

# BREVES du COLLEGE



184, rue du Faubourg Saint Antoine 75012 Paris  
Tél. 01.43.43.01.00 - Fax. 01.43.43.02.22  
Internet : <http://www.cngof.org>  
E-mail : [cngof@club-internet.fr](mailto:cngof@club-internet.fr)

## Editorial



### Collège en mutation !

Harcelée de toutes parts, la gynécologie-obstétrique a du faire face au cours de ces dernières années aux difficultés de la périnatalité, à la poussée sécessionniste des gynécologues médicaux, à la baisse d'attractivité auprès des jeunes collègues, à la pression croissante de spécialités chirurgicales concurrentes et à bien d'autres difficultés encore...

Face à ces obstacles, la tentation est grande pour certains de notre propre camp de prôner l'hyper spécialisation au risque de voir la profession se balkaniser en autant de bastions présumés imprenables. Or, ne nous y trompons pas, toute atteinte à l'unité de la gynécologie-obstétrique sera un coup porté à l'influence de cette spécialité.

Dans un contexte aussi préoccupant, le CNGOF conçu à l'origine comme un regroupement de l'élite gynéco-obstétricale pouvait paraître peu à même de défendre efficacement les intérêts divers d'une spécialité aussi pléiomorphe. C'est pourquoi le Collège a pris l'option de s'investir pour représenter tous les gynécologues et obstétriciens et non certains d'entre eux seulement. Après une simplification extrême des modalités d'adhésion en 2002, nous proposons aujourd'hui à tous les nombreux participants aux Journées du CNGOF de devenir membre, quelle que soit leur qualification dans la spécialité.

L'investissement du Collège dans tous les aspects de notre profession s'est déjà traduit par la diversification des thèmes des Journées Nationales, incluant dorénavant la gynécologie médicale et chirurgicale, la reproduction et l'obstétrique au sens le plus large. Il se prolonge par un remaniement du conseil d'administration en comités répartis autour des grands axes en cours ou à développer (formation médicale initiale, FMC, recommandations professionnelles, périnatalité, communication, site Internet, défense de la chirurgie gynécologique...).

Ces mutations du Collège et sa légitimité ne se feront pas sans moyens et sans le soutien de chacun. Alors, rendez-vous aux journées du Collège du 27 au 29 novembre à Paris, pour continuer d'agir ensemble pour la défense d'une spécialité unie dans sa diversité.

**Bruno Carbonne**  
Secrétaire Général

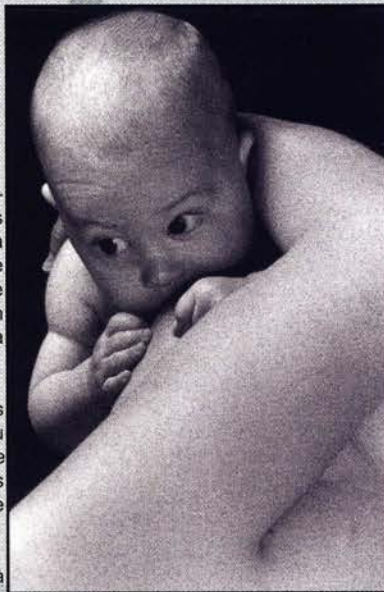


Photo Th.Bonnet

n°2

Novembre

2003

**les Etats Généraux de  
la Naissance**

6 juin 2003 au Ministère de la Santé

Les Etats Généraux de la Naissance ont réuni le 6 juin au ministère de la santé les principales organisations professionnelles de la périnatalité à l'initiative du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

L'objectif, qui était de décrire les difficultés des différentes professions de la naissance et de proposer des solutions communes, a en partie été atteint. Bien que la séance de débat public du 6 juin ait mis en évidence les points d'achoppement entre une vision médicale de l'accouchement décrite par certains comme trop sécuritaire et une vision résolument physiologique vue par d'autres comme irresponsable, les conclusions du comité de rédaction ont permis de faire des propositions acceptées par tous les participants. Surtout, les Etats Généraux ont permis de mettre en lumière l'insuffisance de prise en compte des usagers dans l'organisation actuelle des soins.

La session publique comportait 3 thèmes principaux : « comment naît-on en France ? » ; « sécurité / proximité : l'impossible équilibre ? » ; et « la place des différents professionnels ».

Alors que les discussions concernant la périnatalité s'étaient focalisées depuis plusieurs mois sur les questions de sécurité de la naissance, le débat a débuté contre toute attente par une demande insistante de « démedicalisation » émanant principalement des usagers, et appuyée par les nombreuses sages-femmes présentes. Au delà de la question de la représentativité des associations présentes dont les positions ont pu parfois paraître extrêmes, l'ensemble des participants se sont accordés à considérer qu'une redistribution vers les sages-femmes des situations physiologiques était logique, tout en préservant la liberté de choix des usagers.

Les conclusions ici résumées représentent une plateforme de compromis plus que de consensus entre les différentes tendances exprimées, destinées à alimenter la réflexion des pouvoirs publics dans les réformes de la périnatalité en préparation :

#### **I. PROPOSITIONS CONCERNANT L'ÉTAT DES LIEUX :**

1) Il existe une forte demande de diversification de l'offre dont l'absence risque de générer une radicalisation des pratiques de certaines femmes et de certains praticiens. Les solutions alternatives doivent donner lieu à des évaluations et / ou expérimentations et tenir compte de l'expérience des structures déjà opérationnelles.

2) La crise démographique – indépendamment des impératifs de sécurité – imposera des regroupements de plateaux techniques à élaborer à l'échelon régional. Il faut veiller à ce que la couverture du territoire tienne compte des situations particulières d'accessibilité limitée des maternités dans certaines régions.

3) L'offre de soins en périnatalité, globalement insuffisante, nécessite un plan de soutien ciblé, particulièrement en termes de postes de sages-femmes, d'infirmières puéricultrices en néonatalogie et de médecins. Les Agences Régionales d'Hospitalisation doivent être incitées à prioriser le secteur de la périnatalité.

#### **II. PROPOSITIONS CONCERNANT L'ÉQUILIBRE SÉCURITÉ / PROXIMITÉ :**

1) Face à la nécessité de restructurations, il est important d'humaniser les grosses structures et de garantir la communication entre les parents et l'équipe médicale. Quelle que soit la dimension des établissements, la personnalisation des soins doit être une priorité.

2) Ceci est essentiellement une question d'effectifs. Il serait inacceptable d'utiliser les restructurations dans le seul but d'économiser du personnel, ce qui diminuerait inévitablement l'offre relationnelle et d'accompagnement.

3) Le concept de maisons de naissances gérées par des sages-femmes, est possible dans la mesure où la sécurité est assurée. Ceci implique une phase d'évaluation dans des structures à proximité immédiate d'un plateau technique complet et la possibilité de recours à un médecin anesthésiste, un gynécologue-obstétricien et un pédiatre.

4) Il est important de renforcer les réseaux inter-établissements et de leur confier avec clarté leur rôle de contrôle de qualité pour l'évaluation des pratiques, en y associant les professionnels et les usagers. Il faut développer les réseaux locaux – ville-hôpital – permettant un meilleur travail en commun.

#### **III. PROPOSITIONS CONCERNANT LA PLACE DES DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS ET ACTEURS DE LA NAISSANCE**

1) La place des sages femmes doit être réaffirmée, tant au sein des maternités publiques, où doivent être créées les conditions matérielles, organisationnelles et réglementaires pour qu'elles puissent prendre en charge l'accompagnement de la grossesse et de l'accouchement normaux, qu'en secteur libéral où l'accès aux plateaux techniques doit être effectif.

2) Le libre choix par les usagers du praticien (obstétricien ou sage-femme) et du secteur d'exercice (libéral ou public) doit être respecté selon les termes de la loi du 4 mars 2002. Il ne saurait être question d'un système unique d'accompagnement des femmes enceintes et des accouchements

3) L'intégration dans les structures hospitalières publiques des gynécologues-obstétriciens libéraux ayant perdu leur outil de travail du fait de fermetures ou restructurations doit se faire avec un statut décent prenant en compte l'ancienneté de leur activité professionnelle.

4) Les missions et moyens des maisons périnatales doivent être mieux définis en collaboration avec les professionnels et les usagers. Un effort particulier d'amélioration et de diversification de l'offre de soins et de l'accompagnement en suites de couches est indispensable.

5) Tous les professionnels de la naissance doivent être identifiés au sein d'un réseau pour éviter l'isolement et les insuffisances de communication actuelles. L'évaluation du dispositif et la diffusion des résultats du système de soins périnatal doivent être davantage assurées.

6) Les usagers sont amenés à être de vrais interlocuteurs des structures de santé, des professionnels de la naissance et des décideurs politiques, conformément à l'idée de démocratie sanitaire. La politique périnatale ne pourra évoluer positivement si les usagers sont tenus en lisière des décisions les concernant au premier chef.

En conclusion, à quoi auront servi ces Etats Généraux ? Sans rêver d'être entendus à la lettre par les pouvoirs publics, les professionnels réunis espéreraient bien pouvoir influencer les orientations en matière de périnatalité. L'apport des usagers aura été déterminant pour aboutir à un débat inédit où le patient a été replacé au cœur des préoccupations des soignants.

A la lecture du rapport de la « mission périnatalité » demandée par M. Mattei – dont les conclusions ont intégré largement les propositions faites par les Etats Généraux – nous pouvons considérer que ce débat public a été utile.

**Bruno Carbonne**

## **ASSURANCE EN RESPONSABILITE CIVILE PROFESSIONNELLE : CRISE MAJEURE**

L'offre d'assurance se réduit de jour en jour. Aujourd'hui, et depuis le 31 décembre 2002, les seules solutions sont :

le GTAM (groupement temporaire d'assurances médicales)  
La Mutuelle d'Assurance du Corps Sanitaire Français – Sou Médical  
Medical Insurance Company, société d'assurance irlandaise autorisée à exercer en libre prestation de service en France

Les coûts explosent : 15 200 € au GTAM, voire plus en cas de « dossier à risque »

(à titre de comparaison, la prime d'assurance en responsabilité pour l'exercice de la gynécologie médicale, sans pratique de l'échographie, se situe aux environs de 500 €)

La caisse nationale d'assurance maladie avait proposé fin 2002 la prise en charge des 2/3 du surcoût de l'assurance en RCP au delà de 1 000 € pour les médecins de secteur 1 les caisses. L'échec des négociations conventionnelles reporte cette aide à une date indéterminée. Le Syngof avait d'emblée annoncé qu'une aide ponctuelle était indispensable, mais qu'il n'était pas question que les gynécologues obstétriciens soient dépendant des caisses pour la charge de leur assurance. L'avenant au règlement conventionnel minimal d'octobre 1998, paru au JO du 25 septembre 2003, n'apporte aucune solution à ce problème d'assurance. Pire, les gynécologues obstétriciens en secteur 1 sont exclus, comme les anesthésistes et les chirurgiens, de la revalorisation de l'acte de consultation qui passe de 23 à 25 € très insuffisante pour faire face à l'augmentation des charges. A titre d'exemple, la simple revalorisation de la valeur de la consultation liée au coût de la vie (raison avancée par le Gouvernement pour expliquer la revalorisation du forfait hospitalier), aboutit à une valeur de la consultation de 29 €.

Pour la spécialité, on aboutit à la situation ubuesque d'un acte de consultation réglé 25 € par une femme enceinte qui consulte un gynécologue médical en début de grossesse, et qui ne règlera que 23 € lorsqu'elle consultera l'obstétricien pour la prise en charge de la fin de sa grossesse. La valeur des actes d'échographie obstétricale n'est pas modifiée, alors que la modification de la nomenclature est prête : l'enveloppe financière est trop importante. Les actes chirurgicaux ne sont pas réévalués, alors que leur valeur est bloquée depuis 13 ans....

L'injustice de traitement entre les médecins « relégués à vie » en secteur 1 et ceux qui ont fait le bon choix du secteur 2, lorsque le choix était encore possible lors de leur installation, devient criante et préoccupante, car les gynécologues obstétriciens en fin de formation, anciens chefs de clinique, peuvent encore s'installer en secteur 2 : les équipes composés majoritairement de gynécologues obstétriciens libéraux en secteur 1 vont implorer dans les prochaines années.

Pour l'assurance en responsabilité civile, une solution pérenne, instaurant la transparence entre les primes et les indemnisations, respectant l'indépendance du professionnel, et incluant cette charge professionnelle dans les honoraires par indexation de la valeur des principaux actes responsables de la prime d'assurance, devra être rapidement négociée.

Les sociétés d'assurances constituant le GTAM, dont certaines avaient annoncé qu'elles pourraient revenir sur le marché de l'assurance en RCP au cours de l'année 2003, n'ont pour l'instant fait aucune proposition concrète, et commencent à communiquer pour justifier de tarifs encore supérieurs, à hauteur de 20 – 25 000 € par an, à condition de n'avoir pas déclaré de sinistres dans les 5 dernières années. Dans l'immédiat, elles continuent à résilier massivement les contrats arrivant à échéance, même pour des obstétriciens n'ayant déclaré aucun dommage. L'actualité économique de septembre nous apprend que l'une des principales sociétés d'assurance française a annoncé un bénéfice de 491 millions d'euros pour le premier semestre 2003 ! Où est l'erreur ?

Medical Insurance Company – compagnie Irlandaise représentée en France par F. BRANCHET – courtier à MEYLAN, qui propose des tarifs nettement inférieurs à ceux du GTAM, a accepté des contrats pour de nombreux spécialistes, chirurgiens, anesthésistes, gynécologues obstétriciens. Depuis le 1<sup>er</sup> Juillet, elle a cessé de souscrire des contrats pour les gynécologues obstétriciens, au motif que le pourcentage des contrats d'obstétriciens devenait trop important dans son portefeuille. Cette situation ne devrait pas changer prochainement.

LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS publics et privés subissent aussi une hausse considérable des primes, d'autant plus importantes que l'établissement comporte une maternité. La SHAM, qui assure la quasi totalité des établissements hospitaliers publics, et une soixantaine de cliniques, a annoncé courant septembre une augmentation de ses tarifs de 49% pour l'an prochain. Ces majorations de charges ne sont pas prises en compte dans les budgets alloués, budget global et prix de journée, et mettront très rapidement en difficulté les établissements privés les plus fragiles, les poussant encore un peu plus à abandonner l'activité obstétricale. Pire, 500 cliniques assurés au GTAM risquent de ne pas pouvoir être toutes assurées au 31 décembre, les représentants des assureurs ayant déjà annoncé des difficultés prévisibles pour les 2/3 d'entre elles.

Les médecins spécialistes en gynécologie obstétrique sont bien entendu concernés, puisqu'il s'agit de leur outil de travail.

En raison de ces difficultés non résolues, un important travail initié par le Syngof et rassemblant les responsables de nombreuses Unions Régionales de Médecins Libéraux, des juristes, des usagers de la santé, a été finalisé et est porté par la conférence des président des Unions. Il a été présenté au ministère de la santé : son objectif est de « réconcilier Droit et Soins ».

Les propositions sont les suivantes :

#### Proposition n°1 :

« Ne pas favoriser les assureurs qui se sont retirés du marché »

Les URML considèrent qu'il convient de rétablir le principe de la responsabilité des assureurs pour toute la durée de responsabilité des médecins libéraux qui s'étend, pour les actes antérieurs au 5 mars 2002, aux trente années passées, et même au-delà, jusqu'à 48 ans auparavant (soit l'année 1954) lorsque ces actes ont porté sur une personne mineure.

Les URML tiennent à faire savoir que la révision de l'article 5 de la loi About afin de supprimer la responsabilité des sociétés de médecins libéraux au cours des cinq années postérieures à l'année 2002, comme le demande certains assureurs, serait considérée comme un casus belli...

#### Proposition n°2 :

« Réduire les prérogatives d'action récursoire des caisses d'assurance maladie aux seules hypothèses des fautes inexcusables ou intentionnelles des praticiens ».

Les URML proposent de limiter le droit de recours récursoire des caisses d'assurance maladie aux seuls cas où le praticien a commis une faute intentionnelle ou s'il avait ou aurait dû avoir conscience du danger auquel était exposé le patient et lorsqu'il n'a pas pris les mesures nécessaires pour l'en préserver (faute « inexcusable »).

#### Proposition n°3 :

« Partager avec l'assurance maladie une partie du risque civil professionnel qui pèse sur les médecins et les cliniques, en le gérant au sein d'une seconde section de l'ONIAM »

Les URML proposent que la participation de l'assurance maladie au financement d'une partie de leurs frais d'assurance professionnelle prenne la forme d'une contribution à une seconde section de l'ONIAM, afin d'abonder une participation des assurés eux-mêmes (sous forme par exemple, comme l'a suggéré le professeur Domergue, d'un « forfait médical ») et bien sûr une participation des médecins.

Cette seconde section de l'ONIAM qui serait co-gérée paritairement par les représentants des médecins et les représentants des patients, ne couvrirait que les préjudices subis par les patients en cas de fautes médicales autres que les fautes inexcusables et intentionnelles.

Dans l'hypothèse où les juges maintiendraient leur jurisprudence ancienne sur l'obligation de résultat qui pèse sur les médecins en ce qui concerne les matériels qu'ils utilisent, les URML proposent que la seconde section de l'ONIAM assure aussi les dommages nés de fautes présumées des médecins lorsque ceux-ci n'ont pas pu se libérer de cette présomption.

Pour couvrir les risques liés aux dommages consécutifs à des fautes civiles qui seraient qualifiées d'« inexcusables » ou d'intentionnelles, les médecins continueraient à souscrire des assurances professionnelles auprès des mutuelles ou compagnies de leur choix.

#### Proposition n°4

« Élargir l'indemnisation des patients en cas d'infections nosocomiales ».

Les URML proposent que la seconde section de l'ONIAM dont elles souhaitent la création, prenne en charge les conséquences des infections nosocomiales non assurées par la première section (taux d'incapacité permanente inférieur à 25%) et lorsque l'établissement de santé n'a pas commis de faute. Les cliniques demeureraient pleinement responsables de leurs fautes, mêmes simples, lorsqu'elles ont généré des dommages liés à des infections nosocomiales.

#### Proposition n°5

« Organiser au sein de la seconde section de l'ONIAM et en collaboration avec les URML, une véritable évaluation et gestion du risque médical selon les techniques du "risk management" »

Les URML proposent que la transparence sur la sinistralité médicale soit par collaboration, d'une part, des gestionnaires (représentant des patients et des médecins) de la seconde section de l'ONIAM dont la création est demandée dans la proposition n°3, et, d'autre part, des URML, conformément aux missions d'étude que la loi leur confie.

#### Proposition n°6 :

« Réécrire la loi du 30 décembre 2002 afin d'écartier toutes les hypothèses de trou de garantie »

Les URML demandent la modification de la loi afin de garantir aux praticiens qu'ils ne risqueront pas de se trouver sans assurance au-delà de la période de garantie dite « subséquente » prévue par la loi lorsqu'ils ont changé d'activité professionnelle et pour les cliniques lorsqu'elles ont cessé une activité médicale sans arrêter totalement de fonctionner.

#### Proposition n°7 :

« Réécrire le titre 1<sup>er</sup> de la loi du 4 mars 2002 afin d'écartier le risque d'une résurgence de la jurisprudence Perruche »

Les URML souhaitent une réécriture de la loi permettant d'exclure explicitement l'éventualité de la reconnaissance par les tribunaux de l'action d'un enfant né gravement handicapé à la suite de la faute d'un médecin qui n'aurait pas permis à la mère d'interrompre la grossesse.

Les URML expriment par ailleurs leur solidarité à l'endroit des familles devant assumer le handicap de leurs enfants et forment le vœux que le législateur tienne rapidement ses engagements sur le développement des aides au profit de ces personnes.

#### Proposition n°8 :

« Supprimer la disposition de la loi du 4 mars 2002 qui donne droit aux patients à être partie au procès disciplinaire, alors qu'ils peuvent déjà se porter devant les juridictions civiles et pénales »

Les URML contestent le bien fondé de la disposition de la loi du 4 mars 2002 qui accorde aux victimes le statut de « partie » au procès disciplinaire et demandent que seuls les professionnels de santé se voient reconnaître intérêt à agir. Les URML considèrent qu'il n'est pas normal que le patient puisse chercher devant le juge disciplinaire la sanction du praticien qu'il n'aurait pas obtenue devant le juge civil ou pénal.

#### Proposition n°9 :

« Redéfinir l'obligation d'information du patient par le praticien »

Les URML proposent que dans l'intérêt commun aux patients et aux praticiens libéraux, le législateur réduise explicitement l'obligation d'information aux cas des risques non exceptionnels. Par ailleurs, la loi pourrait prévoir explicitement certains des moyens auxquels les praticiens peuvent satisfaire à leur obligation d'information.

#### Proposition n°10 :

« Fixer précisément les limites du droit reconnu au patient de refuser des soins »

Les URML demandent que le législateur intervienne pour définir clairement ce que le praticien doit faire en cas de refus de soins d'un patient qui met ainsi sa vie en danger.

Il est indispensable que les responsables politiques prennent en urgence des mesures qui éloigneraient le risque de revivre en fin d'année les difficultés d'assurance que nous avons connu fin 2002... Il est aussi essentiel de restaurer la sérénité des professionnels en exercice, afin qu'ils ne modifient pas leur pratique professionnelle en abandonnant massivement l'obstétrique (certains l'ont déjà fait), et de ne pas décourager les jeunes en formation de choisir les spécialités à risque, sachant que la gynécologie-obstétrique est en première ligne : c'est un enjeu de santé publique.

**G-M COUSIN**  
Secrétaire général du SYNGOF

## La mise en place des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation : une nouvelle voie de recours pour les litiges en rapport avec l'activité de soins.

Dix-huit mois après la publication de la Loi n° 2002-303 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux sont devenues fonctionnelles dans la plupart des régions. Elles commencent en effet depuis septembre 2003 à traiter les premiers des nombreux dossiers déjà déposés.

### Une volonté de simplification des démarches et d'homogénéisation des décisions d'indemnisations.

La lecture de cette loi fait penser que l'expertise médicale des victimes d'accidents médicaux pourrait prendre une nouvelle forme, avec à la clef l'espoir d'une évolution vers une pratique « équitable » au sein de ces commissions régionales qui pourraient devenir une voie privilégiée de règlement non contentieux, et ce, que ces accidents surviennent lors de soins en pratiques privée ou publique.

Bien sûr, le recours à cette voie n'est que facultatif, et ne remplace en rien les autres voies contentieuses, dont le recours aux différentes juridictions, mais l'objectif est de tenter de faciliter le règlement équitable et rapide d'un bon nombre de dossiers d'accidents si la mise en place de ces commissions atteint les objectifs fixés par la loi. Rappelons que le recours à cette voie suspend les délais de prescription et de recours contentieux pendant tout le temps nécessaire à la commission pour donner son avis, c'est à dire un délai maximum de 6 mois.

De plus, cette voie commune à l'ensemble des dossiers devrait garantir une homogénéité d'appréciation, quel que soit le mode d'activité.

### Une mise en place rapide indispensable, qui sera complétée et améliorée progressivement :

Le traitement des premiers dossiers a débuté dès que les nominations des membres et présidents des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux des différentes régions ont permis leur fonctionnement.

Ce début d'activité assure la mise en place de ce volet tant attendu de la Loi du 4 mars 2002, et devrait être progressivement complété au travers de décrets qui seront issus du travail de la commission nationale des accidents médicaux dont les membres ont été nommés dans le courant de l'été.

Les objectifs de travail de cette commission sont aussi variés que : la formation, la qualification et la nomination des experts ; une application homogène du dispositif par l'élaboration et la mise en application de moyens adaptés d'évaluation des expertises et des décisions prises au sein des différentes commissions régionales ; ainsi qu'une adaptation du barème d'évaluation des taux d'incapacité des victimes d'accidents médicaux.

### La nécessité pour les professionnels pratiquants en gynécologie-obstétrique de se préparer à une active participation :

Depuis une décennie, il est peu de nos réunions professionnelles, où nous n'entendons de vifs commentaires sur l'inadéquation entre l'analyse expertale des dossiers et la réalité des pratiques sous l'éclairage des connaissances actualisées, aboutissant à des conclusions considérées par nombre de praticiens comme décalées par rapport aux pratiques actualisées au moment des faits. L'obstétrique (avec la surveillance prénatale incluant le dépistage échographique fœtal, et les événements survenant au cours du travail ou de l'accouchement), autant que la gynécologie (avec en particulier les techniques endoscopiques ou « micro-invasives ») font partie de ces domaines rapidement évolutifs pour lesquels ces récriminations étaient les plus fréquentes.

Il est donc temps, pour ceux qui ont des compétences et une expertise dans le domaine de l'obstétrique comme de la chirurgie gynécologique, de s'intéresser à la mise en place du recrutement des experts au sein de ces commissions. Cela implique une réelle volonté d'engagement, passant par l'inscription à l'un des nombreux diplômes de réparation du dommage corporel qui sont organisés par la plupart des facultés de médecine françaises (ou tout diplôme ou moyen permettant l'apprentissage des bases ou un complément de formation), ce pour une meilleure compréhension des procédures judiciaires.

Mais quand ils s'enquerront des modalités de candidature (qui seront précisées par décrets dans les prochains mois), qu'ils soient aussi bien conscients que cet engagement nécessitera motivation, dévouement et abnégation, pour une activité précieuse pour l'ensemble de la profession, mais qu'il serait préférable de limiter proportionnellement à leur activité quotidienne,

garante de leur savoir-faire. Bref, un investissement personnel à « faible retour ». Que les volontaires se préparent !

**F. PIERRE**

### En direct du Collège

\*Journées du CNGOF : 27/28/29 novembre 2003,  
Maison de la Chimie, Paris

### XVIII EUROPEAN CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

Athens, Greece : May 12th - 15th, 2004

Directeur Publication : Pr B. Carbonne (Paris)  
Rédacteur en Chef : Pr Ph. Descamps (Angers)  
Comité de Rédaction : Pr P. Barbarino (Nancy) (Enseignement formation),  
Pr J. Lansac (Tours) (Europe),  
Pr F. Pierre (Poitiers) (Médico-légal)

Conception/Réalisation : 3c01@ (www.congres-medical.com)  
Photos : Th. Bonnet (bonnetphotos@voila.fr)  
Webmaster : B. Michelon (webmaster@cngof.org)

En partenariat avec :



du **BREVES**  
COLLEGE