

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°

Sollicitez 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 2024 :

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 2024

Membre actif	250,00 euros
*Membre actif adhérent à la FNCGM	200,00 euros
1 ^{ère} année d'installation	168,00 euros
Médecin salarié public/privé	126,00 euros
Praticien hospitalier de moins de 35 ans	84,00 euros
Chef de clinique/Assistant des hôpitaux	84,00 euros
Retraité	73,00 euros
Interne/Dr Junior	Gratuit (1 €)

- 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 31 mai 2024 – Dr B. de ROCHAMBEAU
- 11. Pourquoi nous avons signé la convention médicale Dr B. de ROCHAMBEAU

NOS COMBATS

Engagement syndical

- 13. Évolutions en matière de permanence des soins Dr P. DE BIÈVRE

Pratique quotidienne

- 21. Le consentement éclairé pré-opératoire Dr B. de ROCHAMBEAU & Dr G. LONLAS
- 25. La certification périodique des professionnels de santé (CPPS) et l'accréditation – Dr E. PEIGNÉ
- 27. ROR (Répertoire Opérationnel des Ressources) : comment les médecins peuvent-ils se l'approprier ? Dr H. ROSSI
- 29. Un assistant médical : pourquoi pas chez le gynécologue ? – Dr S. CHRETIEN
- 31. Les partenariats publics-privés dans les soins gynécologiques – Interview du Dr A. ROQUETTE
- 34. Mission d'urgence d'actions santé femmes en Turquie suite au séisme de février 2023 Dr X. DUVAL ARNOULD & Pr H.-J. PHILIPPE
- 43. Améliorer le suivi gynécologique des femmes en situation de handicap – Dr A.-C. DAMBRE

BOITE À OUTILS

- 45. Recommandations : risque de méningiome et utilisation de macroprogestatifs
- 48. Limitation des indemnités journalières en cas de cumul emploi-retraite
- 49. Test salivaire pour diagnostiquer l'endométriose : la HAS propose une intégration au forfait innovation
- 49. Un premier préservatif féminin remboursable
- 50. Grossesse et VIH : la HAS actualise ses recommandations
- 50. Recommandation HAS : vaccination au 8^{ème} mois de grossesse contre le VRS

NOUS CONTACTER

- 51. Conseil d'administration
- 52. Délégués régionaux

N°04

2024

SOMMAIRE



Édition annuelle

Directeur de la Publication :

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

Rédactrice en Chef :

Émeline Barbé

Comité de Rédaction :

Docteurs de Rochambeau, Paganelli,
Rivoallan, Gravier

Régie publicitaire :

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

Créateur des Cahiers SYNGOF :

Raymond Belaïche

Maquette & Mise en page :

We Atipik - www.weatipik.com

Crédit photos : Actions Santé Femmes ;

SYNGOF ; 123RF ©.

ISSN 1273-3415

Dépôt légal : 4^{ème} trimestre 2024

Imprimé en EU

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



10-32-3010



**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

Nous démarrons un cycle de négociations pour actualiser ce « coût de la pratique » avec les données actuelles. Au sein de notre union syndicale « Avenir SPÉ – LE BLOC », nous sommes à la table des négociations en leader et serons à la manœuvre pour avoir une CCAM digne de nos métiers.

Il est des paris qu'il faut savoir prendre !

En signant la convention médicale début juin 2024, alors que la plus grande incertitude politique s'installait en France, le SYNGOF, au sein d'Avenir SPÉ – LE BLOC, a parié sur les engagements négociés avec l'Assurance Maladie, alors que les finances publiques accusent un déficit sans précédent. Il n'y aura pas avant longtemps une autre occasion de s'engager autant.

Cependant, tout reste à faire. Pour notre spécialité et celles des blocs opératoires, tout est suspendu à la refonte de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Celle-ci est en cours de réécriture par les représentants de notre spécialité pour les actes nous concernant. Les libellés des actes étant actualisés pour coller au plus près des pratiques actuelles, une hiérarchisation est en cours, destinée à classer les actes des plus simples aux plus compliqués, dans toutes les disciplines.

Ce travail réalisé, il convient de fabriquer les tarifs correspondants qui tiennent compte du travail effectué, des coûts engendrés par la pratique et supportés par les médecins. Nous démarrons un cycle de négociations pour actualiser ce « coût de la pratique » avec les données actuelles. Pensez que les coûts de la prime RCP n'ont jamais été intégrés dans la précédente CCAM ! Ce travail devrait être terminé à la mi 2025. Alors, l'enveloppe fixée en juin pour l'application de la CCAM devra être répartie entre toutes les spécialités, selon les critères définis. Il y aura des spécialités gagnantes, jusqu'alors mal financées pour leur travail et dont les critères actualisés vont notablement revaloriser les tarifs opposables. Comme l'enveloppe est fermée, il y aura des spécialités perdantes, dont l'activité était « surfinancée » selon les moyens dont dispose l'Assurance Maladie et celles-ci verront baisser leurs tarifs opposables.

Ce scénario a déjà eu lieu en 2005 à la différence notable que le « coût de la pratique » n'avait pas été analysé, mais fixé arbitrairement entre le directeur de la CNAM et le premier syndicat médical de l'époque qui a valorisé les spécialités de ses mandants au détriment des autres spécialités numériquement minoritaires, principalement les spécialités de Bloc opératoire à haut risque : Chirurgie, Obstétrique et Anesthésie. De cet épisode est née notre union syndicale « LE BLOC ».

20 ans plus tard, nous sommes à la table des négociations en leader et serons à la manœuvre pour avoir une CCAM digne de nos métiers. Si vous ne l'avez pas encore fait : rejoignez-nous ! Le SYNGOF a besoin de votre soutien pour gagner ce pari dont dépendent nos tarifs pour les 20 prochaines années.

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2024 DU SYNGOF

Le 31 mai 2024 en présentiel et distanciel 13h30



Dr Bertrand de ROCHAMBEAU*

Étaient présents les Docteurs :

AGOPIANTZ, BASTIAN, CAMAGNA, DE BIEVRE, DE ROCHAMBEAU, DREYFUS, GARRIOT, GRAVIER, GRISEY, GUIGES, HOROVITZ, LAZARD, LEGRAND, LE PORS LEMOINE, LAPLACE, LONLAS, MIRONNEAU, PAGANELLI, PEIGNÉ, RIVOALLAN, ROBION, THIBAUGEORGES.

Etaient excusés les Docteurs :

GUERIN, LUTRINGER.

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.

Rétrospective de l'année 2023 - Dr Bertrand de ROCHAMBEAU

L'année 2023 a été marquée principalement pour les libéraux par les négociations conventionnelles. Tout d'abord un échec a eu lieu en début d'année, puis une reprise effective début novembre après un mouvement de grève. L'année a été assez agitée et particulièrement active, un nombre important de newsletters a été envoyé, sur chacun des événements nous avons été réactifs et nous avons partagé cette activité à tous nos adhérents.

On peut s'attendre à ce que cette activité ait bien fait comprendre à la profession et aussi à nos tutelles, que nous existions, que nous avons des soucis propres, un désir de vivre et de se développer avec une orientation qui est la nôtre. Nous espérons que ceci permettra de développer nos effectifs.

Rapport du pôle Gynécologie médicale (GM) - Dr Elisabeth PAGANELI

Adhésions des GM

Les adhésions des GM baissent, on constate des départs à la retraite et actuellement les libéraux passent salariés (privé/public) et ne voient pas l'intérêt de se syndiquer. Des échanges ont

eu lieu avec l'AIGM (association des internes de gynécologie médicale), nous avons proposé des ateliers sur les cotations.

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

Le changement de qualification

Il y a eu beaucoup de demandes de GO qui pratiquent uniquement en gynécologie médicale, avec la revalorisation des consultations pour les GM installés en libéral. L'augmentation des adhésions devrait donc se situer au niveau des GO qui vont devenir GM, ce qui reste positif pour notre syndicat. Nous avons œuvré pour proposer un accompagnement des GO qui veulent devenir GM et nous sommes intervenus au conseil de l'Ordre ainsi qu'au sein des commissions de qualification.

La participation aux 30 ANS DE GYNECO MED au Sénat le 14 octobre 2023,

même si nous n'avons pas pu être mis sur le programme du fait de notre double représentativité (GO/GM), un rappel des objectifs du SYNGOF a été fait. Il est très important de démontrer que les GO défendent également les GM et que les négociations effectuées par notre Président vont dans ce sens.

Pratique de l'échographie foetale par les GM

Nous avons adressé des lettres au directeur général de la santé. Pour rappel : un arrêté du 20 avril 2018 fixait les recommandations de bonnes pratiques relatives aux modalités des examens d'imagerie. Le diagnostic prénatal donne de l'inquiétude aux GM, dont les internes, puisqu'en réalité il faudrait passer le diplôme

complet d'échographie pour les gynécologues médicaux afin de pouvoir pratiquer les échographies fœtales, contrairement aux internes GO et aux sages-femmes qui ne peuvent avoir que le DU de la spécialité. Nous n'avons pas eu de réponse et nous n'arrivons pas à avancer sur ce sujet.

Échanges

Le pôle GM répond aux nombreuses questions des adhérents. Nous avons participé à l'organisation du Notebook et de la session Paris Santé Femme 2024 qui aura lieu au CNIT du 12 au 14 juin. La gynécologie médicale se trouve parmi les spécialités médicales les moins rémunérées ce qui génère une difficulté financière. Le Président du SYNGOF conseille de garder la qualification ordinaire en gynécologie obstétrique qui a beaucoup plus de potentiel et de ne pas se limiter à la gynécologie médicale, même si en pratique on ne veut plus faire de chirurgie ni d'obstétrique. Toutes les parties sont communes et si on s'inscrit uniquement comme gynécologue médical, il y a un risque de se faire interdire ce pourquoi nous avons été formés initialement. Il faut arriver à communiquer pour expliquer cela.

La Gynécologie médicale est une spécialité sinistrée financièrement et il y a risque d'aboutir à une limitation financière pour ceux qui la choisissent alors qu'ils ont été formés avec un potentiel supérieur.

Rapport du pôle obstétrique (GO) - Dr Bertrand de ROCHAMBEAU

2023 a été une année de combat. Nous avons dû faire face à l'échec de la première négociation conventionnelle. Nous tenons à rappeler que plusieurs lois sont passées pour tenter de mettre l'activité libérale sous l'organisation de l'État. Nous avons manifesté, la dernière manifestation était contre la loi Valletoux qui avait comme objectif au départ de régenter les installations, d'imposer les permanences de soins, etc.

L'obstétrique dans le privé subit de graves difficultés, les effectifs diminuent comme ceux des sages-femmes et des pédiatres avec qui nous travaillons au quotidien. Le secteur représente aujourd'hui 18 % des naissances, en décroissance constante depuis la fin du 20^e siècle et ceci avec

une diminution constante des établissements privés dans lequel on pratique l'obstétrique.

En privé, c'est un accoucheur par accouchement, ce qui n'est pas le cas dans le public où un même obstétricien peut surveiller 10 patients. Il faut beaucoup d'obstétriciens pour recruter, il faut des équipes conséquentes et le nombre des obstétriciens issus du baby-boom et de l'après-guerre disparaissent, ils arrivent à l'âge de la retraite.

Parmi les spécialités médicales, la gynécologie obstétrique est la spécialité qui a le plus d'internes en formation. Nous en avons besoin mais on s'aperçoit que vers la quarantaine, les acteurs nouveaux arrêtent l'activité de l'obstétrique.



Ces derniers passent à la Gynécologie Médicale ou ils s'installent pour ne pratiquer que de la chirurgie et de la gynécologie en cabinet. Les conditions dans lesquelles l'activité obstétrique est organisée ne correspond plus à leurs attentes.

Nous sommes inquiets, puisque cela ne correspond plus aux attentes des patientes et que de ce fait nous voyons fleurir de façon importante les projets de maison pour les naissances d'une part, et les projets d'accouchement à domicile d'autre part. Cette évolution du paysage doit nous porter à remettre en question notre métier. Nous avons déjà 20 départements français sans maternité privée et sur les 71 maternités qui persistent, 50 font moins de 1000 accouchements par an (chiffres DREES 2022) et, pour certaines, (9) moins de 100. Il n'y a que 21 départements comptant des maternités privées de plus de 1000 accouchements ; celles-ci ont encore des effectifs suffisamment importants pour se réorganiser et être attractives, si toutefois elles arrivent à persuader les propriétaires de ces établissements de continuer à investir à perte. Malgré le mouvement de grève que nous venons d'arrêter et l'augmentation de budget de 4,3 % qui sera octroyée aux maternités privées, cela ne permettra pas un développement conséquent.

L'équilibre est aujourd'hui instable et déficitaire, les propriétaires et les grands groupes connaissent bien le problème. Nos maternités, même les plus grosses, sont à terme menacées. Nous allons encore perdre des maternités en 2024 et en 2025, nous œuvrons pour que la permanence de soins, donc le paiement de la garde et l'astreinte en obstétrique dans le privé, soit au moins équivalente à celle de l'hôpital public et de manière pérenne. Le ministère et les Tutelles savent qu'ils vont devoir en discuter et le valori-

ser d'une manière ou d'une autre, sinon il n'y aura pas d'équité entre les deux systèmes et nous allons continuer à perdre des obstétriciens du privé. Le sujet qui est maintenant d'actualité, devrait être résolu avant la fin de l'année selon le calendrier retenu par le Président de la République.

Pour le pôle Obstétrical, nous avons des sujets et des fils rouges tout le temps. Actuellement, il est question de la place des sages-femmes avec l'affichage du statut de sage-femme référente. Pour les grossesses, les sages-femmes installées en libéral peuvent adopter un statut de sage-femme référente devenant ainsi pour les patientes leur acteur de surveillance et d'accompagnement tout au long de leur parcours. L'obstétricien dans la plaquette de présentation n'existe pas, il n'est jamais nommé. La sage-femme référente peut faire appel au médecin traitant, peut faire appel à d'autres soignants mais pas nominalement au médecin spécialiste de l'obstétrique ni de la gynécologie.

Cette anomalie montre vraiment un prisme spécifique et a été rapporté plusieurs fois au plus haut niveau de l'Assurance Maladie, au ministère de la Santé, à la fois à Madame Vautrin et à Monsieur Valletoux. Il y a au niveau de l'État, une volonté de confier aux sages-femmes la mission d'encadrement de base des femmes. Nous devons travailler en coordination et dans le respect des rôles de chacun et de nos capacités d'aujourd'hui.

Nous avons un vrai sujet et nous comptons sur le conseil national professionnel (CNP) pour résister, parce que nous, SYNGOF, n'avons pas d'autre pouvoir que de faire du bruit. Nous avons souhaité intégrer le CNP et le Président remercie nos représentants de s'y être très bien intégrés, d'avoir pris une place où ils ont été accueillis. C'est important et il faut vraiment cultiver cet aspect-là.

Rapport du pôle Hôpital public - Dr Pascal DE BIÈVRE en collaboration avec le Dr Pascale LE PORS

Au niveau syndical, nous préparons 2024 puisque depuis pratiquement un an, tout ce qui se passe au niveau de l'APH se tourne vers les élections qui vont avoir lieu dans quelques semaines en juin. <https://aph-france.fr/Resultats-des-elections-professionnelles-2024.html>

Concernant le SYNGOF, nous avons rédigé régulièrement des communiqués de presse, nous avons pu récupérer un listing d'obstétriciens d'Île-de-France et grâce à la collaboration des collègues d'APH, nous avons pu récupérer un listing des gynécologues obstétriciens d'hôpi-

taux de toute la France, ce qui permettra de favoriser d'éventuelles adhésions.

Nous apportons régulièrement de l'aide aux adhérents du SYNGOF qui nous interrogent sur divers sujets dont les statuts de la permanence des soins, leurs évolutions de carrière et également les possibilités qu'ils ont de quitter l'hôpital. Il y a eu une réunion importante de l'intersyndicale à Montauban, nous avons invité le sénateur qui est responsable de la commission santé du Sénat et Monsieur François Braun qui est un ancien ministre de la Santé, nous avons pu partager notre point de vue et toutes les questions qui se sont posées. Les difficultés majeures qui concernent les praticiens sont le temps de travail, les problèmes de sécurité, la fuite des jeunes puisque dès que les gens sont formés, au bout

de quelques années, ils quittent l'hôpital pour aller s'installer souvent pour des raisons de salaire et des difficultés de travail au quotidien.

Également spécifiquement à l'hôpital Français, il y a un syndrome de « réunionite » dès que les gens visent des responsabilités, ce qui ne fait pas forcément avancer les choses.

Les élections professionnelles permettent d'apporter une représentativité des praticiens et en particulier du SYNGOF (3 représentants).

Nous avons l'impression que des choses bougent parce que nous sommes en crise, parce que notre système est en crise et à nous de nous adapter au mieux, pour que nous puissions continuer à exercer dans les meilleures conditions possibles.

Rapport du trésorier : Point financier 2023 - Dr Antoine GRAVIER

Le Bilan comptable s'est nettement amélioré mais il reste cependant mitigé car nous avons perdu 116 adhérents. Le résultat comptable reste déficitaire de 10 000 euros. Nous pensons qu'en continuant sur cette voie les comptes seront bénéficiaires d'ici peu.

Les axes de progrès qui ont été mis en place en 2022 ont commencé à générer une évolution positive des comptes à savoir :

- ♦ Les axes de progrès proposés en 2022 :
 - Revoir le conventionnement avec Gynerisq pour diminuer le coût sur le poste administratif ;
 - Revoir à la baisse le poste communication ;
 - Diminuer les versements au Bloc ;
 - Augmenter les revenus publicitaires, les annonces payantes sur le site vont être élargies aux laboratoires ;
 - Effectuer 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.
- ♦ Les résultats 2023 :
 - Aides Formaco : +14 987 euros ;
 - Baisse de la cotisation au syndicat Bloc : - 13 374 euros ;
 - Économies des frais Gynérisq, de la communication et de l'administratif : -41 801 euros ;

- Résultats publicitaires : +11 620 euros ;
- Intérêts des placements : +1 866 euros (année incomplète pour 2023).

L'organisme Formaco prend en charge la communication, les éditions et les actions du SYNGOF. La campagne téléphonique qui a été faite en 2023 sera renouvelée en 2024 car les adhérents étaient satisfaits et cela nous a permis de répondre à leurs questions et de récolter des cotisations supplémentaires en septembre et en octobre 2023.

Il a été proposé et adopté à l'unanimité de laisser les cotisations au même montant pour 2025.

À savoir :

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

Le rapport financier visé par l'expert-comptable est validé par l'assemblée générale.



Renouvellement du mandat des administrateurs sous la présidence du Dr B. de ROCHAMBEAU

CANDIDATS AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU SYNGOF ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ORDINAIRE DU 31 MAI 2024

Élu lors de l'AG

Marianne Coicaud – Nouvelle aquitaine.

Réélus lors de l'AG

Benoît GARRIOT – Hauts de France.

Béatrice GUIGUES – Normandie.

Philippe MIRONNEAU – Bourgogne.

TABLEAU DE SUIVI DU CONSEIL

NOM	PRÉNOM	RÉGION	1 ^{ÈRE} ELECTION	DERNIÈRE ÉLECTION	PROCHAINE ÉLECTION
BRETONES	Stéphane	AURA	2020	2020	2026
DREYFUS	Jean-Michel	AURA	2009	2022	2028
PEIGNE	Emmanuel	AURA	2009	2019	2025
MIRONNEAU	Philippe	BOURGOGNE	2011	2024	2030
GUERIN	Catherine	BRETAGNE	2008	2022	2028
LE PORS	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	Michael	GRAND EST	2020	2020	2026
LUTRINGER	Guy	GRAND EST	2023	2023	2029
GRISEY	Arnaud	GRAND EST	2016	2022	2028
GARRIOT	Benoit	HAUT-DE-FRANCE	2018	2024	2030
CACAULT	Jean Alain	ÎLE-DE-FRANCE	2000	2022	2028
CAMAGNA	Olivier	ÎLE-DE-FRANCE	2017	2023	2029
DE BIEVRE	Pascale	ÎLE-DE-FRANCE	2010	2022	2028
DE ROCHAMBEAU	Bertrand	ÎLE-DE-FRANCE	2009	2019	2025
ROBION	Joelle	ÎLE-DE-FRANCE	2016	2022	2028
DURAND REVILLE	Marc	NORMANDIE	2022	2022	2028
GUIGUES	Beatrice	NORMANDIE	2014	2024	2030
COICAUD	Marianne	NOUVELLE-AQUITAINE	2024	2024	2030
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

L'assemblée générale est close à 15h30

POURQUOI NOUS AVONS SIGNÉ LA CONVENTION MÉDICALE



D^r Bertrand de ROCHAMBEAU*

La signature de la convention médicale valide les avancées obtenues avant la prochaine étape qui portera sur la refonte de la nomenclature des actes techniques.

Le SYNGOF, au sein de l'Union syndicale AVENIR SPÉ – LE BLOC, après avoir réuni son conseil d'administration, a signé la convention médicale avec l'Assurance Maladie le 4 juin dernier.

Il s'agit d'une première étape pour valider des avancées obtenues et préparer les négociations qui débiteront en 2025 pour l'ensemble des médecins spécialistes. Celles-ci concerneront :

- ♦ Le périmètre et la valorisation de l'Avis Ponctuel de Consultant.
- ♦ La réforme et la valorisation de la CCAM.
- ♦ L'évolution des secteurs d'exercice.

La première étape de la négociation conventionnelle a ainsi permis d'obtenir les revalorisations suivantes :

Nouveaux tarifs de consultation

- ♦ La consultation du gynécologue médical (codes ss) passera à 37 euros en décembre 2024 puis à 40 euros au 1^{er} juillet 2025.

- ♦ Le tarif de l'avis ponctuel de consultant (APC), valorisant l'expertise de second recours apportée par un médecin spécialiste à un médecin traitant, et seulement au médecin traitant, est porté à 60 € en décembre 2024.
- ♦ La CS passe à 26.50 € dans 6 mois (disparition de MPC intégrée dans la CS), la MCS à 5 euros persiste.

Actes techniques

Une revalorisation spécifique est apportée aux actes de chirurgie et d'obstétrique en secteur 1 et en « secteur 2 à tarifs maîtrisés » (modificateurs de l'Optam-ACO).

*

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



Des propositions concernant les actes techniques incluent :

- ♦ Une revalorisation dans 6 mois des **coefficients de charge de 7 % dont l'impact sur nos tarifs n'est pas encore mesuré mais augmentera les tarifs des S2.**
- ♦ Une hausse du **modificateur K et du T à hauteur de 10 % en 2 étapes : 5 % dans 6 mois et 5 % le premier juillet 2025** pour les gynécologues-obstétriciens Optam-ACo, qui va augmenter les tarifs chirurgicaux de 10 %, y compris pour le curetage des fausses couches qui en est exclu actuellement.
- ♦ **Le cumul intégral** de certains actes techniques avec des consultations début 2026 :
- Généralisation de l'exception actuelle des 3 échographies de référence à toutes les échographies obstétricales, sauf la mesure du col.
- Pose, changement et retrait du stérilet avec manœuvre intra-utérine, colposcopie qui perd donc le supplément de 15 euros actuel.
- ♦ **Une expérimentation de cumul d'actes possibles (liste fermée) dans la chirurgie de l'endométriose sévère** : le premier acte prend 100 % de sa valeur, le 2^{ème} 75 % et le 3^{ème} 50 % (au lieu de 100 %, 50 % et rien au 3^{ème} acte).

La prochaine étape concerne la refonte de la nomenclature des actes techniques qui entrera en vigueur en 2026. Le provisionnement d'une enveloppe de 240 millions d'euros lui est allouée.

Refonte de l'Optam-Co en OPTAM ACO

Années de référence : Pratique tarifaire 2022 2023, compléments d'honoraires moyens inférieur à 200 %. **Deux objectifs de maîtrise : taux d'actes à tarif opposable et taux de dépassement du tarif opposable, maintenus au niveau de 2022 2023 recalculé avec les augmentations tarifaires.** Partage des augmentations tarifaires variables selon le respect des engagements et exclusion si écart supérieur à 10 % des engagements.

Modulation des taux d'engagement selon les régions : majoration des engagements de 10 % dans les régions à faibles dépassements et minoration des engagements de 5 % dans les régions à forts dépassements (le détail de l'application reste à préciser).

Tout cela sera revu lors de la refonte de la CCAM fin 2025. Donc contrat à durée limitée et renouvelable annuellement.

D'autres mesures visant à améliorer l'accès aux soins intéressent nos spécialités :

Raccourcir le délai moyen d'accès aux spécialistes

- ♦ **Création et financement des équipes de soins spécialisés (ESS)** pour structurer l'offre de second recours et permettre aux médecins traitants de trouver plus rapidement un rendez-vous de spécialiste pour leurs patients. Un crédit d'amorçage de 80 000 euros sera alloué, suivi d'une dotation annuelle (de 50 000 à 100 000 euros en fonction du nombre de médecins) après validation du projet de santé ;
- ♦ **Développement des consultations avancées**, dans les zones d'intervention prioritaires (ZIP), avec la mise en place d'un forfait ad hoc de 200 euros par demi-journée réalisée au tarif opposable pour tous les spécialistes.

Aide à l'embauche d'assistants médicaux par les spécialistes

Les aides sont améliorées et une incitation financière prévue pour la "coopération" avec une infirmière de pratique avancée.

En signant cette convention, le SYNGOF, au sein d'AVENIR SPÉ – LE BLOC, apportera toute son expertise et ses propositions afin de permettre à la population d'avoir accès à tous les médecins spécialistes sur tout le territoire.



ÉVOLUTIONS EN MATIÈRE DE PERMANENCE DES SOINS



Dr Pascal DE BIÈVRE*

Il est temps de s'occuper sérieusement des conditions de travail des spécialités à permanence des soins, sans attendre que la déliquescence de l'hôpital public aggrave la mise en péril de la santé de nos concitoyens.

Les agences régionales de santé (ARS) ont pour mission d'organiser le système de soins en région. En décembre 2023, la loi Valletoux a instauré l'engagement territorial des professionnels par la mise à contribution des cliniques.

Un peu d'histoire de la permanence des soins : une histoire ancienne !

Rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale (septembre 2007)

Ce rapport signale un effort réalisé sur le développement de la permanence des soins ambulatoire. La population a de plus en plus recours aux services d'urgence hospitaliers : « le nombre de passages dans ces services a **doublé entre 1990 et 2004, passant de 7 à 14 millions.**

Le rapport souligne une situation paradoxale, **les vraies urgences**, au sens médical du terme, représentant moins de 3 %.

Conclusions du rapport du député Philippe Boënnec : permanence des soins¹

Les conclusions portent plusieurs propositions :

- ♦ Définir un volet PDS dans le schéma régional d'organisation sanitaire ;
- ♦ Fondre en une seule enveloppe les dotations financières, et en confier la gestion aux ARS ;
- ♦ Envisager une rémunération forfaitaire des activités liées à la PDS ;
- ♦ Contracter avec SOS Médecins pour déterminer la forme de la contribution de cet acteur à la PDS (privatisation ?) ;
- ♦ Améliorer le statut et la formation des permanenciers auxiliaires de régulation médicale ;
- ♦ Communiquer avec la population sur la nouvelle architecture de la PDS ;
- ♦ Inciter le citoyen à suivre les procédures pré-définies.

1. Mémoire de l'École des Hautes Études en Santé Publique – 2011 G Elisabeth.

*

Gynécologue Accoucheur - Praticien Hospitalier,
Représentant du Pôle PH au SYNGOF

Faisant suite à toutes ces propositions, la loi HPST fut votée le 21 juillet 2009. Elle souligne le rôle pivot des médecins généralistes, mais il n'y en a plus...

Les établissements de santé privés participent à la permanence des soins depuis une quinzaine d'années, mais jusqu'ici dans une moindre proportion.

Une circulaire d'avril 2003 de la loi PST stipulait que le secteur privé assurait 15 % des urgences hospitalières.

Elle permettait ainsi aux établissements de santé privés de participer à la permanence des soins au même titre que les établissements de santé public et obligeait les différents acteurs du territoire à coopérer et mutualiser leurs moyens. Les ressources allouées étant fermées et maîtrisables pour les financeurs publics.

C'est ici que se pose le **paradoxe de la loi HPST** qui d'un côté affiche la volonté d'améliorer l'accessibilité et qualité de l'offre de soins non programmée, mais impose de l'autre la maîtrise des dépenses d'Assurance Maladie, poussée par un contexte économique défavorable.



Rapport Inspection générale des affaires sociales IGAS² : la permanence des soins en établissements de santé face à ses enjeux, une nouvelle ambition collective et territoriale

Quel constat sur la PDS en établissements de santé ?

Le constat est établi à partir du travail du réseau des ARS et des schémas régionaux de la PDSES par modalités (6 535 lignes de gardes et astreintes au total).

D'importants facteurs de risques apparaissent :

- ♦ Fragilité des organisations, déséquilibre des contributions entre secteurs public et privés (plus de 80 % des gardes dans le public) ;
- ♦ Difficulté à mettre en œuvre des organisations partagées ;
- ♦ Évolution des attentes des professionnels : la maîtrise de leur temps de travail et leur vie personnelle prennent une part croissante à côté des seules questions de rémunération...

Quelles recommandations ?

Le rapport de l'IGAS appelle :

- ♦ Une rénovation profonde et rapide des modalités d'organisation de la PDSES avec une attention particulière aux enjeux démographiques et des organisations territorialisées partagées entre structures et professionnels.
- ♦ Une meilleure reconnaissance des sujétions supportées par les professionnels.
- ♦ Les conditions d'une plus grande équité entre les acteurs sont ainsi posées pour renforcer leur confiance et leur adhésion à la PDSES.

Un nouveau schéma de mobilisation

- ♦ L'organisation nécessaire et suffisante de la PDSES à mettre en œuvre ;
- ♦ Appels à candidatures permettant aux acteurs d'indiquer leur contribution pour mettre en œuvre le schéma cible, seuls ou dans le cadre de dispositifs partagés dans les territoires ;
- ♦ Possibilité pour les directeurs généraux des ARS de mobiliser, en cas de carence, les professionnels d'un territoire pour contribuer au fonctionnement de la PDSES.

2. Juillet 2023 Mathias Albertone ; Pierre-Yves Demoulin

L'organisation de la permanence et la continuité des soins : Rôle clé des ARS

Les agences régionales de santé (ARS) ont pour mission d'organiser le système de soins en région. Elles organisent donc la permanence des soins : une mission de service public indispensable afin de pouvoir répondre aux besoins de soins non programmés aux heures de fermeture habituelles des cabinets médicaux et dentaires.

Loi Valletoux visant à « améliorer l'accès aux soins par l'engagement territorial des professionnels », dite loi Valletoux 27 décembre 2023.

L'article L. 6111-1-3 porte sur les gardes dans les établissements de santé pour soulager l'hôpital et mettre à contribution les cliniques.

L'objectif est de rééquilibrer l'effort dans la permanence des soins entre les établissements de santé, actuellement assurée à 82 % par l'hôpital.

Le texte doit permettre une réduction de la pression sur l'hôpital et une meilleure implication des cliniques privées.

Le principe est celui d'une approche graduée.

Les directeurs des agences régionales de santé (ARS) pourront intervenir en cas de carence.

L'activité des professionnels de santé, à ce titre, est couverte par le régime de la responsabilité qui s'applique aux médecins et aux agents de l'établissement d'accueil.

Article R6111-42 Modifié par Décret n°2022-1046 du 25 juillet 2022 - art. 2.

Le Directeur général de l'agence régionale de santé « arbitre la PDS et si elle n'est pas assurée dans les conditions prévues, il ouvre une procédure d'appel à candidatures. Il publie cet appel au recueil des actes administratifs de la préfecture de région. Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate un défaut dans la PDS, il peut désigner, à titre temporaire, un ou plusieurs établissements de santé assurant le service public hospitalier ».

Les éléments mentionnés aux 1° à 7° de l'article R. 6111-43 sont précisés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 ou dans un contrat spécifique.

La continuité des soins

Le praticien doit informer les patients de leurs absences programmées et indiquer aux patients le ou les confrère(s) auquel(s) ils pourront s'adresser.

La permanence des soins ambulatoire

La loi Valletoux prévoit la présence médicale des médecins libéraux, en dehors des heures d'ouverture de leurs cabinets, le soir, la nuit, les week-end et les jours fériés, et les dimanches et jours fériés dans le cadre de leur obligation déontologique.

En cas de difficultés, il signale immédiatement sa difficulté auprès de son Conseil départemental.

Si le Conseil départemental ne parvient pas à régler le problème, en raison d'une pénurie médicale, il pourra alerter le **Directeur général de l'ARS** afin que soit mise en œuvre une **mutualisation des moyens médicaux** publics et privés. Des mesures d'amélioration de la reconnaissance des sujétions de gardes et d'astreintes sont proposées : elles concernent les personnels médicaux exerçant dans le public et dans le privé.

Les maisons médicales de garde (MMG)

Elles constituent un point fixe de consultation aux heures de permanence des soins où les cabinets médicaux sont fermés. Les patients peuvent s'y rendre spontanément ou après avoir été orientés vers les MMG après un appel au n°15 ou au numéro spécifique de permanence des soins.

Elles renforcent le maillage territorial et offrent de nouvelles solutions pour répondre à la demande de soins non programmés ne nécessitant pas de moyens d'intervention lourds.

Elles contribuent au désengorgement les urgences en évitant des recours inutiles à ces services lorsque la pathologie ne le justifie pas.

Dans le cadre du pacte de refondation des urgences, le déploiement des maisons médicales de garde est réalisé à proximité des services d'accueil des urgences. On compte 339 maisons médicales de garde en France. (MACSF 2022).



La PDS des établissements de santé est organisée par les ARS en fonction des besoins

Accueil et prise en charge de nouveaux patients :

- ♦ Dans une structure de soins d'un établissement de santé ;
- ♦ En aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence ;
- ♦ La nuit (20h - 8 h) le week-end (à partir du samedi midi)³ et les jours fériés.

La PDSES concerne la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO).

Dans les établissements publics de santé, il peut s'agir :

- ♦ D'une permanence à l'hôpital impliquant la **présence continue** (parfois dénommée « garde sur place ») dans l'enceinte de l'hôpital ;
- ♦ D'une **astreinte opérationnelle à domicile** impliquant l'obligation pour le praticien de rester à la disposition de l'établissement à son domicile ou en lieu voisin pendant toute la durée de la garde et de répondre à tout appel ;
- ♦ D'une **astreinte de sécurité** de nuit, de dimanche et/ou jour férié dans les disciplines qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents ;
- ♦ D'**appels exceptionnels** (les disciplines dans lesquelles les appels sont exceptionnels ne donnent pas lieu à une liste de garde).

Selon les engagements formalisés dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, la permanence des soins concerne tous les établissements, aussi bien **publics que privés**.

Évolution des maternités⁴

Le nombre de maternités est passé de 1 369 en 1975 à 458 en 2020. La durée moyenne de séjour passe de 8,0 jours en 1975 à 4,4 jours en 2020.

Le nombre annuel d'accouchements a diminué de 99 000 entre 2010 et 2020 (-13 %).

Le nombre d'accouchements en maternités publiques a progressé : 65 % en 2010 et 71 % en 2020.

Les types 2a, 2b ou 3 représentent 62 % des 478 maternités.



Le type 1 : 63 % sont publiques ou privées à but non lucratif en 2020.

Nombre d'accouchements selon le type :

- ♦ type 1 : 774
- ♦ type 2a : 1 410
- ♦ type 2b : 1 961
- ♦ type 3 : 3 142

L'âge moyen des mères à la naissance est passé de 30,2 à 31,2 en dix ans (Le Monde 6/2023), soit plus de grossesses à risque.

Le rapport de la Cour des comptes pointe aussi le **sous-financement structurel des maternités**, qui ne peuvent trouver un équilibre qu'à partir de 1100 à 1 200 accouchements par an, en raison d'une déconnexion ancienne des tarifs et des coûts réels.

3. Étude APH sur le samedi matin...

4. Les établissements de santé > édition 2022 > DREES.

Et l'Humain dans tout ça ?

La crise démographique des gynécologues-obstétriciens va s'aggraver en l'absence de prise en compte de l'évolution des pratiques (CNGOF 11/2022).

Le profil des GO change : féminisation, de "jeunes" praticiens qui n'ont pas les mêmes aspirations que leurs aînés, les 'sortants' ne peuvent pas être simplement remplacés poste à poste, pour des questions de charge de travail et de pénibilité (AFP 11/2022).

Sur les 50 % à temps partiel, seuls 51 % font des gardes.

Mais... « la mission première des gynécologues-obstétriciens est de sécuriser la salle de naissance » ! ...

Évolution des pratiques

- ♦ Repos de sécurité dans 82,4 % des cas.
- ♦ 90 % des GO sont installés dans des maternités de type 2 ou 3.
- ♦ 23 % des GO ont déclaré vouloir arrêter les gardes avant 5 ans et 43,4 % à terme.
- ♦ 11,4 % arrêtent après leur diplôme.
- ♦ 31,3 % sont en burn-out et 69,1 % estiment que leur métier a un impact négatif sur leur vie personnelle.
- ♦ À l'inverse de la gynécologie à l'ancienne, où le gynécologue « faisait un petit peu tout », les gynécologues d'aujourd'hui sont sur-spécialisés (*hors centre spécialisé*).
- ♦ Les patientes ne veulent pas être prises en charge par un gynécologue-obstétricien qui n'a pas l'habitude.

Ressources humaines nécessaires pour les activités non programmées en gynécologie obstétrique⁵

Contraintes de flux et de mobilisation des ressources

L'organisation du secteur des activités non programmées en Gynécologie-Obstétrique doit tenir compte :

- ♦ Du nombre d'accouchements ;
- ♦ Du nombre de consultations et d'actes réalisés en urgence en Gynécologie et Obstétrique ;

- ♦ De la **sévérité** des urgences prises en charge en particulier en Obstétrique et du niveau de recours maternel de l'établissement, qui est généralement corrélé au type *pédiatrique* (types I, IIA, IIB, III) et au nombre de *transferts in utero* ;
- ♦ De l'**imprévisibilité des pics d'activité** ne correspondant pas à des périodes particulières diurnes/nocturnes, jours de semaines/weekend/ ou saisonnières (hiver/été).

Dimensionnement des unités de Gynécologie-Obstétrique et de Néonatalogie et prise en charge des activités non programmées

Les variations de flux des activités non programmées génèrent des tensions sur les effectifs et sur l'occupation des lits. Ces tensions créent une baisse de qualité de soins et sont éventuellement à l'origine de near-miss ou de dysfonctionnements.

Il est indispensable d'avoir un dimensionnement : nombre de lits d'amont (femmes enceintes) et d'aval (femmes ayant accouché) en adéquation avec le nombre d'accouchements réalisés afin de limiter les transferts avant la naissance ou en post-partum pour faute de place.

Le taux d'occupation cible doit être le même que celui des services de Réanimation, c'est-à-dire 85 %, l'activité d'Obstétrique étant une activité non programmée s'apparentant aux activités d'urgence.

Attractivité et sécurité

Il faut un renforcement des ressources humaines et une revalorisation de la permanence des soins à la hauteur de la pénibilité/contrainte que cela représente.

Il ne faut pas attendre d'être à 100 % des effectifs pour augmenter les ressources humaines.

La charge de travail est un co-facteur de complication obstétricale⁶.



5. Propositions collégiales du CNGOF/SFAR/SFMP/SFN/CNSF/CARO.

L. Sentilhes et all Gynecologie Obstetrique Fertilité & Sénologie 47 (2019) 63-78.

6. MN Guiot EMC 12/7/2014.

Une fausse bonne idée : Intérim médical : le remède pire que le mal ?⁷

Si l'intérim médical est nécessaire à petite échelle, c'est un poison à grande échelle pour les établissements.

La vision technocratique-comptable implantée dans la santé dans les années 1990 (ordonnances Juppé) est la source de la perte de confiance des soignants dans l'hôpital et dans le système.

Cette vision repose sur deux principes erronés :

- ♦ La santé est avant tout une source de coûts à réduire
- ♦ Le pouvoir médical ne peut fonctionner que sous la tutelle stricte de l'administration (centrale).

L'intérim médical a une incidence prépondérante sur la permanence des soins :

- ♦ Corse : 100 % contractuels temporaires et des intérimaires ;
- ♦ Bretagne : 100 % sur certaines gardes ;
- ♦ Centre-Val de Loire : 20 % à 30 % ;
- ♦ Île-de-France : 15 % des gardes et astreintes sont assurées par du personnel temporaire.

Le surcoût financier induit par le dépassement des limites s'élève à 183 M€ en 2021 (+ 72 % par rapport à 2017).

Le statut de praticien hospitalier est fragilisé : les rémunérations des praticiens hospitaliers sont inférieures même aux nouveaux contrats type 2, conduisant à une inversion du rôle PH et des remplaçants.



L'intérim médical affaiblit le travail en **équipe**, la **qualité** et la **sécurité** des soins

On recense un recours fréquent au contrat de motif 2.

Indemnisation des gardes et astreintes

Et le salaire des gardes dans tout ça ?

Salaire de garde dite « indemnité de sujétion »

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

	Praticiens hospitaliers, assistants des hôpitaux, praticiens attachés et praticiens contractuels	Praticiens associés	Personnels enseignants et hospitaliers
Une nuit, un dimanche ou un jour férié	422,03 €	346,71 €	755,81 €
Demi-nuit ou un samedi après-midi	211,01 €	173,36 €	
Demi-garde			377,93 €
Samedi après-midi			253,20 €

7. Frédéric Bizard, économiste spécialiste Les Echos 5-4-2023.

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.

Rémunération du temps de travail additionnel (TTA)

Pour les Praticiens hospitaliers, praticiens attachés, assistants des hôpitaux et praticiens contractuels, le temps de travail additionnel in-

demnise 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.

	Dans groupement hospitalier de territoire GHT		Sans groupement hospitalier de territoire
	Praticiens hospitaliers, praticiens attachés, assistants des hôpitaux et praticiens	Praticiens associés	Praticiens hospitaliers, praticiens attachés, assistants des hôpitaux et praticiens contractuels
Une période	335,60 €	277,30 €	Lundi matin au samedi après-midi inclus : 332,62 € Nuit, dimanche ou jour férié : 503,87 €
Une demi-période	167,79 €	138,65 €	Lundi matin au samedi après-midi inclus : 168,80 € Nuit, dimanche ou jour férié : 251,95 €

Pour les **personnels enseignants et hospitaliers**, le temps de travail additionnel.

Au-delà des obligations de services	Personnels enseignants et hospitaliers
Une nuit, un dimanche ou un jour férié	755,81 €
Demi-garde	377,93 €
Samedi après-midi	253,20 €

L'indemnisation des astreintes

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	44,52 €	Astreintes opérationnelles : 44,79 € Astreintes de sécurité : 22,38 €
Demi-astreinte de nuit ou le samedi après-midi	22,25 €	Astreintes opérationnelles : 32,47 € Astreintes de sécurité : 16,25 €

Le montant cumulé des indemnités de l'astreinte de sécurité ne peut excéder :

- ♦ Pour quatre semaines : 454,61 €.
- ♦ Pour cinq semaines : 584,51 €.



Le vécu de la PDS par les obstétriciens

Actions Praticiens Hôpital, le SYNGOF et le SNPHARe ont mené du 13 au 27 juin 2022 une grande consultation nationale sur l'activité de garde en ligne auprès des praticiens hospitaliers : tous statuts, toutes spécialités. Près de 7 500 réponses ont été recueillies.

On y recense 269 gynéco-obstétriciens, un ratio femme / homme de 69 %, répartition équilibrée de tous d'âge entre 30 et 64 ans, 81 % de praticiens hospitaliers (PH) titulaire à temps pleins.

Le regard des praticiens sur la permanence des soins est très défavorable : corvée pour 40 % des praticiens, mal ou très mal payée (88 %) au point que 76 % d'entre eux sont susceptibles de quitter l'hôpital public dans les 5 ans à cause de la PDS (27 % vers un exercice libéral, 14 % vers un autre métier, 35 % indécis sur leur avenir à l'hôpital public).

Conclusion

Un constat alarmant :

- ◆ Épuisement professionnel réel, physique et psychologique.
- ◆ Personnel médical en nombre insuffisant.
- ◆ Excès de recours au temps additionnel.
- ◆ Non-respect du repos de sécurité.
- ◆ Recours à l'intérim.

La rémunération n'est pas à la hauteur du travail ni des responsabilités qui reposent sur les épaules des GO.

Il n'y a pas de prise en compte d'une activité à pics aigus, continue.

La prise en compte de la santé des GO, de leur grossesse et de l'âge s'impose.

Le travail programmé et urgences du samedi matin, débordant sur l'après-midi de garde, devrait être intégré à la PDS.

Une fuite de 45 % des GO vers une activité sans garde, moins à risque, programmée, pourrait faire tache d'encre.

La mise à contribution des libéraux est-elle bien raisonnable ?



LE CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ PRÉ-OPÉRATOIRE



D^r Bertrand de ROCHAMBEAU*
en collaboration avec le D^r Gérard LONLAS**

Le principe essentiel : Il ne peut y avoir de consentement éclairé sans information adaptée.

Il y a 22 ans que les règles ont été adaptées à la société par la loi du 4 mars 2002 ou Loi Kouchner. Le consentement éclairé a un double rôle : Communiquer et Prévenir le risque juridique.

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 confère aux médecins la charge de la preuve de l'information (1-2-12) :

« Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. 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 sur les conséquences prévisibles en cas de refus ».

L'information est également l'une des composantes essentielles de la satisfaction du patient et de la qualité de nos exercices.

Ce que disent les textes : Cette information doit être « claire », « loyale », « appropriée » (nouveau code de déontologie -35-36-37-38) et **personnalisée**. Elle ne doit pas générer de défiance et rester compréhensible par le plus grand nombre.

*

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

Le défaut d'information et ses conséquences médico-légales en cas de dommage

Au civil, si l'information aurait pu faire renoncer aux soins et donc au dommage, c'est une perte de chance. **Au pénal**, c'est condamnable systématiquement.

De l'INFORMATION découle le CONSENTEMENT ÉCLAIRÉ

L'information consiste à décrire la nature et le déroulement des soins et informer la patiente sur son état de santé actuelle et sur son évolution possible en l'absence de soins.

Le consentement, c'est lui permettre de prendre sa décision : accepter ou refuser les actes.

Comment ?

La consultation pré-opératoire

Les conditions doivent être favorables au déroulement de l'entretien :

- ◆ Choisir le moment (attente, stress, lieu approprié, réserver le temps nécessaire (pas moins de 30 mn).
- ◆ Avec respect de la confidentialité (pas en public) et de la fragilité (patiente habillée...) et avec bienveillance : ni nonchalance, ni condescendance.
- ◆ Planifier l'information de la patiente et des proches.

Adaptation à la personnalité

- ◆ Expliquer les soins : déroulement prévu, mesures de prévention des complications, modalités de résolution des complications : moyens, allongement des hospitalisations.
- ◆ Vérifier la compréhension (recommencer : enseigner c'est répéter), accepter les questions et y répondre, identifier les questions non posées et y répondre.
- ◆ Utiliser une fiche d'information est souvent utile.
- ◆ Recueillir le consentement.
- ◆ Conclure et synthétiser : Lettre au médecin traitant « dictée en présence de la patiente ».

Le dossier médical

Il trace les décisions et la délivrance des informations. C'est la Véritable **BOITE NOIRE** qui sera analysée en cas de dommage. Utilité d'un nouvel entretien réalisé à distance.

Au total : **Les éléments indispensables de l'information dont il faut apporter la preuve de la délivrance sont :**

- ◆ Diagnostic et évolution prévisible.
- ◆ Les alternatives à la chirurgie.
- ◆ Les variantes chirurgicales et les raisons du choix retenu.
- ◆ Rapport bénéfice / risque.
- ◆ Les complications et les moyens de les prévenir... mêmes exceptionnelles.
- ◆ Les séquelles possibles.

Peut-il y avoir des dérogations ?

- ◆ Urgence (état de choc).
- ◆ Raisons appréciées « en conscience » par le médecin (Art.35 du Code de Déontologie) : nature trop angoissante ; refus (écrit ?) de l'information.

Place de l'information écrite :

- ◆ Document d'information (CNGOF) simple et général... souvent utile mais ne recueille pas le consentement.
- ◆ Un document adapté au cas précis de la patiente remis au cours de la consultation par le médecin (Conseil Gynerisq).
- ◆ Moyen de preuve limité si isolé.
- ◆ **Pas de formule obligeant à signer.**



Voici un exemple de document utilisé quotidiennement depuis 20 ans qui en 10 points reprend tous les items nécessaires ; les informations qui remplissent les zones libres peuvent être importées directement du dossier de consultation sans saisie itérative. Il a pu être adapté au moment de la crise covid 19 avec un chapitre supplémentaire.

Madame, Monsieur.

Vous avez le droit, en tant que patient d'être informé sur votre état de santé et sur les modalités diagnostiques, médicales ou chirurgicales recommandées dans votre cas. Cette information n'est pas destinée à vous inquiéter, mais il s'agit simplement de renforcer les informations qui vous sont nécessaires pour donner votre accord sur les gestes et traitements qui vous concernent après avoir pris connaissance des risques encourus.

1°) Je choisis le docteur _____ en tant que médecin, ainsi que ses associés ou assistants et l'équipe médicale dont il s'est entouré à toutes fins utiles pour me traiter selon mon état qui m'a été décrit comme suit, **Diagnostic préopératoire**.

2°) Je comprends que les procédures diagnostiques, médicales et où chirurgicales suivantes sont prévues dans mon cas. Je donne volontairement mon accord et les autorise : **Procédure opératoire**.

3°) Il m'a été exposé les conséquences prévisibles du refus du traitement proposé : **conséquences_du_refus** et les alternatives suivantes ; **alternatives** ainsi que les raisons du choix effectué ; **raisons_du_choix**.

4°) Je comprends que mon médecin peut découvrir des éléments imprévus qui nécessiteraient des gestes supplémentaires ou différents de ceux planifiés. J'autorise mon médecin et ses associés ou assistants et les équipes médicales à effectuer ces gestes qui s'avèreraient médicalement nécessaires.

5°) Je donne, je ne donne pas, (barrer la mention inutile) mon accord à l'utilisation de sang et de dérivés sanguins s'ils sont nécessaires au cours de cette hospitalisation. Il m'a été expliqué les conséquences de l'absence de transfusion quand celles-ci sont nécessaires. Je réalise aussi que les complications suivantes peuvent survenir à la suite de leur utilisation : fièvre, insuffisance cardiaque, hépatite, syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), réaction transfusionnelle avec insuffisance rénale ou anémie, autre infection.

6°) J'ai compris qu'aucune garantie de résultats ne peut m'être assuré. Je sais que les traitements médicaux, chirurgicaux et les gestes diagnostiques exposent à certaines complications comme : l'infection, les phlébites et embolies pulmonaires, les hémorragies, les réactions allergiques et même le décès. Les complications suivantes sont plus particulièrement liées à mon cas : **complications**.

7°) Je sais que l'anesthésie comporte ses risques propres et je demande l'utilisation de médicaments anesthésiques contre la douleur au cours des différents gestes prévus ou nécessaires. Je sais que l'anesthésie peut-être éventuellement modifiée sans que l'on ait à m'en informer. Je comprends que certaines complications peuvent résulter de l'utilisation de médicaments anesthésiques : problèmes respiratoires, réaction aux médicaments, paralysie, atteinte au cerveau ou même le décès. La pratique de l'anesthésie peut aussi donner lieu à un inconfort mineur comme : blessures des cordes vocales, des dents ou des yeux. La pratique des anesthésies péridurales ou des rachianesthésies peut entraîner des maux de tête et des douleurs chroniques.

8°) Il m'a été donné la possibilité de poser des questions sur mon état médical, sur les différents traitements et anesthésies possibles, sur les risques auxquels je m'expose en l'absence de traitement, sur les modalités de traitement prévues et sur les risques qu'elles comportent. Il a été répondu à toutes mes questions. J'ai suffisamment d'information pour donner mon consentement éclairé.

9°) Je certifie que ce document m'a été expliqué en totalité, que je l'ai lu ou qu'il m'a été lu, que les espaces vides ont été remplis avant ma signature et que je comprends leur contenu.

Date : ___/___/___ Heure : ___ h ___ mn Signature du représentant légal : _____

Nom : _____

Adresse : _____

Ce document doit rester dans le dossier médical détenu par le médecin responsable. En confier la conservation à l'établissement revient à confier votre assurance à un tiers non responsable.

Ne jamais oublier que LA MEILLEURE PREUVE DE L'INFORMATION ET DU CONSENTEMENT REPOSE SUR LA TENUE APPROPRIÉE DU DOSSIER MÉDICAL.



À QUEL COÛT ? Aucun financement spécifique pour cette démarche d'information. La consultation nécessaire est honorée par l'Assurance Maladie de 23€ à 56,50 €.

Comment s'assurer de la compréhension ? Un questionnaire de satisfaction peut être remis après délivrance de l'information, il apporte une auto-évaluation de la qualité de la consultation et de l'information. Il peut constituer le verso du document précédent. En voici un exemple :

Madame, Monsieur

Je vous ai apporté, au cours d'une ou plusieurs consultations, des explications portant sur plusieurs points ; seul votre avis sur cette information reçue peut me permettre de l'adapter au mieux à votre attente. Je vous remercie donc de bien vouloir me préciser votre degré de satisfaction sur les points suivants, en utilisant les notations ci-dessous :

- 1. = très insatisfait - aucune information reçue
- 2. = insatisfait - information insuffisante
- 3. = assez satisfait - information suffisante
- 4. = satisfait - information complète
- 5. = très satisfait - information très complète

1/ Accueil par le secrétariat	0	1	2	3	4
2/ Durée d'attente dans la salle d'attente	0	1	2	3	4
3/ Conditions de confort d'attente dans la salle d'attente	0	1	2	3	4
4/ Accueil par moi-même dans le cabinet de consultation	0	1	2	3	4
5/ Information sur la maladie dont vous souffrez	0	1	2	3	4
6/ Information sur l'évolution spontanée, en l'absence de traitement	0	1	2	3	4
7/ Information sur les différentes possibilités de traitement	0	1	2	3	4
8/ Information sur le traitement que je vous ai proposé	0	1	2	3	4
Si une intervention chirurgicale a été prévue :					
9/ Information sur les conditions de l'hospitalisation prévue	0	1	2	3	4
10/ Information sur l'intervention chirurgicale (Technique, prothèses)	0	1	2	3	4
11/ Information sur les résultats à espérer	0	1	2	3	4
12/ Information sur le risque de complications	0	1	2	3	4

Mme _____ le _____

Si vous avez coché la case 0, 1, ou 2, aux questions 5,6,7,8,10,11 ou 12, il est préférable que nous nous rencontrions de nouveau, pour que je puisse vous apporter les informations qui vous manquent.

Merci de prendre contact avec mon secrétariat qui vous donnera un rendez-vous dans les meilleurs délais.

Je vous prie de croire, Madame, Monsieur à mes sentiments dévoués.

Le *-Date_Jour-*

Signature du praticien

Conclusions : Il peut être nécessaire d'avoir une 2^{ème} consultation pour s'assurer de la compréhension. La Cour de cassation estime que le praticien doit s'assurer de la bonne compréhension du patient.

Ressources bibliographiques : un guide édité par la HAS

La Haute Autorité de Santé (HAS) a repris l'ensemble de ces obligations déontologiques, juridiques et médicales dans un guide : « L'élaboration d'un document écrit d'information à l'intention des patients et usagers du système de santé ».

LA CERTIFICATION PÉRIODIQUE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ (CPPS) ET L'ACCRÉDITATION



D^r Emmanuel PEIGNÉ*

Le système de certification, pourtant obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2023, n'est pas encore en place. Explications...

Le Pr Serge UZAN a écrit un rapport en novembre 2018 portant sur « la certification et la recertification des professionnels de santé ». La loi du 19/07/2019 a institué la CPPS. Puis les orientations pluriannuelles de développement ont été définies, et enfin un décret du 23/04/2024 a précisé les modalités d'action de la certification.

La Certification Périodique des Professionnels de Santé concerne les 6 professions médicales à Ordre : médecins, dentistes, sages-femmes, pharmaciens, kiné, infirmières, du privé comme du public.

La CPPS sera sous la responsabilité du CNOM, avec des référentiels de programmes validés par la FSM (Fédération des Spécialités Médicales). Les référentiels ont été construits par les CNP (Commission Nationale Professionnelle), CNP GOGM pour nous. Enfin, les praticiens déposeront leurs justificatifs de travail et de formation sur une plateforme informatique en cours d'élaboration par l'ANS (Agence du Numérique en Santé).

La démarche de certification est obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2023, alors même que la plateforme numérique n'est pas fonctionnelle. Il faudra être recertifié tous les 6 ans et la 1^{ère} certification se fera 9 ans après la première inscription à l'Ordre des médecins.

Les référentiels ont été construits selon les orientations prioritaires de la spécialité ; 35 pour Gynécologues obstétriciens et Gynécologues médicaux. Il faudra valider des actions qui seront réparties en 4 blocs. **Il sera nécessaire de valider 2 actions dans chacun des 4 blocs pendant une durée de 6 ans.**

* Gynécologue obstétricien, Vice-Président du SYNGOF



Les 4 blocs s'intitulent :

1. Actualiser les compétences et les connaissances.
2. Renforcer la qualité des pratiques professionnelles.
3. Améliorer les relations avec les patients.
4. Mieux prendre en compte sa santé de soignant.

Ces actions seront de 5 types :

- ◆ Formation.
- ◆ Analyse des pratiques.
- ◆ Gestion des risques.
- ◆ Programmes intégrés (réunissant plusieurs types).
- ◆ Actions libres (validées par le CNP).



La présentation des actions sera donc décrite dans un tableau en 4 blocs de 5 colonnes.

En conclusion

- ◆ Le système de certification, pourtant obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2023, n'est pas encore en place.
- ◆ Pour l'obstétrique et la chirurgie, ceux qui sont dans la démarche de l'accréditation seront de facto certifiés quant au travail à fournir. L'accréditation a été adaptée pour s'inscrire dans le référentiel de la spécialité.
- ◆ Les gynécologues médicaux utiliseront la voie classique de la Certification Périodique.
- ◆ Le SYNGOF indiquera la date à laquelle cette organisation sera totalement en place et effective.

**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

ROR (RÉPERTOIRE OPÉRATIONNEL DES RESSOURCES) COMMENT LES MÉDECINS PEUVENT-ILS SE L'APPROPRIER ?



D^r Henri ROSSI*

Répertoire national de référence, transversal aux champs sanitaires et médico-sociaux, le ROR alimente de façon automatisée les services numériques utilisés par ces professionnels de santé.

Le Répertoire national de l'Offre et des Ressources en santé et accompagnement médico-social, plus communément appelé ROR, est un outil qui permet de collecter, mettre en qualité et diffuser l'information sur l'offre de santé proposée par les établissements sanitaires, les cabinets libéraux et structures de ville et les établissements et services du secteur médico-social. Il intègre également un suivi dynamique de la disponibilité des lits hospitaliers.

Le ROR est positionné avec le décret du 17 novembre 2023 comme répertoire national de référence, transversal aux champs sanitaires et médico-sociaux.

Toutes les structures concernées doivent décrire leurs activités opérationnelles et les ressources techniques qui leur permettent de réaliser ces activités. Elles se décrivent ainsi une seule fois, à un seul endroit, avec des valeurs

normalisées appelées nomenclatures qui sont définies avec les professionnels, validées par les sociétés savantes et qui facilitent la recherche et la comparaison.

* Anesthésiste-réanimateur, référent médical à l'Agence du Numérique en Santé





Le ROR est un outil au service des professionnels mais qui n'a pas vocation à être consulté directement par les professionnels. Il alimente de façon automatisée les services numériques utilisés par ces professionnels. Ainsi, les professionnels peuvent consulter l'offre directement dans leur outil métier et orienter rapidement leur patient vers l'offre qui répond le mieux à ses besoins et diminuer le risque de rupture de prise en charge.

On peut citer à titre d'exemple d'outils qui consomment le ROR :

- ◆ **Via trajectoire** qui permet d'orienter des patients hospitalisés vers des structures de réadaptation ou d'orienter des personnes âgées en perte d'autonomie ou des personnes en situation de handicap vers des structures adaptées ;
- ◆ le **Service d'Accès aux soins** qui facilite la régulation des soins non programmés ;
- ◆ ou le portail d'informations **Santé.fr** qui présente aux usagers les données publiques du ROR.

Les professionnels de santé libéraux pourront se décrire dans le ROR à partir de fin 2024. Cette saisie est simple car élaborée avec des professionnels. Elle s'appuie sur un pré-remplissage à partir des données du RPPS. Le professionnel peut ensuite compléter ses activités et expertises dans une liste de valeurs prédéfinies et préciser ses modalités de consultation, horaires, contacts, ...

Le professionnel pourra ainsi faire connaître son offre et communiquer des informations plus précises à destination du public ou uniquement des professionnels (ex : actes techniques), préciser son appartenance à une maison de santé ou un centre de santé et choisir les modalités de diffusion sur les sites à destination du public.

UN ASSISTANT MÉDICAL POURQUOI PAS CHEZ LE GYNÉCOLOGUE ?



D^r Stéphanie CHRETIEN*

Depuis son annonce en 2018 dans le cadre de « MA SANTÉ 2022 », le dispositif « assistant médical » a subi plusieurs assouplissements.

Le but de ce dispositif est de libérer du temps médical pour se concentrer sur le soin et renforcer l'accès aux soins des patients et la qualité de leur prise en charge.

Quelles missions ?

Les missions sont définies dans l'article L.4161-1 du code de la santé publique. Elles sont de 3 types et à définir en fonction des besoins de chaque professionnel.

- ♦ Missions administratives : accueil, gestion du dossier, gestion du planning, récupération des examens, rédaction des comptes rendus, facturation, préparation de document, accompagnement à la télémedecine...
- ♦ Missions en lien avec la consultation : gestion du stock, désinfection du matériel, aide lors de la consultation (déshabillage, prise de constante automatisée), information sur dépistage, vaccination, documentation, recherche facteur de risque lors d'un interrogatoire.
- ♦ Mais l'assistant médical n'est pas un professionnel de santé donc la responsabilité du médecin est engagée sur les actes réalisés par l'assistant. C'est pour cette raison que les actes techniques doivent être réalisés en binôme ou sur des appareils automatisés.
- ♦ Missions de coordination / d'organisation : organiser, vérifier les parcours de soin avec d'autres professionnels, prévention, dépistage, préparation des documents (RCP...)

*

Gynécologue obstétricienne, Secrétaire générale adjointe du Collège de Gynécologie du Centre-Val-de-Loire





Quel profil ?

- ◆ IDE, aide soignante DE, auxiliaire de puériculture DE : nécessite une formation obligatoire (FAE de 112H sur 12j). Financement possible par l'OPCO EP.
- ◆ Secrétaire médicale diplômée, équivalent niveau de qualification 4, personne avec 1 an d'expérience comme secrétaire médicale (sans diplôme) : nécessite une formation obligatoire à valider dans les 3 ans (CQP de 384H sur 55 jours). Financement possible par l'OPCO EP.
- ◆ Toute personne pouvant justifier d'un an d'emploi équivalent à un assistant médical doit faire une VAE (validation des acquis et de l'expérience).

Une secrétaire médicale en poste peut changer de qualification mais l'employeur doit soit recruter une nouvelle secrétaire (maximum dans les 6 mois), soit avoir recours à un prestataire de secrétariat téléphonique sur le même nombre d'heures.

Aide financière ?

Sous certaines conditions :

- ◆ Quasiment toutes les spécialités (si chirurgie doit avoir part acte CCAM < 20 % des honoraires totaux).
- ◆ Secteur 1 ou 2 avec OPTAM ou OPTAM-CO.
- ◆ Nouvel ou ancien installé.
- ◆ Aménagement possible si handicap ou responsabilité institutionnelle.
- ◆ Minimum d'activité : file active > 30^{ème} percentile / répartition nationale.
- ◆ Objectif à obtenir défini suivant percentile du médecin à la signature du contrat, l'aide est versée en intégralité les 2 premières années, à partir de la 3^{ème} année elle est modulée suivant l'atteinte des objectifs. Si diminution de la file active à 3 ans, pas d'aide versée.

Le contrat est signé avec CPAM pour 5 ans, soit pour un temps plein (1 ETP), soit pour un mi-temps (1/2 ETP). L'aide est pérenne et renouvelable. *Revalorisation de 5 % depuis la convention du 4/06/2024.*

LES PARTENARIATS PUBLICS-PRIVÉS DANS LES SOINS GYNÉCOLOGIQUES



Interview du Dr Alix ROQUETTE*

Il existe un réel besoin de prise en charge complémentaire en ville pour faciliter le désengorgement des patients et pour les consultations de 1^{ère} intention qui ne nécessitent pas forcément d'aller à l'hôpital.

Premier réseau d'espaces de santé pluridisciplinaire dédié aux femmes, Sorella propose une médecine spécialisée dans la santé des femmes pour un accompagnement au plus près de leurs spécificités et la coordination des soins nécessaire à une réponse pluridisciplinaire.

S. : La gynécologie et vous, c'est déjà une longue histoire...

Dr Alix Roquette : Oui (sourire). Avant de rejoindre Sorella, j'exerçais à l'hôpital Cochin Port-Royal, à Paris. Une année à temps plein autour de la contraception difficile, des troubles du cycle, de l'endométriose et de la ménopause, dans le service du professeur Plu Bureau. Face à une patientèle à la recherche des meilleurs soins gynécologiques, j'ai continué de beaucoup apprendre sur la ménopause et la fertilité et l'échographie pelvienne par la formation continue et l'obtention de ces diplômes universitaires.

Je donnais également des cours pour des DU, aux internes de gynécologie et de médecine générale. Auparavant, j'étais interne au CHU de Pointe-à-Pitre, en Guadeloupe : j'y ai consolidé mes compétences autour des urgences gynécologiques et obstétricales.

* Directrice médicale de Sorella

S : Venons-en à Sorella : un choix naturel ?

D^r A. R. : Une opportunité presque évidente après mes années en milieu hospitalier. En résumé : une médecine spécialisée dans la santé des femmes pour un accompagnement au plus près de leurs spécificités... Et la coordination des soins nécessaire à une réponse pluridisciplinaire. J'ajouterai : un cadre chaleureux qui favorise l'écoute et la confiance ! Et je mettrai en avant un point d'organisation crucial : chez Sorella, les professionnels de santé sont déchargés de l'ensemble des tâches administratives pour que nous puissions passer plus de temps avec nos patients. Bref, une grande avancée pour l'exercice en libéral qui mérite de se moderniser.

S : Le choix de l'innovation, donc ?

D^r A. R. : Avec Sorella, je peux aller plus loin. Un tel projet innovant est indispensable pour la prise en charge globale des femmes, pour un accompagnement de qualité.

L'hôpital reste à la pointe pour l'expertise, le recours de deuxième intention. Mais il existe un réel besoin de prise en charge complémentaire en ville, dont l'hôpital est d'ailleurs demandeur pour faciliter le désengorgement des patients et pour les consultations de 1^{ère} intention qui ne nécessitent pas forcément d'aller à l'hôpital.

Aujourd'hui, dans le public, les professionnels de santé éprouvent de claires difficultés à accueillir les patientes comme ils le souhaiteraient. Souvent, pour faire face au volume, les demandes de suivi en hospitalier nécessitent un triage pour prendre en charge les patients qui présentent des pathologies nécessitant un suivi hospitalier.

S : Quelles bonnes pratiques de l'hôpital retrouve-t-on chez Sorella ?

D^r A. R. : Nous combinons le meilleur des bonnes pratiques de l'hôpital - avec le pluridisciplinaire et les staffs - et de la médecine de ville ; la coordination des professionnels de santé est au cœur du fonctionnement des espaces Sorella. Une infirmière se charge ainsi d'orienter les patientes en post-consultation pour s'assurer d'une prise en charge rapide, efficace et correspondant à ses besoins. Notre objectif est ainsi d'éviter la fragmentation des soins en ville qui peut, dans certains cas, conduire à une erreur médicale ou un abandon de parcours.

Exemple : une patiente touchée par une maladie cardiovasculaire pourra être suivie par un cardiologue, mais aussi par un diététicien ou un kinésithérapeute. Au même titre, une patiente atteinte d'endométriase pourra se voir proposer non seulement un suivi gynécologique, mais également un accompagnement émotionnel, nutritionnel et physique.

L'infirmière de coordination est pour nous une personne clé. Elle est pareillement chargée d'organiser, de façon régulière, des réunions de concertation pluridisciplinaire, afin que les différents professionnels de santé échangent sur le dossier de certaines patientes et s'accordent sur la meilleure prise en charge à leur proposer. Ce rôle, central au sein de nos espaces de santé, permet aussi à nos praticiens de ne plus avoir à se soucier des aspects administratifs de la post-consultation, et donc de se concentrer pleinement sur le soin des patientes.

S : À vous écouter, les partenariats public-privé (PPP) sont plus que jamais une nécessité...

D^r A. R. : Tout à fait ! Il y a un intérêt pour les hôpitaux à rediriger la patientèle qui ne nécessite pas un suivi hospitalier. Et il y a également un intérêt pour les espaces de santé privés qui ont besoin d'expertises spécialisées qu'on retrouve justement à l'hôpital. C'est pour cette raison que chez Sorella nous avons noué de nombreux partenariats avec différentes institutions en Île-de-France. Ainsi, dans le cadre d'un parcours sur la fausse couche, il est indispensable d'entretenir un partenariat ville-hôpital. Sorella facilite ce lien en ayant un partenariat avec le service hospitalier que la patiente connaît. Cela permet de créer un cadre de confiance. Nous pouvons dire la même chose de nombreux parcours : la fertilité, ménopause, puberté, maternité, etc.

Avec certains centres hospitaliers, par exemple, nous participons au désengorgement de l'hôpital, car nous effectuons un suivi précis suite à un avis d'expert de l'hôpital pour une prise en charge spécifique. Une patiente en IOP (Insuffisance Ovarienne Précoce) à risque vasculaire pourra donc poursuivre son suivi chez Sorella, après accord d'instauration de son THS (Traitement Hormonal Substitutif). Un autre exemple est notre contribution au désengorge-

ment des plannings familiaux. Ainsi nous réservons des créneaux d'urgence pour les IVG que nous ouvrons 12h avant.

Un autre intérêt de ces collaborations, est de proposer un accompagnement complémentaire. Chez Sorella, une patiente suivie à l'hôpital, par exemple dans le cadre d'une FIV, pourra aussi bénéficier d'une prise en charge psychologique, diététique, sexologique, gynécologique et sportive.

Nous construisons un réseau d'adressage pour les patientes avec les hôpitaux publics de sorte à les accompagner dans leurs soins, lorsqu'un passage à l'hôpital est requis. Je rencontre avec l'infirmière de coordination les différents services pour bien comprendre leurs enjeux et leurs besoins puis l'infirmière de coordination assure l'adressage au quotidien.

Comment cela se traduit-il pour un praticien exerçant chez Sorella ?

D^r A. R. : Un praticien retrouve une configuration de travail proche de l'hôpital : la pratique en équipe, l'émulation intellectuelle, etc. Nous partageons une salle des professionnels de santé, où nous pratiquons nos staffs et qui nous permet de nous retrouver tout au long de la journée. Les professionnels de santé peuvent exercer à temps partiel chez Sorella et à l'hôpital, ce qui permet de garder un pied à l'hôpital pour les chirurgiens par exemple.

Nous avons mis récemment en place notre premier contrat tripartite avec l'APHP et l'ARS. Il s'agit d'un contrat d'exercice partagé entre la Pitié Salpêtrière et Sorella, l'ARS finançant le poste mi-temps à la Pitié. Tout le monde trouve son compte et cela renforce les liens ville-hôpital sur le terrain.

Voyez-vous un intérêt économique dans ces partenariats public-privé ?

D^r A. R. : Les partenariats public-privé représentent un intérêt financier significatif pour les institutions publiques en permettant de partager les coûts et les risques avec des partenaires privés.

Par exemple, à l'hôpital, les PPP peuvent permettre d'augmenter la capacité d'accueil sans alourdir les budgets. Grâce à ces partenariats, les hôpitaux peuvent obtenir des lits supplé-

mentaires, réduisant ainsi la pression sur les infrastructures existantes. Cela se traduit par des économies substantielles, puisque le coût moyen d'une nuit d'hospitalisation pour la Sécurité sociale et l'État est d'environ 1000 euros. En externalisant une partie de cette charge vers les partenaires privés, les hôpitaux peuvent optimiser leurs ressources financières et humaines, tout en maintenant ou améliorant la qualité des soins offerts aux patients.

Les PPP ne répondent-ils qu'à ces seuls enjeux économiques ?

D^r A. R. : Ils constituent une initiative stratégique et bénéfique à plusieurs niveaux. Tout d'abord, l'impact sur la prise en charge des patientes est considérable. Grâce aux ressources et aux infrastructures supplémentaires apportées par le privé, nous pouvons offrir une continuité de soin et éviter ainsi la rupture de suivi. Nous permettons à une plus grande partie des patientes d'être suivies en pluridisciplinaire.

En ce qui concerne l'organisation des médecins, les partenariats public-privé offrent une flexibilité précieuse. Les praticiens à temps partagé avec l'hôpital peuvent pratiquer chez Sorella sans acheter leur matériel pour occuper l'espace une partie de la semaine, ce qui leur permet de mieux gérer leur temps et leurs ressources tout en bénéficiant d'infrastructures modernes et bien équipées. Ceci contribue à une optimisation des coûts et à une amélioration des conditions de travail pour les médecins.

Enfin, pour les chirurgiens et obstétriciens qui ont besoin d'un accès régulier à un bloc opératoire, maintenir un pied à l'hôpital est essentiel. Les partenariats public-privé permettent de conserver ces infrastructures tout en intégrant les gestes techniques indispensables à leur pratique. Ainsi, ils peuvent continuer à offrir des soins de haute qualité tout en bénéficiant des avantages d'une collaboration avec le privé.

Plus d'informations :
<https://www.sorella-care.com/>



MISSION D'URGENCE D'ACTIONS SANTÉ FEMMES EN TURQUIE

SUITE AU SÉISME DE FÉVRIER 2023



D^r Xavier DUVAL ARNOULD*



P^r Henri-Jean PHILIPPE**

Le 6 février 2023, deux violents séismes de magnitudes de 7,8 et 7,5 frappent à quelques heures d'intervalle le sud-est de la Turquie et le nord de la Syrie. Le Bureau d'ASF décide d'envoyer une mission exploratoire dès le lendemain des séismes.

Crée il y a près de 10 ans, ASF est une ONG composée de près de 250 à 300 gynécologue-obstétriciens et sages-femmes bénévoles, ayant pour objet de contribuer à améliorer la santé des femmes les plus vulnérables. L'ONG compte 10 programmes en cours dans différents pays (Arménie, Roumanie, Haïti, République démocratique du Congo, Népal, Cambodge, Vietnam, France, Madagascar...).

Le Conseil d'administration d'ASF comporte 9 gynécologues-obstétriciens et 6 sages-femmes élus pour trois ans. Nous intervenons sur 4 types d'action :

1. Des missions d'urgence en cas de conflits ou de catastrophes naturelles.
2. Des missions de formations et de accompagnement notamment dans le domaine de la santé maternelle et reproductive mais aussi la chirurgie gynécologique (fonctionnelle et carcinologique).

3. Des missions éducatives auprès des jeunes dans le domaine de la santé sexuelle et reproductive.
4. Des missions de défense des droits des femmes lorsqu'ils ont des conséquences sur leur santé.

*Gynécologue obstétricien libéral, Vice-président d'Actions Santé Femmes
 **Gynécologue obstétricien, APHP-Centre Université de Paris, Secrétaire général d'Actions Santé Femmes

Dans le monde, les principaux problèmes concernant la santé des femmes sont :

- ♦ La mortalité maternelle qui concerne plus de 350.000 femmes par an dont 95 % sont évitables.
- ♦ Les complications obstétricales dont les fistules obstétricales qui correspondent à des écoulements permanents et abondants d'urines voire de selles par le vagin liées à une nécrose de la paroi vaginale secondaire à une dystocie du travail qui a souvent duré plusieurs jours. Ainsi, les femmes vont être victimes d'un triple drame : leur enfant est mort-né, leurs pertes permanentes est source d'exclusion socio-familiale et elles vont devenir infertiles.
- ♦ Les cancers du col utérin car il n'existe que très rarement de prévention primaire par la vaccination HPV ni de prévention secondaire par la pratique de frottis. Ces femmes consulteront donc à un stade avancé au-dessus de toute possibilité thérapeutique.

- ♦ Les grossesses chez les adolescentes sont un problème majeur ; ces grossesses peuvent être liés à l'absence d'information sur la sexualité ou à des mariages forcés. Ainsi 12 millions de femmes de moins de 19 ans étaient enceinte au cours de l'année 2020 dans le monde. Les conséquences sont multiples : médicales (complications des grossesses et de l'accouchement) et sociales (interruption des études et dépendance vis-à-vis des maris).
- ♦ Les mutilations génitales féminines (excision et infibulation) sont un problème médical très complexe car elles sont d'une part à l'origine de complications médicales immédiates et tardives et d'autre part, condamnées dans quasiment tous les pays mais maintenues en tant que pratique rituelle dans beaucoup de pays.

À titre d'exemple, nous présenterons une mission effectuée en 2024 dans le cadre de l'urgence suite au séisme en Turquie et dans le prochain numéro de la revue, une mission de développement (formation et compagnonnage) en Arménie.

Mission d'urgence en Turquie : déroulement des actions d'ASF

Le 6 février 2023, deux violents séismes de magnitudes de 7,8 et 7,5, suivis de nombreuses répliques d'importance, frappent à quelques heures d'intervalle le sud-est de la Turquie et le nord de la Syrie. Les premiers rapports paraissant dans la presse internationale le jour même de ces séismes décrivent un véritable chaos dans des villes où près de la moitié des immeubles se sont effondrés.

Les derniers bilans officiels, au 28 février 2023, font état de plus de 50 000 morts (5 951 en Syrie et 44 374 en Turquie), environ 2,4 millions de déplacés et au moins 25 millions de personnes directement affectées par ces tremblements de terre meurtriers.

Dans ces situations de crises, la priorité demeure la prise en charge traumatologique et en réanimation des blessés. Cependant, d'autres urgences, comme les accouchements, connaissent dans ces contextes des difficultés de prise en charge. En effet, suite aux séismes, un nombre important d'hôpitaux et de maternité ne sont plus fonctionnels et les patients sont systématiquement redirigés vers les plus

grandes structures qui ont mieux résisté aux tremblements de terre. En outre, dans ces établissements de santé encore en activité, le personnel, en sous-nombre, traumatisé et exténué, doit faire face à un afflux continu de patients prioritaires.

Cette situation n'est pas sans nous rappeler l'intervention de nos membres en 2010 à la suite du séisme survenu à Haïti le 12 janvier 2010 et dont le bilan définitif était de 230 000 morts.





Le Bureau d'ASF décide d'envoyer une mission exploratoire dès le lendemain des séismes, le 7 février 2023.

Le mardi 07 février, une équipe composée de membres d'Actions Santé Femmes (ASF) et de Pompiers Solidaires s'envole en urgence pour la Turquie afin de réaliser une mission exploratoire d'évaluation. Actions Santé Femmes est représentée par Patrick KNIPPER, chirurgien plasticien et membre d'ASF rompu aux missions exploratoires dans ces contextes de crises, Erdogan NOHUZ, gynécologue obstétricien aux hospices civils de Lyon et Sevda CELIK, sage-femme au CHU Clermont-Ferrand, tous deux membres d'ASF. Ils sont accompagnés sur le pan logistique par deux membres de l'association Pompiers Solidaires (PS) : Julien LEMAREC et Matthieu MICOULAS.



Dr Patrick Knipper pour Actions Santé Femmes, Matthieu Micoulas et Julien Lemarec pour Pompiers Solidaires lors de leur départ pour la Turquie le 07 février 2023

L'objectif de cette mission exploratoire était d'évaluer la situation sur le plan médical et la prise en charge des rescapés par les structures médicales locales turques.

Les conditions de cette mission exploratoire sont très difficiles : infrastructure routières dévastées, difficulté de circulation, conditions météorologiques extrêmes, difficulté d'obtention des autorisations locales.

Finalement, après une rencontre avec un coordinateur de l'AFAD (équipe turque responsable de la coordination), il nous a été recommandé de nous rendre à **l'hôpital de KIRIKHAN** (province de Hatay).

La ville de Kirikhan, comptant d'ordinairement plus de 100 000 habitants, est désormais une ville fantôme où la plupart des immeubles se sont affaissés ou ont été partiellement détruits. La population qui a pu quitter la ville est partie tandis que les rescapés restés sur place sont totalement démunis et vivent dehors sous des tentes et abris de fortune autour de feux improvisés.

L'hôpital de Kirikhan, récent mais fissuré par les séismes, demeure non fonctionnel en totalité sur le plan médical. Après discussions avec les responsables des services d'urgence et de la maternité, est envisagée la mise en place par ASF et PS d'une tente médicale pour des soins gynécologiques, obstétricaux et pédiatriques sur le parking de l'hôpital. Nous trouvons un lieu sécurisé auprès du stadium avant d'être délogés par les militaires turques qui réquisitionnent le stade.

L'AFAD envoie notre équipe dans un ancien centre de réfugiés syriens près de la frontière où, aujourd'hui, les Turcs construisent un camp pour les sinistrés, pour une période d'au moins un an (4 000 places prévues + conteneurs). Il existe la place idéale pour mettre une tente médicale d'ASF et y assurer des consultations en gynécologie-obstétrique. Cependant, les autorités préfèrent nous orienter au cœur des villes situées à l'épicentre des séismes, et plus particulièrement Kahramanmaras...



La ville de Kirikhan en Turquie (province de Hatay) avant et après les séismes du 6 février 2023

La ville de Kahramanmaraş, où vivaient près de deux millions d'habitants, est amputée de plus de la moitié de ses bâtiments qui se sont effondrés pendant les séismes du 6 février. La situation sur place est chaotique entre la recherche sous les décombres de rescapés et l'activité médicale d'urgence accrue et continue pour les quelques établissements de santé encore fonctionnels.

Le coordinateur de l'AFAD à Kahramanmaraş nous oriente vers l'hôpital YORUK SELIM où une rencontre avec le directeur est organisée. Ce dernier exprime, auprès de l'équipe, un besoin de personnels soignants. Nous rencontrons également un représentant du ministère de la Santé turc qui nous aidera pour tous les contacts. Finalement, après une discussion avec un nouveau directeur d'hôpital, l'aide d'Actions Santé Femmes serait plus précieuse au sein de l'hôpital Femmes-Mères-Enfants Necip Fazil Sehir Hastanesi de Kahramanmaraş.



Nous présentons donc notre bilan au bureau d'ASF :

Besoins

- ♦ Immenses besoins en dehors de la traumatologie (gynécologie-obstétrique, pédiatrie, maternité) ; les urgences quotidiennes sont devenues compliquées à prendre en charge compte-tenu des priorités : retrouver des rescapés et les prendre en charge. Pourtant les femmes continuent à accoucher en nombre.
- ♦ Une aide médicale d'urgence supplémentaire est nécessaire pour un personnel soignant évoluant en effectif réduit, traumatisé par cette catastrophe et surmené par l'afflux constant de patients.



Lieu d'intervention proposé

- ♦ Hôpital Femmes-Mères-Enfants Necip Fazil Sehir Hastanesi de Kahramanmaras.

Contenu du programme d'actions

- ♦ Appui à la prise en charge des urgences gynécologiques et obstétricales.
- ♦ Appui en salle naissance pour accouchements par voie basse et césariennes.

Modalités

- ♦ Conditions difficiles compte-tenu de l'afflux d'urgentistes du monde entier (pas de gynécologues-obstétriciens ni de sages-femmes) et de la volonté légitime des autorités turques de gérer cette catastrophe.
- ♦ Proposition dans un premier temps d'une équipe constituée d'un binôme gynécologue-sage-femme, turcophones ou arabophones, pour des missions d'une dizaine de jours avec chevauchement des équipes lors des relais de missionnés.
- ♦ Logistique sur le terrain assurée par Pompiers Solidaires.

Il est donc décidé d'apporter notre soutien à la maternité Necip Fazil Sehir Hastanesi de Kahramanmaras

L'équipe de la 2^{ème} mission est composée d'un gynécologue-obstétricien : Pr Erdogan NOHUZ des Hopitaux civils de Lyon et d'une Sage-femme, Sevda CELIK, tous les deux turcophones.

Lieux d'interventions : Hôpital Femmes-Mères-Enfants Necip Fazil Sehir Hastanesi à Kahramanmaras. Dès le 13 février, les logisticiens de Pompiers Solidaires installent sur le parking de l'hôpital la tente Poste Médical Avancé qui servira de base de vie. Cette tente sera chauffée, condition sine qua non à la pérennisation de ces missions en Turquie tant les nuits ont été difficiles (les températures avoisinent les -15°C).



L'entrée principale de l'hôpital Femmes-Mères-Enfants Necip Fazil Sehir Hastanesi à Kahramanmaras



La tente « base de vie » d'Actions Santé Femmes et Pompiers Solidaires

Après une dernière validation conjointe, par l'AFAD et le directeur médical de l'hôpital Femmes-Mères-Enfants Necip Fazil Sehir Hastanesi de Kahramanmaras, d'une mission d'appui médical de la part d'ASF dans les services suivants : maternité, gynécologie-obstétrique, néonatalogie, pédiatrie, urgences et réanimation, l'action des membres de la mission 2 d'Actions Santé Femmes va comporter deux composantes majeures dans cet hôpital :

- ♦ Consultations d'urgence en gynécologie-obstétrique.
- ♦ Appui en salle de naissance, réalisation d'accouchements par voie basse et par césarienne.



Sevda CELIK, sage-femme

Pr Erdogan NOHUZ, Gynécologue-obstétricien

L'équipe gynécologue et sage-femme est présente chaque jour au sein de l'hôpital et assure principalement des consultations d'urgence en gynécologie-obstétrique. Ils sont également progressivement intégrés à la rotation des gardes de l'hôpital, ce qui permet au personnel soignant local de prendre quelques heures de repos après des journées éprouvantes sur les plans professionnel, psychologique et humain.

Durant les consultations les échographies sont très demandées par les patientes, en grand besoin de réassurance vis-à-vis de leurs grossesses en cette période de tension extrême.

Les membres d'Actions Santé Femmes participent également activement aux accouchements par voie basse et par césarienne, dans un pays où le taux de césarienne avoisine les 50 %.

Dans ce contexte « post-catastrophe », les femmes sont conduites à l'hôpital pour leur accouchement au dernier moment, en « urgence » et par ambulance. Une méthode qui induit l'absence de toute potentielle péridurale ou quelconque travail de relaxation pré-accouchement.

Habituellement la maternité de Kahramanmaras procède à environ **7 200 accouchements par an**. Actuellement, après la perte de près de 40 % de sa population totale, disparue ou réfugiée, le nombre d'accouchements quotidiens oscille entre quatre et cinq naissances par jour.

L'activité parfois très dense a nécessité que nos équipes comportent obligatoirement des professionnels **turcophones ou arabophones**.

C'est une véritable valeur ajoutée dans cet hôpital où 30 à 40 % des femmes qui accouchent sont de nationalité syrienne et ne parlent pas le turc. En effet, près de 4 millions de réfugiés syriens vivent en Turquie en 2023, et environ trois millions d'entre eux vivent au cœur des régions impactées par ces terribles séismes.

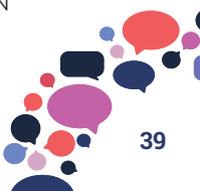
À la suite des séismes en Turquie et en Syrie, la Sécurité Civile française, branche du ministère de l'Intérieur et des Outre-Mer, a décidé de déployer l'E.S.C.R.I.M, un hôpital mobile rapidement mobilisable sur des lieux de crises majeures. Celui-ci a été installé le 13 février 2023 à Gölbasi, tout proche de la ville d'Adiyaman comptant 268 000 habitants et fortement touchée par les séismes. Ainsi, après des échanges entre le siège d'Actions Santé Femmes et le ministère, notre équipe s'est rendue sur place le jeudi

16 février. Après une visite complète de cet hôpital mobile, l'équipe a réalisé une dizaine de consultations gynécologiques et obstétricales d'urgence sur place.

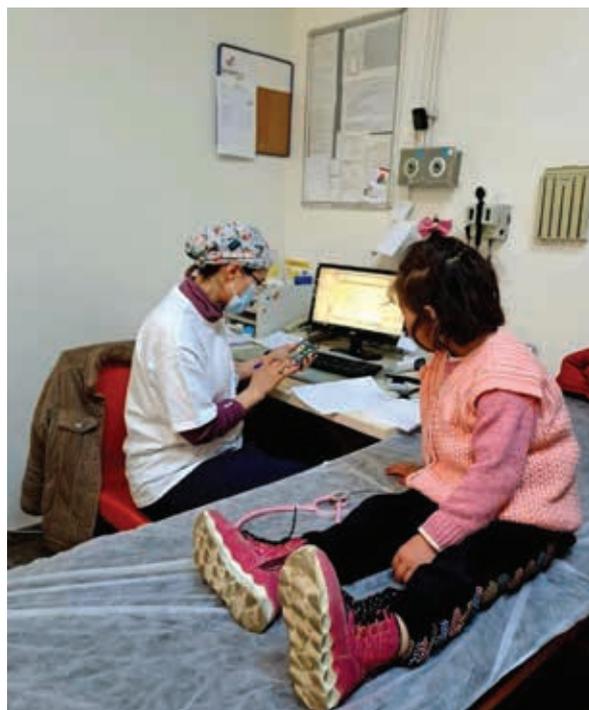


Des échanges ont eu lieu avec la médecin responsable médicale d'ESCRIM, pour apprécier la proposition de collaboration dans la mesure où il existait une tente spécifique pour la maternité avec cependant une seule sage-femme. Les maternités aux alentours sont dévastées.

L'équipe suivante est composée de 4 personnes : une gynécologue-obstétricienne, Dr Safiya BARBOUCHA, une pédiatre, Dr Zekavet YALCINBAKIS et 2 sages-femmes, Stéphanie HESSMANN



et Nuriye GOKSEN. Après une journée de chevauchement, la nouvelle équipe poursuit les consultations d'urgence en gynécologie-obstétrique et l'activité en salle de naissance... la pédiatre prend en charge les urgences pédiatriques.



Dr Zekavet Yalcin-Bakis

Les médecins d'ASF participent activement à l'effort médical intense « post-catastrophe » et prennent le relais d'un personnel médical local exténué, traumatisé et sous tension perpétuelle



depuis plusieurs semaines. Les équipes d'ASF effectuent des gardes en roulements continus (8h-16h / 16h-00h / 00h-8h) et permettent au personnel médical local de se reposer tout en facilitant la perpétuation de la prise en charge des urgences gynécologiques, obstétricales et pédiatriques de nuit comme de jour.

Enfin, dans le service de pédiatrie le Dr Zekavet YALCIN-BAKIS est continuellement sollicitée, sa présence soulageant une équipe locale produisant un effort considérable en assurant dans ce contexte de crise près de 2 000 consultations par jour.

Elle enchaîne les gardes pendant sa semaine de mission et réalise parfois près d'une centaine de consultations aux urgences pédiatriques en 24h, en rappelant que près de 80 % de celles-ci concernent des enfants de moins de deux ans.

La 4^{ème} équipe sera composée de deux sages-femmes : Stéphanie HESSMANN et Nuriye GOKSEN avec toujours l'appui des membres de Pompiers Solidaires.



Nuriye GOKSEN



Stéphanie HESSMANN

Elles intègrent instantanément l'équipe de sages-femmes de la maternité. Des sages-femmes turques volontaires d'Ankara sont également venues prêter main forte après le séisme mais elles doivent retourner dans leur ville d'origine.

La relève de ce groupe de sages-femmes turques, prévue par l'AFAD, tarde à être acheminée jusqu'à Kahramanmaras. Ainsi dès leur premier jour de mission à la maternité, les deux sages-femmes d'ASF entament une garde complète de vingt-quatre heures. Une présence « providentielle » selon les paroles élogieuses et

emplies d'émotion et de reconnaissance prononcées par la cadre responsable des sages-femmes au sein de cette maternité.

Leur activité quotidienne à la maternité est dense et la collaboration, tant médicale qu'humaine, entre membres d'ASF et sages-femmes turques est une réussite réciproquement estimée.

Les sages-femmes découvrent des modalités de prise en charge des accouchements un peu différentes de celles réalisées en France dans leurs différents lieux d'exercice : salles communes pour la surveillance, recours facile à l'expression abdominale lors des efforts de poussée, pas d'accès à la péridurale... Les deux sages-femmes françaises, ayant une grande expérience de la préparation et de la relaxation pendant l'accouchement, commencent à mettre à disposition ce soutien auprès de ces femmes dont certaines restent 12 heures en salle de pré-travail.

Pendant ces deux semaines de mission, nos sages-femmes vont également à la rencontre des populations sinistrées en dehors de l'enceinte de la maternité et partagent des instants emplis d'humanité et de compassion avec ces personnes qui ont tant perdu au cours des dernières semaines. Une expérience bouleversante pour ces deux missionnées.

Après un mois d'intervention, les responsables du programme d'urgence ont pris des contacts avec Hervé MAGRO, Ambassadeur de France en Turquie, le Centre de Crise et de Soutien du MEAE, l'Ambassadeur de Turquie en France, l'UNHCR pour apprécier les lieux et les modalités les plus appropriés de notre intervention en Turquie.

Les derniers bilans de ces séismes meurtriers en Turquie et en Syrie font état de près de **2,4 millions de personnes déplacées**. S'ajoutent à ce chiffre toutes les populations sinistrées restées sur place sans logements. Une situation de crise majeure dans laquelle intervient inéluctablement l'UNHCR, organe des Nations unies spécialisé dans la gestion des populations déplacées et réfugiées.

Des camps transitoires se multiplient, bientôt pérennisés dans des camps où les populations seront relogées dans des conteneurs réhabilités.

Dans ce contexte des **dispensaires** ouvriront à proximité de ces camps de déplacés et de nombreux postes de santé, notamment en gynécologie-obstétrique, seront à pourvoir.

L'UNHCR envisage des actions d'ASF via une clinique mobile au sein de ces camps afin d'assurer les soins en santé maternelle et infantile serait, a priori, le mode d'action privilégié...

Au total, cette mission d'urgence a permis de soutenir les équipes turques pendant une période de transition leur permettant de panser leurs blessures, d'évaluer leurs pertes et de se rétablir progressivement. Elle n'a été possible que grâce à la réactivité des gynécologues et des sages-femmes qui ont répondu très rapidement à l'Appel d'ASF d'où la nécessité d'établir des liens étroits avec tous les organismes fédérant les gynécologues comme le SYNGOF. Avec les remerciements d'ASF pour les professionnels qui se sont mobilisés en urgence.



Nous Contacter

✉ actions.sante.femmes@gmail.com

🌐 www.actions-sante-femmes.org

☎ + 33 06 59 43 29 83



Nous suivre

📷 @actions.sante.femmes

🌐 Action Santé Femmes

📘 ASF Action Santé Femmes

🎙 Doc'Humanitaires - Le podcast ASF



Actions Santé Femmes

Membres Fondateurs :

Dr André Benbassa
Dr Noëlle Bessières
Dr François Boussarie
Dr Alexandre Dumont
Dr Xavier Duval-Arnould
Mme Florence Francillon
Pr Henri-Jean Philippe
Mme Anne Sarrazin
Mme Marie-Annick Vallegas
Dr Bernard Weyl

Bulletin d'adhésion et/ou don

A remplir et à retourner au siège social d'ASF

Païement par un chèque établi à l'ordre de "ASF" ou par virement sur le compte d'ASF IBAN

FR76 | 4255 | 9100 | 0008 | 0145 | 4376 | 020

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

CP _____ Ville _____

Profession : _____ Lieu d'exercice : _____

Date de naissance : / /

Téléphone portable : _____

Mail : _____

- J'adhère à ASF pour l'année 2024 et je m'acquitte de la cotisation annuelle de 50 € (Membre adhérent)
- J'adhère à ASF pour l'année 2024 et je m'acquitte de la cotisation annuelle de 50 € + je fais un don de _____ €
Soit un total de _____ € (Membre adhérent bienfaiteur)
- Je fais un don à ASF de _____ € (Donateur non adhérent)

Je recevrai en retour un justificatif de déduction fiscale permettant de déduire 66% du don de mes impôts, dans la limite de 20% du revenu imposable.

par courrier par mail

Fait à _____ Le / /
Signature :



AMÉLIORER LE SUIVI GYNÉCOLOGIQUE DES FEMMES EN SITUATION DE HANDICAP



Anne-Charlotte DAMBRE*

Des outils pédagogiques et des fiches conseils pour améliorer l'accueil et la prise en charge médicale des patients en situation de handicap.

L'association Coactis Santé agit depuis 2010 pour un meilleur accès à la santé des personnes en situation de handicap. Avec de nombreux experts et structures partenaires, dont le SYNGOF, l'association développe des ressources pour s'attaquer aux problèmes de littératie en santé et au manque de formation des professionnels de santé sur le handicap.

L'association propose notamment des ressources pour accompagner la vie affective, intime, sexuelle des femmes handicapées et leur suivi gynécologique. Comme toutes les femmes, les femmes avec un handicap, qu'il soit physique, psychique, sensoriel ou cognitif, ont besoin d'un suivi gynécologique. Or, une consultation de gynécologie peut s'avérer être un véritable défi tant pour la patiente qui appréhende l'examen que pour le professionnel qui la reçoit. Améliorer l'accès aux soins gynécologiques est un

enjeu de santé publique puisque seulement 58 % des femmes en situation de handicap en Île-de-France déclarent un suivi régulier et que 86 % d'entre elles déclarent ne jamais avoir eu de mammographie¹.

C'est pour répondre à cette problématique que Coactis Santé agit en proposant différentes ressources.

Tout d'abord, **des fiches-conseils HandiConnect** pour aider les professionnels de santé dans leur pratique quotidienne auprès des patients

1. <https://www.iledefrance.ars.sante.fr/acces-aux-soins-gynecologiques-pour-les-femmes-en-situation-de-handicap-un-programme-dactions>

* Co-déléguée de l'association CoActis Santé





en situation de handicap. 4 fiches-conseils sont disponibles gratuitement sur le site www.handiconnect.fr sur le suivi gynécologique des femmes en situation de handicap avec des points de vigilance, des ressources et réseaux utiles, des conseils en termes de savoir-être, savoir-faire et savoir. Ces fiches-conseils ont pour objectif de permettre une meilleure relation lors de la consultation et de faciliter le passage de relais vers des consultations dédiées si besoin.

Ensuite, **SantéBD** qui regroupe des bandes-dessinées faciles à comprendre sur la santé, des posters, des vidéos et une banque d'images en libre accès pour faciliter la préparation des rendez-vous et le dialogue pendant la consultation. De nombreuses ressources sur la vie intime, affective et sexuelle existent : la puberté, la contraception, les infections sexuellement transmissibles, la consultation gynécologique, l'examen gynécologique, la prévention des cancers du sein ou du col de l'utérus.

L'association vient de publier une nouvelle bande-dessinée sur la ménopause pour compléter cette collection. Ce sujet, longtemps tabou, est aujourd'hui démystifié dans les médias.

2. <https://www.essity.fr/le-groupe/initiatives-sociales/parlons-de-la-menopause-etude-2023/>

Mais qu'en est-il des femmes handicapées ou avec une faible littératie en santé qui entrent en ménopause ? Ont-elles assez d'informations sur les conséquences de ce changement dans leur vie ?

Selon une récente étude, 44 % des femmes en France se disent insuffisamment informées sur la ménopause et ses effets².

C'est donc pour permettre une meilleure compréhension de cette étape de vie que Coactis Santé vient de publier cette SantéBD avec des illustrations et des mots simples : comment se passe la ménopause, les changements ressentis et les conseils pour en diminuer ses effets.

Cette nouvelle publication a bénéficié d'une relecture et d'une validation du SYNGOF, partenaire privilégié de l'association.

Un webinaire sur le suivi gynécologique des femmes en situation de handicap

Pour aller plus loin, l'association a lancé en 2023 un cycle de webinaires destiné aux professionnels de santé. Le 8 février 2024, un webinaire était organisé sur le thème du suivi et des soins gynécologiques chez les patientes handicapées.

Deux spécialistes du sujet et contributrices régulières aux ressources de l'association sont intervenues pour partager expériences et conseils : **Dr Perrine Ernoult, gynécologue médicale, médecin coordinatrice et référente gynécologie du dispositif Handisco au CHU de Toulouse et Madame Frédérique Perrotte, sage-femme référente du dispositif Handigynéco**. Près de 1000 personnes étaient inscrites et le replay du webinaire est disponible ici : [lire le replay sur le site du SYNGOF \(en page d'accueil\)](#).



COMMUNIQUÉ DE PRESSE COMMUN : CNGOF – SFE – SFG - FNCGM



RECOMMANDATIONS : RISQUE DE MÉNINGIOME ET UTILISATION DE MACROPROGESTATIFS

Les méningiomes sont des tumeurs cérébrales bénignes qui se développent à partir des méninges (tuniques enveloppant le cerveau et la moelle épinière). L'incidence annuelle de ces tumeurs cérébrales, tout âge confondu, est très faible puisqu'elle est de 8 à 10 cas/100 000 personnes/an. Elle augmente de façon linéaire avec l'âge. Environ 2/3 des méningiomes sont potentiellement sensibles aux hormones dérivées de la progestérone (progestatifs) car ils expriment des récepteurs de cette même hormone.

En 2018, un progestatif appelé acétate de cyprotérone (ANDROCUR® et ses génériques) a fait l'objet d'une évaluation spécifique par l'Agence Nationale de Sécurité du médicament (ANSM) sur la survenue de méningiomes opérés. Des recommandations et des règles de prescription strictes ont été diffusées. Avant l'initiation de ce traitement, une IRM cérébrale doit être réalisée pour s'assurer de l'absence de méningiome pré-existant. Cet examen est renouvelé au bout de 5 ans si le traitement par acétate de cyprotérone est maintenu pendant toute cette durée, puis tous les deux ans en cas d'utilisation au-delà de 5 ans. Un formulaire de consentement doit être signé par la patiente et par le médecin prescripteur et doit accompagner la prescription. Sans ce formulaire, l'acétate de cyprotérone ne peut être délivré par le pharmacien.

En Juin 2020, puis plus récemment dans deux nouvelles publications en 2023 et 2024, l'étude épidémiologique GIS EPIPHARE ANSM-CNAM a

évalué le risque de méningiomes opérés chez les femmes sous traitement de type macroprogestatif versus celui des femmes non traitées. Ces études ont mis en évidence une augmentation significative du risque de méningiome dans le groupe de femmes traitées par l'acétate de chlormadinone (LUTERAN® et ses génériques qui ne sont plus commercialisés actuellement en France), la promegestone (SURGESTONE®, qui n'est plus commercialisée en France) mais aussi la médrogestone (COLPRONE®), l'acétate de nomégestrol (LUTENYL® et ses génériques) et l'acétate de médroxyprogestérone en dépôt (DE-PROVERA®). Les risques relatifs sont variables selon les molécules. Ils sont présentés dans le Tableau 1. Pour tous ces macroprogestatifs, comme pour l'acétate de cyprotérone, il existe une relation dose-effet : plus la dose totale prise (tenant compte à la fois de la dose quotidienne et de la durée de traitement) augmente, plus le risque de diagnostic de méningiome augmente. Aucun risque n'a été mis en évidence avec la progestérone (quelle que soit la voie d'administration), la dydrogestérone, la spironolactone (qui n'est pas un progestatif stricto-sensu) et les systèmes intra-utérins (SIU) au lévonorgestrel. Compte-tenu du faible nombre d'utilisatrices du dienogest (traitement médical de l'endométriose) dans cette étude, il n'y pas de données disponibles à ce jour. Cette étude a mis en évidence une légère augmentation statistiquement significative du risque de méningiome chez les femmes ayant un dispositif intra-utérin (DIU) au cuivre, donc

Tableau n°1

Risque de méningiome avec l'utilisation des macroprogestatifs de synthèse (D'après Roland et al. BMJ 2024)		Odds ratio (intervalle de confiance à 95%)
Acétate de cyprotérone	En cours d'utilisation	19.21 (16.61 to 22.22)
	Utilisation courte	2.28 (1.42 to 3.65)
	Utilisation prolongée	24.54 (20.85 to 28.88)
Acétate de chlormadinone	En cours d'utilisation	3.87 (3.48 to 4.30)
	Utilisation courte	1.50 (1.20 to 1.87)
	Utilisation prolongée	5.55 (4.90 to 6.28)
Acétate de nomégestrol	En cours d'utilisation	4.93 (4.50 to 5.41)
	Utilisation courte	1.34 (1.08 to 1.66)
	Utilisation prolongée	7.54 (6.76 to 8.41)
Médrogestone	En cours d'utilisation	3.49 (2.38 to 5.10)
	Utilisation courte	N/A
	Utilisation prolongée	4.08 (2.72 to 6.10)
Acétate de médroxyprogestérone en dépôt 150 mg/3 mois	En cours d'utilisation	5.55 (2.27 to 13.56)
	Utilisation courte	N/A
	Utilisation prolongée	5.62 (2.19 to 14.42)

En cours d'utilisation = au moins une dispensation dans l'année précédant la date index et absence d'exposition à la chlormadinone, au nomégestrol et à l'acétate de cyprotérone dans les trois années précédant la date index. Utilisation courte = usage courant, sans dispense, au cours de la deuxième année précédant la date index ; Usage prolongé = usage courant, avec au moins une dispense au cours de la deuxième année précédant la date index.

non hormonal (OR (IC95%) = 1.13 (1.01 to 1.25)). Ce résultat est inattendu et s'oppose aux résultats rassurants des SIU contenant du lévonorgestrel. Une des hypothèses est qu'il existe des biais inhérents à ces études. Il est de plus important de rappeler que les données concernant les microprogestatifs et les contraceptions œstroprogestatives sont a priori rassurantes concernant un éventuel sur-risque de méningiome.

L'incidence des méningiomes augmentant naturellement avec l'âge, le risque de développer un méningiome serait donc 3 fois plus élevé pour les femmes de 35 à 44 ans que pour celles de 25 à 34 ans. Néanmoins, les chiffres exposés en termes de risque relatif doivent être pondérés par la très faible incidence annuelle des méningiomes dans la population générale (environ 8 à 10 cas/100 000 personnes/an soit 0,008 à 0,01 % de la population générale/an). Seuls les méningiomes présentant des récepteurs à la progestérone (environ 2/3 des méningiomes) sont théoriquement sensibles à la prise de macroprogestatifs. Les données publiées récemment confirment l'effet promoteur de ces molécules utilisées à forte doses mais ne démontre pas un effet initiateur tumorigène en l'absence de données de suivi.

Enfin, il est important de rappeler qu'en cas de méningiome découvert chez des patientes utilisant des macroprogestatifs, l'arrêt de ces molécules induit dans l'immense majorité des cas, une stabilisation voire une diminution significative du volume tumoral. L'étude publiée dans le Lancet en 2024 montre que le risque de méningiome, après au moins une année d'arrêt de l'acétate de nomégestrol, n'est pas différent de celui des femmes du groupe contrôle, non traitées. Ces données sont en faveur de l'effet promoteur sur des méningiomes préexistants. Ainsi, l'arrêt du traitement permet de sursoir à une intervention neurochirurgicale dans l'immense majorité des cas. En revanche, une surveillance neuro-radiologique demeure nécessaire.

Lors d'une éventuelle prescription de macroprogestatifs, il est important d'évaluer avec la patiente la balance bénéfico-risque. L'acétate de chlormadinone, la médrogestone et l'acétate de nomégestrol sont des progestatifs très antigonadotropes. Ils sont utilisés pour traiter des symptômes invalidants liés à une insuffisance lutéale (hyperœstrogénie relative), une symptomatologie hémorragique associée à certaines pathologies gynécologiques (adé-

nomyose, fibromes, hyperplasies endométriales), une symptomatologie associée à l'endométriose ou à l'adénomyose, ainsi que certaines mastopathies bénignes complexes. Ces progestatifs sont également très utiles pour obtenir une aménorrhée thérapeutique associée à une contraception efficace dans certaines situations lorsque les femmes ont des contre-indications aux œstroprogestatifs comme des migraines ou des crises d'épilepsie survenant pendant les règles appelées cataméniales ou des ménorragies sous traitement anti-coagulant ou secondaires à une coagulopathie. Les macroprogestatifs sont également très utiles dans la prise en charge des femmes ayant certaines formes d'angio-œdèmes héréditaires (pathologie rare mais potentiellement grave). Quant à l'acétate de cyprotérone, il s'agit d'un puissant anti-androgène qui garde sa place dans la stratégie de prise en charge des hirsutismes sévères ayant un impact psychosocial majeur. Il se situe en 1^{ère} intention ou en cas d'échec des contraceptions œstroprogestatives et/ou de la spironolactone qui reste un traitement à ce jour hors autorisation de mise sur le marché (AMM). Le CNGOF et la SFE encouragent donc les praticiens à évaluer et à réévaluer chaque année la balance bénéfices – risques individuels de ces traitements et de ne pas les interrompre s'il n'existe pas d'alternative efficace. Il est souhaitable que les prescripteurs respectent les règles d'utilisation des macroprogestatifs préconisées par l'ANSM :

- ♦ Respect de l'AMM de chacune de ces molécules.
- ♦ Remplissage d'un formulaire de prescription conjointement par la patiente et le praticien prescripteur au moins une fois par an.

♦ Prescription d'une IRM encéphalique avec injection :

- Dès l'initiation du traitement :
 - chez les femmes qui vont débiter un traitement par acétate de cyprotérone ;
 - chez les femmes ayant des facteurs de risque de méningiome (neurofibromatose de type 2 et antécédent personnel d'irradiation cérébrale) ;
- Après une année de traitement, s'il est envisagé de poursuivre au-delà un traitement par médrogestone, acétate de nomégestrol, ou acétate de médroxyprogestérone.
- Cinq ans après la 1^{ère} IRM encéphalique chez toute femme continuant d'utiliser un macroprogestatif et ensuite, tous les deux ans pendant toute la durée du traitement.
- Chez toute femme présentant une symptomatologie évocatrice de méningiome évolutif (céphalées, troubles visuels ou auditifs, vertiges inhabituels...) en cours de traitement par un macroprogestatif.
- Chez toute femme présentant une symptomatologie évocatrice de méningiome évolutif (céphalées, troubles visuels ou auditifs, vertiges inhabituels...) traitée dans le passé pendant au moins une année par un macroprogestatif et avant introduction d'un nouveau traitement progestatif, y compris ceux dont le risque de méningiome n'est pas encore connu (drospirénone, dienogest...).
- Réévaluation au moins une fois par an de la balance bénéfices – risques du traitement.

Concernant l'utilisation de l'acétate de médroxyprogestérone en dépôt à la dose de 150 mg tous les 3 mois à visée contraceptive (DEPO-



PROVERA®), il est important de rappeler que ce contraceptif présente de nombreux inconvénients du fait de ses caractéristiques pharmacologiques et de la dose administrée tous les 3 mois, en particulier une prise de poids, une hypo-œstrogénie clinique, une déminéralisation osseuse, une hyperandrogénie clinique et augmentation du risque thrombo-embolique. En raison du risque supplémentaire de méningiome, la surveillance de cette contraception est lourde. Ainsi, l'indication de l'acétate de médroxyproges-

térone, utilisé à visée contraceptive, est très limitée, compte-tenu des nombreuses alternatives disponibles en France.

En conclusion, une vigilance est nécessaire lors de l'utilisation au long cours de macroprogestatifs, pour des doses importantes sur des durées prolongées en raison du risque de méningiomes. Il est important d'évaluer et de réévaluer chaque année la balance bénéfique risque de ce type de traitement pour chaque patiente.

Références

1. <https://ansm.sante.fr/actualites/progestatifs-et-risque-de-meningiome-recommandations-pour-limiter-ce-risque - actualisation du 4 juin 2024>
2. Roland N, Neumann A, Hoisnard L, Duranteau L, Froelich S, Zureik M, Weill A. Use of progestogens and the risk of intracranial meningioma: national case-control study. *BMJ*. 2024 Mar 27;384:e078078.
3. Voormolen EHJ, Champagne PO, Roca E, Giammattei L, Passeri T, di Russo P, Sanchez MM, Bernat AL, Yoldjian I, Fontanel S, Weill A, Mandonnet E, Froelich S. Intracranial Meningiomas Decrease in Volume on Magnetic Resonance Imaging After Discontinuing Progestin. *Neurosurgery*. 2021 Jul 15;89(2):308-314.
4. Nguyen P, Roland N, Neumann A, Hoisnard L, Passeri T, Duranteau L, Coste J, Froelich S, Zureik M, Weill A. Prolonged use of nomegestrol acetate and risk of intracranial meningioma: a population-based cohort study. *Lancet Reg Health Eur*. 2024 May 17;42:100928
5. Dr Geoffroy ROBIN, pour le CNGOF (Collège National des gynécologues et Obstétriciens Français)
6. Pr Anne BACHELOT et Sophie CHRISTIN-MAITRE pour la SFE (Société Française d'Endocrinologie)
7. Pr Nathalie CHABBERT-BUFFET pour la SFG (Société Française de Gynécologie)
8. Dr Isabelle HERON, pour la FNCGM (Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale)

LIMITATION DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES EN CAS DE CUMUL EMPLOI-RETRAITE

En cumul activité-retraite, on ne cotise plus au régime invalidité décès et seulement les 60 premiers jours donnent droit à des indemnités journalières.

Extraits du guide « cumul retraite-activité libérale » de la CARMF :

- En cumul activité-retraite, vous n'êtes plus couvert par le régime invalidité-décès. Votre famille et vous-même ne bénéficiez plus de certaines prestations du régime invalidité-décès : indemnités journalières, rente invalidité, capital décès.
- En cas de maladie (arrêts de travail de plus de 60 jours) ou de décès, vous et votre famille n'êtes plus couverts. Cependant, des indemnités journalières peuvent être accordées au médecin en cumul du 4^e au 60^e jour d'arrêt de travail par l'Assurance Maladie (CPAM). Cette indemnisation est régie par des règles spécifiques, distinctes de celles de la CARMF.
- En cas de décès, les rentes sont versées, le cas échéant, à votre conjoint s'il est âgé de moins de 60 ans, et à vos enfants à charge âgés de moins de 21 ans, et jusqu'à 25 ans en cas de poursuite des études.

TEST SALIVAIRE POUR DIAGNOSTIQUER L'ENDOMÉTRIOSE LA HAS PROPOSE UNE INTÉGRATION AU FORFAIT INNOVATION

Test salivaire permettant de caractériser l'expression de multiples biomarqueurs dans le cadre du diagnostic de l'endométriose, Endotest®, développé par la société Ziwig, n'entre pas dans la catégorie des tests rapides d'orientation diagnostique (TROD). Si le prélèvement est susceptible d'être réalisé directement par la patiente, il s'agit d'un examen de biologie médicale complexe puisqu'il implique la réalisation d'un séquençage haut débit et l'utilisation d'un algorithme conçu par intelligence artificielle au sein d'un laboratoire de biologie médicale spécialisé.

La HAS propose de **permettre un accès précoce et sécurisé des femmes à ce test, dans le cadre d'un forfait innovation**. Ainsi, des patientes pourraient bénéficier d'un accès pré-



coce, encadré et sécurisé à Endotest®, avec une prise en charge dérogatoire conditionnée à la réalisation de l'étude d'utilité clinique.

L'intégralité de la recommandation est disponible sur le site de la HAS.



UN PREMIER PRÉSÉRATIF FÉMININ REMBOURSABLE

Inscrit sur la LPPR depuis fin décembre 2023, le préservatif féminin lubrifié ORMELLE est remboursable depuis le 9 janvier 2024 en tant que contraceptif et pour la prévention de certaines infections sexuellement transmissibles.

Rappelons que depuis le 1^{er} janvier 2023, les préservatifs inscrits sur la LPPR sont pris en charge intégralement (100 %) pour les hommes et les femmes de moins de 26 ans, sans ordonnance médicale.

ORMELLE devient le premier préservatif féminin remboursable en France, en complément des préservatifs masculins EDEN, SORTEZ COUVERT et BE LOVED.



GROSSESSE ET VIH

LA HAS ACTUALISE SES RECOMMANDATIONS

Il s'agit de proposer une prise en charge thérapeutique optimale des malades vivant avec le VIH. Les objectifs des recommandations sont de définir dans le contexte français actuel, l'attitude optimale pour les PVVIH concernant les aspects suivants :

- ◆ Soins préconceptionnels ;
- ◆ Contraception ;
- ◆ Place de l'aide médicale à la procréation ;
- ◆ Choix des traitements de première ligne pendant et en vue d'une grossesse selon les différentes situations rencontrées ;
- ◆ Parcours de soins pendant la grossesse ;

- ◆ Prise en charge obstétricale ;
- ◆ Prophylaxie néonatale et soins des nouveau-nés et nourrissons de mères VVIH ;
- ◆ Allaitement.

Ces recommandations ne concernent que la prise en charge thérapeutique médicamenteuse (curative et préventive) des personnes vivant avec le VIH.

Lire les recommandations sur le site de la HAS



RECOMMANDATION HAS

VACCINATION AU 8^{ÈME} MOIS DE GROSSESSE CONTRE LE VRS

En août dernier, le vaccin Abrysvo, a obtenu une autorisation de mise sur le marché européenne. Il est indiqué pour la protection contre les maladies des voies respiratoires inférieures causées par le virus respiratoire syncytial (VRS) chez les nourrissons de la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois, à la suite de l'immunisation de la mère pendant la grossesse.

En matière d'efficacité, les estimations issues de l'étude MATISSE montrent une réduction significative des infections respiratoires sévères liées au VRS : 81,8 % à 3 mois, 69,4 % à 6 mois. Une réduction des hospitalisations est également observée : 67,7 % à 3 mois, 56,8 % à 6 mois. En ce qui concerne la tolérance du vaccin, il n'a pas été rapporté d'augmentation d'événements indésirables graves ni chez la mère, ni chez le nouveau-né.

Ces données valident l'intérêt de la vaccination et conduisent la HAS à l'intégrer dans la stratégie de prévention des infections à VRS chez le nourrisson.



Dans l'attente de données sur un éventuel surrisque de naissances prématurées (non significatif pour ce vaccin, mais ayant conduit à l'arrêt du développement d'un vaccin concurrent), la HAS positionne par précaution cette vaccination au 8^e mois de grossesse, plus précisément entre les 32^e et 36^e semaines d'aménorrhée.

Lire l'intégralité de la recommandation sur le site de la HAS



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 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
NANCY

Docteur BASTIAN

Place du Grand Jardin - VENICE

Docteur CACAULT

21 rue Camille Pelletan - HOUILLES

Docteur CAMAGNA

1 rue Velpeau - ANTONY

Docteur DE BIEVRE

6 rue St Fiacre - MEAUX

Docteur DENJEAN

7 av. Pierre Verdier - BÉZIERS

Docteur DREYFUS

25 rue Garibaldi - LYON

Docteur DURAND-REVILLE

4 Rue de Lessard - ROUEN

Docteur GARRIOT

7 rue J J Bernard - COMPIÈGNE

Docteur GRISEY

2 rue Maurice Louis de Broglie
BELFORT

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 THIEBAUGEORGES

Clinique Sarrus Teinturiers
TOULOUSE

Docteur DURAND-REVILLE

4 Rue de Lessard - ROUEN

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 Michel DREYFUS

22 avenue Rockefeller
69008 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

4 chemin de Beg Ar Menez
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 Mikael 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 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

21 rue Camille Pelletan
78800 HOUILLES
email : ja.cacault@wanadoo.fr

Dr Olivier CAMAGNA

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

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 Marc DURAND-REVILLE

4 Rue de Lessard, 76100 ROUEN
email : mdurandreville@gmail.com

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 : drjplaplace@bordeauxnord.com

Occitanie

Dr Jacques FAIDHERBE

128 rue du Caducée
34090 MONTPELLIER
email : j-faidherbe@chu-montpellier.fr

Dr Olivier THIEBAUGEORGES

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

PACA

Dr Jean-Marc BASTIAN

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

Dr Alexandre LAZARD

345 avenue du Prado
13008 MARSEILLE
email : alexandre.lazard@yahoo.fr

Dr Daniel LEGRAND

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

syngof

Syndicat
des gynécologues
et obstétriciens
de France



L'ALLIANCE DES MATERNITÉS CATHOLIQUES recherche DES GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIEUX

La personnalisation de l'accueil, la qualité et sécurité des soins sont au cœur de nos valeurs. Les maternités sont toutes de niveau 2A, à taille humaine offrant une atmosphère familiale aux patientes et aux praticiens.

Clinique de L'étoile Aix-en-Provence (13).

Clinique labélisée IHAB depuis 2022 ou plus d'1 aixois sur 2 est né à L'étoile !
1^{ère} maternité d'Aix-en-Provence et 4^{ème} pour les Bouches-du-Rhône (Le Figaro 2024).
5^{ème} meilleur établissement en chirurgie ambulatoire selon les patients (Capital.fr).

Clinique Saint-Vincent-de-Paul Bourgoin-Jallieu (38) à 20 minutes de Lyon.

Clinique équipée des dernières technologies avec de la chirurgie robotique.
Établissement où la performance médicale et le potentiel humain peuvent s'exprimer.
Installation possible dès à présent en libéral / possibilité de remplacement.



CONTACT

Morgane Frechin
Responsable
Communication
☎ 06 12 38 50 06
☎ 09 71 00 38 07



<http://www.alliance-mc.com>



L'Hôpital de Grasse (Alpes-Maritimes)

RECHERCHE Un gynécologue-obstétricien (assistant, PHC, PH)

Pour compléter son équipe (7 PH temps plein et 2 PH temps partiel, 5 internes de médecine générale, 2 internes de spécialité).

Seule maternité niveau 2B du département (1900 accouchements), 32 lits dont 23 chambres individuelles, une unité de soins intensifs et des pédiatres dynamiques (accueil des prématurés à partir de 31SA).

Plateau technique performant et complet (entièrement rénové d'ici 2026) : 6 salles d'opérations au bloc central, 1 salle dédiée aux césariennes, 1 bloc obstétrical avec 5 salles de naissance, une salle physiologique, 3 salles de pré travail et 2 salles de réanimation bébé.

Activité importante de consultations externes, salles d'échographie (sonde 3D), une salle dédiée aux urgences gynécologiques, un hôpital de jour pour l'activité externe d'orthogénie et de suivi obstétrical pathologique, un centre de diagnostic anténatal, un centre pour la prise en charge des violences faites aux femmes et un service de chimiothérapie.

Profitez d'un lieu de travail entre mer et montagne, idéal pour un équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.



Pour en savoir plus

<https://ch-grasse.nous-recrutons.fr/>

Contact

Dr Anne-Sophie AZUAR (cheffe de service) : 04 93 09 50 39 - as.azuar@ch-grasse.fr
Madame Julie DUVAL (affaires médicales) : 04 93 09 53 86 - j.duval@ch-grasse.fr

Narbonne l'héritière, ville d'art et d'histoire, Narbonne la méditerranéenne et sa qualité de vie, Narbonne l'énergique offrant un formidable cocktail d'activités, Narbonne l'épicurienne avec son centre-ville ensoleillé et son art du bien-vivre, Narbonne la festive avec son théâtre et ses festivités permanentes, Narbonne l'authentique, bénéficiant d'une nature préservée vous souhaite la bienvenue.



LE CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE

Recherche

UN(E) GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEUX



CONTACT

Bureau des affaires médicales
☎ 04 68 42 65 48

✉ affairesmedicales@ch-narbonne.fr



Rejoignez l'équipe dynamique du Pôle Mère-Enfant du 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).

Statut

Le poste est sous statut hospitalier (P.H., Praticien contractuel ou attaché).

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.
- L'entretien des rapports confraternelles avec ses collègues libéraux.
- Il veille à sa formation continue.

Compétences du candidat

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

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.



Le Centre Hospitalier Universitaire d'Orléans recrute un Praticien Hospitalier ou Assistant spécialiste de gynécologie médicale ou gynécologie obstétrique

Le centre hospitalier Universitaire d'Orléans (Loiret, Centre-Val de Loire) recherche un Praticien Hospitalier ou Assistant Spécialiste de Gynécologie Médicale ou de Gynécologie Obstétrique temps plein, (suite à départ en retraite), avec une activité de médecine de la reproduction.

Équipe jeune et dynamique.
 Activité consultations d'infertilité, échographies, ponction d'ovocytes, IIU et transfert d'embryons.
 Le centre réalise 350 ponctions/an, 250 IIU/an et 270 TEC/an.

Activité de don d'ovocytes :
 Préservation de la fertilité féminine.

Maternité de niveau 3 avec environ 5000 accouchements/an et une activité de DAN.

Activité chirurgicale importante : Oncologique et fonctionnelle.

Le CHU Orléans est hautement spécialisé et son plateau technique est performant.

C'est aussi un hôpital neuf, de 1300 lits et places, il dispose de 4 scanners, 3 IRM, 2 pet scan, et 19 salles d'opérations.

Située à 1 heure de Paris et de Tours, en bord de Loire, à l'orée de la Sologne, la ville d'Orléans offre un cadre de vie très agréable, un bassin de population attractif et en croissance (le Loiret compte 670 000 habitants).



Docteur Emeline TEILLET
 emeline.teillet@chu-orleans.fr

Monsieur Olivier Ferrendier
 Directeur des Affaires médicales

recrutementmed@chu-orleans.fr



LE CH DE LIBOURNE
 Recherche
UN ASSISTANT SPÉCIALISÉ OU PRATICIEN CONTRACTUEL EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE
 À temps plein ou temps partiel

- Maternité de type 2B avec 1700 accouchements par an.
- 8 Praticiens sur le planning de garde.

Venez rejoindre une équipe dynamique et bienveillante !

Le poste à pouvoir est aménageable en fonction de vos activités de prédilection.

- Activité obstétricale (échographie, salle de naissance, consultation).
- Activité de chirurgie gynécologique (chirurgie pelvienne bénigne, statique pelvienne, endométriose et oncologique, chirurgie robotique).
- Activité de gynécologie médicale (colposcopie, PMA, orthogénie, centre de santé sexuelle).

Outre la bonne ambiance, nous bénéficions tous de 9 semaines de vacances à prendre dans l'année.

Pour les gardes : Un GO sur place avec interne, un anesthésiste et un pédiatre.

Possibilité de vivre sur Bordeaux (accès gare SNCF, voiture) ou dans le vignoble Libournaise. Crèche hospitalière.

Si vous êtes intéressés, vous pouvez nous contacter par mail :
celine.rota@ch-libourne.fr



LE CENTRE HOSPITALIER TERRITORIAL GASTON BOURRET EN NOUVELLE-CALÉDONIE RECRUTE

- **DES PRATICIENS HOSPITALIERS**
2 PRATICIENS HOSPITALIERS EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

Gynécologie obstétrique : Dr Erick CAMUS - erick.camus@cht.nc
 Contacts pour des informations administratives : jean-marie.chabanis@cht.nc

- **DES ASSISTANTS HOSPITALIERS**
2 ASSISTANTS EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

dont 1 poste susceptible d'être vacant
Gynécologie : Dr Erick CAMUS - erick.camus@cht.nc
 ou Sophie PERREVE - sophie.perreve@cht.nc



Profils des postes à consulter sur le site du CHT
www.cht.nc

LES DOSSIERS DE CANDIDATURES SONT À ADRESSER AUX AFFAIRES MÉDICALES PAR MAIL À

D.A.M. - alexandre.dumont@cht.nc

Optimisez & sécurisez

vos consultations d'échographie en générant automatiquement des comptes-rendus structurés intégrant images et données

01 85 40 01 16

commercial@monecho.com

www.monecho.com



- 1 EFFICACITÉ** Gagnez 2 consultations par jour en activité libérale. En établissement de santé, profitez d'un accès multi-utilisateurs depuis tous les postes de l'établissement. Accédez au même dossier patient quelque soit le lieu d'exercice.
- 2 SÉCURITÉ** Générez des comptes-rendus intégrant images et données qui répondent aux recommandations des sociétés savantes.
- 3 SÉRÉNITÉ** Bénéficiez d'un support client disponible et réactif dédié à chaque activité.

L'OUTIL DE COMMUNICATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ



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



Inscription gratuite

Rendez-vous sur
www.reseauprosante.fr

☎ 01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprosante.fr



