendaient affirmer que la pratique des accouchements était un art et une science qui présupposait un apprentissage défini et codifié. Mais les résultats restaient catastrophiques. L'absence de directive précise, la nécessité de s'adapter aux situations locales, le poids des habitudes avec les "matrones", conduisait à une grande diversité dans la qualité de l'aide aux parturientes. L'utilisation des "crochets" en est un exemple.

La condamnation des "crochets"

Les "crochets" étaient utilisés pour délivrer la femme "lorsque l'on ne voit plus d'issue", pour tirer l'enfant par voie basse. Dans son *Traité complet des accouchements naturels, non naturels et contre nature*, Guillaume Mauquest de La Motte, "Chirurgien Jurez et accoucheurs à Valognes", fait partager ses doutes et ses angoisses face à des actes qu'il condamne(8). Il est désespéré par l'erreur qu'il commet un jour en arrachant vivant avec le perforateur un enfant qu'il avait d'abord jugé mort.

Fig. 2 : Abrégé de l'embryologie sacrée Traduit par l'Abbé Dinouart - seconde édition - L'abbé Dinouart fit des additions sur l'opération césarienne. 1762



Désormais, il veut des preuves évidentes de la mort du fœtus avant d'utiliser les instruments. L'enfant mérite en effet tous les égards et si, malgré la dextérité et la prudence de l'accoucheur, il s'avère qu'il ne pourra vivre, il faut au moins qu'il reçoive le baptême.

Il invoque aussi la nécessité de l'intervention des magistrats pour des actes qu'il attribue à l'ignorance ou à l'incompétence de certains et qu'il faudrait empêcher(9). Son appel fut reconnu, mais au siècle suivant. Il faudra attendre le XIX^{ème} siècle pour que les magistrats sanctionnent les médecins en cas d'incompétence et reconnaissent les préjudices occasionnés aux enfants(10).

De "l'opération césarienne" sur femme vivante

Lorsqu'il n'y avait plus d'espoir pour la mère, il était admis comme un devoir vis-à-vis de l'enfant de lui donner une chance. Face à l'agonie d'une femme qui meure parce que l'on n'a

pas pu la délivrer en terminant l'accouchement par voie basse, "Lorsque le chirurgien expert ne peut sortir l'enfant mort ou vivant ou par pièces, en un mot qu'il n'en vienne à bout"(11), une décision doit être prise. Pourquoi ne pas ouvrir et aller prendre dans le ventre même l'enfant ?

La pratique de césarienne existait depuis l'antiquité mais était réalisée en post mortem. "Le souci de l'Eglise d'assurer la vie spirituelle de l'enfant a été à l'origine des césariennes sur femme morte, qui se sont multipliées au XVII^{ème} et au XVIII^{ème} siècle. Ces interventions étaient pratiquées par des chirurgiens et des sages-femmes, qui devaient attendre le décès de la femme pour faire l'incision".

Ces deux actes ante ou post mortem sont de nature très différente. Pour Mireille Laget(12), "L'un est une simple ouverture du cadavre", l'autre se rapproche de "l'assassinat".

La plupart des chirurgiens et des familles ainsi que l'Eglise s'opposaient à l'incision de la mère tant qu'elle possédait un souffle de vie. La

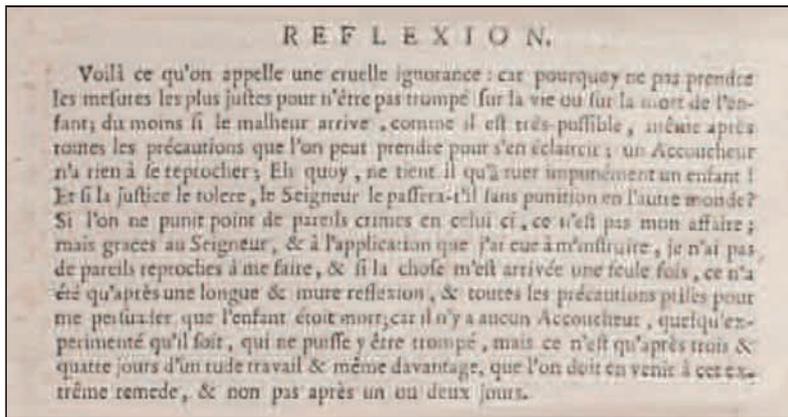


Fig.3 : Réflexion sur les risques de l'utilisation du crochet *Traité complet des accouchements Naturels, non naturels et contre nature* par le sieur De La Motte p.325

césarienne était synonyme de martyr pour la mère et presque unanimement condamnée. Mais dans les situations désespérées, le pire n'était-il pas d'attendre ? La césarienne était avant tout un geste de dernier secours pour la mère. La mortalité immédiate ou dans les suites semi-proches était quasiment inéluctable. Quelques cas sporadiques de survie maternelle sont décrits dans les campagnes. Pour Jacques Gélis, *"Les tentatives les plus anciennement décrites remontent au début du XVI^{ème} siècle et sont le fait de pères désespérés de voir leur femme mourir sans accoucher. Le mythe initial conservé par la tradition, entre chirurgie et légende, est celui du châtreur de porcs de Turgarie, Jakob Nufer, représentation parfaite du geste inventif et téméraire qui doit sauver l'épouse (vers 1500)".* Ce récit fut diffusé par Gaspard Bauhin, soit presque un siècle plus tard(13).

Une opération peu répandue mais qui fait parler d'elle

Le livre d'un imposteur ou celui d'un précurseur ? Il semble incontestable que François Rousset soit l'auteur du premier ouvrage médical sur la césarienne :

L'hysterotomotokie ou enfantement coesarien, en 1581. Manifestement, il ne pratiqua jamais cette intervention, cite sept observations mais n'aurait assisté qu'à une d'entre elles. Mais il a porté à la connaissance du monde médical une intervention qui, dans des cas extrêmes, pouvait apporter une solution parfois presque miraculeuse pour l'enfant et la mère. Son ouvrage fut célébré avec enthousiasme par Gaspard Bauhin qui y adjoignit un accouchement à sensation, celui d'Elisabeth Alespach, l'épouse de Jakob Nufer, mythe fondateur. Le succès de cette publication poussa quelques praticiens isolés mais les résultats étaient jugés catastrophiques par l'ensemble des médecins jusqu'à mettre en doute la véracité des cas cités.

Ambroise Paré, Mauriceau, Guillemeau, ne la préconisent que chez la femme morte. Ambroise Paré considérait la césarienne comme extrêmement dangereuse. Les survies de la mère étaient rares sinon exceptionnelles, si l'on exclut les laparotomies pour grossesses extra-utérines après le cinquième mois. Il faudra attendre 1704 pour que paraisse le récit authentifié d'une césarienne pratiquée à Saintes en 1689 par Jacques Ruleau avec double succès(14). C'est dans ces situations nouvelles de césarienne sur femme encore vivan-

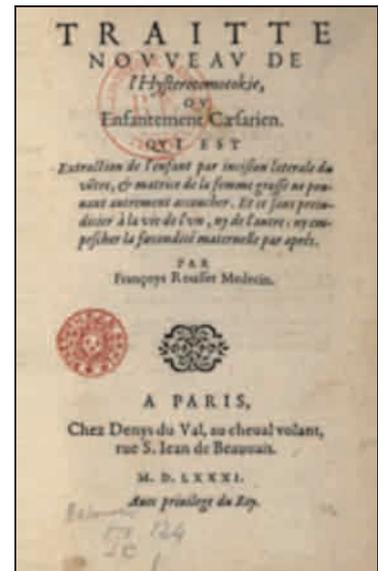


Fig. 4 : *Traité nouveau de l'hysterotomotokie, ou Enfantement caesarien... page de titre Paris, Denys du Val, 1581*

te que certains operateurs téméraires prenaient la responsabilité de faire ainsi mourir en martyr ces pauvres femmes.

Quelle est l'attitude médicale préconisée dans les traités d'obstétrique ?

L'opération césarienne était considérée comme un meurtre dans la mesure où les chances de succès étaient presque nulles. On laissait donc mourir la parturiente après lui avoir conféré les derniers sacrements et, dans la minute même, le fœtus était tiré de son sein pour être baptisé. Les textes suivants, contenus dans les traités d'accouchements de deux célèbres accoucheurs de la fin du XVII^{ème} et de la fin du XVIII^{ème}, François Mauriceau et Pierre Dionis, illustrent précisément ce dilemme mère/enfant. **1668. François Mauriceau, "Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées".** page 342 -343. Il s'exprime sur l'opération césarienne sur femme vivante et en appelle au magistrat pour interrompre *"ce que plusieurs ignorants font encore tous les jours à la campagne,*

par un pernicieux abus que tous les magistrats devraient empêcher".

"A la vérité, il sembleraient avoir quelque prétexte d'excuse légitime, de faire ainsi mourir martyres ces pauvres femmes, si c'étoient pour en tirer un second Scipion l'Africain, (lequel au rapport de Pline au 9.Ch. du 7.Liv. de l'Histoire nat. naquit de la sorte, et fut pour ce sujet surnommé Cesar) ou bien pour sauver la vie à quelque grand et nouveau Prophète. Il s'est bien vu du temps des anciens Payens, qu'on a sacrifié des victimes innocentes pour le salut de tout un public, mais non pas pour celui d'un particulier : je sais bien qu'ils se couvrent du prétexte de pouvoir donner Baptême à l'enfant, qui autrement seroit en grand danger d'en être privé ; parce que la mort de la mère est ordinairement cause de la sienne ; mais j'ignore qu'il y ait jamais eu aucune loi chrétienne ni civile, qui ordonnât de tuer ainsi la mère pour sauver l'enfant. C'est plutôt pour satisfaire à l'avarice de certaines gens, qui se mettent fort peu en peine que leur femme meure, pourvu qu'ils en aient un enfant qui lui puisse survivre, non tant pour en avoir lignée, qu'afin d'en hériter après ; pour raison de quoi ils donnent volontiers leur consentement à une si cruelle opération ; ce qui est une très damnable adresse. S'ils disent, pour rendre en apparence la chose moins horrible, qu'on ne la doit entreprendre que quand la femme est à l'extrémité de la vie ; à cela je répons que souvent la nature se relève de bien loin, contre toute notre espérance ; et s'ils objectent qu'elle en peut bien réchapper ensuite ; c'est ce que je leur nie absolument, par preuve des plus experts Chirurgiens, qui l'ayant pratiquée, en ont toujours eu une mauvaise issue, la mort de toutes les femmes s'en étant peu après ensuivie".

1782. Pierre Dionis, chirurgien du Roi Louis XIV, "Cours d'opérations de chirurgie, démontrées au jardin du roi".

"Ce n'est pas seulement la cruauté de cette opération, et la mort presque inévitable qui la suit, qui nous doit ôter la pensée de la faire, mais encore la religion, qui nous la défend ; car ayant été mis en question lequel des deux on devoit sauver, ou de la mère ou de l'enfant, lorsque les Accoucheurs ou les Sages-femmes se trouvoient dans l'impuissance de conserver la vie à l'un et à l'autre ensemble, Messieurs les Docteurs de Sorbonne et les plus fameux Casuistes ont décodé qu'il falloit plutôt sauver la mère que l'enfant. Sur ce principe, il faut bien se donner de garde de tenter sur elle une opération qui tueroit infailliblement.

Il y en a qui nous disent qu'elle a été faite à Londres et à Amsterdam ; et on entend tous les jours des bonnes femmes, et des hommes aussi crédules qu'elles, soutenir qu'on l'a faite à leurs voisines ou à leurs commères. Je mets toutes ces histoires au rang de celles qu'on débite sur les esprits et sur les sorciers : je n'en crois rien du tout".

Quand la césarienne ne sacrifia-t-elle plus la femme ?

Pendant le siècle suivant, le taux de mortalité resta si effrayant que Charles Pajot, contemporain de Lister et de Pasteur, professeur d'accouchements de 1863 à 1886, se permit ce sarcasme : "C'est une inspiration de sauvage qui coupe l'arbre pour avoir le fruit, c'est un assassinat scientifique".

Sur ce point, le livre de J.-P. Pundel, publié à Bruxelles en 1969, sert de référence. L'antisepsie introduite à la Maternité de Paris en 1876 et l'asepsie, ne suffirent pas à garantir la sécurité de l'opérée car l'écoulement des lochies à travers la plaie utérine mal suturée provoquait une mort certaine.

La mortalité sera encore notée de presque 100% jusqu'à la moitié du

XIX^{ème} siècle dans les maternités des grandes villes comme Paris ou Londres(15).

La mortalité maternelle ne diminuera que grâce à l'amélioration des techniques opératoires : la césarienne hystérectomie de Edoardo Porro en 1876 ou la suture de l'utérus par Max Sanger en 1882(16) et utilisée par Bar en France.

Conclusion

Face à l'impossibilité de terminer l'accouchement par voie basse (enfant trop gros, bassin trop petit, contractions utérines sans vigueur), l'accoucheur ou la sage-femme se trouvaient confrontés il y a trois siècles à un choix entre deux options a priori aussi insatisfaisantes l'une que l'autre : attendre ou tenter l'impossible avec une césarienne. Ce dilemme du risque de faire ou ne pas faire était le cas de conscience absolu des débuts de la pratique des césariennes sur femme vivante. Le choix interventionniste soumettait la mère à une violence extrême sous laquelle le plus souvent elle succombait et ne s'accompagnait que rarement d'un enfant vivant. On constate à travers tous les écrits que la césarienne ne répondait pas au choix de sauver une mère ou sauver son enfant mais restait un acte de la dernière chance pour sauver une mère agonisante. Quant à la violence des extractions difficiles qui mutilent les enfants, elle a toujours ému l'opinion et fut à la base de la diffusion de l'enseignement de l'obstétrique. Dès le XIX^{ème} siècle, les magistrats ont reconnu le préjudice des enfants victimes et sanctionné les médecins pour impéritie et n'avoir pas appelé un confrère plus compétent. Il faudra attendre l'avènement de l'anesthésie, de l'asepsie et l'amélioration des sutures utérines pour diminuer la mortalité de la césarienne et qu'elle devienne une technique opératoire en obstétrique.

Bibliographie

- 1 - Dinouart. *Abrégé de l'embryologie sacrée - Traité des devoirs des prêtres, des médecins, des chirurgiens et des sages-femmes envers les Enfants qui sont dans le sein de leurs mères*. Nyon Libraire, quai des Augustins. Seconde édition de 1766. p 465 -475
- 2 - Gelis Jacques - *La sage-femme ou le médecin* Fayard 1988
- 3 - Gélis J, M.Laget et M-F Morel *Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France Traditionnelle*. Editions Gallimard Julliard Editions Archives 1978 p. 96
- 4 - Pundel, J.P. *Histoire de l'opération césarienne*. Edité par Bruxelles, Presses académiques européennes, 1969
- 5 - Laget M. - *La césarienne ou la tentation de l'impossible, XVII^e et XVIII^e siècle*. Annales de Bretagne et des pays de l'Ouest. 1979 86-2 pp. 177-189
- 6 - Stofft H. *Epistémologie de la césarienne du XVI^e au XX^e siècle*. Syngof N°73, mars 2008
- 7 - Gelis J. *La sage-femme ou le médecin*. Fayard, 1988. p 378
- 8 - Gelis J. "Accoucheur de campagne sous le Roi-Soleil" 1979 -

- Edition Privat-Toulouse p 36-37
- 9 - De La Motte. *Traité complet des accouchements Naturels, non naturels et contre nature*. Paris, d'Houry Imprimeur libraire, 1765, Manuel de l'enseignement obstétrical plusieurs fois réédité et traduit en Allemand pour l'école de Strasbourg. p 325
 - 10 - Jurisprudences juridiques : *L'affaire Helie en juillet 1830* concerne un médecin qui, lors d'un accouchement difficile, s'était saisi d'un couteau et, ne pensant qu'à sauver la vie de la jeune mère, avait amputé successivement les deux bras de l'enfant qu'il croyait mort. Le nouveau-né, contre toute attente, survécu. Le jugeant incapable de subvenir ultérieurement à ses besoins, ses parents se sont décidés à demander des dommages-intérêts. Le tribunal de Domfront a retenu une faute grave entraînant condamnation. Le médecin fut condamné à verser 100F par an jusqu'à 10 ans, puis plus tard 200F toute sa vie. *L'affaire Laporte en 1897* : Le médecin fut emprisonné sur-le-champ puis condamné à trois mois de prison avec sursis pour impéritie notoire et n'avoir pas

- fait appel à un confrère plus compétent. Ce procès fit couler beaucoup d'encre. Le médecin fut acquitté en appel grâce au talent de son avocat.
- 11 - Mauriceau - *Traité des maladies des femmes grosses et de celles qui sont accouchées*. Troisième édition Paris 1681 p. 342
 - 12 - Laget Mireille *Entrer dans la vie. Naissances et enfances dans la France Traditionnelle*. Editions Gallimard Julliard, coll Archives, 1978, p. 249
 - 13 - En 1582 Gaspard Bauhin Suisse érudit et médecin reconnu, affirma de façon péremptoire dans son *Appendix ad Roussetum* que la première césarienne sur femme vivante avait eu lieu en Suisse en 1500.
 - 14 - Ruleau 1704 *Traite de l'opération césarienne et des accouchements difficiles* Paris chez Jean Guignard
 - 15 - Cazeaux, *Traité théorique et pratique de l'art des accouchements* huitième édition revue et annotée par S Tarnier Librairie Chamerot 1870 p. 1065
 - 16 - Ribemenond Dessaignes *Précis d'obstétrique* Masson 1896 p. 1160.



Retrouvez les petites annonces
sur

www.syngof.fr

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

Je soussigné(e)

Nom _____

Prénom _____

Né(e) le _____ à _____

Date de votre installation _____

Tél 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 2017 _____

• 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 2018 -

⇒ Membre actif	230,00 €
⇒ Assistant chef de clinique	150,00 €
⇒ 1 ^{ère} année d'installation	150,00 €
⇒ Retraité	70,00 €
⇒ Interne	10,00 €

• 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

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 et Association

■ REIMS

Cause départ en retraite en mars 2019, recherche successeur gynécologue obstétricien ou gynécologue médical(e) à forte orientation procréation médicale assistée et prise en charge de l'infertilité. Nécessité d'avoir un DESC en médecine de la reproduction. Installation au sein d'un cabinet de 9 gynécologues et gynécologues obstétriciens et d'un centre d'AMP (1000 FIV/an). Possibilité d'effectuer de l'obstétrique et de la chirurgie gynécologique. Possibilité de remplacements réguliers avant installation.

T. 03 26 77 27 84 // 06 87 34 08 32

■ NIMES

Gynéco-obstétricien S2 cède patientèle avec échographe Samsung WS80A 4/2015 pour cause de retraite décembre 2018. Grosse activité. Accès en clinique très facile : maternité niveau 2A, 1100 acc/an, bloc opératoire équipé en endoscopie : hystérocopie, coelioscopie et chirurgie robo.

T. 06 70 70 12 23

■ MONTPELLIER

Cherche gynécologue obstétricien et/ou chirurgical, homme ou femme, ancien chef de clinique pour association en Secteur 2, fort potentiel, plateau technique complet, garde sur place pour les accouchements (1/12), remplacement éventuel possible.

T. 06 82 68 52 38

■ FRESNES

Recherche gynécologue médical(e) ou obstétricien(ne) pour remplacement en vue cession de cabinet en avril 2018, beau local de 20 m² + pièce d'échographie au sein cabinet de groupe, centre ville, parking public et privé, aux normes d'accès-

sibilité, accessible par RER B, A6, TVM, proche Hôpital privé d'Antony.

T. 06 24 04 72 68

■ LA SEYNE SUR MER

Cabinet gynécologie-échographie-suivi grossesse cherche successeur en vue retraite. Patientèle fidélisée depuis 39 ans, gros potentiel, dans immeuble médical. Accès clinique pour obstétrique et chirurgie possible. Bonnes conditions.

T. 06 63 92 83 46

■ PARIS

Ancien chef de clinique assistant, 65 ans, chirurgien gynécologue obstétricien secteur II cause retraite cède activité chirurgie gynéco. obstétrique cancéro. en juillet 2018 dans association 4 ACCA, dans clinique MCO ouverte en 2009 proche PARIS.

T. 06 62 29 48 19

■ CANNES

Opportunité et emplacement exceptionnel à Cannes. Cause retraite cède, sans apport, clientèle gynéco médicale et/ou chirurgicale. Local en location dans cabinet de plusieurs spécialistes.

T. 07 69 85 90 74

■ BEAUCHAMP

Gynéco-obstétricien cède sa patientèle et recherche un successeur pour cause de retraite au sein d'une SCM de 8 spécialistes (pas d'autre G.O). Le cabinet médical va se déplacer à Taverny pour investir un pôle médical entièrement neuf courant 2019 (fonctionnement en libéral) loué par la mairie.

T. 06 64 51 15 33

■ ALBI

Cherche gynécologue à profil chirurgical oncologique pour reprise de la patientèle. Pas de frais à l'installation et possibilité d'aide financière à l'installation. RCP gynéco hebdomadaire. Clinique médico-chirurgicale avec anesthésiste réa. sur place. Urgences 24/24h. 22 lits d'hospitalisation gynécologie obs. Travail en réseau avec Maternip et l'Oncopole Toulouse. Maternité de niveau 1, 400 accs/an. Equipe de maternité et service de chirurgie bien rodée. Gros recrutement gynéco-obstétrical et chirurgical, très bonne qualité de vie.

T. 06 29 27 37 97

■ SÉNÉ

Gynécologue-obstétricien souhaite transmettre patientèle de gynécologie, et de suivi de grossesse avec échographies. Echéance : janvier 2019 (départ

en retraite). Rachat éventuel du local, agréable et bien placé dans le Golfe du Morbihan.

T. 06 22 24 11 40

■ CRÉTEIL

Gynécologue médicale cherche consœur pour reprise de la patientèle tenue 36 ans à partir de 2019 cause retraite. Gros potentiel. Cabinet en secteur 2.

T. 06 09 41 62 94

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

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

■ PARIS

Gynécologue installée en secteur 2 dans le 9e arr. cherche une remplaçante à partir de mai 2018 pour consulter en gynécologie médicale, suivi de grossesse et PMA, les mercredis et/ou samedi après-midi (+ vacances). Compétence en PMA requise (échographie de monitoring d'ovulation/IIU). N'hésitez pas à me contacter pour plus de renseignements.

T. 06 25 90 52 08

■ BASTIA

Cabinet de 3 GO cherchons de temps à autres et notamment pour les périodes de vacances un remplaçant. les conditions sont très confortables et secure. Possibilités de prêt de logement et voiture. Obstétrique en niveau 1. Expérience souhaitée (minimum ancien assistant des hôpitaux, et/ou assistant en cours).

T. 06 88 55 71 06

LES ANNONCES DE RECRUTEMENT

ÎLE-DE-FRANCE

CENTRE HOSPITALIER LEON BINET DE PROVINS (77)

(Ile-de-France – Cadre de vie agréable – Cité médiévale classée au patrimoine mondial de l'UNESCO, située au sud-est de Paris – 80 kms – 1 h de trajet)



Renseignements :
M. le Docteur Hakim BELLACHE
Tél. : 01 64 60 40 57
hbellache@ch-provins.fr



200 lits MCO, jouissant d'un bassin d'attraction de plus de 100 000 habitants. Plateau technique complet (scanner – IRM – laboratoire). Urgences – SMUR.

Unité de Réanimation (8 lits) et de soins continus (4 lits).
Maternité niveau 2 A (700 accouchements par an environ).
Pédiatrie avec unité de néonatalogie (4 lits).

RECHERCHE UN PRATICIEN GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN A TEMPS PLEIN

Inscription à l'Ordre des Médecins exigée
Pratique des échographies obstétricales avec agrément 1^{er} trimestre fortement souhaitée
Activité d'orthogénie obligatoire

Poste à pourvoir immédiatement

Missions :

• Assurer le suivi et la prise en charge sur les plans gynécologique et obstétrical des patientes à la fois dans le cadre d'une activité programmée et en urgence • Participation à la continuité et à la permanence des soins (garde sur place) • Informer et accompagner la femme, voire le couple, tout au long de la prise en charge • Participer aux staffs et réunions relatives au suivi des patientes • Participer au recensement et au codage de l'activité médicale dans son domaine d'activité

• S'inscrire dans la démarche qualité/gestion des risques (EPP...) • Participer au fonctionnement institutionnel du centre hospitalier de Provins en fonction des possibilités et disponibilités • S'inscrire dans la politique territoriale de santé, en fonction des orientations définies aux niveaux régional et institutionnel.

OCCITANIE



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



BOURGOGNE-FRANCHE-COMTÉ



Le CHIHC recrute

Un PH ou Praticien contractuel ou assistant spécialiste en gynécologie médicale

Profil du poste : langue française maîtrisée à l'écrit et à l'oral. Compétence chirurgicale souhaitée.

Le praticien recruté assurera les consultations de gynécologie médicale et de suivi de grossesse.

Compétence en échographie obstétricale avec N° d'agrément pour le dépistage 1^{er} trimestre.

Participation aux gardes et astreintes d'obstétrique avec compétence pour les actes d'urgence (curetage, césarienne, coelioscopie) et maîtrise de l'extraction instrumentale appréciée mais non obligatoire, selon les compétences et l'expérience du candidat.

Conditions d'exercice : être inscrit à l'Ordre des médecins dans la spécialité.

Pour tout renseignement : Dr BOYADJIAN Pierre - Chef de Service - Gynécologie-obstétrique
Dr FAIVRE Mickaël - Gynécologue obstétricien



Lettre de CANDIDATURE + CV sont à adresser à : M. VOLLE Olivier, Directeur | Centre Hospitalier Intercommunal de Haute-Comté
2, Faubourg St Etienne - CS 10329 | 25304 - PONTARLIER Cedex | Email : c.querry@chi-hautecomte.fr

Hospices Civils de Beaune

Recrute Gynécologue-Obstétricien Temps Plein

Poste de PH ou Praticien contractuel dans une maternité de Niveau 1B pratiquant 700 naissances/an aux Hospices Civils de BEAUNE, dans une institution historique au cœur de la Bourgogne viticole à 40 km de DIJON et 150 km de LYON.

Activités de gynécologie-obstétrique pour un praticien intéressé par l'exercice d'une activité polyvalente :

- Consultations de gynéco-obstétrique.
- Prise en charge du service et en salle de naissance de la pathologie obstétricale et gynécologique.
- Permanence des soins organisée en astreintes à domicile, forfaitisées.

Possibilités :

- Chirurgie pelvienne.
- Cancérologie sénologique.
- Echographie prénatale de dépistage.
- Orthogénie.

Inauguration de nouveaux locaux en 2018

Contact :

Dr VANNEUVILLE - Gynéco-obstétricien - 03 80 24 44 21

Les candidatures sont à envoyer :

affairesmedicales@ch-beaune.fr
DRH - Hospices Civils de Beaune - Avenue Guigone de Salins
B.P. 40104 - 21 203 Beaune Cedex



RECHERCHE GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN

Profession : Médical : Gynécologue obstétricien
Type d'établissement : Clinique privée à but non lucratif (ex-OQN)
Type de contrat : Contrat d'exercice libéral (secteur 1 et 2)
Disponibilité : Immédiate
Lieu d'exercice : Strasbourg



Rhéna
CLINIQUE DE STRASBOURG

Description du projet professionnel

La clinique Rhéna

Clinique privée associative à but non lucratif installée en 2017 dans des locaux construits à neuf (100 millions d'euros) sur les berges du Rhin, et représentant 30% de l'offre de soins à Strasbourg et environs.

Le projet médical est animé par 300 praticiens libéraux sous contrat d'exercice libéral avec la clinique.

Rhéna est le seul établissement privé à Strasbourg disposant de toutes les autorisations de prise en charge chirurgicale des cancers. Rhéna, c'est un écosystème médical robuste : urgences, SOS mains, SSR et activités MCO (médecine interne, cardiologie interventionnelle en 2019, gastro-entérologie, sénologie, chirurgie bariatrique, digestive, urologique, gynécologique, vasculaire, esthétique et reconstructrice, maxillo-faciale, dermatologique, ophtalmologique, ORL, orthopédique, du rachis, thoracique).

Rhéna, c'est un plateau technique flambant neuf déployé sur 30.000 m² : 27 salles d'intervention, 7 salles d'accouchement, 300 lits d'hébergement complet, 18 lits d'USC, 70 places d'hébergement ambulatoire, 2 scanners, 2 IRM, de l'imagerie conventionnelle, 2 laboratoires d'anatomopathologie, 1 laboratoire de biologie, etc. L'attractivité de la clinique Rhéna se traduit par l'ouverture avant l'été 2019 de l'Institut Cardiovasculaire de Strasbourg, une extension de 8.000 m² de la clinique Rhéna pour accueillir les activités de cardiologie et de radiologie interventionnelles du GERC (groupement de cardiologues et radiologues interventionnels libéraux).

Rhéna, c'est enfin plus qu'une clinique, c'est un « campus médical ». La clinique est connectée à une maison médicale de 10.000 m², construites par et pour les praticiens libéraux. Cette maison médicale regroupe les cabinets privés d'un certain nombre de praticiens (pédiatres, sages-femmes, anesthésistes, orthopédistes, ophtalmologistes, etc.) qui participent à la simplification du circuit du patient par la création de véritables « tunnels de diagnostics ».

Une extension de la maison médicale est en cours pour répondre à la demande.

Le projet et la proposition de la clinique Rhéna

La clinique Rhéna cherche à rajeunir et à étoffer son équipe de gynécologues obstétriciens et à diversifier ses activités au travers d'un centre privé d'AMP. La clinique Rhéna est à Strasbourg le seul pôle femme-enfant libéral (secteur 1 et 2) disposant de l'ensemble des autorisations (cancer gynécologique et cancer du sein). C'est une maternité de niveau 1 avec environ 800 accouchements. C'est aussi des activités de sénologie et de chirurgie gynécologique et notamment de cancer.

L'équipe médicale exclusivement libérale est composée de 6 gynécologues obstétriciens, de 4 pédiatres réanimateurs et de 19 anesthésistes réanimateurs.

Pour faciliter l'installation de gynécologues obstétriciens libéraux, la clinique propose un package d'installation très attractif. Le cabinet pluridisciplinaire (chirurgie gynécologie, obstétrique, PMA, sages-femmes) sera situé au dernier étage de la maison médicale dans des locaux d'une surface comprise entre 400 et 600 m².

« Pouvoir répondre aux problématiques de santé de la femme, quel que soit son âge », tel est l'objectif de ce cabinet de groupe en cours de constitution. Les conditions d'exercice seront aménagées les deux premières années de la manière suivante :

- Les deux premières années d'installation, garantie de revenu minimum à hauteur du revenu avant installation au moyen (par exemple) :
- Du loyer : aucun loyer et aucune charge locative.
- De la prise en charge de la police d'assurance RC.
- A tout moment au cours des 2 premières années, possibilité d'acquérir le local de consultation dans la maison médicale au prix d'achat payé par la clinique.

 www.clinique-rhena.fr

Merci d'adresser votre CV et lettre à v.straebler@clinique-rhena.fr

La Fondation de la maison du Diaconat de Mulhouse est une fondation privée, à but non lucratif, reconnue d'utilité publique créée en 1860. Elle se compose à ce jour de 18 établissements de santé, répartis sur toute l'Alsace. Le groupe ainsi constitué fait de notre Fondation un acteur de première importance en Alsace dans l'offre sanitaire, médico-sociale et la formation.

Nous recherchons aujourd'hui pour notre Pôle de Santé Privé du Diaconat - Centre Alsace situé à Colmar (l'Hôpital Albert Schweitzer, la Clinique et la Maison d'Accueil du Diaconat, le Home du Florimont et l'Institut de Formation) :

- Un Médecin assistant spécialisé en gynécologie-obstétrique (h/f) - en CDD de 2 ans à temps plein
- Ou un Médecin spécialisé en gynécologie-obstétrique (h/f) - en CDI temps plein



Les candidatures (CV et lettre de motivation) sont à envoyer à :

Pôle de Santé Privé du Diaconat
Centre Alsace Fondation de la maison du
Diaconat de Mulhouse
Monsieur Le Directeur - 201 Avenue d'Alsace
BP 20129 - 68003 Colmar cedex
direction-colmar@diaconat-mulhouse.fr

Renseignements :

Docteur SHARAF Mamoun
Chef du département de Gynécologie-Obstétrique
03 89 21 25 92 - mamoun.sharaf@diaconat-mulhouse.fr

Marie RIEBERT

Cadre sage-femme
03 89 21 25 41 - Marie.riebert@diaconat-mulhouse.fr



Pôle de Santé Privé du Diaconat - Centre Alsace

Hôpital Albert Schweitzer - Clinique et Maison d'accueil du Diaconat
Institut de Formation - Home du Florimont (Ingersheim)

201 Avenue d'Alsace - BP 20129 - 68003 COLMAR CEDEX



CHAM
CENTRE HOSPITALIER
de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer



LE CENTRE HOSPITALIER
DE L'ARRONDISSEMENT
DE MONTREUIL-SUR-MER
RECRUTE

UN(E) GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN

(15 minutes du Touquet, 50 minutes d'Amiens, 1h45 de Lille, 2h de Paris).
Situé sur la Côte d'Opale, au carrefour du Touquet, de Montreuil et de Berck.
Le CHAM intervient sur un territoire qui varie de 115 000 habitants à près de
500 000 en période estivale.

Profil :

- Statut PH ou PHC, temps plein ou temps partiel • Inscrit au CDOM dans la spécialité
- Salaire selon profil et expérience • Possibilité d'activité libérale statutaire

Niveau d'expérience : Tous niveaux | **Diplôme requis :** DES G-O | **Avantages :** Reprise d'ancienneté, aide au logement, formation

L'établissement :

- 1 000 accouchements - néonatalogie de Niveau IIA.
- 250 lits et places d'hospitalisation en MCO.
- 4 000 séjours chirurgicaux.
- 6 000 actes opératoires.
- 33 000 passages aux urgences.
- 1 400 sorties SMUR.
- Réanimation (8 lits) et USC (6 lits).
- 40 lits de soins de suite et ré adaptation.
- 45 lits de psychiatrie.
- 550 lits d'hébergement pour personnes âgées et handicapées.
- 1 300 salariés.

Description de l'activité :

- Pour renforcer une équipe de 6 praticiens.
- Une activité diversifiée de consultation, maternité et chirurgie, en gynécologie et obstétrique, en ambulatoire et conventionnelle.
- Autorisations en cancérologie gynécologique et sénologie sans difficulté de seuil d'activité.
- Locaux regroupés au sein du pôle mère-enfant à proximité immédiate de la pédiatrie et la néonatalogie niveau IIA.
- Accompagnés de sages-femmes avec consultations et échographies.
- Avec un plateau technique anesthésique et réanimatoire complet avec techniques anesthésiques plurielles, anesthésie sans opioïdes, récupération améliorée après chirurgie (RAAC), accompagnement hypnotique.
- Équipement radiologique : IRM et scanner, avec imagerie interventionnelle, mammographie, macrobiopsie, ...



Adresser lettre de motivation et curriculum vitae à :

• Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer - CHAM
140 chemin départemental 191 - CS 70008 - 62180 RANG-DU-FLIERS

• Mme Jeanne-Marie MARION-DRUMEZ - Directrice - jmmarion-drumez@ch-montreuil.fr
• Mme Anne LANGELLIER - Directrice Adjointe Affaires Médicales et Stratégie - alangellier@ch-montreuil.fr
• Mme Laure SPEHNER - Tél. : 03 21 89 38 58 - lspehner@ch-montreuil.fr
• Dr Dominique PARMENTIER - Chef du Pôle Mère Enfant et du Service de Gynécologie-Obstétrique
Tél. : 03 21 89 45 55 - dparment@ch-montreuil.fr

Le CH de Blaye (Gironde 33) - Etablissement à 50 km de Bordeaux soit 45 minutes de trajet.

RECHERCHE UN GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN TEMPS PLEIN OU TEMPS PARTIEL

pour compléter son équipe suite au départ d'un de ses praticiens.

Descriptif du service :

- Maternité de niveau 1 comprenant 15 lits.
- 450 accouchements par an.
- 500 Interventions chirurgicales de gynécologie-obstétrique par an.
- Consultations sage-femme.
- Maternité engagée en santé environnementale.

Equipe de 4 praticiens dont :

- 2 à orientation chirurgicale.
- 1 spécialisé en infertilité (consultation territoriale d'infertilité).
- 1 en gynécologie médicale (centre de planification).
- Service agréé pour la formation des internes.

Poste à pourvoir : 1^{er} mars 2018

» www.chblaye.fr

Renseignement :

Docteur Alexsie TENDA - Chef de service - 05 57 33 41 84 - a.tenda@chblaye.fr - Candidature : Karine ROUAUD - Responsable des affaires médicales - 05 57 33 45 35 - k.rouaud@chblaye.fr

Profil :

- Obstétricien avec suivi de grossesse et échographies.
- Chirurgie non carcinologique, centre de planification, suivi gynécologique possibles mais sans obligation.

Statut :

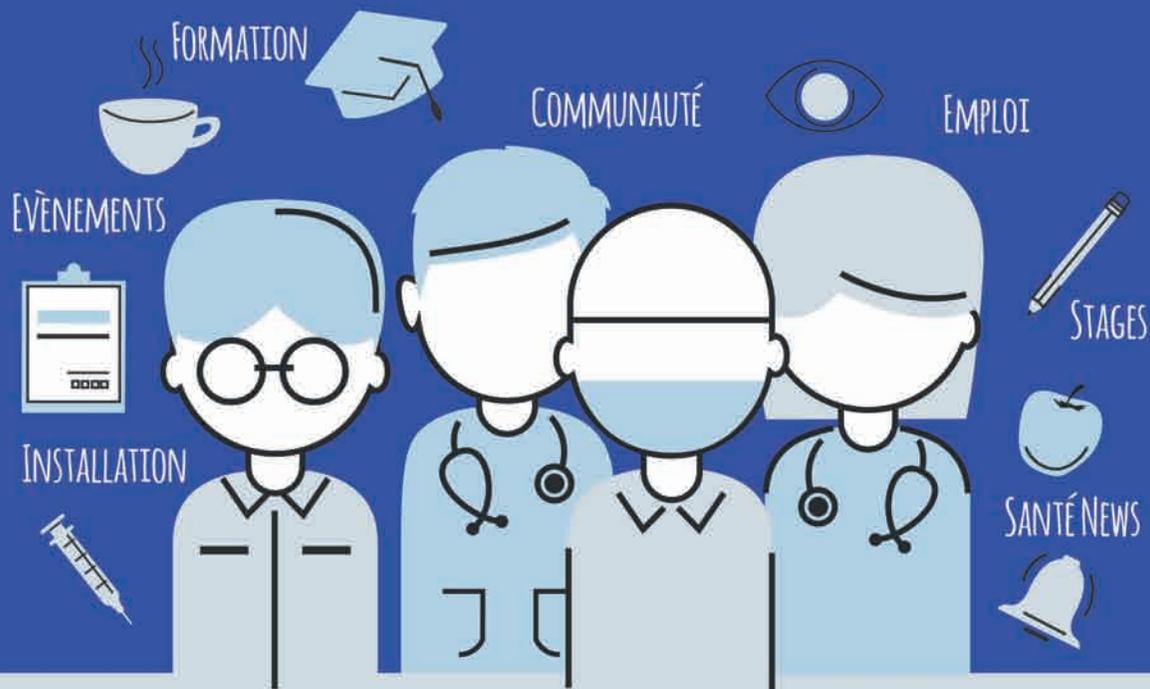
- Praticien hospitalier contractuel temps plein ou temps partiel (possibilité évolution vers poste de praticien hospitalier).

Astreinte :

- Participation aux astreintes (nuit/week-end/férié) rémunérée au forfait, possibilité de mise à disposition gracieuse d'un studio pour les astreintes.

CENTRE HOSPITALIER
BLAYE
HAUTE GIRONDE





Réseau PRO Santé

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah.idf
Réseau des Acteurs Hospitaliers de l'Île-de-France

pôle emploi

UniHA

FEHAP
Fédération des Établissements Hospitaliers à but non lucratifs
PRISER NON LUCRATIF

☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode





**ACTIONS
SANTÉ
FEMMES**

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