

# LE CORDON ROUGE

Association des Gynécologues  
Obstétriciens en Formation

# AGGF

REVUE POUR LES INTERNES DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

**N°12**  
**MAI 2016**

## ANECDOTES

La vache !

## MICRO-TROTTOIR

De l'autre côté de la barrière

## S'INFORMER POUR SE FORMER

Jn'GOF 2015

C'est dans la Boîte

Compte Rendu d'Echographie Minimum

Formation en Gynéco Obstétrique

Humanitaire (FGOH)

## DE JADIS A NAGUERE

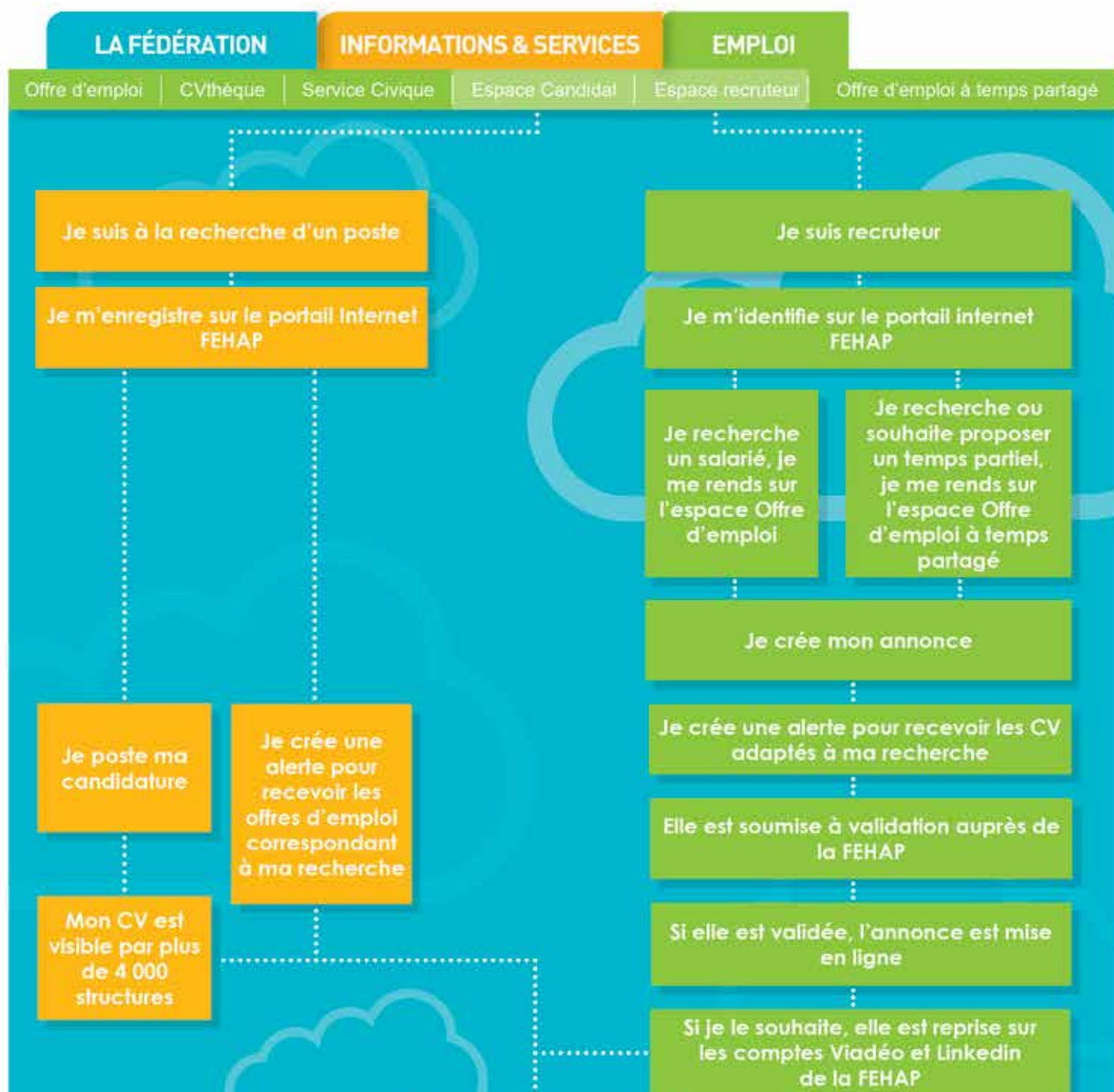
L'histoire de la contraception

www.aggf.info



# RECRUTEZ EN QUELQUES CLICS

sur notre portail internet [www.fehap.fr](http://www.fehap.fr)



## MATCHING !



Sommaire

**EDITORIAL** P 02

**LE MOT DU PRÉSIDENT** P 03

**ANECDOTES** P 04

La vache !

**MICRO-TROTTOIR** P 08

De l'autre côté de la barrière

**S'INFORMER POUR SE FORMER** P 10

Jn'GOF 2015

C'est dans la Boîte

Compte Rendu d'Echographie Minimum

Formation en Gynéco Obstétrique Humanitaire (FGOH)

**LECTURES CHOISIES** P 22

Des mots et des images

**DE JADIS A NAGUER** P 24

L'histoire de la contraception

**ANNONCES DE RECRUTEMENT** P 27

**Rédactrice en chef :**

Florie Pirot, email : [florie.pirot@gmail.com](mailto:florie.pirot@gmail.com)

**Rédacteurs de ce numéro :**

Florie Pirot, Nicolas Nocart, Magalie Barbier, Elia Esquerre, Hugo Sentenac, Violaine Peyronnet Chabrier, Océane Pécheux, Imane Ben m'barek, Lucile Pencole.

**Editeur :**

Reseauprosante.fr / Macéo éditions

6, avenue de Choisy | 75013 Paris | M. TABTAB Kamel, Directeur  
[reseauprosante.fr](http://reseauprosante.fr)

**AGOF**

9, route de la Goulée - 95510 Villers-en-Arthies

Tél : 01.34.78.27.24

*Imprimé à 1100 exemplaires. Revue distribuée gratuitement aux internes de gynécologie-obstétrique de France. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.*

**Illustrations :**

Couverture : © nodff - [www.shutterstock.com](http://www.shutterstock.com)

Gabarits en haut des pages : © Maria Bo (page 1) - © nodff (pages 2 et 3) - © Boyan Dimitrov (pages 4 à 7) - © svetara (pages 8 et 9) - © nodff (pages 10 à 25) - [www.shutterstock.com](http://www.shutterstock.com)

Illustrations en pages 9 et 25 : Florie Pirot



## Editorial



Après un silence assourdissant de plusieurs mois.... nous voici réunis pour un 12<sup>e</sup> numéro du Cordon Rouge !!!

Vous sortez d'un stage d'hiver affreux et le manque de vitamine D se fait cruellement sentir ? Vous avez besoin de voyager un peu avant l'arrivée des congrès ? Vous êtes simplement curieux ou notre plus grand fan en secret ?

N'attendez plus ! Plongez donc, une nouvelle fois, votre nez au milieu de nos pages de papier glacé.

Cette fois-ci, on y parle formation (évidement), humanitaire, mais aussi high-tech, lectures, et Histoire ! Un petit concentré de nos membres actifs du Bureau rien que pour vous !!!

Et je ne peux vous abandonner à votre lecture sans un dernier message fort : **l'AGOF a (toujours) besoin de vous, alors n'hésitez à venir renforcer les rangs ;)**

**Florie PIROT**

# LE MOT DU PRÉSIDENT



Bientôt l'été et j'espère vous retrouver nombreux lors de la deuxième édition de l'ETWOG qui aura lieu le 4 et 5 juin prochain à Monaco !

L'ETWOG accueillera plus de 70 internes pour un congrès qui se veut pratique et à la pointe. Et cette année encore, les plus grands partenaires industriels vont nous faire découvrir les dernières technologies : STORZ, SOPROCOMEG, TWIN MEDICAL, iLUMENS et d'autres encore. Les participants auront notamment la joie de découvrir le camion ASSPRO pour réaliser des sessions de simulations numériques. INEDIT !

Un ouvrage en collaboration avec le CNGOF, édité par Elsevier Masson sera présent en librairie dès la rentrée universitaire 2016-2017. Il s'agit d'un livre de cas cliniques et de questions isolées à destination des externes préparant les ECNi. Cet ouvrage, dont la préparation, la coordination et la correction n'a pas été un long fleuve tranquille est enfin finalisé ! Félicitations aux 20 internes qui ont participé à ce beau projet. Un autre projet de livre est en cours avec les éditions Ellipses.

Le nouveau site internet de l'AGOF est en ligne depuis quelques mois. Nous allons mettre en place une boîte à idée pour récolter vos propositions pour l'améliorer encore. C'est votre site internet ! Il se remplit petit à petit et j'espère que vous serez amenés à le consulter régulièrement.

L'application AGOF arrive dans quelques mois !!! C'est long mais le projet demande énormément de moyens et de codage pour qu'à la rentrée vous puissiez enfin avoir un outil de poche gratuit avec toutes les recommandations, fiches de prise en charge, calculateurs médicaux, agenda des congrès et bien d'autres surprises.

Je tiens à remercier tous les membres du bureau de l'AGOF qui fournissent un travail précieux pour faire vivre l'association, travailler sur la réforme de l'internat, préparer les prochaines JnSexo, entretenir les contacts au niveau européen avec l'ENTOG et international avec la WATOG...

Un grand merci à Florie qui consacre énormément de temps et d'énergie au service de notre association et qui nous remet encore une fois un joli Cordon Rouge entre les mains.

**Nicolas NOCART**  
Président de l'AGOF





## Vachement COOL

### De l'obstétrique chez la Charolaise

*Vie ma vie de vétérinaire rural. Début de la journée, 8h30. Un petit coup d'œil au planning des rendez-vous : à part un vaccin, rien de prévu. Comme dans tous les métiers d'urgence, on attend l'appel pour partir en intervention. La voiture du véto est un fourre-tout : bottes, seringues, Ringer, casques, gants couvrant jusqu'aux épaules, pharmacie... Elle fait office de SAMU. A travers les routes de campagne, cet hôpital ambulancier fonce de ferme en ferme pour soigner, sauver, aider...*

*Dans cette région du Charolais, la vache est prédominante et le but est de garder les troupeaux en bonne santé afin de les vendre pour en faire de la viande. La vie des veaux et des vaches est donc la préoccupation principale des éleveurs, ce qui fait de l'obstétrique une activité essentielle.*

#### **Un peu de vocabulaire**

La vache n'accouche pas, elle vêle. Son utérus s'appelle la matrice. La matrice est physiologiquement bicorne. Les cotylédons n'appartiennent pas au placenta, ils font partie de la matrice et involuent après le vêlage. Si le veau naît la tête en premier, c'est une présentation antérieure, s'il naît en siège, c'est une présentation postérieure. La génisse est une primipare, la vache a déjà eu au moins un veau.

#### **Comment reconnaît-on une vache en travail ?**

La durée de gestation d'une vache est de 9 mois, comme chez l'humain. La vache présente des contractions qui se manifestent par des mouvements abdominaux, un changement de comportement de la vache, souvent un retrait par rapport au troupeau. Sa vulve se dilate et la vache perd les eaux en cours de travail. Une fois la poche rompue, le veau doit naître dans les deux heures.

#### **Accouchement eutocique ou dystocique ?**

Généralement, un seul veau naît par portée, mais les grossesses gémellaires ne sont pas exceptionnelles. Une vache est gestante 7 fois en moyenne dans sa vie. Que le veau se présente en antérieur ou en postérieur, le vêlage est eutocique si le veau naît dans les deux heures suivant la rupture de la poche des eaux. En présentation antérieure, les pattes avant arrivent en premier ; en présentation postérieure, ce sont les pattes arrière. En fonction des espèces, certaines vaches vêlent seules, sans nécessité d'intervention de l'éleveur : c'est le cas de la plupart des vaches laitières qui ont un bon bassin (« du bassin » ou « du passage », comme on dit) et font des petits veaux. En revanche, les vaches à viande (comme les Charolaises), ont souvent besoin d'aide à l'expulsion.



## Vêlage dystocique

Lorsque le veau, en présentation antérieure, ne s'engage pas rapidement, l'éleveur a souvent besoin d'appeler le vétérinaire. Dans ce cas, deux options s'offrent à lui : tracter le veau par voie basse à l'aide de cordes (à attacher aux pattes avant) ou d'une vèleuse (machine qui tracte le veau), ou, lorsque le veau est trop volumineux, le refouler dans le ventre et réaliser une césarienne. Un dernier cas, l'équivalent de la dystocie des épaules chez l'humain, peut se produire : sur des veaux « culards » (arrière train trop volumineux), tête et épaules dégagées, le vétérinaire est parfois dans l'impossibilité de faire naître le veau par voie basse. Néanmoins, il est à un point de non retour car il ne peut plus refouler le veau pour réaliser une césarienne. Le veau meurt dans ce cas, et le vétérinaire se voit forcé de... le couper en plusieurs morceaux pour le faire sortir par voie basse. C'est un peu massacre à la tronçonneuse dans les champs...

Lorsque le veau naît, on lui verse de l'eau dans l'oreille afin de lui déclencher un réflexe d'éveil lui permettant de respirer.

La délivrance doit avoir lieu dans les 24 heures, sinon le vétérinaire intervient pour aider la délivrance. S'il n'y parvient pas, il laisse la délivrance en place et met la vache sous antibiotiques. Contrairement aux humains, une délivrance incomplète n'est pas source de saignements mais peut être à l'origine de métrite (équivalent d'endométrite) voire de métropéritonite. Trois semaines plus tard, on administre des prostaglandines à la vache afin d'assurer la vidange utérine.

## La césarienne

Elle représente 10 % des vêlages chez les génisses, et 5 % chez les vaches charolaises. L'indication est toujours en urgence, devant un travail trop long ou un échec de naissance par voie basse. Le vétérinaire réalise une anesthésie locale cutanée et musculaire. La vache reste debout, elle peut même brouter en même temps ! Dans des cas difficiles, les vétérinaires réalisent des césariennes en position couchée.

L'incision cutanée est verticale, latérale gauche car les intestins se situent à droite. Les plans musculaires et le péritoine sont coupés au bistouri ou aux ciseaux. L'incision sur la matrice est dans le sens cranio-caudale sur la grande courbure de la matrice, après avoir vérifié la présentation du veau au toucher. Il ne faut pas inciser trop près de l'extrémité distale de l'utérus, car les vaisseaux y sont plus proches et les risques hémorragiques augmentés. Le but est ensuite d'aller chercher les jarrets (pattes arrière) afin de sortir le veau.

La matrice est ensuite extériorisée afin de retirer les membranes, sans arracher les cotylédons, qui appartiennent à la matrice. Le reste de la délivrance (le placenta) est laissé en place. La vache délivrera dans les 24h, comme dans un vêlage voie basse. Si elle ne délivre pas à temps, on réalise un complément de délivrance manuel.

La suture de la matrice se fait en deux plans : un premier surjet hémostatique, puis un deuxième surjet enfouissant au monocryl à l'aiguille courbe, tenue à la main. Le but est d'obtenir une étanchéité maximale afin d'éviter une péritonite. Les muscles et le péritoine sont ensuite suturés en deux plans. La peau est refermée par un surjet passé au fil non résorbable, que l'on retire 6 semaines après. Au total, une césarienne dure 40 minutes.

Lors de la césarienne, des antibiotiques sont débutés pour 48 heures. En effet, l'asepsie chez la vache ferait convulser les équipes du CLIN !



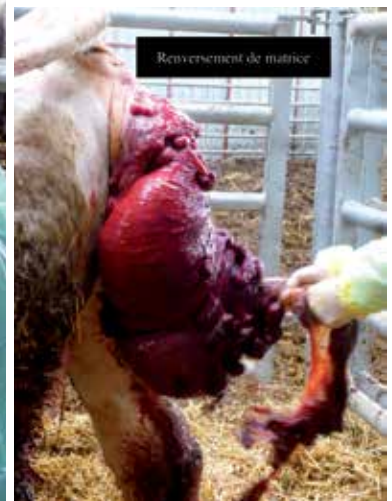
# ANECDOTES



## Le renversement de matrice

Mais qu'est ce que c'est donc ? C'est l'inversion utérine. Fréquente chez la vache, contrairement aux humains, elle a lieu le plus souvent après un vêlage par voie basse, mais peut arriver après une césarienne. La cause est une atonie utérine, combinée à des efforts abdominaux répétés. L'utérus s'éverse alors et sort entièrement. Les dangers sont l'infection et l'hémorragie. Dans ce cas, le vétérinaire réalise une péridurale, puis réintroduit petit à petit la matrice dans le ventre de la vache, comme une chaussette qu'on déplie. Afin d'allonger son bras, il utilise une bouteille en plastique pour bien étaler la muqueuse... Vous voulez encore parler d'asepsie ou vous vous êtes fait une raison ? On réalise enfin deux points de fermeture sur la vulve au fil non résorbable. Malheureusement, une vache sur trois décède dans les suites d'un renversement de matrice.





Si vous pensez encore que la gynécologie-obstétrique est une spécialité sale et plutôt sanglante, nous vous invitons à vous mettre dans la peau d'un vétérinaire pour la journée.

N'oubliez pas : mieux vaut une petite césarienne qu'un gros vêlage !

**Magalie BARBIER**  
Interne de gynécologie-obstétrique

**Dr Elia ESQUERRE**  
Vétérinaire

**Dr Hugo SENTENAC**  
Vétérinaire



## De L'autre côté de la barrière

*Nous avons choisi la Gynéco-obstétrique comme spécialité, le seul domaine en médecine où le Docteur n'est pas exclusivement confronté à la pathologie...*

Nous avons décidé de prendre en charge 2 individus, quitte à voir nos responsabilités parfois doublées (en admettant que la responsabilité soit quelque chose de quantifiable)...

Nous avons la chance d'accompagner le départ de la vie, de la scruter au plus profond des organismes, armés de nos sondes échographiques, de l'aider quelque fois à se présenter aux yeux de tous...

J'aime cette spécialité pour toutes ces raisons et bien d'autres encore. Les visages changeants des parents de novo me fascinent et m'émeuvent. Les joues brillantes par le récent trajet des larmes me bouleversent. L'annonce d'une vie à « +1 », pour un couple demandeur depuis plusieurs années, me serre encore le ventre agréablement...

Et c'est alors que me viennent d'autres interrogations : quelle est notre vision de tout ceci, lorsque le 2<sup>e</sup> petit être a élu domicile chez nous ? La spécialité se féminise (comme la quasi totalité de la médecine). Alors comment vit-on notre vie de femme, nous, après en avoir suivi/accouché/examiné tant d'autres ?

Est-ce que nous devenons une sorte de super-patiente, cape dans le dos et « S » rouge sur nos ventre arrondis, auto-diagnostiquant les complications et en osant le grotesque jusqu'au bout réalisant nos propre échographies ? Sûrement pas !

Je dirai, qu'il en va de même que pour les autres domaines : lorsqu'il s'agit de soi, et plus encore du

mini-soi, on délègue, on joue les patientes modèles et on appréhende...

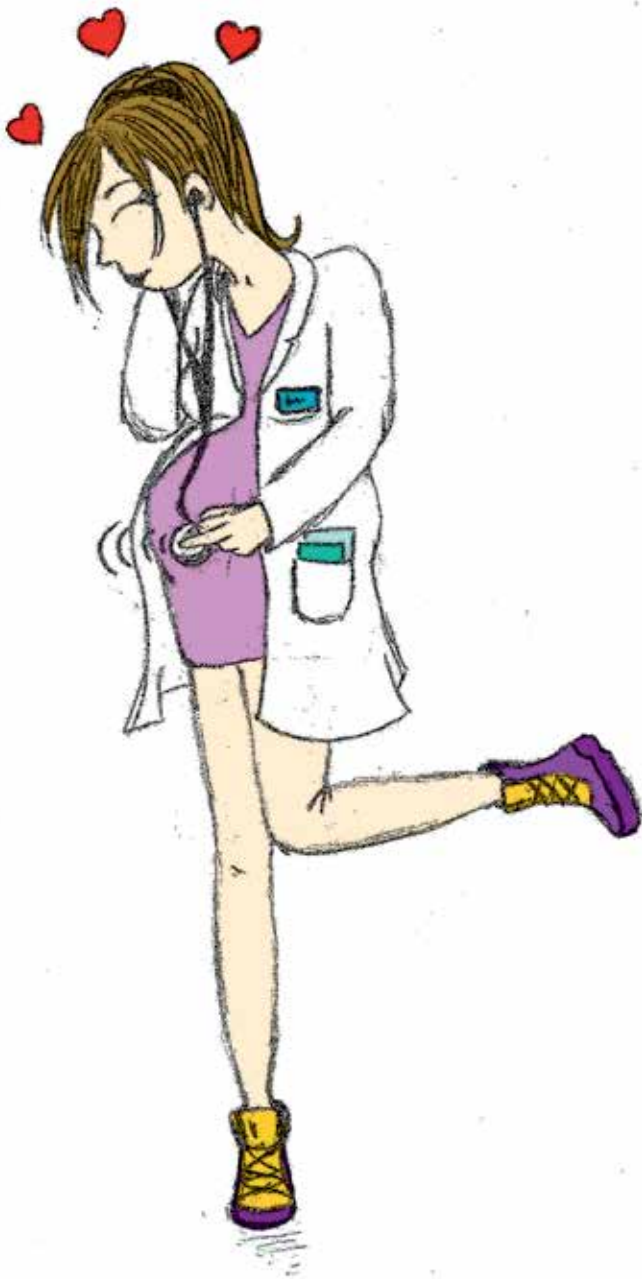
Pour illustrer mon article, j'ai recueilli l'expérience de deux personnes proches récemment devenue maman ou maman en devenir ; l'une est interne de Gynéco-Médicale, l'autre de Médecine générale.

C. est une interne incroyable, ceinture noire d'art martial et échographiste chevronnée. Etre maman était son objectif princeps de début de stage (après le mémoire de DIU d'écho bien sûr !). Elle avait tout calculé : avoir cette grossesse ni trop tôt ni trop tard, afin de ne pas se mettre en indispo, de faire les quatre mois pleins nécessaires à la validation de ses stages, de ne pas se décaler dans sa promo... Evidemment, la nature fait ce qu'elle veut ! Et ce n'est qu'en toute fin de stage que C. vint me trouver pour une écho précoce. « Je n'ai que 5 semaines de retard mais je voudrais juste savoir si c'est bon »... et c'était bon ! Ce petit sac gestationnel caractéristique, bien emmitoufflé dans sa couronne hyperéchogène trophoblastique... il était là ! Les débuts de grossesse ne sont jamais de tout repos en médecine. Sans raison ni contrôle, on évoque la GEU ou la fausse-couche précoce. On sait qu'être médecin ne protège pas des statistiques. Une chance sur 10 de tout perdre. Alors on guette les semaines d'aménorrhée. D'ailleurs, seuls les médecins font leurs calculs d'emblée en semaines d'aménorrhée. Puis le temps passe, et la lumière au bout du tunnel des 3 mois perce au loin. On investit cette petite chose, tandis que le ventre semblant





accueillir lui aussi la nouvelle s'arrondit. Plus tard nous poserons tous délicatement notre sonde sur le ventre de C., mesurant la LCC de l'embryon, à peine plus gros qu'un haricot, et le prénommant logiquement Harry. Harry s'avéra être une fille. Les yeux coquins et les joues éclatantes de joie, elle ignorera probablement toute sa vie qu'une équipe de néo-internes l'avait attendue et guettée avec une tendresse infinie pour sa maman...



A. terminait son stage en cabinet d'orthogénie lorsque le test a montré ses deux petits bâtonnets bleus. Elle passe alors un temps minutieux à s'auto-échographier tous les matins avant de démarrer les consultations. C'est bon, tout est en place !

A. débute son stage suivant en « surnombre ». Elle partira avant la fin, et ses co-internes le savent. Alors, lorsque les yeux des autres se tournent vers elle, le 1<sup>er</sup> jour, pour savoir si elle va prendre son lot d'astreintes en début de stage, elle baisse les siens et s'écrase. « Ne t'en fais pas, lui lance-t-on, si tu es fatiguée, on t'en reprendra ! »... Bien sûr, des promesses en l'air. Ce n'est pas simple l'internat enceinte m'a-t-elle confiée. Il y a la fatigue, le stress, la culpabilité de ne pas en faire autant que les autres, le sentiment d'être à part... Les astreintes cumulées sur les mois d'hiver ont bien usé ses batteries. Son rayon de soleil ? Les infirmières. Exigeantes envers les autres, elles ont toujours su rester douces avec A. Une bonne revanche pour ces petits oiseaux en tunique blanche qui détiennent toute notre disponibilité en d'autres circonstances ! A. s'est posée beaucoup de questions durant ses 7 premiers mois... à défaut de ne s'être posée tout court ! En arrêt de travail anticipé, elle profite à présent sereinement de son 8<sup>e</sup> mois.

Des anecdotes comme celles-ci, nous en avons tous à partager. Il n'est pas rare de recevoir la visite d'une consœur aux urgences gynécologiques. Du simple burn-out à l'anxiété malade en passant par la « bobologie » de femmes enceintes, il y demeure toujours une part inconsciente de nous qui s'identifie à elles. Mais malgré cela, seul le dialecte médical qui inonde notre discours (trop heureux de pouvoir s'exprimer) nous trahit. Avec ou sans l'apostrophe « Dr », elles restent des ventres ronds comme tous les autres, aussi singuliers que tous les autres.

**Florie PIROT**  
Interne GO Paris

## Jn'GOF 2015

### Anecdotes du congrès

*Vous êtes chaque année plus de 500 internes à participer aux journées de JnGOF (et nous en sommes très heureux). Ces journées que l'on ne présentera plus, allient connaissance théoriques récentes grâce à vos présentations orales, et formation pratique au cours de différents ateliers (forceps, pelvi-trainer, hystérocopie virtuelle, interprétation de RCF...). L'une des interventions les plus demandées reste celle du Dr Charlemagne sur les mutilations sexuelles. Lucile, interne en 1<sup>er</sup> semestre tenait à partager son expérience.*

#### Les mutilations sexuelles de la femme

C'est la deuxième fois que je me rends aux journées du CNGOF depuis que je suis interne, et c'est avec curiosité que je me suis inscrite cette année à l'atelier du JNGOF sur « les mutilations sexuelles de la femme ». C'est un sujet qui sort des sentiers battus, et dont on nous parle peu au cours de notre formation de gynéco-obstétriciens ! Pourtant, qui d'entre nous n'a jamais examiné aux urgences ou en salle de naissance une femme excisée ?

Il est toujours délicat d'oser en parler avec la patiente, par manque de temps, parce qu'on ne sait pas trouver les mots, ou tout simplement car ce sujet est encore tabou.

Le Dr ... nous rend visite pour l'occasion. Venu du Burkina Faso, où il travaille dans un centre pratiquant la réparation des mutilations sexuelles de la femme, nous avons le plaisir de l'écouter sur ce sujet difficile et pourtant si fréquent.

Appelées excisions, ou mutilations génitales de la femme, ces mutilations peuvent survenir à n'importe

quel âge : à la naissance, avant la puberté, chez les adolescentes, avant le mariage, ou même après un accouchement ou au décès de la patiente.

Les raisons invoquées sont « la pureté nécessaire de la femme avant le mariage ». Après l'accouchement, si le fœtus est né sans vie, le clitoris de la femme est alors mis en cause : « l'enfant a touché le clitoris, c'est pour cela qu'il est mort », ou alors « la femme ne pourra aller au paradis si elle possède encore son clitoris ».

Ces superstitions et rites tribaux persistent malgré la prévention, l'éducation, et les lois visant à l'interdire.

En effet, on estime aujourd'hui que 125 millions de femmes ou filles sont victimes de l'excision dans 29 pays africains et du Moyen-Orient (OMS) où ces pratiques sont concentrées. Les mutilations sexuelles féminines sont internationalement considérées comme une violation des droits des jeunes filles et des femmes, et sont majoritairement pratiquées sur des mineures.





**Les mutilations sexuelles féminines se classent en quatre catégories :**

- **Type 1** : (10 %) La clitoridectomie : ablation partielle ou totale du clitoris et, plus rarement, seulement du capuchon clitoridien
- **Type 2** (85 % des cas) : L'excision : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres
- **Type 3** (5 %) : Infibulation : rétrécissement de l'orifice vaginal par la création d'une fermeture, réalisée en coupant et en repositionnant les lèvres intérieures, et parfois extérieures, avec ou sans ablation du clitoris. Les rapports sexuels sont alors impossibles, de même que l'accouchement, sans lever l'infibulation.
- **Type 4** : toutes les autres interventions néfastes au niveau des organes génitaux féminins à des fins non médicales, par exemple, piquer, percer, inciser, racler et brûler les organes génitaux.

**Les complications sont nombreuses :**

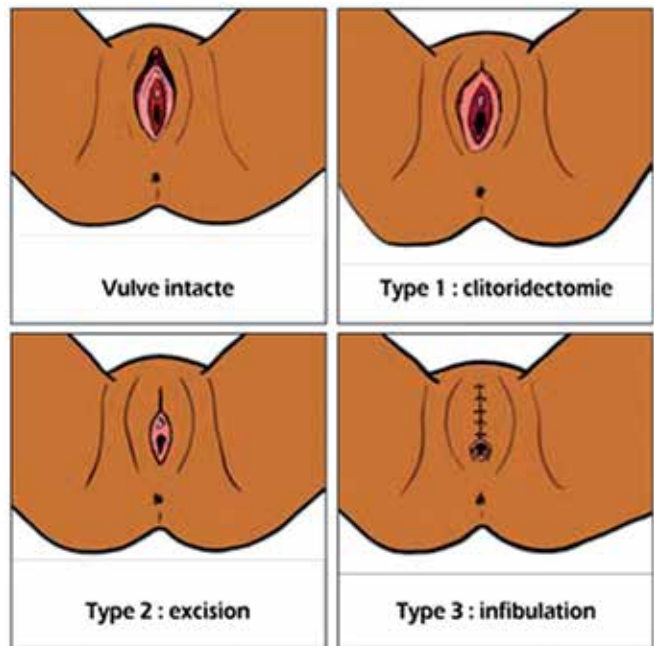
**A) Immédiates**

- Infections
- Hémorragie
- Décès

**B) Retardées**

- Cystites récidivantes
- Dyspareunies
- Douleurs spontanées ou lors de la marche
- Psychologiques
- Obstétricales
- Risque accru de déchirures périnéales par sclérose cutanée
- Risque de décès néonatal (surtout si infibulation).

Il est interdit en France de pratiquer l'excision.



Sources : Dessins de Dimi Dumo (www.dimidumo.be) d'après des croquis de F. Richard.

*Les différents types de mutilations génitales féminines*

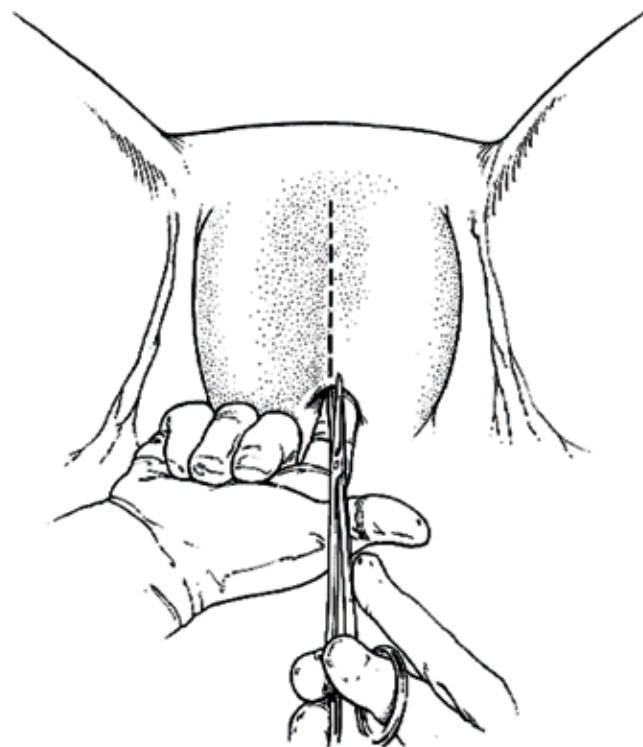
Ceci est répréhensible par la loi, de même que pour les parents envoyant leur fille se faire exciser à l'étranger.

L'excision est souvent tabou pour les patientes l'ayant subie. Parfois même, les femmes ne sont pas au courant d'avoir eu cette mutilation.

Mais donc : comment peut-on agir en tant que gynéco-obstétricien ?

- Lors de l'examen gynécologique d'une femme excisée, parler à la patiente de son traumatisme, qui peut être physique, mais aussi et surtout psychologique si la patiente a des souvenirs de cet événement, qui souvent se fait sans anesthésie, et sans explications préalables.
- Lui proposer un suivi, psychologique éventuellement, ou une consultation avec un chirurgien, lui proposer une réparation clitoridienne.

- Informer la femme et son entourage que ces pratiques n'améliorent pas la santé des filles, qu'elles l'exposent à de nombreuses complications ultérieures, et souffrances psychiques et physiques. Sensibiliser afin que ces femmes ne fassent pas subir cela à leur propre fille. Ce travail doit être aussi pratiqué en suites de couche, quand les soignants ont plus de temps qu'en salle de naissance pour discuter.
- Savoir lever une infibulation en consultation sous anesthésie locale (Emla, injection de Xylocaïne) ou au cours du travail : à l'aide d'une canule ou du doigt comme ci-contre : inciser au scalpel ou aux ciseaux de quelques centimètres vers le haut (jusqu'au méat urinaire). Faire un petit surjet au Vicryl 4.0 sur chaque berge.
- En cas d'accouchement et de tissus très sclérosés : ne pas hésiter à pratiquer une épisiotomie.



Voici donc quelques notions que tout interne devrait avoir au minimum...

J'ai moi-même discuté avec une patiente qui accouchait pour la 4<sup>ème</sup> fois par voie basse. Elle ne souhaitait pas de réparation par crainte que cela aggrave son excision, et m'a avoué avoir terriblement peur d'accoucher, et que cela aggrave ses dyspareunies. Elle m'a affirmé ne jamais vouloir faire subir de telles mutilations à ses filles. Cette patiente et son mari étaient conscients du caractère mutilant de l'excision.

Donc attention ! Les femmes ne sont pas forcément demandeuses d'une réparation ; seulement d'une reconnaissance de leur traumatisme, pour être rassurées et se sentir comprises.

Prenez donc votre courage à deux mains, et parlez à ces patientes !

**Lucile PENCOLE**





## C'est dans la Boîte

# Prix des meilleures vidéos chirurgicales du fibrome

Chaque année se déroule la remise des prix Gedeon Richter pour les deux meilleurs lauréats auteurs de films sur la myomectomie. Les deux vainqueurs de ce concours interactif bénéficient alors d'un stage de chirurgie gynécologique au CICE de Clermont-Ferrand.

L'AGOF s'associe au CNGOF et soutient vivement ce projet, permettant aux internes de présenter des travaux sous un nouveau support propice à la créativité. La perspective d'une formation chirurgicale en récompense est une opportunité d'apprentissage supplémentaire dont tout le monde peut profiter.

**Le principe est simple** : vous composez un film de 10 minutes maximum sur la chirurgie du fibrome. Mettez-y de votre patte, dépassez-vous, et surprenez-nous.

Le jury (les Pr Agostini, Pr Fernandez et Pr Graesslin) sélectionne ensuite parmi vous les deux plus méritants.

Si vous hésitez, ne le faites plus ! Lisez attentivement vos mails car l'AGOF reviendra vers vous !!

Prochain rendez-vous : l'**ETWOG de Monaco**...



**Florie PIROT**  
Représentante de l'AGOF



## Participation à la rédaction de la Directive Qualité pour le Compte Rendu d'Echographie Minimum en Gynécologie

*Le CNGOF a saisi en février 2015 sa « Commission Échographie » dans le but d'établir, en association avec les autres sociétés savantes françaises concernées, une directive qualité pour un compte-rendu d'échographie minimum en Gynécologie.*

*En effet, il n'y avait pas de texte complet sur ce que devait contenir une échographie gynécologique alors que pour l'échographie obstétricale le CFEF a établi des prérequis précis.*

L'AGOF a été conviée à ce groupe de travail car en tant qu'internes nous sommes en première ligne pour les échographies notamment au niveau des urgences.

Des groupes de travaux ont été formés pour travailler sur 6 comptes rendus : le modèle de base, le myomètre, l'endomètre, les annexes, le début de grossesse et les urgences.

La majorité du travail a été réalisé par des sondages sur les différents items proposés par les responsables d'équipe. J'étais moi-même responsable de l'équipe des urgences.

La présentation de ce travail a eu lieu au congrès du CNGOF le 3 décembre 2015, il doit être validé par les Sociétés Savantes puis ensuite être publié.

Il a été décidé qu'il s'agissait surtout de donner des outils pour décrire les images échographiques mais sans interprétation ni conduite à tenir, ni arbre diagnostic.

Il a été rappelé pendant tout le travail que l'échographie gynécologique n'est pas une échographie de dépistage à l'inverse de celle obstétricale.

Et donc voici ce qui a été proposé.

*Bonne lecture !!*

**Violaine PEYRONNET CHABRIER**

Secrétaire de l'AGOF

Référente pour la gynécologie Obstétrique au SIHP

Représentante des internes au bureau du DES de Paris et au Collège des Enseignants

*Diapos récupérées sur la présentation du CNGOF par Gilles Grangé.*





## Compte-rendu échographique minimal

### Echographie début grossesse

- Identification du praticien (Nom - Prénom - Adresse - Téléphone)
- Identification de la patiente (Nom - Prénom - Date de naissance)
- Identification du demandeur de l'examen
- Identification de la machine utilisée (Marque - Type - Date de 1<sup>ère</sup> mise en circulation)

### Uterus

- Antéversé/rétroversé/intermédiaire
- Épaisseur de l'utérus
- Longueur de l'utérus avec le col
- Contours réguliers oui/non
- Aspect homogène oui/non
- Nombre de sacs gestationnels + localisation
- Aspect du trophoblaste habituel oui/non
- Vésicule vitelline vue oui/non
- Nombre d'embryons visibles + activité cardiaque pour chaque + mesures
- Mesure du sac gestationnel sur les trois axes en l'absence d'embryon, à la limite de la zone anéchogène.
- Hématométrie oui/non

### Ovaires

- Deux ovaires visibles oui/non
- Si un ovaire est non visualisé, indiquer le côté
- Présence d'une image kystique ovarienne > 30 mm ou latéro-utérine oui/non
- Mesure du plus grand axe de chaque ovaire

### Epanchement

- Oui/non
- Si oui : localisation

### Conclusion

Différentes de possibilités en accord avec les RCP de 2013 :

GIU, Grossesse normalement évolutive de X semaines d'aménorrhée.

GIU d'évolutivité incertaine de X semaines d'aménorrhée.

GIU arrêtée précoce de X semaines d'aménorrhée.

Pour les multiples : préciser la chorionicité.

Grossesse de localisation indéterminée avec ou sans épanchement intra abdominal.

Grossesse ectopique (latéralité et localisation) avec ou sans épanchement intra abdominal.

+/- nécessité d'une échographie en externe.

### Iconographie

Toute mesure effectuée,

Images attestant de la chorionicité si grossesse multiple

## Echographie aux urgences

- Identification du praticien (Nom - Prénom - Adresse - Téléphone - Fonction)
- Nom du sénior référent
- Identification de la patiente (Nom- Prénom- Date de naissance)
- Identification de la structure hospitalière
- Identification du demandeur de l'examen
- Identification de la machine utilisée (Marque - Type - Date de 1ère mise en circulation)

### Information initiale

- Date de l'examen
- Heure de l'examen (contexte d'urgence)
- Date des dernières règles (ou jour du cycle) ou ménopause oui/non
- Indication de l'examen
- Traitement en cours (contraception/antibiotique...)
- Voie d'abord : abdominale puis endo- vaginale après accord de la patiente
- Difficulté(s) technique(s) oui/non

### Contenu

- Utérus :
  - ⊗ Antéversé/rétroversé/intermédiaire
  - ⊗ Épaisseur de l'utérus
  - ⊗ Contours réguliers oui/non
  - ⊗ Aspect homogène oui/non
- Endomètre :
  - ⊗ Présence d'une image d'addition endométriale oui/non
  - ⊗ Aspect homogène oui/non
  - ⊗ Aspect compatible avec le jour du cycle ou le statut hormonal oui /non
- Ovaires :
  - ⊗ Deux ovaire visibles oui/non
  - ⊗ Si un ovaire est non visualisé, indiquer le côté
  - ⊗ Présence d'une image kystique ovarienne > 30mm ou latéro-utérine oui/non
- Epanchement :
  - ⊗ Oui/non
  - ⊗ Si oui : localisation et estimation de son volume
- Espace de Morisson
  - ⊗ Épanchement oui/non

### Conclusion





## La pathologie endométriale

- Identification du praticien (Nom - Prénom - Adresse - Téléphone - Fonction)
- Identification de la patiente (Nom- Prénom- Date de naissance)
- Identification du demandeur de l'examen
- Identification de la machine utilisée (Marque - Type - Date de 1ère mise en circulation)

### Information initiale

- Date de l'examen
- Date des dernières règles (ou jour du cycle) ou ménopause oui/non
- Indication de l'examen
- Traitement hormonal oui/non
- Si oui : lequel
- Voie d'abord : abdominale puis endo- vaginale après accord de la patiente
- Difficulté(s) technique(s) oui/non

### Contenu

- Utérus :
  - ⊗ Antéversé/rétroversé/intermédiaire
  - ⊗ Épaisseur de l'utérus
  - ⊗ Longueur de l'utérus avec le col
  - ⊗ Largeur de l'utérus
  - ⊗ Contours réguliers oui/non
  - ⊗ Aspect homogène oui/non
- Endomètre :
  - ⊗ Présence d'une image d'addition endométriale oui/non
  - ⊗ Aspect homogène oui/non
  - ⊗ Échogénicité de l'endomètre : homogène/hétérogène/asymétrique/kystique
  - ⊗ Contours de l'endomètre réguliers oui/non
  - ⊗ Aspect compatible avec le jour du cycle ou le statut hormonal oui /non
  - ⊗ Décrire la ligne cavitaire : visible oui/non
  - ⊗ Si oui : sur toute sa longueur oui/non, aspect régulier oui/non
  - ⊗ Présence de liquide intra-cavitaire oui /non
- Image d'addition :
  - ⊗ Mesures dans les trois plans
  - ⊗ Échogénicité
  - ⊗ Aspect homogène oui/non
  - ⊗ Aspect au doppler couleur

### Conclusion

### Iconographie

## Pathologie myométriale

- Identification du praticien (Nom - Prénom - Adresse - Téléphone - Fonction)
- Identification de la patiente (Nom- Prénom- Date de naissance)
- Identification du demandeur de l'examen
- Identification de la machine utilisée (Marque - Type - Date de 1ère mise en circulation)

### Information initiale

- Date de l'examen
- Date des dernières règles (ou jour du cycle) ou ménopause oui/non
- Indication de l'examen
- Traitement hormonal oui/non
- Si oui : lequel
- Voie d'abord : abdominale puis endo- vaginale après accord de la patiente
- Difficulté(s) technique(s) oui/non

### Contenu

- Utérus :
  - ⊗ Antéversé/rétroversé/intermédiaire
  - ⊗ Antéfléchi/rétrofléchi
  - ⊗ Épaisseur de l'utérus
  - ⊗ Longueur de l'utérus avec le col
  - ⊗ Largeur de l'utérus
  - ⊗ Contours réguliers oui/non
  - ⊗ Impression asymétrique oui/non
  - ⊗ Si oui : mesures des parois antérieure et postérieure sur une coupe sagittale
  - ⊗ Aspect homogène oui/non
  - ⊗ Aspect hétérogène : stries/plages anéchogènes/nodules
  - ⊗ Nodules : nombres/plus grand diamètre/homogénéité/échogénicité/vascularisation
- Myome :
  - ⊗ Présence oui/non
  - ⊗ Classification FIGO
  - ⊗ Schéma en coupe sagittale
  - ⊗ Schéma en coupe frontale
  - ⊗ Mesure du mur postérieur en cas de types 2 ou 3
- Endomètre :
  - ⊗ Mesure de l'épaisseur de l'endomètre
  - ⊗ Présence d'une image d'addition endométriale oui/non
  - ⊗ Aspect homogène oui/non
  - ⊗ Aspect compatible avec le jour du cycle ou le statut hormonal oui /non
- Ovaires
  - ⊗ Deux ovaire visibles oui/non
  - ⊗ Si un ovaire est non visualisé, indiquer le côté
  - ⊗ Présence d'une image kystique ovarienne > 30mm ou latéro-utérine oui/non
  - ⊗ Mesure du plus grand axe de chaque ovaire
- Epanchement :
  - ⊗ Oui/non
  - ⊗ Si oui : localisation et estimation de son volume

### Conclusion

### Iconographie



## L'innovation Recrutement

## Formation en Gynéco Obstétrique Humanitaire (FGOH) par GSF (Gynécologues Sans Frontières)

Jeune interne de Lille, j'ai eu l'occasion de participer à l'une des formations FGOH de 5 jours organisée par GSF, accessible pour les internes, les médecins, les sages-femmes et leurs élèves. Cette formation, non diplômante mais validant la formation continue pour les médecins, est l'occasion d'apporter aux participants des connaissances sur l'action humanitaire en général (les acteurs et les domaines d'action de l'humanitaire, l'éthique humanitaire, la mise en œuvre d'actions humanitaires et les modalités d'intervention), des compétences en humanitaire dans le domaine de la santé des femmes (domaines concernés, modalités d'actions) et des compétences à l'effet de réaliser une mission exploratoire et participer à une mission de soins ou d'urgence obstétricale.

Nous avons abordé par exemple le sujet de la mortalité maternelle, épidémiologiquement puis avec les trucs et astuces pratiques des plus expérimentés comme le Pr Lansac (qui nous a raconté l'utilisation d'une sonde de Folley comme ballon de Bakri !) ; également la logistique d'une mission d'urgence, l'anesthésie en humanitaire, la prise en charge des fistules obstétricales. Puis de multiples intervenants sont venus partager leurs expériences avec nous.

Pour ma part, je sors enrichie de ces conférences et je n'attends plus que la validation de mon 7<sup>ème</sup> semestre pour pouvoir agir avec eux !

### Tarifs

Internes : 350 euros (médecins : 550 euros) + 350 euros pour la formule en "immersion" (pension complète) proposée sur certaines sessions.

A noter !!! Prochaines Sessions de FGOH :

**Brive du 13 au 17 juin 2016 & Rennes du 10 au 14 octobre 2016**

### Autres actions de GSF

GSF est en charge de nombreuses missions, de soins dans les situations d'urgence (dispensaire mobile pour les migrants des camps du Nord-Pas-de-Calais actuellement, il y a quelques temps en Syrie, ...), et de formation des professionnels de santé pour améliorer la santé des femmes de façon durable (par exemple la mission Réféchance à Haïti, que continue à mener le Dr Therby de Roubaix, ayant pour but de diminuer la mortalité maternelle en rendant systématique l'utilisation des partogrammes, des horloges en salle de naissance, en améliorant les connaissances en mécanique obstétricales pour favoriser le développement des extractions instrumentales, des formations axées colposcopie, échographie, etc.). L'association organise également des missions de dépistage et de prévention.

Depuis 2006, GSF s'engage contre les violences faites aux femmes, sous toutes ses formes (intra familiales, crimes d'honneur, etc.) notamment en organisant des conférences régionales de sensibilisation





des professionnels de santé et des acteurs sociaux, sur les Mutilations Sexuelles Féminines. GSF poursuit son action auprès des professionnels de santé en leur apportant son soutien sur cette problématique et en participant à de nombreuses rencontres sur le sujet.

J'ai pour ma part présenté un diaporama de GSF (grâce à l'encadrement du Dr Matis) sur cette thématique au staff de l'hôpital Jeanne de Flandre (CHRU Lille), ce qui a permis de refaire le point sur la classification des MSF et leur prise en charge pendant l'accouchement et dans ses suites.

*Vous êtes tous invités à participer à ces formations, ou à soutenir GSF en donnant de votre temps, ou en faisant un don.*

*A bientôt dans les rangs de GSF, pour défendre les femmes du monde !*



**Océane PÉCHEUX**  
Interne en Gynécologie-Obstétrique 6<sup>ème</sup> semestre



## Des mots et des images sur...

### L'IVG

*En France depuis 1975, l'interruption volontaire de grossesse est un droit.*

*Mais ce droit de procréer ou non est menacé. En tant que gynécologue, nous sommes des intervenants clefs dans ce choix des femmes.*

*Voici quelques lectures et images choisis afin de rester vigilant, et soigner dans le plus grand respect nos patientes.*

### Des mots

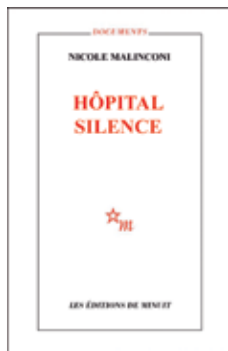


#### *L'événement* de Annie Ernaux, 2000

Annie à 23 ans et elle apprend qu'elle est enceinte. Elle souhaite interrompre cette grossesse. Mais nous sommes en janvier 1964, onze ans avant la loi sur l'IVG.

Vous allez détester la réaction de son entourage, la manque de soutien de l'équipe médicale, la scène de l'avortement clandestin. Vous allez détester cette société méprisante.

C'est un livre dur qui raconte un fait historique et nous éclaire sur la condition de la femme dans la société.



#### *Hôpital Silence* de Nicole Malinconi et J.M Klinkenberg, 1985

Nicole Malinconi est assistance sociale dans une maternité à Namur.

Ce livre documentaire met en scène le quotidien de la maternité. ses soignants, ses femmes enceintes, ses accouchements, ses bébés mais aussi ses femmes qui voulaient « arrêter d'être mère ».



#### *Le Chœur des femmes* de Martin Winckler, 2009

Jean Atwood est interne en gynécologie-obstétrique. Elle s'oriente plus tôt vers la gynécologie mais c'est pourtant dans un service d'orthogénie où elle doit passer son dernier semestre.

L'IVG y est donc abordée d'une manière ou d'une autre.

« Ne jugez pas les femmes. Ecoutez-les ».

La médecine de la femme serait avant tout beaucoup d'écoute.



---

## Des images

---



### *Le choix* de Désirée et Alain Frappier, 2015

Vous voulez tout connaître sur l'histoire de l'interruption volontaire de grossesse ; cette BD est faite pour vous.

C'est un travail de mémoire écrit à l'occasion des 40 ans de la loi Veil.



### *4 Mois, 3 Semaines, 2 Jours* de Cristian Mungiu, 2007

1987, Roumanie, quelques années avant la chute du communisme. Otila et Gabita partagent une chambre dans la cité universitaire d'une petite ville. Gabita est enceinte et l'avortement est un crime. Les deux jeunes femmes font donc appel à un certain M. Bébé pour résoudre le problème. Mais elles n'étaient pas préparées à une telle épreuve.

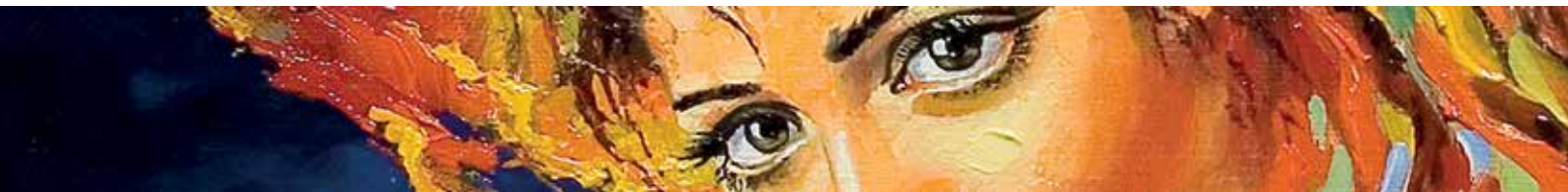
Ce film est tourné comme un thriller. Les scènes sont intimes, sombres et aussi brutales que peut l'être la vue d'un embryon sur du carrelage.



### *Simone Veil, une loi au nom des femmes,* documentaire France 2, 2010

Le mardi 26 novembre 1974 commence la bataille parlementaire la plus passionnelle de notre histoire. À 16 heures, Simone Veil monte à la tribune de l'Assemblée nationale pour défendre son projet de loi autorisant l'avortement.

Si vous voulez replonger dans ce moment historique et ressentir ce frisson quand la loi a été votée après des heures, jours de débats... ce documentaire est fait pour vous.



## Retour sur l'histoire de la contraception

*Les droits de la femme ne cessent d'être évoqués depuis le début du XX<sup>e</sup> siècle. Sans entrer dans une n-ième discussion sexiste et stérile qui ferait oublier que la femme ne sera jamais l'égale de l'homme, sinon son indispensable partenaire à égalité, revenons sur l'une des plus belles inventions de ce dernier siècle : la contraception.*

Etymologiquement « contra » - « conception », elle désigne l'ensemble des mesures permettant d'éviter la grossesse. Il s'agit d'une pratique ancestrale. De l'astuce de grand-mère à la recette naturelle, la femme sait depuis l'aube, que les enfants ne naissent pas entre la rose et le chou ! Et elle s'emploie à réguler, si ce n'est à contrôler, sa fécondité : ce sera tisanes contraceptives (Aubépine, Lierre et Saule) ou moyens mécaniques (suppositoire de menthe poivrée et gomme de cèdre) en Grèce Antique ; « Gants de Vénus » (vessie animale en guise de condom) pour la belle Rome ; ou encore billes de cuivres (ancêtre du DIU retrouvées chez les momies) en Egypte.

Durant le Moyen Age et la Renaissance, la contraception ne trouve pas sa place : l'espérance de vie est trop faible pour que l'on choisisse de réduire la taille de sa progéniture. Début du XIX<sup>e</sup> siècle, en revanche, c'est une autre paire de manche : La bourgeoisie n'aspire qu'à un petit nombre d'enfants : ainsi, moins de querelles d'héritage !

Annie Besant publie en 1877 avec l'aide de Charles Bradlaugh, un pamphlet sur les méthodes contraceptives, lui valant 6 mois de prison ferme.

En 1920, la 1<sup>ère</sup> guerre mondiale a laissé un vide terrible. Le 31 juillet, l'usage des contraceptifs est sanctionné, tandis que les « propagandes » anticonceptionnelles sont prohibées.

L'incitation à la natalité se poursuit en 1930-1940 : allocations, médailles... sont distribuées, tandis que la devise pétainiste « travail-famille-patrie » vient cimenter le tout...

En 1950, le Mouvement pour la maternité heureuse fait son apparition. C'est un nouveau concept qui voit le jour avec lui : une maternité heureuse est une maternité choisie. Puis la première pilule contraceptive est commercialisée en 1954 grâce à Gregory Pincus.

Dans les années 60, les premiers Planning Familiaux et le CPEF (Centre de planification et d'éducation familiale) sont créés, et la Loi de Neuwirth permet enfin la légalisation de la contraception, supprimant de fait les dispositions de 1920. Ouf !

Année 1971, entre cris de scandale et soupire féminin de soulagement : le Nouvel Obs' publie une pétition avec 343 signatures de femmes (certaines illustres) ayant réalisé une IVG dans le secret le plus total.

Un an plus tard, c'est le 1<sup>er</sup> procès où une femme n'est pas condamnée pour avoir avorté (grossesse qui était issue d'un viol).

Puis heureusement Simone « veille » (référence à une superbe pièce de théâtre du même nom) : L'IVG est rendue possible en situation de détresse le 17 janvier 1975...



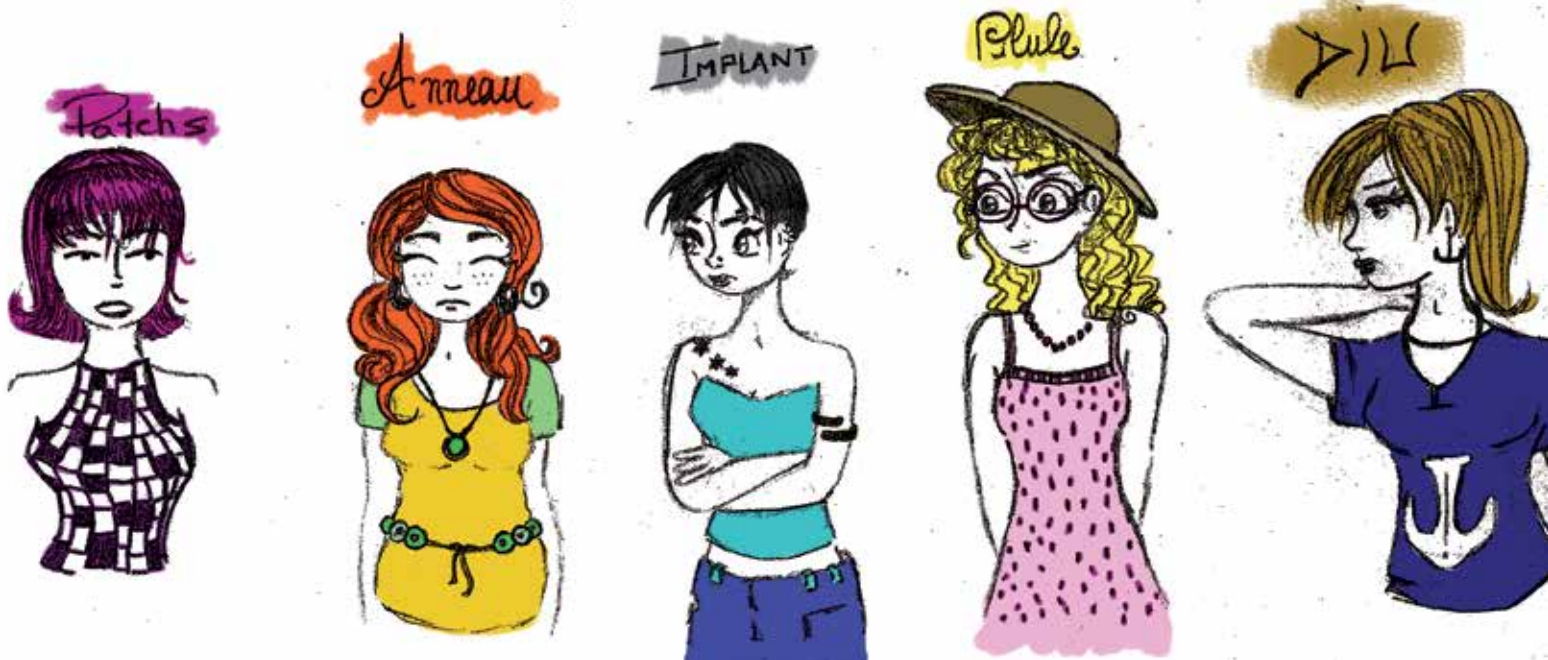


Mais nous nous éloignons de la contraception, qui a d'ailleurs comme objectif d'éviter d'avoir à en arriver jusque là (protégeant ainsi les femmes des dangers d'un avortement clandestin entre les mains d'une « faiseuse d'Anges »). Progressivement l'usage de la contraception se développe et revêt d'autres atours : en 1960 les 1<sup>er</sup> DIU se répandent (initialement d'or et d'argent, ils sont à présent faits d'un manteau en cuivre), en 2000 c'est l'implant, en 2002 le DIU hormonal, puis l'anneau et le patch en 2004, année où l'on évoque également la contraception masculine. En 2001, les cours d'éducation sexuelle sont enfin (bien que trop peu) délivrés : La contraception est l'affaire de tous, et pas seulement une histoire de femmes (jetez d'ailleurs un œil sur les clips YouTube « des hommes enceintes »).

Certains considèrent la contraception comme une antinomie de la vie. Je ne vois pas les choses ainsi. C'est l'expression d'une liberté ! C'est choisir l'arrivée d'un enfant lorsque l'on a tout à lui offrir et non l'accepter parce qu'il est trop tard. C'est dissocier maternité et sexualité. Enfin (et voici le regard du médecin désolée), c'est remettre la grossesse à plus tard, lorsqu'elle est incompatible avec la santé.

Le rebond des IVG après la coulée d'encre sur les pilules de 3<sup>e</sup> génération nous rappelle combien la contraception a su trouver sa place, et surtout notre rôle de médecin dans l'information des patientes. Il n'y a pas que le per os. Il n'y a pas que les hormones. La meilleure Madame ? Mais voyons c'est bien connu : celle que vous choisirez !

**Florie PIROT**  
Interne GO Paris





## FICHE D'ADHÉSION 2016-2017

### Région et CHU d'inscription

**Nord-Ouest**

- Amiens  
 Caen  
 Lille  
 Rouen

**Ouest**

- Angers  
 Brest  
 Nantes  
 Poitiers  
 Rennes  
 Tours

**Nord-Est**

- Besançon  
 Dijon  
 Nancy  
 Reims  
 Strasbourg

**Rhône-Alpes**

- Clermont-Ferrand  
 Grenoble  
 Lyon  
 St Etienne

**PACA**

- Marseille  
 Montpellier  
 Nice

**Sud-Ouest**

- Bordeaux  
 Limoges  
 Toulouse  
 Antilles Guyane  
 Océan indien

**IDF**

- Paris

Nom : .....

Prénom : .....

**Adresse personnelle (indispensable)**

.....

.....

.....

Ville : .....

Code : .....

Tél. : .....

Email : .....@.....

*Les emails sont fortement conseillés, nous permettant une grande rapidité de contact.*

**Adresse professionnelle**

Hôpital : .....

Service : .....

Chef de Service : Pr.....

Ville : .....

Interne inscrit au D.E.S. de gynécologie obstétrique OUI  NON  Semestre en cours :  
CCA  Assistant

Concours de l'internat : année : 20.....

AUTRE (FFI, DFMS...) :

Recherche des remplacements : OUI  NON

Souhaite participer activement à l'A.G.O.F. : OUI  NON

**Ci- joint un chèque de 50 € à l'ordre de l'AGOF pour mon inscription à l'année universitaire 2016-2017  
(inscription valide du 1<sup>er</sup> novembre 2016 au 31 octobre 2017).**

Fait à .....,

le .....

(signature)

Site Internet : [www.agof.info](http://www.agof.info)

À adresser à : A.G.O.F. 36, rue Marceau - Bordeaux 33000 - France • [secreteriat.agof@gmail.com](mailto:secreteriat.agof@gmail.com)





Le Centre Hospitalier d'Auxerre, centre de référence du Sud Yonne - Haut Nivernais, 170 km de Paris, 150 km de Dijon, axe autoroutier (A6) et ferroviaire (1h35 de Paris en TER) - 430 lits de MCO, 80 lits de SSR SMUR terrestre et hélicoptère - Réanimation médico-chirurgicale (10 lits réa, 4 lits USC) Cardiologie interventionnelle (24 lits cardio, 8 lits USC) - Néonatalogie niveau 2B, urgences pédiatriques - Radiologie conventionnelle, scanner, IRM - Chirurgie générale, viscérale et digestive, orthopédique et traumatologique, vasculaire, urologie

## Recrute 2 praticiens hospitaliers en gynécologie obstétrique

Ces postes peuvent également être occupés en post internat par des assistants avec la perspective ensuite d'un poste de PH.

### Informations

M. le Dr Dellinger - Chef de pôle et chef de service  
pdellinger@ch-auxerre.fr - 03 86 48 48 48 poste 72000

### Candidature CV + lettre de motivation à l'attention du :

Directeur des Ressources Humaines et des Affaires Médicales  
personnel@ch-auxerre.fr  
ou adresse postale :  
2, boulevard de Verdun - BP 69 - 89 011 AUXERRE CEDEX

## COMMUNAUTÉ HOSPITALIÈRE DE TERRITOIRE RANCE ÉMERAUDE



CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-MALO



CENTRE HOSPITALIER DE CANCALE



CENTRE HOSPITALIER DE DINAN

La CHT Rance Emeraude recrute pour le service de gynécologie-obstétrique du site de Dinan

## UN GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN TEMPS PLEIN Qualifié en chirurgie

Etablissement de 656 lits et places  
Maternité de niveau 2-A  
735 naissances en 2015

### Profil :

Praticien hospitalier, assistant spécialiste, contractuel.  
Inscrit au Conseil de l'Ordre des Médecins.

**Contact :** Dr Michel TURBAN - Responsable de structure interne  
secrétariat : 02 96 85 72 15 - michel.turban@ch-dinan.fr

**Candidatures à adresser à :** Madame la Directrice - Centre Hospitalier de Dinan  
74, Rue Chateaubriand - BP 91056 - 22101 DINAN CEDEX  
Tél. : 02 96 85 72 90 - Fax. : 02 96 85 72 91 - direction@ch-dinan.fr



## L'HÔPITAL DU GIER

Etablissement public de santé à Saint-Chamond (Loire, 42) entre Lyon et Saint-Etienne.  
Plateau technique, 200 lits MCO. Maternité niveau 1, 900 accouchements/an.

RECHERCHE

## 1 GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

Praticien hospitalier temps plein ou temps partiel (titulaire ou contractuel),  
ou assistant(e)

Contacts

- › Docteur Elodie Jasserand - Chef de Service - 04 77 31 19 95
- › M. Cédric Coutron - Directeur des Affaires Médicales - 04 77 31 19 01



## LE CENTRE HOSPITALIER REGIONAL D'ORLEANS RECRUTE UN ASSISTANT EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE à partir du 2 mai 2016

Maternité de niveau 3.  
Chirurgie gynécologique, sénologique et cancérologique.  
Chirurgie robotique.  
Assistance Médicale à la Procréation - Diagnostic Anténatal.  
Inscription obligatoire au Conseil de l'Ordre des Médecins.

Contact : M. Antoine LEBRERE - Directeur des Affaires Médicales et de la Recherche  
02 38 74 42 01 - antoinelebrere@chr-orleans.fr





## Le Centre Hospitalier de Mayotte

Situé au cœur de l'Océan Indien (À 2 heures d'avion de La Réunion et 1 heure de Madagascar)

### Recherche des gynécologue-obstétricien pour sa maternité de niveau II

#### PAR MUTATION OU CONTRAT DE LONGUE OU DE COURTE DUREE

Service de 109 lits et 2 places dans maternité de niveau II et chirurgie gynécologique.

Contrat de courte durée : (inférieur ou égal à 1 an).

Rémunération attractive. Prise en charge du billet d'avion pour le candidat, mise à disposition d'un logement (6 mois) et d'une voiture de location (3 mois) pendant la durée du remplacement.

Contrat d'un an : Rémunération attractive. Prise en charge du transport, du logement et du véhicule.

Mutation ou première nomination de praticien hospitalier :

Indemnité particulière d'exercice ouverte aux praticiens hospitaliers nommés à titre probatoire et permanent (16 mois de traitement versés en 4 fractions égales).

Prise en charge du transport (candidat + famille) + indemnité de changement de résidence + mise à disposition d'un logement (6 mois) et d'une voiture de location (3 mois).

Possibilité d'être recruté sous statut de praticien clinicien.

Envoyer demande de renseignements et candidature (CV détaillé, tous les diplômes, attestation d'inscription à l'ordre 2015) à :

Catherine BARBEZIEUX-BETINAS - Directrice en Charge des Affaires Médicales - 02 69 61 80 00 poste 5635 - Mail : c.barbezieux@chmayotte.fr

OUTRE-MER

### La Polyclinique de Navarre - Pyrénées-Atlantiques - Aquitaine Recrute Gynécologue-Obstétricien



Envoyer votre candidature à :

M. Pascal OLEJNICZAK

Direction des Affaires Médicales

pascal.olejniczak@cliniquedenavarre.com

Polyclinique de Navarre  
8, boulevard Hauterive  
BP 7539 - 64075 Pau Cedex  
Tél. : 05 59 14 54 54

Les cliniques de Pau disposent de 400 lits et places MCO, situés sur 2 sites (Polyclinique de Navarre et Polyclinique de Marzet), et 700 salariés :

• **Maternité** : 1 700 accouchements.

• **Chirurgie** : orthopédie-traumatologie, digestif, gastro-entérologie, urologie, vasculaire, ophtalmologie, ORL, gynécologie, neurochirurgie, esthétique, surveillance continue.

• **Médecine** : oncologie, chimiothérapie, radiothérapie (3 accélérateurs), soins palliatifs, médecine polyvalente, service d'urgences 24h/24.

• **Plateaux techniques** : 22 salles de bloc opératoire et 24 anesthésistes ; 2 IRM ; 2 scanners.

Pau est située à 1h de la mer, 1h de la montagne, 1h de l'Espagne. Deux aéroports sont situés entre 15 à 30 mn : une dizaine de liaisons quotidiennes vers Paris, et plusieurs vers Lyon et Marseille. Par ailleurs, dessertes deux fois par semaine vers Milan, Londres et Rome.



AQUITAINE - LIMOUSIN - POITOU-CHARENTES



### LE CENTRE HOSPITALIER JEAN ROUGIER DE CAHORS

Maternité sud-ouest niveau 2A,

Propose

**1 poste PH gynécologue-obstétricien temps plein à orientation obstétricale, et 1 poste PH gynécologue médical pour renforcement et développement de l'activité actuelle.**

800 accouchements par an, CTS et embolisation sur place, néonatalogie, anesthésistes sur place, réanimation maternelle.

Activité chirurgicale importante.

Équipe soudée et très agréable de 4 gynécologues obstétriciens.

Région attractive à 1h de Toulouse.

Contactez Dr Léonard - 06 17 92 82 74 - leodulot@outlook.fr



LANGUEDOC-ROUSSILLON - MIDI-PYRÉNÉES



La Clinique de Vitrolles recherche **1 gynécologue-obstétricien** pour une installation en libéral (association possible).



Contact :

Laurent DEMONTIS - Directeur

06 70 45 27 28

Mail :

l.demontis@clinique-vitrolles.com

Située dans les Bouches-du-Rhône idéalement placée entre Marseille et Aix-en-Provence à proximité de la mer. Etablissement Mco, maternité de niveau 1, réalisant environ 1 500 accouchements par an.

48 lits de maternité dont 16 chambres seules d'une qualité hôtelière supérieure.

6 salles d'accouchement dont 2 « nature » avec possibilité d'accoucher dans l'eau.

39 lits de chirurgie.

18 places d'ambulatorio.

8 salles d'interventions chirurgicales.

PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR



# Rejoignez la communauté des Gynécologues Obstétriciens

Réseau  
**PRO**  
Santé

Sur  
**Reseauprosante.fr**



www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



Pour tous renseignements, 01 53 09 90 05 - [contact@reseauprosante.fr](mailto:contact@reseauprosante.fr)



D.I.U.  
AU CUIVRE

Nos marques,  
Votre expertise !

UT 380®



CCD *NT* 380®



Gynelle® 375

