

Adhésion au SYNGOF

A faire parvenir à
SYNGOF : 6 rue Pétrarque – 31000 Toulouse
Tél. 06 08 11 70 06 – E-mail : syngof@gmail.com

Vous pouvez également adhérer et régler
votre cotisation sur le site du SYNGOF :
<https://syngof.fr/adhesion-au-syngof/>

Je soussigné(e)

Nom

Prénom

Né(e) le à

Date de votre installation

Tél mobile

E-mail

Adresse professionnelle

Nom et adresse de l'établissement où vous exercez :

N° RPPS

Inscrit à l'Ordre des Médecins de N°

Sollicite mon admission au SYNDICAT NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS DE FRANCE

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

- AVENIR HOSPITALIER AVENIR SPÉ LE BLOC C.S.M.F. F.M.F. U.F.M.L.
 S.M.L. AUTRES.....

Nom de votre compagnie d'assurances :

Tarif RCP 2023 :

Secteur d'activité : Secteur 1 Secteur 2 Non conventionné

OPTAM OPTAM-CO NON

J'exerce en Gynécologie médicale
 Gynécologie obstétrique
 Gynécologie obstétrique et chirurgie gynécologique

Je suis Médecin libéral
 Médecin salarié
 Praticien Hospitalier
 Activité mixte
 Retraité(e) actif
 Chef de clin/Assist. des hôpitaux
 Interne/Dr junior
 Retraité(e)

Je déclare sur l'honneur avoir cotisé cette année au Collège de Gynécologie Médicale de ma région,
membre de la FNCGM*

Type d'exercice : Privé Public Privé et Public

Cotisations 2023

Membre actif	240,00 euros
*Membre actif adhérent à la FNCGM	192,00 euros
1 ^{ère} année d'installation	160,00 euros
Médecin salarié public/privé	120,00 euros
Praticien hospitalier de moins de 35 ans	80,00 euros
Chef de clinique/Assistant des hôpitaux	80,00 euros
Retraité	70,00 euros
Interne/Dr Junior	10,00 euros

- 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.

Date, cachet et signature

Conformément au RGPD, vous pouvez vous opposer
au traitement des informations vous concernant, y
accéder, les faire modifier ou rectifier, en adressant
un mail au SYNGOF : syngof@gmail.com



FAISONS LE POINT

06. Compte rendu de l'Assemblée Générale du 2 juin 2023 – Dr Bertrand de ROCHAMBEAU
14. Communiqué AVENIR SPÉ - LE BLOC – Accès aux soins : nos propositions
15. Communiqué AVENIR SPÉ - LE BLOC – Proposition de loi : Valletoux-Marcangeli-Berge : la contestation s'organise !
16. Communiqué SYNGOF – Les maternités en péril
17. Communiqué SYNGOF – Le SYNGOF soutient la grève des praticiens hospitalier du 3 juillet 2023
18. Intérim médical et application de la loi RIST – Dr Pascale LE PORS-LEMOINE
20. Exonération exceptionnelle des cotisations d'assurance vieillesse des médecins libéraux en cumul emploi-retraite – Dr Jean-Marc CHINCHOLE

NOS COMBATS

Engagement syndical

21. Périnatalité : Analyse du rapport de l'académie de médecine – Dr Bertrand de ROCHAMBEAU
23. Indemnisation des gardes et astreintes – Dr Pascal de BIEVRE et Dr Pascale LE PORS

Pratique quotidienne

26. Les interventions du SYNGOF sur Pari(s) Santé Femmes 2023
27. Le refus de soins en gynécologie obstétrique : droits et devoirs de chacun, place de l'enfant à naître... – Dr Didier LEGEAIS
31. Docteur junior en gynécologie médicale et gynécologie obstétrique : 1 an après – Pr Henri MARRET
35. Le nouvel exercice libéral en gynécologie : Exercer en Maison de Santé Pluridisciplinaire – Interview du Dr Claire KINGUE
38. Saisissez-vous des CPTS avant qu'elles ne se saisissent de vous ! – Interview du Dr Marc DURAND-RÉVILLE

HOMMAGE AU DR RAYMOND BELAICHE

41. Le SYNGOF rend hommage au Dr Raymond BELAICHE

BOITE À OUTILS

42. Déploiement du registre de pratiques Essure
42. Examen pelvien : nouvelles recommandations cliniques
44. Fiche pratique : L'examen pelvien dans le respect de l'éthique et de la déontologie médicale
46. Recommandation HAS : Intégration de la mammographie par tomosynthèse dans le dépistage organisé du cancer de sein
46. L'entretien avec la femme enceinte pour sa prise en charge médicamenteuse
46. Recommandations HAS : la généralisation du dépistage de la drépanocytose à la naissance

NOUS CONTACTER

47. Conseil d'administration
48. Délégués régionaux

N°03

2023

SOMMAIRE



Édition annuelle

Directeur de la Publication :

Dr Bertrand de Rochambeau Tél. 01 64 72 74 26
bdr@club-internet.fr

Comité de Rédaction :

Docteurs de Rochambeau, Paganelli,
Rivoallan, Gravier

Régie publicitaire :

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

Siège social : SYNGOF, 6 rue Pétrarque
31000 TOULOUSE - Tél. 06 08 11 70 06

syngof@gmail.com

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 :

Émeline Barbé

Maquette P.A.O. : Réseau Pro Santé

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 3^{ème} trimestre 2023

Imprimé en EU

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



**UNISSONS-NOUS DANS NOS DIVERSITÉS POUR
RÉUSSIR NOTRE AVENIR DANS UN SYSTÈME DE
SANTÉ EN MUTATION !**

Le SYNGOF est le seul syndicat des gynécologues médicaux
et des gynécologues obstétriciens, publics et privés.

Les enjeux sont nombreux : **rejoignez-nous !**

Vous pouvez adhérer directement en ligne en scannant ce QR CODE



ÉDITORIAL



Bertrand de ROCHAMBEAU

Président du SYNGOF, co-Président de l'union syndicale AVENIR SPÉ – LE BLOC

Renoncer et s'en remettre à la « Loi Valletoux » sera un coup fatal porté au monde libéral. C'est la raison pour laquelle nous invitons tous les libéraux à arrêter leur activité à partir du 13 octobre prochain pour dire NON à cette loi qui sera discutée au Sénat à ce moment-là.

Les solutions aux déserts médicaux

Après avoir organisé année après année, avec une constance peu commune dans le monde politique, la pénurie médicale à l'hôpital public comme en médecine libérale, le pouvoir politique est confronté aux conséquences dont les Français pâtissent tous les jours et qu'ils rapportent aux élus locaux.

La politique de santé relève de la responsabilité de l'État

La mainmise du pouvoir politique sur la gestion de la santé en France n'est pas nouvelle. Elle s'est faite progressivement depuis 1945 et si elle a coûté sa carrière politique à Alain Juppé, ainsi qu'à quelques ministres de la Santé, fusibles vite disparus lors de soubresauts non contrôlés, elle peut se résumer à une centralisation des décisions au nom de la nécessité économique de contrôler la dépense. Elle a été consacrée à l'article premier de la loi de modernisation de 2016 qui stipule : « La Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la santé de chacun. La politique de santé relève de la responsabilité de l'État ».

La faillite de l'hôpital public

La gestion par l'État de l'hôpital public a abouti à la baisse des ressources soignantes au profit des ressources de gestion, de coordination et d'évaluation. L'attractivité du métier de médecin hospitalier n'a cessé de fondre comme neige au soleil. L'hôpital se vide de ses ressources humaines médicales, faute de s'être adapté à l'évolution sociétale de la France du 21^{ème} siècle.

La convention médicale des libéraux

La médecine libérale, qui assure le premier recours en ville et une grande part du deuxième recours, est impactée directement par la pénurie de médecins organisée par l'État. Par son fonctionnement conventionnel avec l'Assurance Maladie, elle s'adapte progressivement à l'évolution sociétale. Son adaptabilité est permise par la souplesse du modèle libéral. Le challenge qu'il doit relever est de produire des soins de qualité avec moins d'effecteurs.

Les déserts médicaux s'imposent à tous

Les « déserts médicaux » traduisent concrètement la politique de maîtrise des dépenses de santé menée par l'État et votée année après année dans les lois de finances de la sécurité sociale par la représentation nationale. Ce résultat était attendu, car prévisible, par l'analyse de la démographie médicale ; il était annoncé par la profession, sans réaction de la part de l'État.

La représentation nationale est mise sous pression par ses électeurs qui ne trouvent plus les services de santé pour lesquels ils continuent de payer plus que tous les autres européens.

La solution des élus

Alors les élus s'opposent à la fermeture des hôpitaux ; ignorent l'altération de la sécurité des soins qui découle de la pénurie médicale ; proposent des lois pour contraindre les libéraux à rentrer dans le schéma d'organisation proposé par l'administration de la santé. C'est le sens de la « Loi Valletoux » votée en première lecture à l'assemblée nationale.

Ce schéma voulu par l'État est calqué sur celui qui a détruit l'hôpital public : financement d'organisations chargées d'orienter, de coordonner et d'évaluer le système de santé dans les territoires pour les ARS. Pas d'argent pour les soins, des milliards pour la coordination imposée par les ARS, le choix de solutions informatiques encore imparfaites et imposées. La seule évaluation de l'efficacité de ce modèle que nous avons est l'hôpital public !

La solution des libéraux

Alors qu'un modèle qui renforce la réactivité du monde libéral par un financement à la hauteur des pays de l'OCDE comparables, permettrait aux libéraux d'être les entrepreneurs qu'ils espéraient en choisissant ce mode d'exercice. C'est ce à quoi se sont efforcés d'aboutir les médecins libéraux lors des dernières négociations conventionnelles avec l'Assurance Maladie. Ne pas avoir abouti dans les délais impartis ne veut pas dire qu'il faut renoncer ; il faut reprendre.

Renoncer et s'en remettre à la « Loi Valletoux » sera un coup fatal porté au monde libéral. C'est la raison pour laquelle nous invitons tous les libéraux à arrêter leur activité à partir du 13 octobre prochain pour dire NON à cette loi qui sera discutée au Sénat à ce moment-là. L'État doit mesurer ce que devient l'offre de soins sans les libéraux.

Préparons-nous, préparez-vous, il faudra répondre en masse pour relever ce défi.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE SYNGOF

Vendredi 2 juin 2023
13h30



Dr Bertrand de ROCHAMBEAU*

Etaient présents les Docteurs :

AGOPIANTZ, BASTIAN, CACAULT, DE BIEVRE, DE ROCHAMBEAU, DREYFUS, DURAND REVILLE, FAIDHERBE, GARRIOT, GRAVIER, GRISEY, GUÉRIN, GUIGUES, HOROVITZ, LAPLACE, LAZARD, LE PORS LEMOINE, LEGRAND, LEGRAND, LONLAS, MIRONNEAU, PAGANELLI, PEIGNÉ, RIVOALLAN, ROBION, THIEBAUGEORGES

Etaient excusés les Docteurs :

BRETONES, CAMAGNA, DEFFARGES, FAIDHERBE,

○ ouverture de l'Assemblée Générale à 13h30 par le Président B. de ROCHAMBEAU.
Le procès-verbal de la précédente Assemblée Générale est approuvé à l'unanimité.

Synthèse de l'année 2022 et Rapport du Pôle GO libéral – B. de ROCHAMBEAU

Depuis 2022, le syndicat est présent dans l'animation conventionnelle pour les libéraux mais aussi dans celle de l'hôpital public. La gynécologie médicale a été moins bousculée que la gynécologie obstétrique mais elle reste un point phare des accords conventionnels, puisque cette spécialité est identifiée par l'Assurance Maladie comme étant en souffrance, mal payée et mal reconnue. Donc nous avons un rôle à jouer pour essayer d'améliorer les conditions financières de la gynécologie médicale.

Le marathon conventionnel a mis du temps à démarrer. Après de multiples réunions bilatérales,

un projet conventionnel avait été monté d'une part avec les médecins généralistes, d'autre part avec les autres spécialités médicales dont la GO et la GM. Nous étions parvenus à un compromis, notamment avec des avancées notables sur l'association CS + Echo¹. Nos arguments avaient été entendus et retenus, l'Assurance Maladie avait tranché pour un supplément de 15 euros et une reconnaissance de notre spécificité de médecin spécialiste gynécologue médical ou obstétricien.

*

Président du SYNGOF, co-Président de l'union syndicale AVENIR SPÉ – LE BLOC.

1. Nous proposons que le cumul CS + Echo soit étendu à l'ensemble des échographies de surveillance chaque fois que celles-ci sont nécessaires dans les grossesses pathologiques ou les grossesses à haut risque et que ce ne soit pas juste la nomenclature échographie qui puisse être codée puisqu'il y a l'adjonction d'un acte technique, de son compte-rendu et de l'explication mais aussi l'intégration dans le parcours de soin de la surveillance de la grossesse quel que soit le stade.

L'autre principale avancée qui avait été actée concernait les consultations plus complexes où on regroupait les CS + MCS autour de 30 euros, 40 ou 60 euros. Mais la demande de l'Assurance Maladie d'un contrat d'engagement territorial a bloqué les choses, en premier lieu

par les médecins généralistes. Ces contrats n'étaient pas applicables et auraient posé des problèmes de mises en œuvre. Dans la mesure où nous étions parvenus à la date butoir de signature de la Convention fixée par l'AM, il n'y a pas eu de signature.

Mise au point sur le règlement arbitral avec la CNAM

Le règlement arbitral reprend les principaux points de la convention de 2016. Pour une durée d'un an à 5 ans si nous ne parvenons pas à signer une convention.

Rappelons que nos engagements tarifaires des options OPTAM et OPTAM CO sont de 2013, 14 et 15, ce qui n'est pas sans poser problèmes. Nous avons donc demandé que les négociations conventionnelles soient démarrées avant l'été. Mais il nous a été répondu que nous entrons à présent dans le calendrier législatif avec le passage des textes de loi, donc rien ne se passera avant la rentrée.

Aujourd'hui, nous faisons face à des initiatives de tout bord pour améliorer l'accès aux soins des Français mais les propositions de loi qui sont faites sont avant tout pour encadrer l'exercice libéral et de le contraindre davantage par l'obligation au lieu de le revaloriser. Il y a donc un vrai danger qui nous inquiète car si ces propositions de loi passent en l'état actuel, nous nous retrouverons avec un gros carcan qui limitera la possibilité de passer par l'accord conventionnel, il ne restera plus rien à négocier.

Actions syndicales en préparation

Pour faire pression sur les parlementaires, nous étudions au sein de l'union AVENIR SPÉ - LE BLOC la possibilité d'une action de blocage complet de toutes nos activités (pour une durée de 7 à 10 jours) durant le mois d'octobre qui correspond au moment du vote du PLFSS. Nous en ferons l'annonce dans la première quinzaine de juin, c'est-à-dire au moment où les parlementaires discutent des propositions de textes de loi, afin de manifester notre opposition à cette méthode de contrainte sur l'exercice

libéral. « Puisque on veut faire avec des libéraux contraints, les libéraux vont disparaître ». Lire pages 14 et 15.

Concernant les maternités, le SYNGOF prépare un communiqué (Lire page 16) pour interpeller sur les fermetures partielles et risques de fermetures de maternités pendant l'été et insister une nouvelle fois sur l'urgence de mettre en place des réelles mesures d'attractivité pour régler le problème de démographie en salles de naissance.

Rapport du pôle GM – E. PAGANELLI

Participation à Paris Santé Femme

Session SYNGOF le mercredi 11 mai 2022 à Paris
Contact orateurs pour les 2 sessions, « L'installation » et « Préparation de la fin d'installation ».
Préparation de la Session SYNGOF PSF 2023 à Lille.
Bilan :

Les communications lors des sessions ont été très bien accueillies de même que les ateliers cotations

qui ont beaucoup intéressé les participants. Le stand SYNGOF à PSF permet de nouer des contacts fructueux pour les patients.

Pari(s) Santé Femmes 2024 aura lieu au CNIT du 13 au 14 juin 2024. Le SYNGOF y tiendra une nouvelle session (thèmes à élaborer) et poursuivra ses ateliers cotations.



Collaboration avec CoActis Santé

Depuis 2010, l'association CoActis Santé s'engage pour promouvoir une santé accessible à tous, sans discrimination.

Nous avons proposé une collaboration avec le SYNGOF, avec la mise à disposition sur notre site de **l'ensemble de leurs BD sur le suivi gynécologique**.

Nous vous encourageons aussi à utiliser l'ensemble des **fiches-conseils Handiconnect sur le suivi gynécologique des femmes en situation de handicap**.

Vous trouverez des contenus intéressants sur leur site <https://santebd.org>, de même que la BD Puberté et le poster "RV gynéco".

L'avenant 9 et le MGM, Injustice pour des GO à exercice exclusif GM ?

Il faut rappeler que cette majoration de 2 euros a été mise en place pour valoriser l'activité des gynécologues médicaux dont les revenus sont parmi les plus bas des spécialités médicales. La CNAM a identifié ces faibles revenus avec les 2 codes 70 et 79.

Actuellement, ceux qui peuvent prétendre à cette majoration doivent exercer sous le code 70 ou 79.

Nous avons été contactés par de nombreux GO qui ont manifesté leur incompréhension et insatisfaction : du fait de leur code attribué par la CPAM, ils ne peuvent prétendre à la majoration de 2 euros alors qu'ils exercent exclusivement

en gynécologie médicale. C'est le cas notamment des obstétriciens qui ont arrêté toute activité obstétricale et/ou chirurgicale.

2 solutions leur sont proposées : négocier avec leur Conseil de l'Ordre départemental et leur caisse CPAM ou déposer une demande de Modification de qualification et le dossier passera à la commission de qualification nationale.

Pour rappel, les gynécologues sont inscrits au Conseil de l'Ordre sous de nombreux codes. Il existe encore des GM non qualifiés par la commission de qualification de première instance (donc MG) mais exerçant en GM vis-à-vis de la CPAM.

Élaboration d'un dossier sur les cas d'usage de la TC en télé-médecine en Gynécologie

Avec la FNCGM et DOCTOLIB, participation à l'élaboration d'un dossier sur les cas d'usage de la TC en télé-médecine en Gynécologie.

Pour rappel, la téléconsultation se code TC, un APC peut parfaitement se faire en téléconsultation, il se code APC comme en présentiel.

Le CCP, qui doit être fait en tiers payant, doit pouvoir être réalisé en téléconsultation avec un NIR anonyme et la date de naissance de la consultée. Sinon il faut utiliser le mode dégradé, avec un risque (très faible) de refus après coup.

Négociation avec le CNGOF pour l'utilisation et la diffusion de la charte de la CS en gynécologie.

ROR (Répertoire Organisationnel des Ressources)

Poursuite du travail débuté en 2021 pour lister la description de l'offre de soin hors structure. Pour rappel en 2018, les ARS, en collaboration avec les établissements, ont établi une cartographie des ressources, constituée principalement des établissements publics. Depuis 2020, la cartographie est étendue à la médecine de

ville. Le ROR recense par catégorie les spécialités ordinaires, les activités opérationnelles et les activités spécifiques. L'objectif de ce répertoire est de rendre service aux filières de soins, en particulier les médecins, pour identifier qui peut proposer telle activité/tel soin à tel endroit, en établissement sanitaire ou en ville.

Par exemple, la chirurgie de l'infertilité, la chirurgie du transexualisme... Le CNP GO GM s'est impliqué avec Emmanuel PEIGNE car il y avait des contestations sur certains points. Le SYNGOF reste attentif à ces organisations afin de favoriser l'efficacité et orienter les confrères. Il faut que chacun dans les régions se renseigne pour

savoir si les URPS se sont emparées du sujet. Sachant que le syndicat a une possibilité d'intervention quand le ROR comporte des éléments trop différents de la réalité observée dans les territoires. Il restera à surveiller l'évolutivité indispensable de ce type de répertoire.

Contact SYNGOF AIGM

Le Bureau actualisé de l'AIGM est composé de 11 internes.

Le pôle GM propose :

- ♦ D'inviter systématiquement 2 internes de l'AIGM ET 2 de l'AGOF ;
- ♦ De diffuser leurs newsletters et leurs journées spécifiques (en mars journée des internes GM avec présentation de leur cursus, des thèses, découverte de programme de recherche, carrières universitaires) ;
- ♦ De faciliter l'adhésion des internes et des jeunes.

En attente :

- ♦ Formations virtuelles au codage en GM ;
- ♦ Aide à développer les stages en libéral en facilitant les libéraux à devenir maître de stage des universités (MSU) ;
- ♦ Réponse de la DGS concernant l'arrêté du 20 avril 2018 fixant les examens d'imageries concourant au DG pré natal et aux modalités de prise en charge des femmes enceintes.

Commission de qualification GO GM

Les enseignants GM ont demandé au CNOM qu'un PU-PH de GM siège à la nouvelle commission en 2022 et 2023, des dossiers divers ont été traités lors des réunions de la commission de qualification :

- ♦ Des dossiers de médecins à diplôme européen ;
- ♦ Des dossiers de médecins à diplôme hors européen dans la Commission d'autorisation ministérielle d'exercice ;
- ♦ Des dossiers PADHUE (autorisation d'exercice de praticiens à diplôme hors Union Européenne) ;
- ♦ Des dossiers PAE (procédure d'autorisation d'exercice de médecins déjà en exercice en France) jusqu'au 30 avril 2023.

Nous avons organisé une réunion SYNGOF / FNCGM / CNEGM pour revoir les prérequis du référentiel GM.

Nouveauté : candidater pour réaliser un deuxième diplôme dans une autre spécialité.

À partir de la rentrée de septembre, tous les médecins qui ont exercé leur spécialité trois ans minimum pourront candidater pour réaliser un deuxième diplôme dans une autre spécialité.

Outre le changement de DES, cette mesure - encadrée par un arrêté en date du 22 avril 2022 - prévoit la possibilité pour tous les praticiens de postuler à de nouvelles options ou de réaliser des formations spécialisées transversales (FST). Les personnes intéressées devront nécessairement candidater en montant un dossier et en remplissant plusieurs critères : CV, attestation d'inscription au tableau de l'Ordre, lettre de motivation, copie du diplôme permettant l'exercice de la spécialité et tout élément justifiant de l'expérience. Attention : les dossiers sont à envoyer avant le 30 avril de chaque année.

Le jeudi 6 avril, les ministères de la Santé et de l'Enseignement supérieur ont publié au Journal officiel un nouvel arrêté actant le nombre de postes ouverts au titre de l'année universitaire 2023-2024 pour les nouveaux DES, les options et les FST.

En ce qui concerne les nouveaux DES, 111 places ont été ouvertes dont 4 places en gynécologie médicale (1 à Strasbourg, 1 à Lille, 1 à Rouen et 1 à Bordeaux).



Réponses aux journalistes et aux élus

Les député.e.s socialistes Fatiha Keloua Hachi et Mickael Bouloux lancent un cycle d'auditions dans le cadre de leur mandat parlementaire sur

la mise en place du congé menstruel et ont sollicité le SYNGOF pour échanger.

Rapport du Pôle PH – P. de BIEVRE et P. LEPORS

Intérim loi S. Rist

- ♦ Communiqué de presse du 05-04-2023, repris dans Egora.fr, La Revue du praticien...
- ♦ Objectif de la loi Rist : limiter une rémunération qui s'est envolée : par exemple, 1800 euros les 24 heures à la maternité de Sarlat pour ramener les médecins intérimaires, le directeur de l'ARS Nouvelle-Aquitaine dépassait le plafond fixé par la loi, avec 1 390 euros brut pour 24 heures de garde ;
- ♦ Plafond légal, emblème de la lutte contre les « dérives » du « mercenariat » ;
- ♦ Contrat de praticien contractuel rémunéré jusqu'à 1 800 euros brut pour 24 heures « en cas de difficultés particulières de recrutement ou d'exercice pour une activité nécessaire à l'offre de soin sur le territoire » ;
- ♦ Le problème concerne aussi la psychiatrie, les urgences, l'anesthésie, la périnatalité et « ponctuellement » la neurologie.

Tandem Directeur / Médecin

- ♦ Médecin nommé ou Président de CME ? : pas encore bien défini ;
- ♦ Type de structure : Modèle des centres anti-cancéreux ?
- ♦ Selon l'administratif, le financement des hôpitaux est le problème de base ;
- ♦ Un rapport N. Baille/ Pr O. Claris de la Commission santé du Sénat se penche sur la question.

Accès de Directeurs au fichier des PH pour contrôler l'absence d'activités de garde

- ♦ Rôle dévolu au CNG ;
- ♦ Application d'un % au cumul d'activité ;
- ♦ Contrôle à l'embauche mais ensuite, rien n'est décidé...

Situation des PADHUE

- ♦ 2000 postes prévus au concours 2023 ;
- ♦ Choix selon un classement ;
- ♦ Des parcours de consolidation sont souvent imposés mais le CNG n'est pas inquiet...

Enquête en ligne « To be or not to be PH » d'Action Praticiens Hôpital (APH) en avril 2023

Questions :

- ♦ Le regard des praticiens hospitaliers (PH) sur les « avancées » du Ségur : statut de PH, prime de solidarité territoriale ;
- ♦ Leurs aspirations sur les sujets prioritaires du moment :
 - La restitution des 4 ans d'ancienneté ;
 - La permanence des soins et sa rémunération ;
 - Le temps de travail ;
 - La gouvernance médicale.

Près de 5000 réponses

92 % des praticiens interrogés estiment que le Ségur n'a pas amélioré ni leurs **conditions** d'exercice ni l'attractivité de la carrière.

94 % des praticiens estiment que le décalage de **4 ans d'ancienneté** entre praticiens hospitaliers nommés avant et après le 1^{er} octobre 2020 est une injustice à corriger – 31/5/23 arrêt des négociations avec la DGOS.

93 % des praticiens estiment que la **revalorisation des gardes** via la « mission Flash » est insuffisante.

90 % des praticiens rejettent le **décompte du temps de travail en demi-journées** (qui ne prend pas en compte leur nombre d'heures de travail).

88 % des praticiens dénoncent le mode de désignation actuel des responsables de pôle et de service. **Demande d'une gouvernance médicale plus démocratique.**

Le Président de la République s'était, entre autres, engagé le 6 janvier 2023, lors de ses vœux aux professionnels de santé, à restaurer l'attractivité des carrières médicales hospitalières. Que ce soit via les économies réalisées sur l'intérim médical, ou, surtout via une augmentation conséquente et durable de l'ONDAM hospitalier.

Rapport du trésorier : point financier 2022 – A. GRAVIER

Le résultat net comptable est déficitaire de 71 000 €, pour plusieurs raisons :

- ♦ Une perte de budget de 30 000 € : 57 adhérents n'ont pas renouvelé leur adhésion (perte de 12 000 €), diminution des revenus issus des publicités à hauteur de 8000 € et 6000 € d'aides en moins pour ne pas avoir signé la convention ;
- ♦ La rémunération des 2 collaboratrices externes qui ont repris les missions du poste occupé par l'ancienne secrétaire du SYNGOF, ce qui représente environ 90 000 € du budget annuel.

À noter :

La réduction du nombre de CA en présentiel a fait économiser 1000 €.

Le trésorier propose :

- ♦ De revoir le conventionnement avec Gynerisq pour diminuer le coût sur le poste administratif ;
- ♦ De revoir une nouvelle fois à la baisse le poste communication ;
- ♦ De diminuer les reversements au BLOC ;
- ♦ Augmenter les revenus publicitaires, les annonces payantes sur le site vont être élargies aux laboratoires.

En parallèle, un placement de l'argent dormant pour une durée de 10 ans permet de générer environ 5500 euros par an d'intérêts sur les 200 000 euros placés.

Le montant des cotisations est réhaussé de 5 % pour 2024 :

- ♦ Membre actif : 250,00 € ;
- ♦ Membre actif adhérent à la FNCGM : 200,00 € ;
- ♦ 1^{ère} année d'installation : 168,00 € ;
- ♦ Médecin salarié public/privé : 126,00 € ;
- ♦ Praticien hospitalier de moins de 35 ans : 84,00 € ;
- ♦ Chef de clinique/Assistant des hôpitaux : 84,00 € ;
- ♦ Retraité : 73,00 € ;
- ♦ **Gratuité pour les internes de manière à renouveler la base des adhérents.**

Le rapport financier est validé par l'assemblée générale.



Renouvellement du mandat des administrateurs – B. de ROCHAMBEAU

CANDIDATS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU SYNGOF

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE DU 2 JUIN 2023

Élu lors de l'AG :

- ♦ LUTRINGER Guy – Grand Est.

Réélus lors de l'AG :

- ♦ CAMAGNA Olivier – Île-de-France ;
- ♦ LAZARD Alexandre - PACA.

NOM	PRÉNOM	RÉGION	1 ^{ÈRE} ÉLECTION	DERNIÈRE ÉLECTION	PROCHAINE ÉLECTION
BRETONES	Stéphane	AURA	2020	2020	2026
DEFFARGES	Jean-Valère	AURA		2020	Démission 2023
DREYFUS	Jean Michel	AURA	2009	2022	2028
PEIGNÉ	Emmanuel	AURA	2009	2019	2025
MIRONNEAU	Philippe	BOURGOGNE	2011	2018	2024
GUERIN	Catherine	BRETAGNE	2008	2022	2028
LE PORS-LEMOINE	Pascale	BRETAGNE	2008	2022	2028
RIVOALLAN	Jacques	BRETAGNE	2003	2022	2028
LONLAS	Gérard	CENTRE	2000	2022	2028
PAGANELLI	Elisabeth	CENTRE	2003	2019	2025
JELÉN	Harold	CORSE	2014	2022	2028
AGOPIANTZ	Mikaël	GRAND EST	2020	2020	2026
BLUM	Georges-Fabrice	GRAND EST	2015	2020	Démission 2022
LUTRINGER	Guy	GRAND EST	2023		2029
GRISEY	Arnaud	GRAND EST	2016	2022	2028
GARRIOT	Benoit	HAUTS DE France	2018	2018	2024
CACAULT	Jean-Alain	ÎLE-DE-FRANCE	2000	2022	2028
CAMAGNA	Olivier	ÎLE-DE-FRANCE	2017	2023	2029
DE BIEVRE	Pascal	ÎLE-DE-FRANCE	2010	2022	2028
DE ROCHAMBEAU	Bertrand	ÎLE-DE-FRANCE	2009	2019	2025
ROBION	Joëlle	ÎLE-DE-FRANCE	2016	2022	2028
DURAND REVILLE	Marc	NORMANDIE	2022	2022	2028
GUIGUES	Béatrice	NORMANDIE	2014	2018	2024
COICAUD	Marianne	NOUVELLE AQUITAINE	2018	2018	Démission
GRAVIER	Antoine	NOUVELLE AQUITAINE	2009	2019	2025
HOROVITZ	Jacques	NOUVELLE AQUITAINE	2008	2022	2028
LAPLACE	Jean-Pierre	NOUVELLE AQUITAINE	2008	2022	2028
FAIDHERBE	Jacques	OCCITANIE	2008	2022	2028
THIEBAUGEORGES	Olivier	OCCITANIE	2014	2022	2028
BASTIAN	Jean-Marc	PACA	2010	2022	2028
LAZARD	Alexandre	PACA	2017	2023	2029
LEGRAND	Daniel	PACA	2003	2022	2028
		REUNION			

L'Assemblée Générale est close à 14h30

OUVERTURE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

À 14H30

Par le Président B. de ROCHAMBEAU

Le procès-verbal du précédent conseil d'administration est approuvé à l'unanimité.

Point sur l'annuaire des référents FIV libéraux - E. PAGANELLI

Le lobbying continue pour que tous les centres puissent gérer l'activité de PMA de A à Z, y compris l'autoconservation et le don. Une tribune est parue dans le Figaro qui a réuni plus de 200 professionnels et 13 associations, et les actions se poursuivent. Mais une loi est nécessaire : un rapport doit être remis au parlement pour ne pas avoir à attendre la nouvelle révision de la loi de bioéthique.

Il faut privilégier les évolutions de la situation au niveau local, qui permettront d'avancer pas à pas vers le national. Bertrand de Rochambeau

propose de porter ce sujet auprès de l'ARS d'Île-de-France (région la plus touchée par les délais d'attente) lors de la CRSA (conférence régionale de la santé et de l'autonomie).

Au printemps 2023 a lieu la révision des plans régionaux de santé (PRS) qui représente le moment opportun pour tenter d'obtenir des lignes d'ouverture sur ces autorisations à tous les centres. Le CA propose de trouver un référent au sein de chaque centre privé d'AMP pour travailler aux côtés du SYNGOF et se rapprocher des URPS en régions.

PSF 2024 : Établissement du programme - E. PAGANELLI

Sujets :

- ♦ Les nouveaux systèmes de coordination : pourquoi les gynécologues doivent y aller ?
- ♦ La périnatalité en tension (faire intervenir un pédiatre).

À noter : le CA de juin aura lieu sur PSF.

Contact SNPADHUE - E. PAGANELLI

Le SNPADHUE est le syndicat national des praticiens à diplôme hors Union Européenne.

Elisabeth Paganelli a rencontré le Dr Nefissa Lakhdara, secrétaire de ce syndicat lors de PSF et a organisé un échange virtuel avec cette syndicaliste et un représentant du CNEGM.

Le Dr Nefissa Lakhdara souhaiterait améliorer le parcours de consolidation (2 ans) des médecins à diplôme hors européen ayant réussi leur examen appelé AVE avant leur passage à la commission de qualification du CNOM.

La secrétaire du SNPADHUE demande d'établir un parcours avec des services fléchés pour améliorer la formation des 2 ans de consolidation après avoir réussi les EVC.

Il reste la problématique de la maquette à valider pour obtenir la qualification à la commission.

En GM, nous proposons une nouvelle grille où ils assistent à 80 % des cours des internes pendant 2 ans. En parallèle, il faut que les ARS acceptent que ces médecins abandonnent leur poste pour aller se former dans des services fléchés.

Reste à définir la grille pour les GO, sachant que sur 219 postes aux ECN, il y a 142 postes pour les PADHUE.

La secrétaire du SNPADHUE veut travailler avec le SYNGOF pour avancer.

Questions diverses

Prochain CA le vendredi 1^{er} septembre 2023 en visioconférence



COMMUNIQUÉ DE PRESSE

ACCÈS AUX SOINS

NOS PROPOSITIONS

Pour répondre aux besoins d'accès aux soins de la population française, malgré l'échec des négociations conventionnelles et du fait de la multiplication des propositions de lois d'initiative parlementaire sans étude d'impact, les spécialistes d'AVENIR SPÉ – LE BLOC avancent trois propositions simples, pragmatiques et immédiatement réalisables :

1. La prise en charge des patients en ALD qui n'ont pas de médecins traitants par le médecin spécialiste de la pathologie d'organe concernée, et au-delà de celle des patients avec ALD complexes, pour ainsi diminuer le nombre de patients sans médecin :

- L'aide de la CNAM dans l'identification de ces patients, les évolutions réglementaires notamment par rapport aux délégations de tâches et tarifaires pour constituer de véritables établissements ambulatoires libéraux sont quelques-uns des outils nécessaires.

2. L'engagement dans la réponse aux soins non programmés que ce soit en amont, en aval des services d'urgences ou comme effecteurs directs du Service d'Accès aux Soins (SAS) :

- Les adaptations tarifaires en termes d'associations d'actes pertinents et de forfaits d'urgence en sont les indispensables leviers.

3. La permanence de soins en cabinet et en établissement de Santé :

- La reconnaissance de l'existant (car de nombreux spécialistes libéraux assurent déjà de nombreuses gardes et astreintes parfois non rémunérées), une revalorisation des indemnités de garde, une équité de traitement et la transparence de l'organisation par les ARS dans les attributions des lignes d'astreinte en sont le minimum.

- Un cahier des charges au travers d'un référentiel d'organisation devra être élaboré rapidement par les professionnels de santé et opposable à tous.



Les co-présidents de l'Union AVENIR SPÉ – LE BLOC



Dr Philippe
CUQ



Dr Patrick
GASSER



Dr Bertrand
DE ROCHAMBEAU



Dr François
HONORAT

Pour permettre la mise en place de ces trois mesures simples et d'efficacité immédiate, AVENIR SPÉ – LE BLOC demande une mise en place de nouvelles négociations avec une méthodologie repensée, centrée sur l'accès aux soins, basée sur de nouvelles propositions d'organisation de la médecine spécialisée ayant pour socle les Équipes de Soins Spécialisés (ESS), privilégiant une prise en charge collective du patient dans une organisation populationnelle et territoriale. Seules les solutions envisagées et discutées réellement avec toutes les parties prenantes seront efficaces.

Une conférence de presse sera prévue dans le mois pour détailler ces propositions nouvelles de maillage du territoire.

Les médecins spécialistes sont prêts à relever les défis de l'accès aux soins.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

PROPOSITION DE LOI VALLETOUX-MARCANGELI-BERGE LA CONTESTATION S'ORGANISE !

L'union syndicale « AVENIR SPÉ - LE BLOC », premier syndicat représentatif des médecins spécialistes libéraux, s'oppose au projet de loi porté par M. VALLETOUX, ancien président de la Fédération des Hôpitaux Publics (FHF) et soutenu par une grande partie de la majorité présidentielle. C'est en l'état une déclaration de guerre contre la médecine libérale à laquelle les Français sont attachés. L'union syndicale « AVENIR SPÉ - LE BLOC » alerte les patients, l'ensemble des parlementaires, les élus locaux et les pouvoirs publics des impacts négatifs qu'engendreront nombre d'articles portés dans ce texte. Un vote en l'état conduira à une aggravation de la crise sanitaire que nous vivons aujourd'hui.

Cette proposition de loi ne contient que contraintes, obligations et stigmatise l'ensemble des spécialistes libéraux qui actuellement prennent en charge plus de 70 % des patients avec une performance et efficacité exceptionnelles. La médecine libérale mérite reconnaissance, protection et investissement. La situation que nous vivons et que nous subissons tous, est la conséquence de mauvaises décisions politiques et de sous-investissement dans la médecine libérale.

Cette proposition de loi est une attaque du modèle libéral ; elle remet en cause la libre entreprise et l'initiative individuelle et porte atteinte à l'indépendance professionnelle. Elle porte des propositions qui ne correspondent pas aux besoins des médecins libéraux pour améliorer l'accès aux soins sur tout le territoire. Elle aura comme conséquence une accélération de la perte d'attractivité des professions médicales avec un désinvestissement des jeunes générations et un retrait précoce des plus anciens.

Les médecins spécialistes libéraux participent sur leur territoire à une permanence des soins qui mérite d'être reconnue et soutenue. La prise



en charge des patients dans le cadre de la permanence de soins par une équipe éphémère est absurde, obsolète et conduira à une perte de chance pour les patients.

L'union syndicale « AVENIR SPÉ - LE BLOC » a communiqué des propositions depuis plusieurs mois, à la fois dans le cadre de la négociation conventionnelle et pour répondre à l'accès aux soins en urgence, qui à l'évidence n'ont pas été prises en considération.

L'union « AVENIR SPÉ - LE BLOC » alerte dès à présent que si ce texte de loi n'est pas modifié dans son esprit et dans sa lettre, l'ensemble des spécialistes libéraux dans les cabinets et dans les établissements de soins **arrêteront toutes leurs activités à partir du VENDREDI 13 OCTOBRE 2023 pour une période indéterminée**. Nous mettons en garde dès à présent les pouvoirs publics sur les conséquences sanitaires de l'arrêt de toutes ces activités médicales et chirurgicales décisives. Cette période de 5 mois devrait permettre aux pouvoirs publics, en concertation avec les élus, d'imposer la reprise sans délai des négociations conventionnelles entre l'assurance maladie, les assurances complémentaires et les syndicats médicaux afin de garantir sur tout le territoire une équité d'accès pour toute la population à des soins de qualité pour toutes les spécialités médicales et chirurgicales.

L'union « AVENIR SPÉ - LE BLOC » renouvelle sa demande de reprise immédiate des négociations.

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

LES MATERNITÉS EN PÉRIL

À l'approche de la période estivale, le SYNGOF alerte une nouvelle fois sur les risques de fermetures inopinées de maternités et l'insécurité qui en résultera pour les parturientes.

Depuis de nombreuses années, le SYNGOF et l'ensemble des représentants de périnatalité alertent sur la baisse alarmante des effectifs de gynécologues obstétriciens, anesthésistes, pédiatres et sages-femmes qui conduisent à la fermeture de nombreuses maternités.

Le recours massif à l'intérim en gynécologie obstétrique, anesthésie réanimation et pédiatrie a détruit la stabilité, garante de la sécurité d'équipe. **Aujourd'hui, aucun jeune praticien ne veut cautionner le danger médical : les postes restent vacants aussi bien en gynécologie-obstétrique qu'en pédiatrie et anesthésie-réanimation.**

La mise en application de la loi RIST en avril dernier pour le plafonnement de l'intérim à l'hôpital, a été mal préparée et malgré les mesures « pansements » de l'administration - campagnes de sollicitation auprès des Praticiens Hospitaliers pour effectuer des gardes mieux rémunérées au-delà de leurs obligations de service dans d'autres hôpitaux en difficulté -, plusieurs maternités ont dû suspendre leur activité temporairement.

Ainsi, à Péronne la maternité a fermé pendant un mois faute d'anesthésistes en nombre suffisant, à Alès il n'était pas possible d'accoucher à l'hôpital durant deux jours en raison de l'absence de gynécologues, à Bergerac la maternité a fermé partiellement en avril dernier et

récemment à Landerneau l'hôpital a dû, une nouvelle fois, réorienter les accouchements pendant 36 heures par manque d'anesthésistes... L'été s'annonce catastrophique dans de nombreuses régions.

Le SYNGOF rappelle que le principal problème des maternités est celui de l'absence de restructurations de l'offre de soins en périnatalité. Or malgré le constat établi depuis des années (cf. *Communiqué intersyndical du 25/02/2019*¹), ce problème se majore par la lourdeur et le manque d'attractivité de la garde en gynécologie obstétrique, pédiatrie, anesthésie-réanimation et maïeutique qui ont pour conséquence la fuite des salles de naissance : la moitié des chefs de cliniques de gynécologie obstétrique arrêtent immédiatement la garde obstétrique et les sages-femmes, formées en nombre, quittent aussitôt la salle de naissance, leur cœur de métier, pour une pratique libérale de consultations sans garde.

Les réunions de réforme de l'organisation de la périnatalité, interrompues durant la pandémie de Covid-19, n'ont jamais été reprises, malgré les multiples relances de la profession.

Il est urgent de prendre enfin la mesure du problème de démographie en salle de naissance par de réelles mesures d'attractivité et améliorer ainsi la sécurité des soins.

1. <https://syngof.fr/espace-infos/fermeture-des-maternites-la-restructuration-de-loffre-dans-ce-domaine-est-une-necessite-pour-preserver-la-qualite-et-la-securite-des-soins-2/>

COMMUNIQUÉ DE PRESSE

LE SYNGOF SOUTIENT LA GRÈVE DES PRATICIENS HOSPITALIER

LE SYNGOF s'associe pleinement aux revendications d'Action Praticiens Hôpital, son inter-syndicale Hospitalière :

Rien n'est fait pour restaurer l'attractivité du métier de médecin hospitalier !

À l'injustice de l'absence de reclassement des praticiens anciennement nommés (perte de 4 ans d'ancienneté) se rajoute l'absence de considération pour la Permanence Des Soins particulièrement lourde dans notre profession de gynécologue obstétricien.

Les promesses sont restées vaines et les négociations ont été interrompues faute de décisions financées et pérennes...

Alors que plus du tiers des postes de Praticiens Hospitaliers sont vacants, le rafistolage continue avec création et financement de statuts d'exception (Praticiens contractuels « motif 2 »¹) et de primes tentant de masquer la détresse

des hôpitaux et tout particulièrement celle des maternités à la recherche de gynécologues obstétriciens, médecins anesthésistes-réanimateurs, pédiatres et aussi sages-femmes...

La presse locale se fait l'écho des fermetures contraintes de maternités... avec embargo national sur ces informations.

Les maternités libérales ne sont pas mieux traitées et sont tenues à bout de bras... des bras qui vont manquer, en public comme en privé, lorsqu'on sait que la moitié des jeunes gynécologues obstétriciens, à peine leur assistantat terminé, désirent arrêter la garde d'obstétrique...

Le SYNGOF s'engage résolument et appelle les gynécologues obstétriciens hospitaliers à se mettre en grève le lundi 3 juillet. Le syndicat demande une reprise indispensable et urgente des négociations.

1. Le contrat de motif 2 suppose « qu'il existe des difficultés particulières de recrutement ou d'exercice des praticiens, pour une activité nécessaire au maintien d'une offre de soins sur un territoire donné ».



INTÉRIM MÉDICAL ET APPLICATION DE LA LOI RIST



D^r Pascale LE PORS-LEMOINE*

La loi Rist sur le plafonnement de l'intérim médical est entrée en vigueur le 3 avril 2023

Avec 30 % des postes de Praticiens Hospitaliers vacants à l'hôpital, l'entrée en vigueur de la loi Rist fait peser la menace de fermetures de maternités dans les mois à venir. Cela peut être l'occasion pour les ARS de rassembler territorialement tous les acteurs, de faire les transformations en centres de périnatalité de proximité et de concentrer les forces vives de ceux qui peuvent encore prendre des gardes dans les plateaux techniques efficaces.

Dans sa conception initiale, l'intérim médical visant à compléter dans un temps limité une équipe de praticiens hospitaliers, et en particulier une liste de garde, est un exercice utile et devant être rémunéré à sa juste valeur (exercice multi-sites, emploi à durée déterminée, moindre couverture sociale).

En revanche, un recours exponentiel et permanent à l'intérim, de même qu'une surenchère dans sa rémunération, sont très critiquables : se servir de l'interim au lieu de résoudre le problème chronique du taux important de vacance de postes de praticiens hospitaliers (plus de 30 %), témoin de leur manque d'attractivité, est un biais connu, ancien et coupable de la part des autorités. Notre spécialité, la gynécologie obstétrique, est particulièrement concernée, tout comme la pédiatrie et l'anesthésie réanimation : la pénibilité et le risque de la permanence des soins en périnatalité sont mal reconnus...

la moitié des jeunes chefs de cliniques formés arrêtent d'emblée la garde d'obstétrique !

Le courage politique manque pour restructurer territoire par territoire les plateaux techniques d'obstétrique en renforçant les réseaux afin d'offrir aux femmes et aux enfants à la fois une offre de proximité pour le suivi de consultation et une garantie de sécurité au moment de la naissance, et ceci pour toutes les parturientes et leurs enfants.

L'insécurité de maternités fonctionnant majoritairement avec des praticiens intérimaires et leur instabilité dangereuse ne sont malheureusement plus à démontrer, et ce pour un coût prohibitif..

*

Gynécologue Obstétricienne PH, Vice-Présidente du SYNGOF
Pôle Praticien Hospitalier.

Depuis 2016, la loi qui prévoit le plafonnement des rémunérations de l'intérim n'a pas empêché l'accroissement des dérives en matière de rémunération. La loi « RIST » du 26 avril 2021 a prévu le contrôle de ces pratiques au sein des hôpitaux ; sa mise en application a été plusieurs fois reportée et finalement fixée au 3 avril 2023 : le plafond légal de rémunération est ainsi fixé à 1390 euros par 24 heures.

C'est dans ce contexte que ministère, DGOS, ARS et directions des hôpitaux ont mis en œuvre différents moyens « palliatifs » visant à éviter les ruptures de continuité des soins par défection des intérimaires : prolongation de l'augmentation de la rémunération de 50 % des gardes de praticiens hospitaliers jusqu'au 31 août 2023 - pourquoi non pérennisée ? -, incitation au temps travail additionnel, recours au personnel en disponibilité ou retraité, porte à porte des salles de staff... L'administration a fait une forte publicité de la Prime de Solidarité Territoriale pour les praticiens réalisant des gardes au-delà de leurs obligations de service dans un établissement en difficulté, avec majoration de 30 % de la rémunération. Notons également le recours à des praticiens contractuels sur le fondement du paragraphe 2 de l'article R.6152-338 du code de santé publique dit contrat « de motif 2 » qui prévoit une rémunération hors grille à échelon avec plafond à 119 130 euros brut par an, bien au-delà du dernier échelon de praticien hospitalier, et ce dès la qualification acquise. Si en théorie le but était de fidéliser les praticiens à plus long terme, la durée minimale a finalement été ramenée en urgence par avenant à... 48 heures - autant dire dans l'urgence de l'application de la loi Rist, comme substitution à l'intérim -.

Durant tout le premier trimestre 2023, la DGOS, les ARS et les directions ont mis beaucoup d'énergie à prévenir les conséquences de la loi Rist : dommage qu'un tel engagement n'ait pas été observé pour améliorer les carrières des praticiens hospitaliers et réduire les vacances de postes hospitaliers !

Les différentes mesures palliatives suscitées sont critiquables car certaines mettent en jeu la santé des praticiens et donc la qualité des soins (prime de solidarité territoriale, activité de garde au-delà des obligations de service).

D'autres continuent d'entretenir les écarts de rémunération (« contrat de motif 2 ») parfaitement inéquitables et risquant de démotiver totalement les praticiens hospitaliers titulaires participant à la vie institutionnelle et émarginant malgré des années d'ancienneté bien en-dessous de praticiens néo arrivants... Ces pratiques conduisent les praticiens hospitaliers à quitter l'hôpital et entretiennent un cercle vicieux qui aggrave le problème de fond de vacances de postes.

À l'heure où nous écrivons (juin), ces mesures sporadiques intensément travaillées durant le premier trimestre 2023 vont devoir affronter les mois à venir, en particulier la période estivale durant laquelle contraindre les congés annuels des praticiens serait une nouvelle mesure catastrophique.

Dès le mois d'avril sont apparues les restrictions d'ouverture nocturne de services d'urgences, les suspensions d'accouchements dans plusieurs maternités. Les praticiens s'épuisent dans les mesures alternatives (PST) et pèneront bientôt à remplir leur propres listes de gardes estivales...

Actuellement, les ARS réagissent au jour le jour à des situations fluctuantes. Les données pourtant centralisées par une authentique cellule de crise restent un secret bien caché, n'émergeant que dans la presse locale en cas de fermeture inopinée d'une maternité ou de restrictions horaires d'un service d'urgences... Ainsi, à Péronne la maternité a fermé pendant un mois faute d'anesthésistes en nombre suffisant, à Alès il n'était pas possible d'accoucher à l'hôpital durant deux jours en raison de l'absence de gynécologues, à Bergerac la maternité a fermé partiellement en avril dernier et récemment à Landerneau l'hôpital a dû, une nouvelle fois, réorienter les accouchements pendant 36 heures par manque d'anesthésistes...

En conclusion, si l'ensemble des intervenants s'accordent sur le fait que ramener l'intérim à des proportions et des rémunérations raisonnables est une mesure licite, les Praticiens Hospitaliers, et tout particulièrement les médecins de la périnatalité, soulignent qu'objectivement, sans s'attaquer au fond du problème, c'est-à-dire aux conditions d'exercice, à la sous-rémunération et à la pénibilité de la garde, aucune mesure ne sera efficace. Pire, elles entretiendront le cercle vicieux des défections.



EXONÉRATION EXCEPTIONNELLE DES COTISATIONS D'ASSURANCE VIEILLESSE DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN CUMUL EMPLOI-RETRAITE



D^r Jean-Marc CHINCHOLE*

Le dispositif simplifié de déclaration et de paiement des cotisations et contributions sociales est entré en vigueur le 24 juin 2023.

Les médecins libéraux exerçant en cumul emploi-retraite intégral et médecins libéraux exerçant une activité de régulation, à l'exclusion de toute autre activité libérale, bénéficient d'une exonération exceptionnelle des cotisations d'assurance vieillesse.

Cette mesure ne concernera que l'année 2023 : le remboursement des cotisations versées en 2023 ne sera possible que si le médecin exerce en cumul intégral et que ses revenus sont inférieurs à 80 000 euros.

Les médecins en cumul intégral qui auront dépassé ce plafond ne seront pas remboursés mais généreront des droits dans le seul régime de base.

À partir du 1^{er} janvier 2024, toutes les cotisations aux trois régimes seront rétablies : Régime de Base RB, Régime Complémentaire RC et prestation complémentaire vieillesse ASV.

Dans toutes les professions, les cotisations dans le seul régime de base généreront des points.

À noter : il n'y aura pas d'effet rétroactif pour ceux qui cumulaient avant 2023.

Le cumul intégral n'est obtenu que si tous les régimes de retraite ont été liquidés et si le médecin a obtenu le nombre de trimestres dans le régime de base pour avoir le taux plein avant 67 ans.

Pour faire valoir ses nouveaux droits dans le régime de base, il faudra faire une deuxième liquidation qui sera possible une seule fois.

*

Gynécologue obstétricien, Secrétaire général adjoint de la CARMF.

PÉRINATALITÉ

ANALYSE DU RAPPORT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE



Dr Bertrand de ROCHAMBEAU*

Si le SYNGOF regrette que praticiens libéraux n'aient pas été consultés, ce rapport a le grand mérite d'approuver le principe de prise en charge territoriale public-privé.

Après le rapport de Santé Publique France en septembre dernier qui témoignait d'une situation préoccupante de la santé périnatale de façon globale en France, le rapport de l'Académie de médecine publié le 1^{er} mars dernier souligne à son tour les grandes difficultés de la périnatalité.

Le SYNGOF salue le rapport de l'Académie de médecine, tout en regrettant que celui-ci n'ait pas été enrichi de l'expérience des praticiens libéraux. Car la vraie proposition du rapport est justement celle qui prône un regroupement territorial public-privé. Elle mérite formellement d'être travaillée au sein d'un groupe plus ouvert incluant les Hospitalo-Universitaires, les Praticiens Hospitaliers des hôpitaux périphériques ainsi que les acteurs libéraux. Ce travail doit être mené sous l'impulsion des réseaux périnataux qui restent essentiels dans l'organisation périnatale et qui ont prouvé leur efficacité.

Le seuil de 1000 accouchements ne doit pas être un couperet, mais intégrer l'existence ou non au sein d'une maternité d'équipes stables et complètes de gynécologues obstétriciens,

pédiatres, médecins anesthésistes réanimateurs et sages-femmes, et du travail en réseau des professionnels dans le respect de la graduation des maternités. Un recours permanent et important à l'intérim médical doit ainsi faire poser la question de l'organisation territoriale avec regroupement des maternités quand c'est géographiquement et médicalement possible.

Rappelons que le principal problème des maternités est celui de la démographie médicale. Or malgré le constat établi depuis des années (cf. Communiqué intersyndical du 25/02/2019¹),

* Gynécologue obstétricien, Président du SYNGOF, co-Président de l'union syndicale AVENIR SPÉ – LE BLOC

1. <https://syngof.fr/espace-infos/fermeture-des-maternites-la-restructuration-de-loffre-dans-ce-domaine-est-une-necessite-pour-preserver-la-qualite-et-la-securite-des-soins-2/>



ce problème se majore par la lourdeur et le manque d'attractivité de la garde en gynécologie obstétrique, pédiatrie, anesthésie-réanimation et maïeutique qui ont pour conséquence la fuite des salles de naissance : la moitié des chefs de cliniques de gynécologie obstétrique arrêtent immédiatement la garde obstétrique et les sages-femmes, formées en nombre, quittent aussitôt la salle de naissance, leur cœur de métier, pour une pratique libérale de consultations sans garde.

Le SYNGOF a demandé la reprise rapide des réunions périnatalité organisées par la DGOS

en 2018 et interrompues par la pandémie avant leur conclusion, et donc sans évolution ni de la sécurité ni de l'attractivité.

Celles-ci faisaient intervenir l'ensemble des professionnels de la périnatalité, hospitaliers comme libéraux, acteurs de terrain et réseaux périnataux, membres des collèges, des Conseils Nationaux Professionnels et des Ordres.

Il est urgent de reprendre et conclure ces réunions de qualité, de prendre enfin la mesure du problème de démographie en salle de naissance par de réelles mesures d'attractivité et améliorer ainsi la sécurité des soins.

INDEMNISATION DES GARDES ET ASTREINTES



Dr Pascal de BIEVRE*



Dr Pascale LE PORS-LEMOINE**

Le point sur les revalorisations

Il nous a semblé important de faire le point sur la rémunération des gardes et astreintes, tant ce sujet est aigu et objet de débats dans les médias. La revalorisation actuelle des gardes et astreintes, bien que provisoire, se présente ainsi :

Salaire de garde dite « indemnité de sujétion »

Son montant est, pour les praticiens hospitaliers (PH), les assistants des hôpitaux, les praticiens attachés et les praticiens contractuels de :

	Praticiens hospitaliers, les assistants des hôpitaux, les praticiens attachés et les praticiens contractuels	Praticiens associés*	Personnels enseignants et hospitaliers
Une nuit, un dimanche ou un jour férié	277,19 € dans un GHT=330,64 €	227,72 €	496,43 €
Demi-nuit ou un samedi après-midi	138,59 € dans un GHT=165,31 €	113,86 €	
Demi-garde			248,22 €
Samedi après-midi			166,30 €

*Au plus tard jusqu'au 31 décembre 2022, à titre exceptionnel et dérogatoire.

Il y a une majoration de l'indemnisation des gardes de 50 % du 1^{er} avril 2023 au 31 août selon l'arrêté du 29 mars 2023.

Les docteurs juniors perçoivent une rémunération équivalente à celle des praticiens hospitaliers s'agissant de l'indemnité de sujétion pour la permanence sur place et de

l'indemnisation des astreintes (Articles 13, 14 et 15 bis de l'arrêté du 30 avril 2003).

*

* Gynécologue Obstétricien PH, Pôle Praticien Hospitalier du SYNGOF.

** Gynécologue Obstétricienne PH, Vice-Présidente du SYNGOF Pôle Praticien Hospitalier.

Rémunération du temps de travail additionnel (TTA)

1/ Pour les praticiens hospitaliers, praticiens attachés, assistants des hôpitaux et praticiens contractuels.

Le temps de travail additionnel indemnise un travail de plus de 48 heures ou plus de 10 demi-journées par semaine, en moyenne sur quatre mois, versé tous les quatre mois.

Le TTA ne peut être réalisé que sur la base du volontariat attesté par la signature d'un contrat préalable, indispensable au versement.

L'indemnisation du temps de travail additionnel varie selon l'adoption ou non, au sein du groupement hospitalier de territoire, du schéma territorial de la permanence des soins, l'article R. 6132-3 du Code de la santé publique.

	Dans groupement hospitalier de territoire		Sans groupement hospitalier de territoire	
	Praticiens hospitaliers, praticiens attachés, assistants des hôpitaux et praticiens contractuels	Praticiens associés	Praticiens hospitaliers, praticiens attachés, assistants des hôpitaux et praticiens contractuels	Praticiens associés
Une période	330,64 €	273,20 €	Lundi matin au samedi après-midi inclus : 332,62 € nuit, le dimanche ou jour férié : 496,43 €	**
Une demi-période	165,31 €	136,60 €.	Lundi matin au samedi après-midi inclus : 166,30 €. nuit, le dimanche ou jour férié : 248,22 €.	**

** Concernant le statut de praticien attaché, aucun nouveau recrutement ne peut être réalisé sous ce statut.

2/ Pour les personnels enseignants et hospitaliers, le temps de travail additionnel est comme suit :

Au-delà des obligations de services	Personnels enseignants et hospitaliers
Une nuit, un dimanche ou un jour férié	496,43 €
Demi-garde	248,22 €
Samedi après-midi	166,30 €

L'indemnisation des astreintes

1/ L'indemnité forfaitaire de base des praticiens hospitaliers, des assistants des hôpitaux, des praticiens attachés, des praticiens contractuels et des praticiens adjoints contractuels s'effectue comme suit :

Astreintes à domicile	Dans groupement hospitalier de territoire GHT	Sans groupement hospitalier de territoire GHT
Une nuit ou deux demi-journées	43,86 €	astreintes opérationnelles : 44,13 € astreintes de sécurité : 31,99 €
Demi-astreinte de nuit ou le samedi après-midi	22,05 €	astreintes opérationnelles : 22,05 € astreintes de sécurité : 16,01 €

Prise en compte des déplacements pendant les astreintes

Déplacements en astreintes	Dans groupement hospitalier de territoire GHT	Sans groupement hospitalier de territoire GHT
Si ce temps de travail est intégré dans les obligations de service	5 heures cumulées = ½ journée = 138,59 €	5 heures cumulées = ½ journée = 138,59 €
Si ce temps de travail est rémunéré	5 heures cumulées = ½ période de temps de travail additionnel = 165,31 €	5 heures cumulées = ½ période de temps de travail additionnel = 248,22 €

Les établissements peuvent également opter, sous certaines conditions, pour une indemnisation forfaitaire.

2/ Indemnisation des astreintes à domicile et des déplacements des personnels enseignants et hospitaliers.

Les règles applicables pour les autres statuts s'appliquent.

Le décompte du temps de travail effectif réalisé durant les astreintes est effectué en heures, tous les quadrimestres : chaque plage de 5 heures cumulées est rémunérée à hauteur du montant d'une demi-garde, soit : 248,22 €.

Par dérogation au précédent alinéa, les déplacements d'une durée de trois heures d'intervention sur place font l'objet d'une rémunération à hauteur du montant d'une demi-garde : 248,22 €.

Conclusion

Pas à pas, la baisse du nombre de médecins de garde en ville, la baisse du nombre de praticiens hospitaliers, associées à l'augmentation de la population et à la baisse du nombre de structures hospitalières, ont eu sur les urgences un effet boule de neige. La charge de travail a explosé sans que des mesures attractives aient été prises.

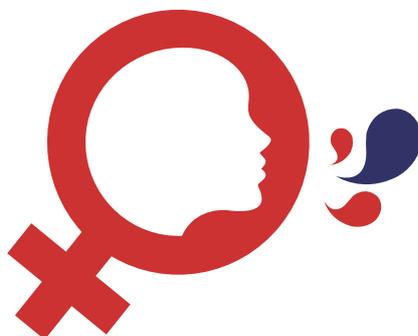
Action Praticien Hospitalier (APH), dont le SYNGOF est membre, a recueilli l'avis de 5000 Praticiens Hospitaliers dans l'enquête « to be or to be... PH ». Des 12 propositions qui sont faites, nous retiendrons que 93 % estiment que la permanence des soins doit être revalorisée au-dessus de la revalorisation transitoire actuelle pour les gardes, soit 500 euros nets par garde et une forfaitisation des astreintes entre 150 euros et 400 euros nets.

Références

- Communiqué de presse Action Praticiens Hôpital du 24 mai 2023.
- Arrêté du 29 mars 2023 portant majorations exceptionnelles de l'indemnisation des gardes des personnels médicaux, odontologistes et pharmaceutiques, des personnels enseignants et hospitaliers et des étudiants de troisième cycle des études de médecine, pharmacie et odontologie exerçant en établissements publics de santé.
- Arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- Arrêté du 11 février 2020 relatif aux émoluments, aux primes et indemnités des docteurs juniors.
- Instruction no DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.
- <https://sante.legibase.fr/actualites/focus/les-variables-de-remuneration-des-medecins-liees-au-temps-de-travail-2697>



LES INTERVENTIONS DU SYNGOF SUR PARI(S) SANTÉ FEMMES 2023



PARI(S) SANTÉ FEMMES

Le SYNGOF a tenu 2 sessions lors du congrès Pari(s) Santé Femmes organisé en janvier 2023 à Lille.

Vous trouverez sur le site les diaporamas disponibles en téléchargement :

1^{ère} session : L'exercice au quotidien

- ♦ Le refus de soins en Gynécologie Obstétrique
Dr Didier LEGEAIS, Chirurgien urologue (lire l'article page 27).
- ♦ Mise en place de la loi de bioéthique – Les questions en suspens
Dr Mikaël AGOPIANTZ, Gynécologue obstétricien, responsable du Centre d'AMP du CHRU de Nancy.
- ♦ Les réseaux d'endométriose – Nouvelle organisation des soins
Dr Mathieu POILBLANC, Gynécologue obstétricien.

2^{ème} session : Évolutions statutaires des métiers

- ♦ Docteur junior en gynécologie médicale et gynécologie Obstétrique – 1 an après
Pr Henri MARRET, Gynécologue obstétricien, Professeur des Universités (lire l'article page 31).
- ♦ Exercice public / mixte – Nouveaux statuts des PH
Dr Pascal DE BIEVRE, Gynécologue obstétricien, Praticien hospitalier.
- ♦ Point syndical
Dr Bertrand de ROCHAMBEAU, Gynécologue obstétricien, Président du SYNGOF, Co-Président d'AVENIR SPÉ – LE BLOC.
Lire l'édito

LE REFUS DE SOINS EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE DROITS ET DEVOIRS DE CHACUN, PLACE DE L'ENFANT À NAÎTRE...



Dr Didier LEGEAIS*

Le Docteur Didier Legeais nous livre une revue éclairée et détaillée des obligations et responsabilités du médecin liées au droit de refus de soins.

Le refus de soins est inscrit dans le Code de Déontologie et le Code de Santé Public. C'est un droit pour le patient et un droit pour le médecin dans leur liberté d'organiser la relation de soin mais c'est aussi, depuis le décret du 2 octobre 2020, la possibilité de sanctionner le Praticien pour refus de soin discriminatoire en rapport avec ses honoraires.

Une logique bienveillante réglementaire

Le droit considère que la patiente et le couple doivent bénéficier, en toute circonstance, d'une relation de soin empreinte de moralité, de probité et de dévouement, et d'une information loyale, claire et appropriée pour leur permettre de donner leur consentement aux soins que le médecin doit rechercher par tous moyens (1, 2).

S'ils refusent les soins proposés ou s'ils veulent rester dans l'ignorance, le médecin doit respecter ce refus après les avoir informés de ses conséquences et essayer de les convaincre,

y compris en proposant des alternatives thérapeutiques (1). Devant la gravité de cette décision et les risques vitaux pour la mère et l'enfant, l'équipe médicale cherche à convaincre et trace dans le dossier de soins ces refus réitérés (2).

Le consentement aux soins peut être retiré à tous moments.

*

Membre de l'Académie de Chirurgie, Vice-Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de l'Isère, Président du Syndicat National des Chirurgiens Urologues Français Directeur Général du cabinet de Courtage Médirisq.

Les médecins doivent informer de la possibilité de rédiger des directives anticipées qu'ils doivent respecter, sauf en cas d'urgence vitale ; elles peuvent être conservées sur un registre national (2, 3).

Si la maman n'est pas en état de collaborer aux soins (trouble de conscience, intoxication médicamenteuse, alcoolisation, troubles psychiatriques...) et que l'arrêt ou la limitation des soins peut entraîner son décès ou celui de l'enfant, la personne de confiance doit être consultée, ou à défaut la famille, et une procédure collégiale est mise en place (2).

Pour les adultes protégés ou les mineurs, le médecin informe la patiente et il doit chercher à informer la personne majeure responsable (5). Néanmoins, la personne mineure peut s'opposer à ce que ses représentants légaux soient informés et elle peut se faire assister par la personne majeure de son choix (2).

De son côté, le médecin peut se récuser s'il ne souhaite pas donner son agrément ou pour toute autre raison qu'il n'a pas à justifier. Néanmoins, il doit informer ses confrères et s'assurer que cela ne nuit pas à la qualité des soins (4).

La particularité de la grossesse

La grossesse et l'accouchement sont des actes naturels qui nécessitent potentiellement l'intervention d'un soignant mais pas toujours...

C'est donc une relation de soin particulièrement complexe en termes de responsabilité médico-légale et de définition de l'état antérieur, au point qu'un accident de naissance pour les Commissions de Conciliation et d'Indemnisation (CCI) n'aura pas de raison d'être indemnisé au titre de la solidarité nationale car la grossesse est un acte naturel. Seule l'intervention extérieure d'un soignant pourra donner lieu à indemnisation en cas de manquement fautif ou non.

La particularité de l'urgence obstétricale

Les médecins doivent participer à la permanence des soins et à la continuité des soins en faisant en sorte d'être joignables au plus vite. Ils peuvent utiliser, si nécessaire pour leurs déplacements urgents, une plaque amovible ou un gyrophare. Tout médecin qui se trouve en

présence d'une patiente en péril doit lui porter assistance ou s'assurer qu'elle reçoive les soins nécessaires (7).

En urgence, le médecin ne peut pas se récuser (1). Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin peut intervenir même si la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches, n'a pas été prévenu et informé (1, 2).

Dans l'urgence vitale, le médecin et l'équipe peuvent ne pas suivre les directives anticipées le temps d'évaluer la situation et de mettre en place une procédure collégiale qui acceptera ou non ces directives anticipées, selon s'ils estiment qu'elles sont appropriées, ou non conformes à la situation médicale (2, 3).

Dans une affaire de forceps et de plaie du scalp, la Cour de Cassation a estimé que le médecin, en urgence, ne pouvait pas informer au préalable la patiente sur les risques connus et inhérents à la méthode d'accouchement employée (10).

Le Code Pénal rappelle que toute personne qui s'abstient volontairement alors qu'elle peut empêcher par son action immédiate, y compris en levant le secret médical, un délit contre l'intégrité corporelle d'une personne, est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 € d'amende. Ces peines sont portées à 7 ans et 100 000 € s'il s'agit d'un enfant (11).

Dans une affaire d'hémorragie de la délivrance, le Conseil d'État a défini une situation dérogatoire au consentement éclairé à condition que 3 principes CUMULATIFS soient présents : le pronostic vital est en jeu, il n'y a pas d'alternative thérapeutique et l'acte est indispensable à la survie (12).

La particularité de l'enfant à naître

Jusqu'à la naissance, l'enfant n'a pas de droit propre. Une fois qu'il est né, il devient une personne à part entière avec des droits.

Le médecin est le défenseur de l'enfant. Il doit en toutes circonstances protéger l'enfant, y compris en passant outre l'avis des parents. Le médecin doit ainsi délivrer les soins nécessaires et indispensables même si les personnes titulaires de l'autorité parentale s'y opposent (2, 5).

En urgence, le médecin est le défenseur de l'enfant à naître et du nourrisson, il doit prendre toutes les décisions dans l'intérêt du nouveau-né, quelles que soient les positions des parents qui doivent être informés et sollicités mais pas nécessairement suivis (5).

Si besoin, s'il estime que l'enfant est victime de sévices ou de privations ou de toute situation qu'il apprécie en conscience qui le met en danger, il peut alerter les autorités judiciaires et administratives (6).

Le médecin doit aussi s'abstenir de toute obstination déraisonnable et il peut ainsi arrêter les soins s'il estime que les traitements paraissent inutiles ou qu'ils ne font que maintenir artificiellement la vie (3).

Le Code Pénal précise que toute personne témoin de maltraitance infantile doit le signaler aux autorités. L'auteur de la maltraitance encourt une amende de 75 000 à 150 000 € et de 5 à 30 ans de prisons en fonction de la gravité des séquelles de l'enfant ou du nourrisson (11).

Une réalité s'impose à tous : la TRAÇABILITÉ

Depuis l'arrêt Hedreuil (8) de la Cour de Cassation, dit « arrêt de l'inversion de la charge de la preuve », en cas de désaccord, c'est aux soignants de démontrer qu'ils ont prodigué une information et des soins de qualité, encore faut-il pouvoir retrouver ces informations de façon factuelle et formelle dans les dossiers.

La traçabilité dans le dossier médical de toutes les démarches d'information de consentement, de refus de soin ou de procédure collégiale est réglementaire, indispensable et capitale (3). Elle permettra ensuite, si nécessaire, de comprendre et d'analyser les faits lors de la recherche de la vérité médicale.

Les prises de décisions et l'information sont tracées dans le dossier et reprennent les motivations, les avis et témoignages (2, 3). Tout appel à une aide extérieure, y compris judiciaire ou administrative, doit être relevé dans le dossier. La précision horaire des prises de décisions et des actes est primordiale.



FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

VERSION PAR MANŒUVRES EXTERNES

Tampon du médecin

Madame

Date de remise de la fiche :

Votre médecin ou votre sage-femme vous a proposé de modifier la position de votre bébé par une version. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin ou la sage-femme afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de la version qui a été conseillée.

Qu'est-ce qu'une version par manœuvres externes ?

La version par manœuvres externes consiste à retourner un bébé qui se présente par le siège (fesses en bas) ou en position transversale pour lui amener la tête en bas, dans la position habituelle pour l'accouchement.

La version se fait par mobilisation de votre bébé à travers votre paroi abdominale par le médecin obstétricien. Après vérification de la position de l'enfant (par palpation et par échographie), les mains du médecin aident, par une rotation douce, le bébé à se retourner tête en bas.

Y a-t-il des risques ou inconvénients ?

La version est un acte courant et bien réglé dont le déroulement est simple dans la grande majorité des cas.

La manipulation de l'abdomen peut provoquer un désagrément passager. Si vous ressentez une douleur, il faut la signaler au médecin.

Exceptionnellement, certains incidents peuvent survenir au cours ou au décours immédiat de la version : perte des eaux, saignements par le vagin, contractions de l'utérus. Ces situations peuvent parfois nécessiter de rester hospitalisée en surveillance. Encore plus exceptionnellement, des anomalies du rythme cardiaque fœtal peuvent nécessiter d'extraire rapidement le bébé par césarienne. C'est pour cette raison que vous et votre bébé serez surveillés quelques heures après la réalisation du geste. De plus, un contrôle du rythme cardiaque fœtal est réalisé avant la sortie et généralement quelques jours après la version.



Le refus de soins discriminatoire

« Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard (1). Depuis le décret 2020-1215 d'octobre 2020 (9), se rajoute à cela la discrimination aux dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux.

Le patient, y compris des mois après le soin, peut saisir le directeur de la CPAM ou le président du CDOM. S'ensuivra une procédure devant une commission mixte de conciliation qui pourra donner lieu à pénalité ou à sanction conventionnelle (déconventionnement, perte du secteur d'exercice) ou disciplinaire (blâme, interdiction d'exercer...).

La responsabilité du médecin

Quel que soit le statut du médecin ou l'organisation des soins, en toute circonstance, le médecin ne doit jamais accepter de limiter ou d'aliéner son indépendance. Il reste toujours responsable de ses actes, en particulier pénalement et disciplinairement, même si sa responsabilité civile dépend de son statut (salarie ou libéral). Il est indispensable d'avoir une assurance en responsabilité propre pour couvrir sa responsabilité civile, détachable, pénale ou disciplinaire.

En cas d'accident médical grave, fautif ou non, il est indispensable de prévenir son assureur et de garder « à chaud » une version des faits pour se faire aider au présent et accompagner dans le futur si nécessaire (13).

Les médecins doivent garder en toute situation des rapports de bonne confraternité et ils se doivent assistance en cas de besoin (14).

En conclusion

Lors d'un suivi de grossesse, la patiente doit être informée par le gynécologue obstétricien, l'anesthésiste et si possible le pédiatre, de toutes les complications et des alternatives possibles lors de l'accouchement (césarienne, manœuvre instrumentale d'extraction, risque

de dystocie des épaules, d'embolie amniotique, d'hémorragie de la délivrance, d'hystérectomie d'hémostase, de transfusion...). Cette information doit impérativement être tracée dans le dossier médical.

Cette information doit être délivrée, si possible, en présence du conjoint ou de la conjointe ou de la personne de confiance.

Les refus de soins doivent être tracés dans le dossier et le médecin peut alors accepter ou refuser de continuer de prendre en charge la patiente et le couple sauf urgence. Il les confie alors à une autre équipe.

En cas de refus de soin, le médecin doit réitérer à plusieurs reprises les propositions ou alternatives thérapeutiques et tracer à nouveau les confirmations du refus. Il doit s'assurer que la ou les personnes de confiance ont bien été informées de ce refus et qu'ils ont compris les risques pour l'enfant ou la mère. Il doit tout faire pour les convaincre d'accepter les soins proposés.

Il faut partager ce refus avec toute l'équipe obstétricale.

En urgence ultime, le refus de soin ne tient pas, l'équipe accompagne et informe autant que possible mais elle peut se passer du consentement et faire les soins nécessaires au maintien de la vie dans l'intérêt de la maman et du nourrisson, en prévenant si nécessaire l'autorité judiciaire (gendarmerie, hôtel de police, procureur...).

Sources

1. CSP : R.4127-2-3-6-7-35-36-47-58-60
2. CSP L.1111-2-4/5/6/11
3. CSP R.4127-37
4. CSP R.4127-47-60-64
5. CSP R.4127-37-42-43-44
6. CSP R.4127-44
7. CSP R.4127-9-77-78
8. CC, 25 février 1997, 94-19.685
9. Décret 2020-1215 et CSS L114-17-1
10. Arrêt de la 1^{ère} chambre du 17/12/2009 (08-21206 08-21878),
11. Code Pénal : 40, 223-6
12. Ordonnance du juge des référés du 16 août 2002, n° 249552, AJDA. Tribunal administratif, 25 août 2002, Gazette du Palais 15/17, septembre, p. 11.
13. CSP R.4127-5/69/95
14. CSP R.4127-56

DOCTEUR JUNIOR EN GYNÉCOLOGIE MÉDICALE ET GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE 1 AN APRÈS



P^r Henri MARRET* en collaboration avec
Enora ROSSI** et **Camille BOURDA*****

Le docteur junior désigne les internes en phase de consolidation au cours du 3^{ème} cycle des études médicales.

Cette phase permet l'autonomie supervisée en cabinet libéral ou cliniques et hôpitaux.

Rappel du décret n° 2018-571 du 3 juillet 2018 modifié à plusieurs reprises le 16/01/2020 et Décret n° 2022-1122 du 4 août 2022

Les internes en phase de consolidation auront le nom de 'docteur junior' ; ils seront nommés ès-qualité par le directeur du CHU de rattachement.

Ils seront inscrits sur un tableau spécial du Conseil de l'Ordre après avoir validé l'ensemble de leur formation théorique et pratique (stages) de phase socle et d'approfondissement correspondant à leur maquette de formation pour

leur DES, et après avoir soutenu leur thèse d'exercice en fin de phase d'approfondissement. Ils doivent s'inscrire dans les trois mois après leur nomination.

* *Vice-Doyen de la faculté de médecine à Tours, Professeur des universités praticien hospitalier CHU Bretonneau.*

** *Assistante en Gynécologie médicale à Bourges.*

*** *Docteur junior en Gynécologie obstétrique à Tours.*

Ils seront affectés sur un terrain de stage par le directeur de l'ARS après avis de la commission locale de spécialité. Pour rappel, les **modalités de choix** ont été définies par l'art. 44 de l'arrêté du 12 avril 2017 : ils se font par appariement entre les vœux des étudiants et l'accord des praticiens agréés maîtres de stage des universités et les responsables médicaux des lieux de stage agréés. Par dérogation, un étudiant peut en fonction de son projet professionnel demander à réaliser un stage de la phase de consolidation dans une région différente de celle dont relève sa subdivision d'affectation, en suivant la procédure prévue à l'article 49 de l'arrêté. La durée du stage sera semestrielle pour la gynécologie médicale (GM) avec deux semestres et annuelle pour la gynécologie obstétrique (GO) avec possibilité de stages semestriels couplés avec quatre semestres au total. Les stages proposés sont possibles en libéral et sont soumis à des agréments spécifiques pour la phase de consolidation agrément accordé par la commission des agréments avec avis donnés par le coordonnateur local et par le responsable des internes de la spécialité. Cet agrément est nominatif et donné pour un an renouvelé pour 5 ans l'année suivante.

La formation se fera 'en **autonomie supervisée**', par délégation et sous la responsabilité du praticien ou des praticiens dont l'étudiant relèvera.

Elle débutera par un entretien docteur junior / praticien maître de stage pour fixer la liste de ce que l'étudiant pourra faire seul, et les modalités de la diversification progressive, pour aboutir en fin de phase à la totalité des actes de la spécialité ce en accord avec le coordonnateur local.

Dans nos spécialités fixées par une liste arrêtée par le ministre de la Santé, le 'docteur junior' pourra participer aux **gardes et astreintes**, à sa demande, compte tenu des nécessités pédagogiques, en accord avec le praticien dont il relève et après avis du chef de service ; Ce pourra être des gardes de juniors ou de seniors. L'autorisation sera donnée par le directeur de la structure d'accueil et transmise au conseil de l'Ordre. Pour chaque garde ou astreinte, le directeur communiquera au conseil de l'Ordre les dates et lieux où le 'docteur junior' les assurera.

Le 'docteur junior' percevra (i) des émoluments forfaitaires mensuels ; (ii) des indemnités liées au service des gardes et astreintes des étudiants de 3^{ème} cycle ; (iii) une prime d'autonomie supervisée annuelle. Il a des Congés annuels de 25 jours ouvrés. Il ne peut pas faire de temps additionnel et il a un temps de travail de 48 h par semaine avec 2 demi-journées de formation.

La phase de consolidation comptera pour une année pour l'obtention du titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux.

Qu'est-ce que l'Autonomie supervisée

Le docteur junior réalise seul des actes sous le régime de l'autonomie supervisée, ces actes qu'il réalise le sont par délégation du chef de service ou du maître de stage. Cela peut être des actes de consultation avec pour nos disciplines par exemple des poses de DIU, des coloscopies selon ses compétences ou des actes de chirurgie ou d'obstétrique. Il doit pouvoir appeler à tout moment un sénior pour prendre un avis ou pour avoir une aide pratique notamment en chirurgie. De plus il est important de planifier avec elle ou lui des séances de débriefing sur les consultations par exemple ou sur les indications chirurgicales.

Le docteur junior est juridiquement couvert par son établissement ou son CHU de rattachement et par son maître de stage : « en tant que libéral, votre contrat vous garantit au cas où votre responsabilité civile serait engagée du fait d'un stagiaire. ».

Il est néanmoins indispensable que le Dr junior ait une assurance personnelle.

Nous avons à Tours deux exemples de stages effectués en libéral, soit en gynécologie médicale soit en gynécologie chirurgicale, et une expérience en centre hospitalier en Obstétrique.

Le premier stage est constitué de plusieurs cabinets de gynécologie médicale (GM) à Orleans avec 4 tuteurs indépendants, le Dr Junior est présent un jour par semaine dans chaque cabinet où il consulte le premier mois en commun avec les praticiens puis pendant les 5 mois suivants en autonomie. Dans certains cabinets, il y a une salle de consultations supplémentaires avec possibilité de réaliser deux

consultations en même temps ; Pour un travail de 8 h par jour une vingtaine de consultation sont prévues chaque jour.

- ♦ Selon les compétences de l'interne en échographie (avec validation du DU d'échographie gynéco et obstétrique), la possibilité de réaliser des échographies est ajoutée. Tous les dossiers sont passés en revue le matin à midi ou le soir, très rapidement s'ils ne posent aucun problème plus longuement si nécessaire. L'interne est libre un jour par semaine et pour toute formation obligatoire de par sa maquette ou pour des inscriptions à des DU ou DIU.
- ♦ De plus, le Dr junior est formé sur le côté administratif, avec les logiciels informatiques des cabinets, la partie comptable, la gestion des stocks, et celle de la stérilisation. Il découvre l'organisation d'un réseau de ville ainsi que des correspondants ou référents d'autres spécialités.

Le deuxième stage est celui de gynécologie chirurgicale dans une clinique avec deux tuteurs chirurgiens gynécologues dont un maître de stage ; Les consultations sont mises en autonomie après deux mois, lors d'indications chirurgicales, les patientes sont revues par le chirurgien pour recevoir le consentement.

Ici aussi le débriefing des patientes est quotidien. Cela représente une journée de consultation avec accès au bloc opératoire les 4 autres demi-journées pour une activité chirurgicale comme premier opérateur, avec ou sans aide selon la difficulté de l'intervention, et avec une évolution au cours du stage. L'interne est libéré pour ses formations et ses deux demi-journées libres pour son travail personnel.

Le remplacement n'est pas possible au sein du même stage.

Le troisième stage est plus conventionnel en maternité avec une interne qui a été Dr Junior de GO un an au CHU avec mise en autonomie progressive pour la salle de travail avec garde d'interne ; pour sa seconde année, elle est un an dans un CHR avec responsabilisation au niveau des consultations obstétricales en complète autonomie, des échographies de tous niveaux après avoir eu une phase de test. Elle a une activité de sénior en salle de travail avec sénior joignable sur place de jour comme de nuit y compris en garde de sénior. Le débriefing est alors réalisé soit au fil de la journée si le Dr junior est jeune soit le lendemain matin lors de la révision des dossiers s'il est déjà très autonome.



Aux vues de ces différents stages, nous pouvons remarquer le grand intérêt pour ce type de formation en libéral dans le cadre de la gynécologie médicale ; à ce niveau de compétences le Dr junior peut en profiter largement surtout si le maître de stage a à sa disposition plusieurs bureaux de consultation. L'association de plusieurs maîtres de stage évite leur lassitude et augmente la diversité de formation pour l'étudiant, il n'y a que du positif et c'est vraiment de l'autonomie encadrée. Pour les gynécologues médicaux, il n'y a pas eu d'augmentation de la durée de l'internat et c'est positif.

Concernant l'activité chirurgicale, là aussi le libéral s'y prête, il faut une bonne compatibilité entre l'interne et le maître de stage et une autonomie peut se pratiquer après quelques semaines ou mois selon les Dr juniors. Une durée de stage d'une année est certainement un élément positif si l'on s'entend bien ou s'il y a plusieurs chirurgiens pour l'encadrer. Cette longue durée facilite l'autonomie progressive ; à l'inverse 6 mois sont suffisants si l'entente n'est pas bonne, ou si l'autonomie est difficile à concéder pour des raisons de responsabilité et de liens avec les patientes ; il faut donc bien conseiller nos internes selon leur personnalité et celle de leur maître de stage. De plus ces semestres facilitent l'installation en libéral par la suite pour le Dr junior à l'issue de son

internat ou de son post-internat. Pour les gynécologues obstétriciens il y a un an de plus de formation avec deux années de Dr junior, cela leur gagne une année de post-internat s'ils le souhaitent pour les plus murs d'entre eux, pour les autres c'est une année supplémentaire d'expérience. En chirurgie le post-internat est souhaitable et quasi constant. Le milieu hospitalier en CHU ou en CH est lui aussi très dépendant des internes, certains seront très vite poussés à consulter, opérer seuls à la condition d'un accès au bloc et à la consultation avec un débriefing pour les indications chirurgicales ou pour les conduites à tenir obstétricales. La délégation est plus simple à l'hôpital qu'à la clinique, la patientèle étant coutumière du stagiaire et c'est peut-être alors le débriefing qui est moins rigoureux.

Enfin le dernier paramètre est qu'il est toujours plus difficile d'encadrer plusieurs internes ; pour profiter au mieux d'un stage il est certain que la présence d'un seul interne Dr junior lui permet de bénéficier au maximum de l'autonomie supervisée. À l'hôpital, il faut bien veiller à ce que l'interne est un ou plusieurs tuteurs sur le semestre ou sur l'année avec une position différente des phases socles ou d'approfondissement. En bref pour bien former un étudiant Dr junior il faut avoir du temps et prendre le temps, cela se mérite.

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006196816/

The screenshot displays the Legifrance website interface. At the top, there is a navigation bar with the French Republic logo and the text 'Légifrance DROIT NATIONAL EN VIGUEUR'. Below this, there are several menu items: 'CONSTITUTION', 'CODES', 'TEXTES CONSOLIDÉS', 'JURISPRUDENCE', 'CIRCULAIRES ET INSTRUCTIONS', and 'ACCORDS COLLECTIFS'. The main content area is titled 'Code de la santé publique' and features a search bar with the text 'Rechercher dans le texte...'. Below the search bar, there are two radio buttons: 'Rechercher dans cette section de code' (selected) and 'Rechercher dans toute la base'. At the bottom of the page, there is a 'ChronoLégi' section with a date of '15/07/2023' and a note 'Version en vigueur au 19 juillet 2023'.

LE NOUVEL EXERCICE LIBÉRAL EN GYNÉCOLOGIE

EXERCER EN MAISON DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRE

Interview du Dr Claire KINGUE*

Parmi les différents modes d'exercice en libéral, les jeunes médecins choisissent de plus en plus l'installation en maison de santé pluridisciplinaire (MSP). Pour les médecins déjà installés, l'évolution vers ce mode d'exercice peut s'avérer pertinent pour rompre avec l'isolement, la surcharge de travail, les difficultés administratives et de remplacements de l'exercice libéral autonome.

Les maisons de santé ont été introduites dans le code de la santé publique en 2007 (loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007) pour ouvrir aux professionnels libéraux un mode d'exercice collectif. Il s'agit de structures pluriprofessionnelles dotées de la personnalité morale et constituées entre professionnels médicaux, auxiliaires médicaux ou pharmaciens. Les professionnels de santé exerçant en leur sein (essentiellement des professionnels libéraux) doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné. Les maisons de santé sont appelées à conclure avec l'agence régionale de santé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence. En juin 2021 on recensait 1889 maisons en fonctionnement et 366 maisons en projet.

S : Vous êtes installée en libéral depuis 2009. Pour quelles raisons avez-vous choisi d'évoluer vers une installation en maison de santé pluridisciplinaire ?

C. K. : j'ai décidé en 2019 d'évoluer vers un exercice coordonné avec des collègues au sein d'une même structure. Pour le suivi de grossesse notamment, il me semblait pertinent de me rapprocher de médecins échographistes pour leur adresser plus rapidement une patiente dans le cas où je suspectais des éléments atypiques.

Le comité du quartier Saint Marceau à Orléans avait la vocation de proposer une offre

d'accès aux soins plus confortable pour les patientes avec la création de MSP, l'offre médicale dans notre département étant très tendue. Exerçant dans ce quartier, j'ai été contactée par un collègue médecin généraliste pour rejoindre le projet. Ce dernier a créé une véritable dynamique de groupe, ce qui constituait les conditions propices pour s'installer ensemble.

* Gynécologue obstétricienne, installée dans la MSP Saint-Marceau à Orléans.



S : Votre MSP réunit combien de professionnels de soins ?

C. K. : notre MSP regroupe une vingtaine de professionnels médicaux et paramédicaux : des médecins généralistes, un neurologue, deux gynécologues dont moi pour la gynécologie obstétrique, un spécialiste de l'allaitement maternel, des sages-femmes dont 2 échographistes, des infirmières, kinésithérapeutes, un sophrologue, un podologue, une diététicienne et un psychothérapeute.

S : Quelle sont les obligations et contraintes de la MSP ?

C. K. : Le principe d'une MSP étant de mettre en place un exercice coordonné, les médecins doivent définir ensemble un **Projet de santé** qui décrit leur projet de prise en charge des patients et la façon de l'exercer de façon coordonnée (via la mise en place de protocoles communs par exemple ou de réunions de concertations). Le partage des informations du dossier médical d'un même patient est possible mais à condition d'installer l'un des logiciels médicaux labellisé par l'Agence du numérique en santé.

S : Avez-vous une coordinatrice pour animer la MSP ?

C. K. : oui, nous nous appuyons sur une coordinatrice qui nous décharge d'une partie des contraintes administratives et anime la vie d'équipe de la MSP. Elle fait partie de tous les groupes mis en place par les professionnels de santé et paramédicaux, entérine les décisions prises à cette occasion, gère les relations avec les organismes externes et prestataires et nous alerte sur les protocoles à mettre en place.

S : Êtes-vous maître de stage* ?

C. K. : oui. Notre MSP a en effet la vocation d'être une MSP Universitaire pour qu'elle puisse réaliser de la formation et de la recherche en soins primaires. Ce qui s'inscrit totalement dans notre vocation de compagnonnage.

S : Conseilleriez-vous à un jeune médecin de s'installer directement en MSP ?

C. K. : oui, totalement ! La MSP permet de nous offrir des conditions d'exercice optimales et d'optimiser notre temps médical au service de nos patients. L'exercice coordonné nous permet de discuter en équipe de la prise en charge et coordonnée des cas complexes de nos patientes. Nous avons moins de difficulté à trouver des remplaçants ou des successeurs. En outre, si les maisons de santé pluridisciplinaires ont un coût d'installation et de fonctionnement parfois plus important, les moyens sont mis en communs (locaux, système informatique partagé, poste de coordination) et répartis, selon des règles que nous définissons au sein de l'équipe, entre tous les professionnels de santé de la structure. Certains médecins partagent le secrétariat également.

S : Et pour un médecin déjà installé depuis plusieurs années et qui envisage cette possibilité d'évolution, quels conseils pourriez-vous lui donner ?

C. K. : je lui conseillerais de bien se renseigner sur l'équipe, le projet de santé, le règlement intérieur, sur les possibilités de faire des remplacements. Il est primordial de rencontrer toute l'équipe au préalable et d'avoir de bonnes capacités d'adaptation. Le prérequis étant d'avoir une véritable envie de travailler en équipe !

** Un Praticien Agréé Maître de Stage des Universités - plus communément appelé MSU - est un médecin de ville qui accueille dans le cadre de stages des étudiants en médecine qui sont entre la 5^{ème} année (externat) et la fin de la 9^{ème} année (internat) afin de leur permettre de découvrir la médecine générale de premier recours. Le MSU a un rôle important, décisif et complémentaire dans la formation de l'étudiant en médecine. Il lui permet d'accéder à ce terrain d'apprentissage qu'est l'ambulatoire. La maîtrise de stage existe pour la médecine générale depuis plus de 15 ans. Son développement et celui des stages extrahospitaliers est aujourd'hui envisagé dans l'ensemble des spécialités ayant un exercice majoritairement ambulatoire et qui ont inscrit la possibilité de ces stages dans leur maquette de formation. Une mise en place est prévue pour les spécialités volontaires dès le semestre d'internat de novembre 2020.*



Les étapes pour créer une Maison de Santé Pluridisciplinaire

- 1 - Étudier l'offre de soins locale, les attentes des professionnels de santé du territoire, éventuellement avec l'appui d'un cabinet de conseil spécialisé, parfois financé par le territoire ou l'ARS suivant le diagnostic local de santé.
- 2 - Constituer une équipe de professionnels de santé motivés par l'exercice coordonné, comprenant au moins 2 médecins généralistes et un paramédical.
- 3 - Travailler en équipe pour définir le projet de santé, définissant les modes d'exercice coordonnés, mais aussi les règles du travail libéral en équipe.
- 4 - Si besoin, travailler sur un projet immobilier (pas toujours nécessaire).
- 5 - Commencer à exercer de façon coordonnée, conformément au projet de santé écrit par l'équipe et ajuster les modes de fonctionnement.
- 6 - Mettre en place petit à petit les différentes « briques » de l'exercice coordonné (SI partagé, réunions de concertation professionnelle, protocoles, coordination...).
- 7 - Si l'équipe le souhaite, monter un dossier pour accéder aux nouveaux modes de rémunérations.

À savoir : Le temps d'exercice coordonné peut percevoir une rémunération spécifique de l'Assurance Maladie dans le respect de la réglementation fiscale et comptable, à condition que la MSP soit constituée en société interprofessionnelle de soins ambulatoires (Sisa). En outre, l'accord conventionnel interprofessionnel de 2017, qui se substitue au règlement arbitral de 2015, a instauré le principe d'une rémunération conventionnelle, basée sur l'atteinte d'indicateurs, demeure. Certains indicateurs ont évolué pour mieux prendre en compte l'organisation, les coûts d'équipement, et la relation avec les patients.

Code de la santé publique :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000038886477

SAISISSEZ-VOUS DES CPTS AVANT QU'ELLES NE SE SAISISSENT DE VOUS !



Interview du D^r Marc DURAND-RÉVILLE*

En tant que spécialité de second recours, il est primordial que nous participions dès aujourd'hui aux travaux des Communautés Professionnelles Territoriales de Santé pour mettre en place un système d'adressage des patientes en phase avec nos réalités de terrain.

Le vote en première instance de la loi Valletoux place les CPTS au centre du débat en donnant à tous les professionnels de santé l'obligation d'appartenir à une CPTS et de participer à la permanence des soins. Mais au-delà de cette loi coercitive, les CPTS correspondent à un changement majeur dans l'organisation des soins en réponse aux déserts médicaux et à la disparition du médecin traitant, et s'imposent inexorablement dans notre paysage médical.

S : Peut-on rappeler en quelques mots le rôle des CPTS ?

M. D-R : constituées à l'initiative des « professionnels de santé », les CPTS ont vocation à rassembler les « acteurs de santé » de leur territoire pour une meilleure coordination de ces professionnels et une structuration des parcours de santé des usagers, patients et résidents. Elles se

composent de professionnels des soins du premier et/ou du second recours mais aussi hospitaliers, médico-sociaux et sociaux d'un même territoire.

*

Gynécologue obstétricien, vice-Président de l'URML Normandie et Président de la Fédération des URPS de Normandie.

S : L'existence des CPTS est antérieure à la loi Valletoux. Diriez-vous qu'elles sont l'avenir de notre système de santé ?

M.DR : la loi Valletoux porte, pour le moment, l'obligation d'appartenir à une CPTS, de participer à la permanence des soins qui sera organisée par la CPTS et elle marque le début de l'infirmier référent que l'on doit à présent prendre en compte pour l'adressage au 2^{ème} recours. Ainsi, quoi qu'on fasse, les CPTS resteront au cœur du système.

Bien entendu, au SYNGOF, nous combattons les privations de libertés que cette loi comporte pour l'exercice libéral et j'espère que nous serons entendus à travers les futurs amendements. Mais nous ne pouvons que constater un véritable succès : 800 CPTS créées ou en cours de création sur tout le territoire (40 millions de français sont couverts par une CPTS) et pour certaines régions, les CPTS arrive à couvrir 100 % du territoire.

Il faut savoir qu'une CPTS de 175 000 personnes est financée à hauteur de 450 000 par an, donc cette puissance des missions et du financement font qu'elles sont au cœur du système et qu'elles ne disparaîtront pas.

S : Quels sont les points relatifs à notre spécialité ?

M. D-R : les CPTS sont chargées sur un petit territoire (maximum 200 000 personnes) de co-construire l'organisation de la santé, de coordonner les soins, de constituer les équipes pluriprofessionnelles en ayant une approche basée sur un bassin de vie. Et quand on voit à quel point nos modes d'exercice sont différents entre établissements publics, privés, libéraux individuels ou dans le cadre des centres périnataux de proximité, cette approche populationnelle de la périnatalité est capitale.

Les CPTS sont dotées des financements, des moyens humains pour mener à bien l'organisation de l'accès au soin non programmé (SNP), à des consultations de médecins spécialistes dans les délais appropriés et la sécurisation des passages entre ville et hôpital, et donc entre ville et maternité. Plus que d'autres spécialités, nous sommes au cœur, dans chacune de nos pratiques, de ces problématiques et nous devons participer à leur organisation en lien avec les autres professionnels au sein des CPTS.

S : Vous parlez d'un nouveau système d'adressage des patients. Quels sont les enjeux ?

M. D-R : en tant que professionnels du 2^{ème} recours, nous devons absolument moderniser notre vision de l'adressage des patientes. Qu'on le veuille ou non, cela va considérablement changer et notre modèle actuel basé sur notre réseau personnel ou celui de notre établissement va être taillé en pièces par la nécessité d'avoir des systèmes d'adressage faciles.

La notion du médecin traitant qui adressait aux spécialistes, disparaît progressivement. La démographie des médecins généralistes est inquiétante dans la plupart des régions, il y aura moins d'installation et ils vont être, comme nous, soumis à l'obligation de quitter leur cabinet pour faire de la permanence des soins, participer à la régulation SAS et aux systèmes de gardes.

Ainsi, l'État anticipe les maillages sans les médecins traitants et il va y avoir de nouveaux adresseurs :

- ♦ **Le SAS** (Service d'Accès aux Soins) qui, par le 15, va donner accès à des plages de soins non programmés. Pour le moment, le SAS est principalement axé sur le 1^{er} recours mais demain ces adresseurs vont avoir des questionnements sur le 2^{ème} recours. Ils ne connaîtront pas le numéro de notre secrétaire et auront uniquement accès à l'organisation qui aura été mise en place par la CPTS du secteur ;
- ♦ **Le médecin généraliste qui a été requis par le SAS** pour recevoir dans le cadre d'un créneau de soin non programmé une personne qu'il ne connaît pas du tout. Il l'adressera selon la méthodologie d'adressage la plus simple, également définie par la CPTS ;
- ♦ **La télémédecine en région ;**
- ♦ **Les sages-femmes référentes** récemment apparues : le maillage territorial du 1^{er} recours en gynécologie est largement partagé avec elles. Elles s'installent souvent immédiatement après l'école et n'ont pas de réseau avec les gynécologues. Elles sont assez présentes dans les CPTS et seront dans la gouvernance de nouvelles organisations locales ;
- ♦ **Les infirmiers de pratiques avancées** qui sont dans la loi Valletoux ;



- ♦ Les pharmaciens qui aujourd'hui vaccinent, peuvent renouveler les maladies chroniques, ont installé des plateformes de télémédecine et voient encore augmenter leur capacité d'intervention dans le maillage territorial.

En outre, une CPTS peut faire des protocoles d'adressages validés qui peuvent toucher toutes les spécialités paramédicales et médicales.

Par conséquent, il faut absolument que nous, gynécologues obstétriciens, gynécologues médicaux, chirurgiens en gynécologie, ayons les réponses à apporter à ces adresseurs tout en développant des adressages selon nos réalités de terrain. Les libéraux doivent pouvoir adresser aux libéraux, et pour cela il faut que des parcours simples soient fabriqués et utilisés.

Si nous ne sommes pas rapidement leaders des groupes de travail, soit ce seront d'autres professionnels de santé qui y seront, soit ce seront d'autres spécialités qui s'en saisiront et finiront par mettre en place des organisations qui ne nous conviendront pas mais seront utilisées car elles seront faciles.

Nous devons également organiser les rapports entre ville et établissements et notre participation aux soins non programmés. Et lorsqu'une organisation est déjà mise en place, il est important de la faire reconnaître et valider par la CPTS, sinon elles créeront d'autres usines à gaz qui vont venir se télescoper.

S : Et sur le plan humain, à quoi ressemble une CPTS ?

M. D-R : la gouvernance est assurée par des professionnels de santé. Les médecins spécialistes y sont les moins représentés. Dans mon secteur, moins de 1 % des spécialistes se sont intéressés à la CPTS et ils ne participeront donc pas à tous ces travaux d'organisation.

Beaucoup de praticiens de santé non-médecins veulent organiser leurs nouvelles responsabilités et ils se sentent un peu seuls, avec assez peu d'expérience de l'organisation des soins. Et surtout, ce sont des demandeurs mais pas des offreurs. Donner les clés d'une organisation des soins à des demandeurs qui n'ont pas l'expérience de l'offre de soins c'est prendre le risque de se voir imposer des choses que nous aurions pu beaucoup mieux organiser si nous avions été à la manœuvre.

S : Quelle démarche entreprendre pour participer à ces groupes de travail ?

M. D-R : il faut s'inscrire à la CPTS de son territoire et préciser qu'on souhaite participer aux travaux sur l'organisation des soins de second recours, en particulier pour les soins non programmés, la permanence des soins et le rapport entre ville et établissements.

Sur le plan humain c'est enrichissant car les personnes qui sont dans ces groupes de travail ont envie de faire avancer les choses et ont une vision du collectif qui est plutôt rafraîchissante.



LE D^R RAYMOND BELAICHE EST DÉCÉDÉ LE 15 MARS DERNIER À L'ÂGE DE 80 ANS

Gynécologue obstétricien à Montpellier, Raymond Belaiche a été pendant de longues années trésorier du SYNGOF et en charge de la revue. Nous avons tous apprécié l'utilité et la qualité de sa collaboration.

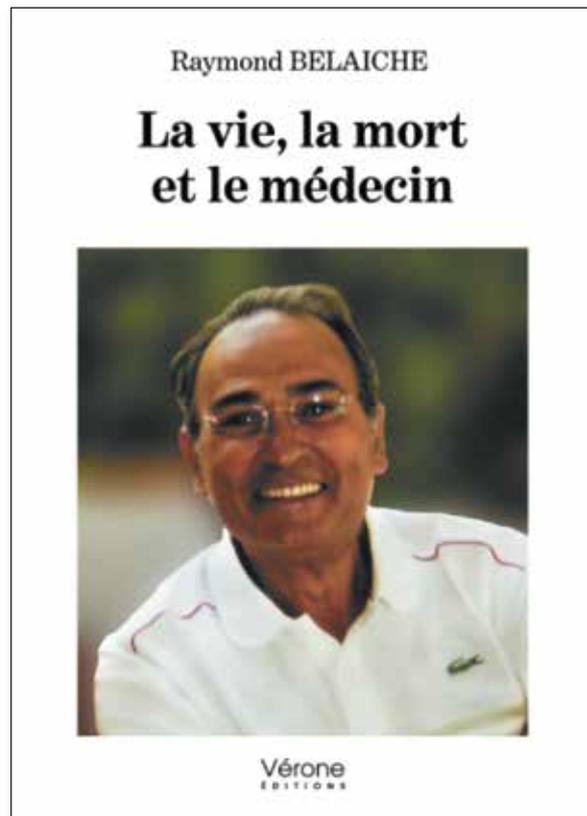
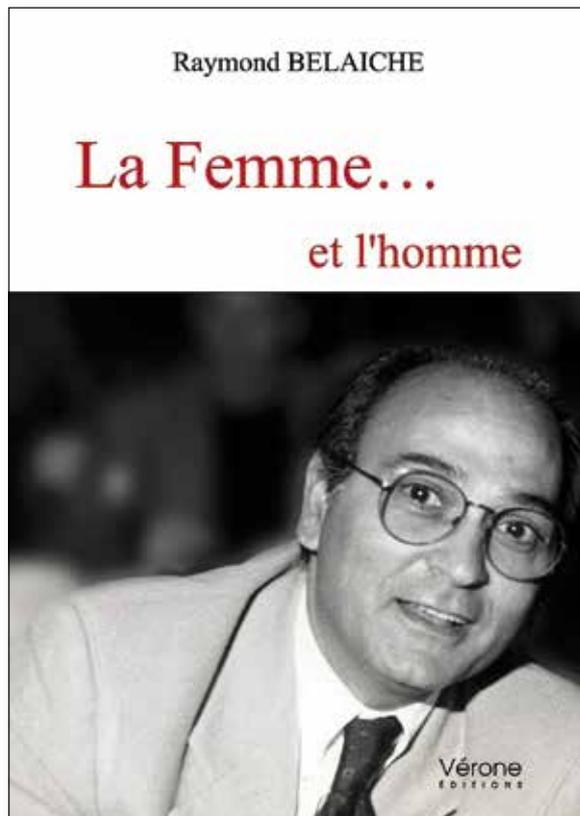
Il fut également Président de l'Union Professionnelle Internationale des Gynécologues et Obstétriciens et parmi les premiers obstétriciens à s'engager dans l'haptonomie.

Auteur de livres, il publia *La femme... et l'homme* en 2020, puis *La vie, la mort et le médecin* paru en février dernier, où il s'interrogeait sur les

difficultés que traverse notre profession et le sens de notre engagement « *Qui sommes-nous, médecins et malades, sinon des êtres vivants parmi d'autres êtres vivants qui tentent de survivre dans un monde parsemé d'embûches ?* ».

Pour Raymond Belaiche, « *la vie était un cadeau inestimable dont il faut profiter à chaque instant avant la fin (...)* ». C'est un bel enseignement qu'il nous a laissé au crépuscule de sa vie.

Le SYNGOF, auquel s'associe son conseil d'administration, témoigne ses sincères amitiés à son épouse, à sa famille et à ses proches.



DÉPLOIEMENT DU REGISTRE DE PRATIQUES ESSURE

Pour rappel, l'arrêté du 14 décembre 2018, limitant la pratique de l'acte d'explantation du dispositif médical ESSURE à certains établissements de santé, prévoit notamment un recueil exhaustif des informations relatives à l'explantation.

Depuis le 1^{er} avril, la collecte de ces informations peut s'effectuer de manière totalement dématérialisée. Ce registre collecte les données des patientes porteuses d'ESSURE pour lesquelles une difficulté quelconque est rencontrée (problèmes pelviens ou systémiques) et supposée en lien avec ces implants, que ces patientes soient ou non explantées chirurgicalement au final. À l'aide de menus déroulants, l'ensemble des informations vont pouvoir être renseignées de manière aisée et rapide : identité de la patiente, antécédents médico-chirurgicaux, événements indésirables pelviens et généraux présentés par les patientes, modalités de prise en charge avec rappel des recommandations d'explantation et suivi ultérieur de l'état de santé lors des consultations pré- et post-opératoires via notamment un questionnaire de qualité de vie SF36 transmis par mail à la patiente.

Ces données du registre sont à remplir en temps réel après avoir recueilli préalablement le consentement de la patiente sur un document papier écrit en double exemplaire patiente/médecin à transmettre au centre de gestion en version PDF. L'ensemble des données collectées dans le registre est anonymisé après saisie initiale. Nous vous rappelons tout l'intérêt de la collecte des données dans un registre unique national, permettant une analyse de la qualité des pratiques et de suivi de la qualité de vie des patientes post-explantation.

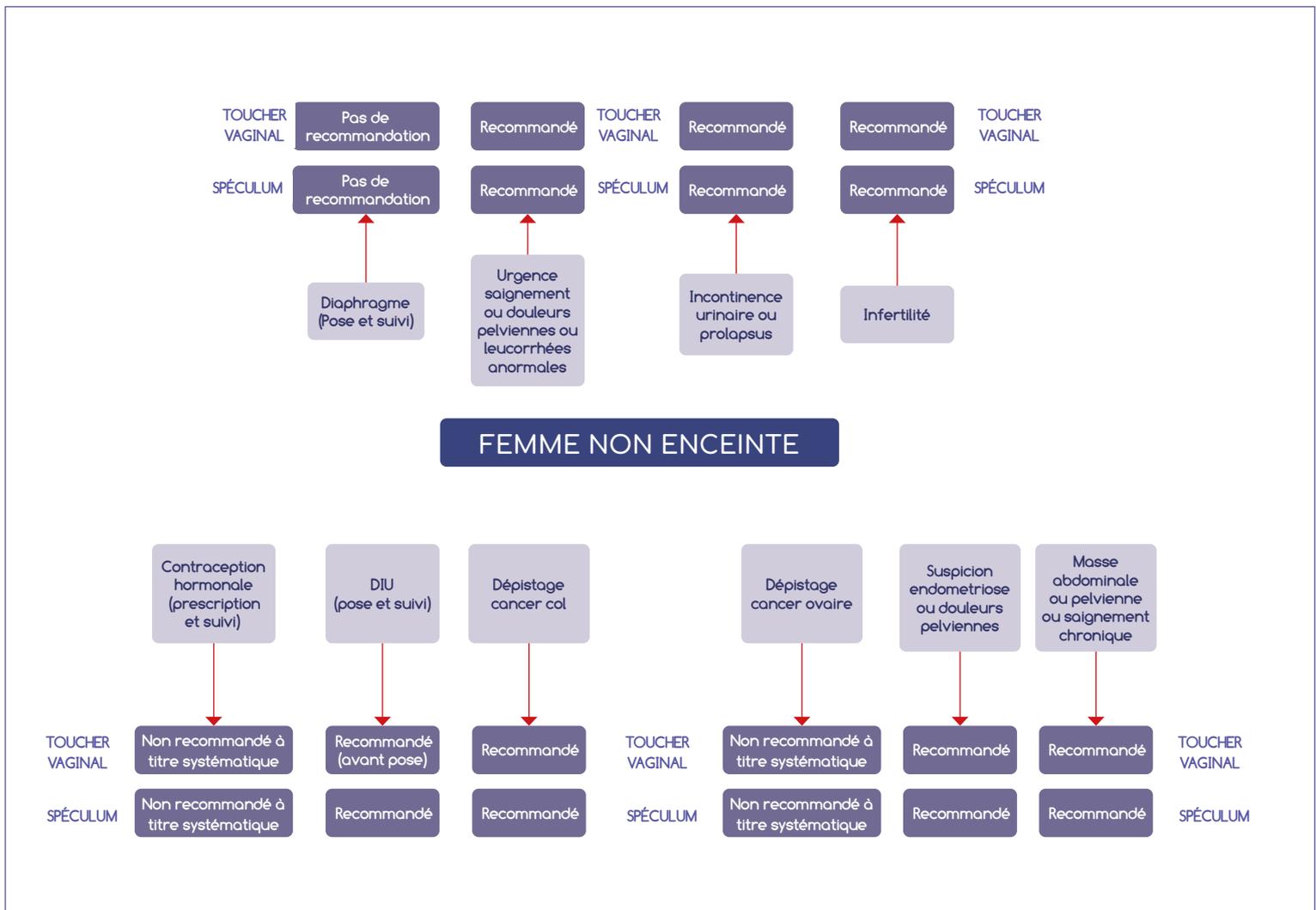
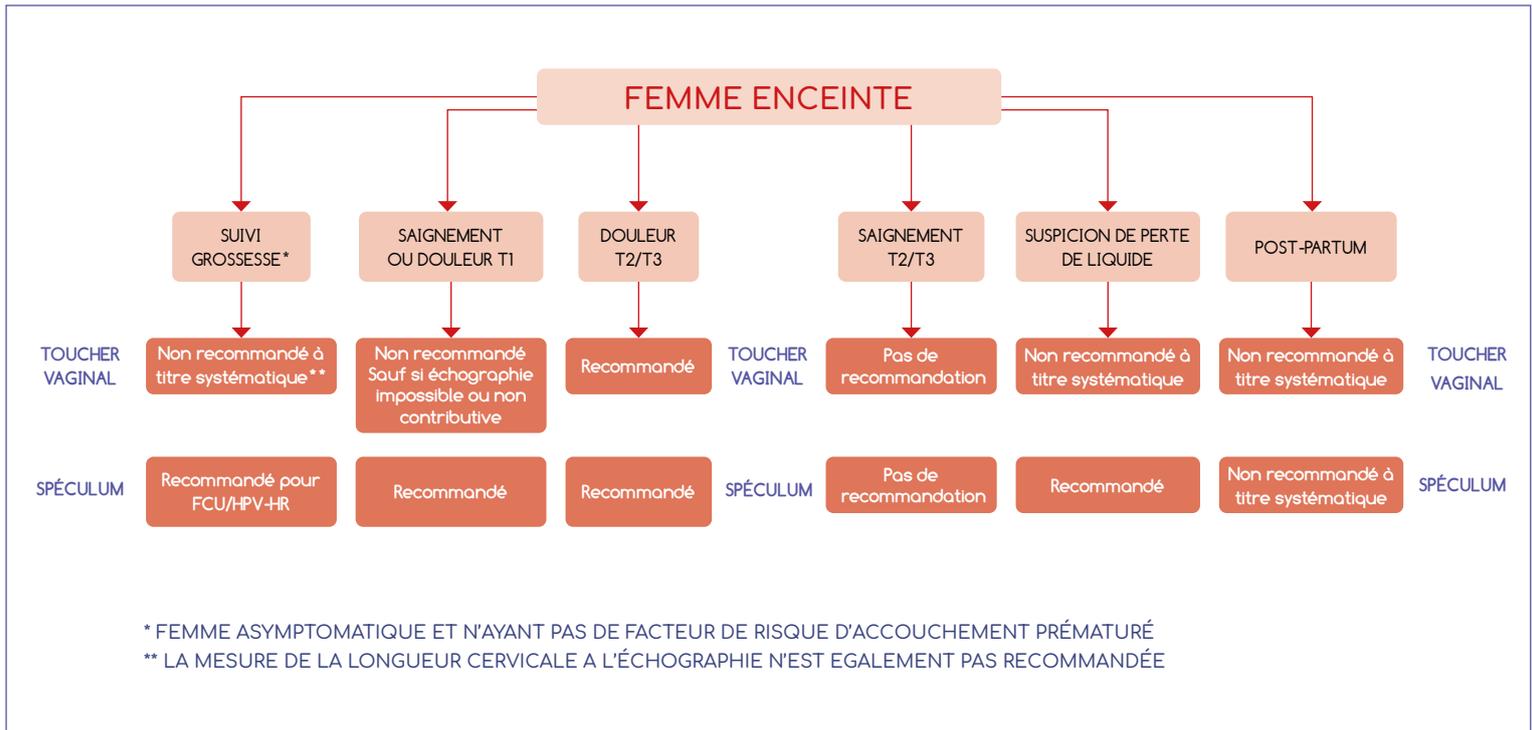
Pour avoir accès au registre, votre code d'accès vous sera transmis sur demande par mail à Madame Inès AKKARI, data manager à la FSM (ines.akkari@specialitesmedicales.org). Votre demande doit préciser : vos nom, prénoms, n° RPPS, deux adresses mails (en raison des pare-feu), et numéro de téléphone (recommandé).

Source : CNGOF

EXAMEN PELVIEN : NOUVELLES RECOMMANDATIONS CLINIQUES

Lors du congrès Pari(s) Santé Femmes le 25 janvier dernier, le CNGOF a présenté des nouvelles recommandations pour la pratique clinique (RPC) de l'examen pelvien. L'examen pelvien ne doit pas être pratiqué à titre

systematique, il est recommandé dans certaines situations cliniques (cf. schémas ci-contre). Lorsqu'il est recommandé, il doit être proposé et réalisé avec le consentement de la patiente.



FICHE PRATIQUE

L'EXAMEN PELVIEN DANS LE RESPECT DE L'ÉTHIQUE ET DE LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE



EN PRATIQUE

Éthique et déontologie

L'EXAMEN PELVIEN DANS LE RESPECT DE L'ÉTHIQUE ET DE LA DÉONTOLOGIE MÉDICALE

MARS 2023

Cette fiche pratique a été élaborée pour guider les médecins, quelle que soit leur spécialité, au cours de la pratique d'un examen pelvien.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins a organisé une concertation professionnelle devant les difficultés rencontrées au cours de l'examen pelvien réalisé dans le cadre d'une prise en charge médicale.

Si l'actualité a surtout concerné ce que des patientes ont dénoncé comme étant des violences au cours de consultations en gynécologie-obstétrique, l'institution a souhaité élargir la réflexion sur la pratique de l'examen pelvien à tous les médecins.

Pour certains praticiens, le consentement à l'examen pelvien a longtemps été considéré comme acquis dans le cadre d'une consultation gynécologique ou d'une consultation portant sur la sphère pelvienne. Il apparaît nécessaire à l'institution de rappeler dans cette fiche pratique que la personne a le droit, avant tout examen médical touchant à son intimité, d'être informée des raisons médicales pour lesquelles cet acte est envisagé, de son utilité, et d'y consentir ou non.

► RESPECT DES DROITS DES PATIENT(E)S

Le droit des patient(e)s¹ à l'information s'exerce avant tout acte médical, de soins, d'investigation ou de prévention.

Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de

prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et les conséquences prévisibles en cas de refus.

Les qualités de l'information : elle doit être synthétique, hiérarchisée, appropriée et compréhensible par la personne.

La délivrance de l'information personnalisée, adaptée, progressive s'il y a lieu, doit se faire dans le cadre d'un entretien individuel. Celui-ci doit permettre un dialogue avec la personne.

Le consentement², indispensable à tous examens, doit être recherché : « Aucun acte médical ou traitement ne peut être pratiqué sans votre consentement "libre et éclairé" ».

- Libre : absence de contrainte – renouvelé pour tout acte de soin,
- Éclairé : être informé des différents traitements, des risques fréquents et graves et des conséquences éventuelles.

Le consentement peut être retiré à tout moment.

1 - Code de la santé publique
- [Article L.1111-2](#) ; [R.4127-35](#) et [R.4127-42](#)
Code de déontologie médicale
- [Commentaires de l'article 35](#) et [de l'article 42](#)

2 - Code de la santé publique
- [Article L.1111-4](#) ; [R.4127-36](#) et [R.4127-42](#)
Code de déontologie médicale
- [Commentaires de l'article 36](#)

► EXAMEN PELVIEN ET RESPECT DES DROITS DES PATIENT(E)S

L'examen médical doit se dérouler en toute quiétude, dans une relation de confiance entre la personne examinée et le praticien.

Le médecin ne doit pas renoncer à proposer de pratiquer certains actes par crainte que ceux-ci soient mal compris et mal vécus et entraînent plaintes et poursuites, sous peine de nuire à la qualité des soins prodigués.

À cette fin, il est rappelé que pour les examens pelviens :

→ Lorsque le praticien dispose de **fiches techniques**³, ou de fiches anatomiques, sur les actes pratiqués, il les remet à la personne avant l'examen clinique en les explicitant. La remise de ces fiches ne dispense pas le médecin de son devoir d'information sur la nécessité, l'utilité de l'examen, son déroulement et son but (diagnostic, dépistage, prévention).

→ Le praticien informe la personne sur les actes à effectuer et les alternatives possibles en rappelant les possibilités de diagnostics offerts par chaque acte. Les mentions inscrites dans le dossier médical suffisent à servir de moyen de preuve en cas de litige, il n'y a pas lieu de

demander à la personne une confirmation signée de la **délivrance de l'information**⁴.

→ Le praticien recueille le consentement oral, et non écrit, de la personne au fur et à mesure de l'examen.

→ L'ensemble de la procédure (délivrance de l'information et consentement) est inscrit dans le dossier médical de la personne.

→ En cas de refus opposé par la personne vis-à-vis de l'acte proposé, le praticien a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de son refus. Le refus doit être inscrit dans le dossier médical et, dans ce cas particulier, le médecin peut demander à la personne de formaliser ce refus.

Concernant les indications pouvant être données à la personne avant un examen pelvien, nous vous invitons à vous rapprocher du collègue de votre spécialité.

3 - [Pour un exemple de fiche, voir celle proposée par l'AFU, SIFUD-PP et GENULF sur le « bilan urodynamique ».](#)

4 - [HAS, « Délivrance de l'information à la personne sur son état de santé », 2012.](#)

POUR
ALLER
PLUS
LOIN

Sur le site du Conseil national de l'Ordre des médecins :

- [La page « L'information du patient »](#)
- [La page « Recueillir le consentement de mon patient »](#)

Sur le site du Collège national des gynécologues et obstétriciens français :

- [La charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique](#)
- [Les recommandations pour la pratique clinique](#) (en attente de publication)

Sur le site du Conseil national professionnel de radiologie et imagerie médicale :

- [La charte de la consultation en radiologie](#)

Sur le site du Comité consultatif national d'éthique :

- [L'avis relatif au consentement en gynécologie](#) (en attente de publication)



Ordre des médecins
www.conseil-national.medecin.fr

RECOMMANDATION HAS INTÉGRATION DE LA MAMMOGRAPHIE PAR TOMOSYNTHÈSE DANS LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER DE SEIN

La HAS recommande l'intégration de la mammographie par tomosynthèse dans le dépistage organisé (D. O.) du cancer du sein, à condition qu'elle soit systématiquement associée à la reconstruction d'une image 2D synthétique (3D/2Ds). Cette procédure permet en effet d'améliorer les performances du D. O., sans pour autant augmenter la dose d'exposition.

En parallèle du déploiement progressif de la 3D+2Ds dans le D. O. sur l'ensemble du territoire national, la HAS recommande le maintien de la procédure en cours en 2022 fondée sur la mammographie numérique (2D-DR).

Plus d'information sur le site www.has-sante.fr

L'ENTRETIEN AVEC LA FEMME ENCEINTE POUR SA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE

Au cours de la grossesse, d'une manière générale, l'utilisation des médicaments doit être évitée. Cependant, une affection aiguë ou chronique peut nécessiter la prise en charge médicamenteuse de la patiente. Dans ce cas, il est important d'informer la femme enceinte sur le risque tératogène. **Vos patientes doivent être informées de ces entretiens dédiés aux femmes enceintes sur la prise en charge médicamenteuse**, prévus par la nouvelle convention pharmaceutique signée le 9 mars 2022.

Notons par ailleurs que l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM) a réalisé **une campagne de sensibilisation des femmes enceintes au risque tératogène afin de les alerter et de réduire les risques**.

Lire le mémo « Accompagnement femme enceinte » sur le site www.ameli.fr

RECOMMANDATIONS HAS LA GÉNÉRALISATION DU DÉPISTAGE DE LA DRÉPANOCYTOSE À LA NAISSANCE

La drépanocytose est une maladie héréditaire du sang dont les conséquences peuvent être graves. Parmi les maladies dépistées à la naissance, **la drépanocytose est la maladie génétique la plus fréquente en France**. Son incidence augmente régulièrement depuis 2010 pour atteindre

un nouveau-né sur 1323 en 2020. En France, **son dépistage est actuellement réalisé de manière ciblée**, chez les nouveau-nés dont les parents ont des origines à risque.

Lire l'avis sur le site www.has-sante.fr

Conseil d'administration

Président

Docteur de ROCHAMBEAU

Hôpital privé Marne Chantereine
BROU-SUR-CHANTEREINE

Présidents d'honneur

Docteur COUSIN

Professeur GIRAUD

Docteur ROZAN

Vice-Présidents

Pôle Gynécologie Obstétricale

Libérale

Docteur PEIGNÉ

Polyclinique du Beaujolais
ARNAS

Docteur LAPLACE

Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX

Pôle Praticiens Hospitaliers

Docteur FAIDHERBE

CHU Arnaud-de-Villeneuve
MONTPELLIER

Docteur LE PORS-LEMOINE

Centre Hospitalier - SAINT-MALO

Pôle Gynécologie Médicale

Docteur GUERIN

13 bd des Rochers - VITRÉ

Docteur HOMASSON

5 rue Chanez - PARIS

Docteur ROBION

98-100 Avenue de Fontainebleau -
SAINT-FARGEAU-PONTHIERRY

Secrétaire Générale

Docteur PAGANELLI

Secrétaire Général Adjoint

Docteur RIVOALLAN

Secrétaire Général honoraire

Docteur MISLER

Trésorier

Docteur GRAVIER

Membres de droit

Docteur BELAICHE

Professeur COLETTE

Professeur GIRAUD

Membres du Bureau

Docteur DE ROCHAMBEAU

Tél. 01 64 72 74 31

Docteur FAIDHERBE

Tél. 06 85 73 38 00

Docteur GRAVIER

Tél. 06 62 45 28 10

Docteur GUERIN

Tél. 06 35 22 19 33

Docteur HOMASSON

Tél. 01 40 71 93 64

Docteur LAPLACE

Tél. 05 56 43 72 24

Docteur LE PORS-LEMOINE

Tél. 02 99 21 21 98

Docteur PAGANELLI

Tél. 02 47 37 54 49

Docteur PEIGNÉ

Tél. 06 80 15 94 71

Docteur RIVOALLAN

Tél. 02 98 95 84 84

Docteur ROBION

Tél. 01 64 52 47 85

Membres

Docteur AGOPIANTZ

CHU de Nancy
VANDOEUVE-LÈS-NANCY

Docteur BASTIAN

Place du Grand Jardin - VENCE

Docteur BOHL

1-3 av Carnot - SAINT-MAX

Docteur BONNEAU

2 bd du Roy
LES PAVILLONS/BOIS

Docteur CACAULT

71 bd Cdt Charcot - NEUILLY

Docteur CAMAGNA

1 rue Velpeau - ANTONY

Docteur DARMON

18 rue des Remises
SAINT-MAUR-DES-FOSSÉS

Docteur DE BIEVRE

6 rue St Fiacre - MEAUX

Docteur DEFFARGES

59 rue de la Chataigneraie
BEAUMONT

Docteur DENJEAN

7 av. Pierre Verdier - BÉZIERS

Docteur DREYFUS

25 rue Garibaldi - LYON

Docteur GARRIOT

7 rue J J Bernard - COMPIÈGNE

Docteur GRISEY

Hôpital privé de Parly 2
LE CHESNAY

Docteur GUIGUES

2 bis av. du CANADA - CAEN

Professeur HOROVITZ

36 rue Robert Laurent
MÉRIGNAC

Docteur JELEN

Polyclinique de la Résidence
BASTIA

Docteur LAZARD

6 rue Rocca - MARSEILLE

Docteur LEGRAND

12 rue de France - NICE

Docteur LONLAS

6 rue de la manufacture
ORLÉANS

Docteur LUTRINGER

16 Rue des Prés - CERNAY

Docteur MIRONNEAU

4 rue Lounès Matoub - DIJON

Docteur PEIGNÉ

Polyclinique du Beaujolais
ARNAS

Docteur ROBION

11 Quai Alsace Lorraine - MELUN

Docteur TEFFAUD

Polyclinique de l'Atlantique
SAINT-HERBLAIN

Docteur THIEBAUGEORGES

Clinique Sarrus Teinturiers
TOULOUSE

Docteur Guy LUTRINGER

16 Rue des Prés - CERNAY

Délégués régionaux

Auvergne-Rhône-Alpes

Dr Stephan BRETONES

Centre Hospitalier Saint Joseph
Saint Luc
20 Quai Claude Bernard
69007 LYON
email : sbretones@ch-stjoseph-stluc-lyon.fr

Dr Jean Valère DEFFARGES

59 rue de la chataigneraie
63110 BEAUMONT
email : virval@wanadoo.fr

Dr Jean Michel DREYFUS

25 rue Garibaldi
69006 LYON
email : dreyfusjm@yahoo.fr

Dr Emmanuel PEIGNÉ

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

Bourgogne-Franche Comté

Dr Philippe MIRONNEAU

4 rue Lounès Matoub
21000 DIJON
email : pmironneau3333@orange.fr

Bretagne

Dr Catherine GUÉRIN

13 bd des rochers
35500 VITRÉ
email : cathguerin@gmail.com

Dr Pascale LE PORS-LEMOINE

CH de Saint-Malo
35400 SAINT-MALO
email : p.lepors@ch-stmalo.fr

Dr Jacques RIVOALLAN

6 rue Saint Marc
29000 QUIMPER
email : jacques.rivoallan@wanadoo.fr

Centre-Val de Loire

Dr Gérard LONLAS

6 rue du Brésil
45000 ORLEANS
email : gerard.lonlas@wanadoo.fr

Dr Elisabeth PAGANELLI

54 rue Louis Bézard
37540 SAINT-CYR-SUR-LOIRE
email : elizabeth.paganelli@wanadoo.fr

Corse

Dr Harold JELEN

Polyclinique de la Résidence
20200 BASTIA
email : Harjel5@gmail.com

Grand Est

Dr Mikaël AGOPIANTZ

10 Avenue Docteur Heydenreich
54000 NANCY
email : mikael.agopiantz@gmail.com

Dr Guy LUTRINGER

16 Rue des Prés, 68700 CERNAY
Email : dr.guy.lutringer@orange.fr

Dr Marc BOHL

1-3 av. Carnot
54130 SAINT-MAX
email : marc.bohl@free.fr

Dr Arnaud GRISEY

2 Rue Maurice Louis de Broglie
90000 BELFORT
email : arnaud.grisey@gmail.com

Hauts-de-France

Dr Benoit GARRIOT

7 rue J. Jacques Bernard
60200 COMPIÈGNE
email : bengarriot@gmail.com

Île-de-France

Dr Jean Alain CACAULT

71 bd Commandant Charcot
92200 NEUILLY
email : ja.cacault@wanadoo.fr

Dr Olivier CAMAGNA

1 rue Velpeau
92160 ANTONY
email : oliviercamagna@gmail.com

Dr Franklin DARMON

18 rue des Remises
94100 SAINT-MAUR-DES-FOSSÉS
email : franklindarmon@free.fr

Dr Pascal DE BIÈVRE

6 rue St Fiacre
77100 MEAUX
email : p-debievre@ch-meaux.fr

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU

Hôpital Privé de Marne
Chan tereine
77177 BROU-SUR-CHANTEREINE
email : bdr@club-internet.fr

Dr Joëlle ROBION

98-100 Avenue de Fontainebleau,
77310 SAINT-FARGEAU-PONTHIERRY
email : joelle.robion@gmail.com

Normandie

Dr Béatrice GUIGUES

2 bis av. du Canada
14000 CAEN
email : b.guigues@wanadoo.fr

Nouvelle-Aquitaine

Dr Antoine GRAVIER

12 bd Paul Painlevé
19100 BRIVE
email : a.gravier@mac.com

Pr Jacques HOROVITZ

36 rue Robert Laurent
33700 MERIGNAC
email : jacques.horovitz@yahoo.fr

Dr Jean Pierre LAPLACE

Maternité Bordeaux Nord
33300 BORDEAUX
email : dr.jplaplace@bordeauxnord.com

Occitanie

Dr Régis DENJEAN

7 av Pierre Verdier
34500 BÉZIER
email : regis.denjean@free.fr

Dr Jacques FAIDHERBE

CHU Arnaud de Villeneuve
34090 MONTPELLIER
email : j-faidherbe@chu-montpellier.fr

Dr Olivier THIEBAUGEORGES

49 allée Charles de Fitte
31076 TOULOUSE
email : othieb@gmail.com

Pays de Loire

Dr Olivier TEFFAUD

Polyclinique de l'Atlantique
44819 SAINT-HERBLAIN CEDEX
email : drteffaud@polycliniqueatlantique.fr

PACA

Dr Jean-Marc BASTIAN

Place du Grand Jardin
06140 VENCE
email : jean-marc.bastian@wanadoo.fr

Dr Alexandre LAZARD

6 rue Rocca
13008 MARSEILLE
email : alexandre.lazard@yahoo.fr

Dr Daniel LEGRAND

12 rue de France
06000 NICE
email : daniel.legrand13@wanadoo.fr

**Retrouvez les annonces de remplacements
ou de cession de cabinet sur le site du SYNGOF**

<http://www.syngof.fr>

ou en scannant ce QR Code



SCAN ME

Vous pouvez passer une annonce : onglet « soumettre une annonce »

Ou adresser votre annonce à :

SYNGOF - 6 rue Pétrarque - 31000 TOULOUSE

syngof Syndicat
des gynécologues
et obstétriciens
de France



ANNONCES DE RECRUTEMENT



Clinique Saint-Germain
Saint-Germain-en-Laye

RECHERCHE

UN GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN

La Clinique Saint-Germain est un établissement privé appartenant au groupe Vivalto Santé. Établissement de proximité et très dynamique qui dispose, en plus de sa maternité de niveau 1, d'un service de chirurgie, un service de médecine polyvalente, un service de SMR polyvalent, un service de dialyse et d'une unité de soins non programmés. La maternité est composée d'un service de suite de couche de 19 lits, de 4 salles de naissance, 1 salle de pré-travail et 1 salle de césarienne dédiée au sein du bloc opératoire.

Maternité de petite taille pour une ambiance familiale et une prise en charge personnalisée des parents et nouveau-nés !

L'ÉQUIPE MÉDICALE EST COMPOSÉE DE 7 GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS, 2 pédiatres et 4 anesthésistes.

Nous proposons à nos patientes et leur entourage de nombreux ateliers au sein de l'établissement : portage, premiers secours du nouveau-né, massage prénatal et massage bébé, atelier postures et ballon, café des papas... Tous les cours de préparation à la naissance peuvent être effectués au sein de notre établissement et toutes les patientes bénéficient d'une consultation de fin de grossesse avant staff de dossier. Les patientes ont également la possibilité de consulter en pré et en post-partum, au sein de la structure, une ostéopathe spécialisée dans la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés, une consultante en lactation ainsi qu'une psychologue.

Les gynécologues ont également la possibilité d'avoir une activité de consultation sur site ainsi qu'une activité chirurgicale au sein de notre bloc opératoire de 6 salles. Le service s'est récemment engagé dans un process de labélisation « Maternité Eco-Responsable ».



CANDIDATURE À ADRESSER À :

Marie-Charlotte BROUSSE, Directrice Générale
Tél. : 01 61 30 20 00 - Port. : 06 75 34 59 20
Mail : mcbrousse@vivalto-sante.com



**URGENT
RECHERCHE****L'HOPITAL NOVO (NORD-OUEST VAL D'OISE)**

Est un nouvel établissement né le 01/01/2023 de l'union de 3 établissements :
Le Centre Hospitalier René Dubois de Pontoise, le Groupe Hospitalier Carnelle Portes de l'Oise et le Groupe Hospitalier Intercommunal du Vexin.

- ⊗ **PRATICIEN PLEIN TEMPS**
- ⊗ **PRATICIEN CONTRACTUEL**
- ⊗ **PRATICIEN ou ASSISTANT**

Pour le Service
de Gynécologie
Obstétrique -
Site de Beaumont
MATERNITÉ
DE NIVEAU 2A



Contactez le Responsable de Service
Docteur COLLIAUT-ESPAGNE Sandrine
01 39 37 14 38
sandrine.colliaut@ght-novo.fr

lettre de candidature et CV à adresser
au responsable de service et à la
Direction des Affaires Médicales :
affairesmedicales@ght-novo.fr

<https://hopital-novo.fr/>



**Le CHSF est l'établissement support du GHT
Île-de-France Sud qui inclut le CH d'Arpajon
et le CH Sud-Essonne.**

RECHERCHE

**Chef
de Service
de Gynécologie-
Obstétrique**



Avec près de 5 200 naissances par an, le CHSF dispose d'une maternité parmi les plus dynamiques en Île-de-France.
L'établissement est classé centre périnatal de niveau 3, avec un service de médecine néonatale de 58 lits dont 28 lits de réanimation/soins intensifs. Il est membre du réseau Périnat-IF Sud. Ses missions spécifiques sont d'accueillir les patientes présentant une grossesse pathologique nécessitant un environnement médical spécialisé pour la mère et l'enfant.
Une prise en charge chirurgicale en gynécologie peut être réalisée, selon le type d'intervention, en chirurgie conventionnelle ou ambulatoire. Le CHSF est agréé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) en chirurgie cancérologique du sein et du pelvis.

Le secteur de la maternité comporte

- Chiffres d'activité 2021 : 5225 accouchements.

Le secteur de chirurgie gynécologique, sous la responsabilité d'un PH responsable d'Unité Fonctionnelle, comporte

- Une unité d'hospitalisation conventionnelle de 12 lits.
- Une unité de consultations de gynécologie, sénologie, colposcopie, échographie, hystérocopie diagnostique et infertilité.
- Un accueil sein pour le diagnostic du cancer du sein en lien avec les radiologues, oncologues, médecins anatomopathologistes.

Le nombre d'interventions en 2019 : 1 505.

Le taux d'interventions gynécologiques réalisées en ambulatoire est de 49 %.

Un centre de PMA : sous la responsabilité d'un médecin responsable d'Unité Fonctionnelle.

L'équipe médicale**Nombre de postes budgétés :**

- PH temps plein : 7.
- PH temps partiel : 5 (4 praticiens à 40% et 1 praticien à 60%).
- Assistants ou praticiens attachés associés temps plein : 9 et 1 praticien à 30%.

Le service possède l'agrément pour les internes du DES de GO et de médecine générale :

- 2 postes d'internes socle DES GO.
- 3 postes d'internes approfondissement DES GO.
- 4 postes d'internes (stagiaire associé, DFMS/DFMSA, FFI).
- 1 poste d'interne en médecine générale.
- Le service détient l'agrément pour l'accueil d'un Docteur Junior en chirurgie gynécologique.

L'équipe de sages-femmes :

85 ETP sages-femmes.

L'équipe d'encadrement :

Une coordinatrice en maïeutique et 5 adjointes en charge de la coordination.

Diplômes et expériences

- Être praticien hospitalier titulaire du diplôme d'études spécialisées (post internat ou ACCA).
- Expérience souhaitée d'au moins 5 ans.

Compétences requises

- Capacités et expériences organisationnelles et managériales.
- Capacités à travailler en équipe, à négocier et à gérer les tensions.
- Expertise du domaine.
- Adaptabilité et autonomie.
- Sens relationnel.

LES CANDIDATURES SONT À ADRESSER

au Docteur Valérie CAUDWELL, Présidente de la CME du CHSF - à Monsieur Antoine VALLAURI, Directeur des Affaires Médicales du CHSF et à Madame Véronique KIENZT, Adjointe au Directeur des Affaires Médicales (valerie.caudwell@chsf.fr / antoine.vallauri@chsf.fr / veronique.kientz@chsf.fr).

POUR TOUT RENSEIGNEMENT COMPLÉMENTAIRE, S'ADRESSER
au Docteur Luc RIGONNOT, Chef de service de gynécologie obstétrique (luc.rigonnot@chsf.fr)





La maternité des Lilas

C'est un établissement privé à but non lucratif, géré par l'association Naissance.

NOUS RECHERCHONS

C'est une maternité de niveau 1 avec 1400 accouchements par an, elle dispose de 4 salles de naissance (dont une avec baignoire), 1 bloc opératoire, 1 salle de surveillance post-interventionnelle, 1 salle double de pré-travail, 1 unité Kangourou de 6 lits et 28 lits d'hospitalisation.

La maternité des Lilas regroupe un panel d'activités dédiées à la naissance, allant de la préparation à la naissance adaptée à chaque parturiente en passant par les divers types de salles d'accouchement, jusqu'à la sortie à domicile.

C'est un établissement à taille humaine connu pour son orientation physiologique ainsi que le respect des droits des femmes et de l'enfant, qui ne cesse de se battre pour faire vivre et perpétuer ses valeurs depuis plus de 60 ans.

Candidature à adresser à :
Vincencius PROGAM
Responsable Ressources Humaines
Tél. : 01 49 72 64 87
Mail : v.progam@maternite-des-lilas.com

DES GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS en CDI ou CDD

Pour assurer : Les gardes en salles de naissance de 12 ou 24h
Les consultations gynécologiques



Vous serez intégré dans une équipe stable, compétente et dynamique de sages-femmes, gynécologues, pédiatres, anesthésistes, auxiliaire de puériculture, infirmières et secrétaires médicales. Le travail en équipe est la clef de notre réussite.

Rémunération entre 8 000 € et 12 000 € pour un temps plein, selon expérience ».



LE CENTRE HOSPITALIER ERDRE ET LOIRE

Au sein du GH 44, spécialités médicales et chirurgicales présentes sur site Imagerie (radiologie conventionnelle, Scanner, Cone-Beam, panoramique dentaire), maternité-Gynécologie-Obstétrique, Chirurgie digestive, chirurgie orale et maxillo-faciale, Endocrino-diabétologie, Hépatogastro-entérologie, médecine vasculaire, Ophtalmologie, ORL, Orthopédie, Pneumologie, Proctologie, Rhumatologie, Urologie.

ACTIVITÉS

Maternité de type 1, 600 accouchements/an.
Consultations programmées de suivi gynécologique et suivi obstétrical.
Participation aux gardes de gynécologie obstétrique du CHEL.
Gestion des urgences gynécologiques et obstétricales.
Possibilité d'activité d'échographie obstétricale et pelvienne - « Voluson E8 ».
Possibilité d'activité de chirurgie programmée, de coloscopie.
Possibilité d'activité au CSS-CIVG.

De nombreuses formations proposées, accompagnement et développement du projet professionnel. Investissement interne encouragé : Nombreux groupes de travail, projet d'établissement en cours de réflexion, projets de service, appels à projets (Prenons soin des soignants).

Si vous aimez le travail en équipe pluridisciplinaire et la convivialité, rejoignez-nous dans un établissement à taille humaine !

RECHERCHE

UN GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN H/F

MISSIONS

Assurer l'accès et la continuité des soins au sein d'une maternité de niveau 1.
Assurer la sécurité et la qualité de la prise en charge.
Travail en équipe.
Participer au projet d'établissement.

Type d'offre : CDD d'un an.
Temps de travail : 100%.
Localisation : ANCENIS (44).
Contrat proposé : Praticien contractuel (motif de recrutement 2 lié à des difficultés particulières de recrutement pour une activité nécessaire à l'offre de soins).

CONTACT

Docteur Armelle COURTOIS, Cheffe de pôle
armelle.courtois@ch-erdreloire.fr
02 40 09 46 40
Julie MORILLE, Responsable des affaires médicales et de la formation
julie.morille@ch-erdreloire.fr
02 40 09 44 76
<https://www.ch-erdreloire.fr/>



POSTE DE GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN

Hôpitaux du Pays du Mont-Blanc (Chamonix-Sallanches)

Nous recherchons notre 8^{ème} praticien(ne) pour remplacer le Dr Peyretou au sein de notre super équipe à la Maternité du Mont-Blanc.

- Maternité 2A accueillant les bébés nés à partir de 32 semaines d'aménorrhée (SA) avec un poids d'au moins 1 500 g.
- 1150 accouchements par an.
- 4 salles de naissance dont une « physio ».
- Gardes sur place.
- Équipe de sages-femmes dynamiques - gestion du parcours de soins « bas risque » - 3 SF échographistes.
- Nous allons entrer en démarche label « initiative hôpital ami des bébés ».
- Agrément pour la cancérologie sénologique et pelvienne.

POSTE PROPOSÉ

Nous recherchons notre 8^{ème} praticien(ne).
À compétence mixte gynécologie et obstétrique.
Possibilité Chirurgie ou Obstétrique en priorité.
Participation à la continuité des soins.

VOTRE FUTUR ENVIRONNEMENT

Le pays du Mont Blanc

La Maternité est située face du Mont-Blanc en Haute-Savoie. La qualité de vie est géniale. Proche de Lyon, Genève (aéroport et nombreuses liaisons), Annecy, Grenoble. Ici on aime la montagne (rando, ski, alpinisme, VTT,...). Les enfants payent 100 euros pour le forfait saison incluant toutes les stations de la vallée.

CONTACT

Dr P. Faggianelli : p.faggianelli@ch-sallanches-chamonix.fr
Téléphone ou par WhatsApp : 06 60 23 33 01 - Dans le service : 04 50 47 30 30 Poste 3578
Direction des affaires médicales : affairesmedicales@ch-sallanches-chamonix.fr

NOTRE (VOTRE FUTURE) ÉQUIPE

Pascal Faggianelli : Activité polyvalente Responsable du service. Ancienne interne et CCA des hôpitaux de Marseille.

Pascal Dujardin : Presque exclusivement chir. Spécialité la chir cancéro, la coélio et surtout les prolapsus. Ancien interne et CCA des hôpitaux de Lille.

Anne Flore Jelen : Mixte obstétrique 30% / gynéco 70% polyvalente, cancéro sein. Ancienne interne de Grenoble, assistante CH Annecy et CAC Lyon.

Mariana Radu : Mixte obstétrique 50% / gynéco 50% polyvalente. Hystérectomie. Ancienne assistante du Centre Hospitalier de Chartres.

Sophie Gisbert : Mixte obstétrique 80% / gynéco pour les gardes 20%. Échographie obstétricale, DAN. Ancienne interne et CCA du CHU de Nancy.

Pascal George : Chirurgie gynécologique pelvienne, Coelioscopie, notes, spécialiste de l'endométriase. Ancien interne et assistante des hôpitaux de Liège.

Esther Hink : Polyvalente. Échographie obstétricale, DAN. Ancien interne et Fellow des hôpitaux au Pays bas

Connectons-nous ! www.chi-mont-blanc.fr



Page Facebook de la maternité
www.facebook.com/HPMB74





LE CENTRE HOSPITALIER DE LIBOURNE

RECHERCHE

UN GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN H/F



Situé à 38 km de Bordeaux (30 min accès facile train/route), le Centre Hospitalier de Libourne est l'un des plus importants centres hospitaliers d'Aquitaine et propose une offre d'hospitalisation complète (1300 lits, 2 IRM, 2 scanners, coronarographie H24, chirurgie sauf neurochirurgie et cardiologie, réanimation...). Les services de MCO ont intégré depuis mars 2018 des locaux neufs.

Crèche hospitalière accessible ; possibilité de logement transitoire pour faciliter l'installation ; prise en charge de 50 % de l'abonnement SNCF depuis Bordeaux.

PRÉSENTATION DU SERVICE

Maternité de niveau 2B dynamique, 1800 accouchements par an, recrute un-e gynécologue obstétricien-ne à orientation chirurgicale avec valence sénologique pour compléter son équipe de 9 Praticiens Hospitaliers. Agrément en chirurgie mammaire et pelvienne. Accès au robot chirurgical. Travail en collaboration avec un centre de référence en oncologie. Gardes en gynécologie-obstétrique (3 à 4/mois). Engagement fort du service dans la formation des internes.

LES MISSIONS GÉNÉRALES DU POSTE

- Activité majoritairement chirurgicale gynécologique à orientation oncologique.
- Participation à la permanence des soins en gynécologie-obstétrique.
- Engagement dans les responsabilités du service.
- Encadrement des internes.

PROFIL DU POSTE

Gynécologue-obstétricien à orientation chirurgicale oncologique, praticien hospitalier à temps plein contractuel avec possibilité de titularisation à terme.

DIPLÔMES ET FORMATIONS REQUIS

- **Titre obligatoire :** Diplôme d'État de Docteur en médecine, DES de Gynécologie Obstétrique, Inscription au conseil de l'Ordre des médecins en France.
- **Titres requis :**
 - Ancien Chef de clinique ou assistant des Hôpitaux.
 - Qualification en cancérologie appréciée (DU, DIU, FST...).



Contact

Pour tout renseignement, vous pouvez contacter :
Le Dr ROTA, Chef de service au 05 57 55 35 32 (Secrétariat) ou par mail celine.ota@ch-libourne.fr
Madame Hélène COSTA, Directrice des Affaires Médicales, au 05 57 55 35 02 ou par mail helene.costa@ch-libourne.fr



Établissement à 50 km de Bordeaux soit 45 minutes de trajet.

www.chblaye.fr/

LE CH DE BLAYE (GIRONDE 33) recherche un gynécologue-obstétricien temps plein pour compléter son équipe.

DESSCRIPTIF DU SERVICE

- Maternité de niveau 1 comprenant 15 lits.
- 400 accouchements par an.
- 500 interventions chirurgicales de gynécologie-obstétrique par an.

- Consultations sage-femme.
- Maternité engagée en santé environnementale.
- Label Prévenir pour bien grandir (en cours).
- Dépistage et orientation des femmes victimes de violences intrafamiliales.

ÉQUIPE

L'équipe de gynécologues-obstétriciens comprend 1 praticien hospitalier à 0.9 ETP, 2 cliniciens pour 1.9 ETP, 1 assistante spécialiste en poste partagé avec le CH de Libourne à 0.2 ETP et une praticienne contractuelle en poste partagé avec le CH de Libourne à 0.2 ETP.

Ils assurent l'activité obstétricale de la maternité (suivi des grossesses, échographies obstétricales, aires obstétricales, consultations d'infertilité en coopération avec le CHU, IVG) et l'activité de chirurgie gynécologique. Par ailleurs, l'équipe compte 1 gynécologue médicale à 0.6 ETP qui assure des activités de suivi gynécologique, d'orthogénie, de prévention et de dépistage, et recrute un nombre croissant de patientes adressées par la suite à l'équipe obstétricale pour une prise en charge chirurgicale le cas échéant.

L'équipe de sages-femmes est constituée de 9.5 ETP. Deux sages-femmes sont présentes dans la journée et une la nuit. Elles participent activement à l'activité externe de gynécologie-obstétrique du service.

L'équipe d'aides-soignantes est composée de 8.6 ETP. Deux aides-soignantes sont présentes la journée et une la nuit. Nous avons également 0.3 ETP de psychologue spécialisé en périnatalité et 0.2 ETP de conseillère conjugale.

PROFIL RECHERCHÉ

- Autonomie dans le suivi de grossesse et les échographies anténatales.
- Chirurgie gynécologique bénigne.
- Orthogénie.
- Suivi gynécologique.

STATUT

- Gynécologue obstétricien inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins en France.
- Praticien hospitalier temps plein ou praticien contractuel temps plein.

ASTREINTE

- Participation aux astreintes (nuit/week-end/férié) rémunérée au forfait.
- Possibilité de mise à disposition gracieuse d'un studio dans l'enceinte de l'hôpital pour les astreintes.

POSTE À POURVOIR : 2 novembre 2023.



RENSEIGNEMENTS

Dr Alexsie TENDA, Gynécologue-obstétricien, Chef de pôle - 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



LE CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE RECRUTE Un Gynécologue obstétricien H/F



Rejoignez l'équipe dynamique du Pôle Mère-Enfant du Centre Hospitalier de Narbonne !
Le poste est sous statut hospitalier (P.H., Praticien contractuel ou attaché).

L'ÉTABLISSEMENT

Le Centre Hospitalier de Narbonne, principal établissement public de santé desservant l'Est du département de l'Aude (à 1h de l'Espagne et de Montpellier et 1h30 de Toulouse).

Établissement de 550 lits et places, installé dans un bassin de population en forte croissance démographique 52 855 habitants pour Narbonne (+ 3,16 % entre 2010 et 2014) et 125 000 habitants pour la communauté d'agglomération.



L'ÉQUIPE MÉDICALE ACTUELLE DU PÔLE MÈRE-ENFANT

- 5 Gynéco - Obstétriciens.
- 4 Pédiatres (hors internes).
- 11 Anesthésistes Réanimateurs.
- 19 Sages-femmes.
- Dont interventions secteur naissances 18 SF.
- 6 Infirmiers DE.
- 11 AS/Auxiliaires de puériculture.
- 4 Secrétaires médicales.

LE PÔLE MÈRE ENFANT

- 24 lits en chambre particulière de Gynécologie Obstétrique.
- 1 nurserie neuve centrale avec 4 baignoires.
- 16 lits de Pédiatrie.
- Garde sur place d'Anesthésie.
- Un Service de Réanimation de 8 lits et 4 lits de Surveillance Continue en H24.
- 2 à 3 Accouchements par jour et pic ponctuel jusqu'à 8 accouchements par jour.
- 2 salles de pré travail.
- 1 salle d'examen d'admission.
- 3 salles d'accouchements identiques.
- 4^{ème} salle d'accouchements et d'interventions chirurgicales.
- Toutes les césariennes non urgentes se font au bloc opératoire central ainsi que les césariennes code orange et vert.
- Les césariennes urgentes code rouge se font dans la 4^{ème} salle d'accouchement et d'interventions chirurgicales.
- 2 salles de réanimation bébés comprenant chacune 2 tables de réanimation néonatale et incubateurs.
- Télésurveillance du rythme cardiaque fœtal dans toutes les salles centralisées sur le bureau central des sages-femmes.
- Taux de césarienne : 19,4%.

ORGANISATION DES HORAIRES DU SERVICE EN JOURNÉE

- Du lundi au vendredi de 8h30 à 18h30 (organisation en demi-journées).
- Le samedi matin de 8h30 à 12h30.

ORGANISATION DES HORAIRES DE LA PERMANENCE DES SOINS

- Astreintes.
- Nuits de 18h30 à 8h30.
- samedi après-midi : 12h30 - 18h30.
- Dimanches et fêtes en journée : 8h30 - 18h30.

COLLABORATION / COOPÉRATION AVEC D'AUTRES ÉTABLISSEMENTS

- Dans le cadre du GHT coopération avec le Centre Hospitalier de PERPIGNAN.
- Avec le Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier : CROP pour transferts pédiatriques.

CONTACTS

Docteur Martine ROUAUD
☎ 04 68 42 61 57
✉ martine.rouaud@ch-narbonne.fr
Mme Laurie MAURY-TOMASO
☎ 04 68 42 61 51
✉ laurie.maury-tomaso@ch-narbonne.fr

LE CANDIDAT

- Le profil du candidat : 1 gynécologue obstétricien et 1 gynécologue profil chirurgical.
- Le candidat participe pleinement au fonctionnement du service dans tous ses aspects.
- Il sait travailler en équipe dans un esprit de collégialité et de partage des tâches.
- Il entretient des rapports confraternels avec ses collègues libéraux.
- Il veille à sa formation continue.

Dans le cadre d'une organisation générale de service arrêtée en équipe définissant le fonctionnement des différentes activités au regard du nombre de praticiens présents, le gynécologue obstétricien assure :

- Les consultations externes.
- Les urgences.

Il participe à :

- La prise en charge de patients hospitalisés.
- La continuité des soins et la permanence des soins.

Compétences du candidat :

1 gynécologue profil chirurgical, à compétence gynéco-carcinologique (cancer du sein exclu), chirurgie prolapsus et chirurgie carcinologique et 1 gynécologue obstétricien.

Participation souhaitée aux travaux institutionnels :

- Projet d'établissement et développement des axes de travail du pôle.
- Continuité et coordination des soins avec notamment les EPP, RMM, RCP.
- Certification de l'établissement, IPAQSS, Pratiques Exigibles Prioritaires.
- Participation amplifiée au Développement Professionnel Continu.

Droits à congés annuels, RTT, congés formation :

- 25 jours de congés annuels.
- 19 jours de RTT.
- 15 jours de congés formation pour un praticien hospitalier (8 pour un contractuel).

La rémunération (selon expérience et ancienneté) :

- Contrat de praticien contractuel au 4^{ème} échelon + 10%.
- Astreintes.



Toutes les candidatures seront étudiées, le statut proposé dépendra du profil et du parcours du candidat.

La clinique de Vitrolles recherche pour sa maternité de niveau I des gynécologues obstétriciens libéraux.
Cet établissement à taille humaine, situé à **deux pas de la méditerranée**, composé d'une centaine de lits, dont la moitié dédiés à la maternité dispose de 5 salles d'accouchement dont 2 salles nature, l'une permettant l'accouchement dans l'eau. Une salle est également dédiée à l'activité de césarienne.



CHERCHE MÉDECIN

Un accompagnement administratif et logistique vous sera proposé

Elle réalise un millier d'accouchements et est connue pour son **orientation physiologique**. Ses locaux modernes offrent des **prestations hôtelières de qualité**.

Vous serez intégré(e) dans une **équipe stable, compétente et dynamique** de sage femmes, gynécologues, pédiatres, anesthésistes, auxiliaires de puériculture, infirmières et secrétaires.

La clinique de Vitrolles offre une prise en charge complète des pathologies de la femme avec

- Une équipe de gynécologues-obstétriciens.
 - Une équipe de chirurgiens gynécologues.
 - Une autorisation de cancérologie du sein.
 - 5 chirurgiens esthétiques.
 - 2 chirurgiens digestifs.
 - Un service d'urgence gynécologique 24h/24.
 - Des locaux de consultations équipés (échographe, colposcope...).
 - Tout le matériel gynécologique nécessaire.
- Des chirurgiens maxillo-faciaux et orthopédistes composent également l'équipe.
La clinique entend asseoir son pôle de la femme au travers de son projet d'établissement.

Vous êtes intéressé, contactez-nous à l'adresse : stephanie.malaise@amaviva-sante.com

RECRUTE Gynécologue-obstétricien à temps plein

Dans un service de maternité de niveau 1 pour relancer le projet médical.
Possibilité de recrutement sur motif 2 du statut de PHC (ex-clinicien).

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable.



Adresser candidature et CV à

Monsieur Jonathan HAAS

Directeur des Affaires médicales, de la recherche et de l'innovation
Tél. : 03 87 27 33 11 (secrétariat) - Email : jonathan.haas@ch-sarreguemines.fr

12 lits, 350 accouchements/an dont 10% par césarienne et environ 100 IVG dont 30% chirurgicales.

Activité chirurgicale fonctionnelle et d'urgence. Importante activité clinique et de dépistage.

2 salles d'accouchement, 1 salle d'examen avec échographe et 1 salle de pré travail avec monitoring.

2 blocs opératoires partagés avec les 2 chirurgiens, 1 viscéral et 1 orthopédiste.

Activité du service et de consultation partagée à 2 PH et une équipe de 10 sages-femmes dont certaines diplômées en échographie de dépistage. Pas d'activité de diagnostic anténatal ni PMA.

Les 2 PH partagent le fonctionnement du service et les astreintes 1 semaine/2.

Le service est partagé avec 3 pédiatres.

Radio et scanner H24 - 1 service Accueil Urgences ou 5 PH partagent un temps médical continu.

Évacuations sanitaires possibles vers le Centre Hospitalier de Polynésie française à TAHITI (Taaone) dans le cadre de l'obstétrique (limite 34 SA et EPF 1 800 gr) ou des pathologies gynécologiques nécessitant un plateau technique, en particulier la carcinologie.



L'HÔPITAL D'UTUROA À RAIATEA

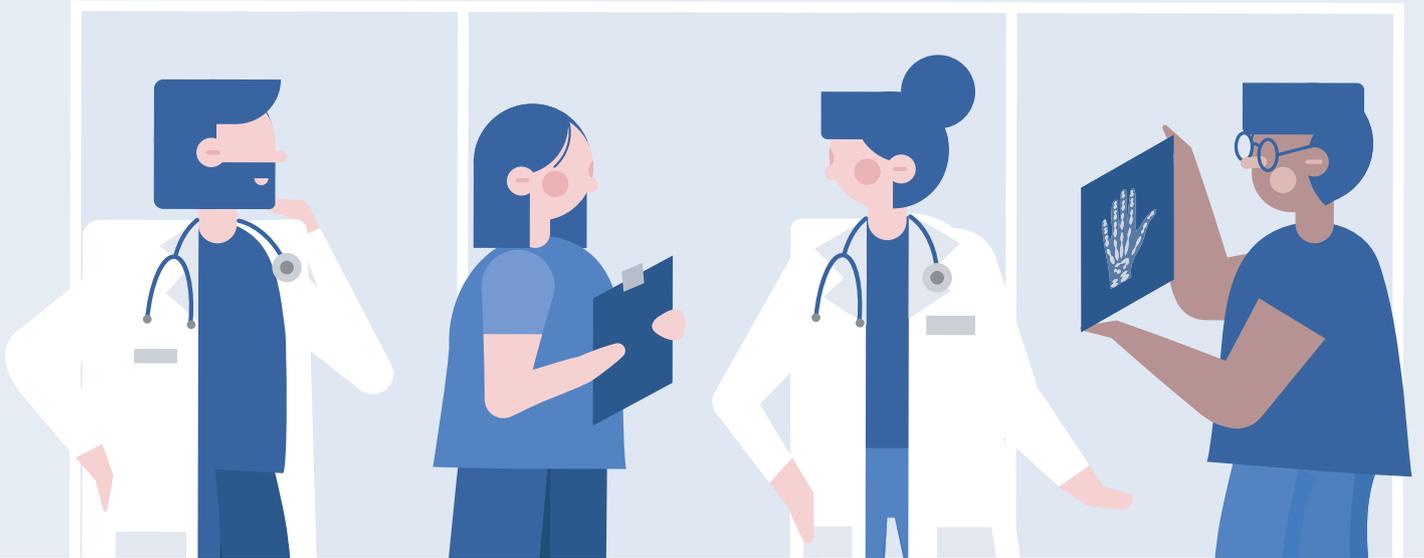
Structure de proximité pour l'archipel des Îles-Sous-Le-Vent,

recrute en urgence

UN GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN pour sa Maternité de niveau 2A



CONTACT PAR MAIL :
thierry.beylier@administration.gov.pf
bernard.le@administration.gov.pf



Médecins - Soignants - Personnels de Santé

1^{er} Réseau Social
de la santé



Retrouvez en ligne des
milliers d'offres d'emploi



Une rubrique Actualité
qui rayonne sur
les réseaux sociaux

1^{ère} Régie Média
indépendante
de la santé



250 000 exemplaires de
revues professionnelles
diffusés auprès des
acteurs de la santé



Rendez-vous sur

www.reseauprosante.fr



Inscription gratuite

☎ 01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprosante.fr

