

LE CORDON ROUGE

Association des Gynécologues
Obstétriciens en Formation

AGOF

DE JADIS À NAGUÈRE :
Palmer au centre de la
cœlioscopie

SEXUALITÉ ET GROSSESSE

GYNÉCO... MAIS PAS QUE !

LA CHIRURGIE FŒTALE

REVUE POUR LES INTERNES DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

N°20
Février 2021

www.agof.info



Sommaire

ÉDITORIAL | LE MOT DE LA PRÉSIDENTE P 01

LA CHIRURGIE FŒTALE EN 2020 ? P 02

DE JADIS À NAGUÈRE
Palmer au centre de la cœlioscopie P 07

AGORABOX P 10
Apprendre, partager et réviser sa spécialité depuis son smartphone ?

VOYAGE AU CŒUR DE LA GYNÉCO P 12
Portrait d'une globe trotteuse

360 MEDICS P 15
Les outils du gynéco sur son smartphone

GYNÉCO... MAIS PAS QUE ! P 17

PASSAGE DANS LA COURS DES GRANDS P 19
Démarches administratives à effectuer en vue du post-internat

SEXUALITÉ ET GROSSESSE P 21
Levons le voile !

LE POINT SUR LA RÉFORME EN GYNÉCOLOGIE P 23

MASTERCLASS DE SIMULATION À PAU P 25

ANNONCES DE RECRUTEMENT P 26

Rédacteur en chef :
Alexane Tournier

Rédacteurs de ce numéro :
Alexane TOURNIER, Océane PÉCHEUX, Frédéric GLICENSTEIN, Maryame EL GANI, Frédéric GLICENSTEIN, Léa DESOURVIERES, Imane BEN M'BAREK, Rayan HAMADMAD.

Editeur :
Réseau Pro Santé
6, avenue de Choisy | 75013 Paris |
M. TABTAB Kamel, Directeur
reseauprosante.fr | contact@reseauprosante.fr

AGOF
12 rue Mermoz | 59000 Lille
secreteriat.agof@gmail.com
Tél : +33 (0) 6 59 66 81 48

Composition du bureau
Présidente : Océane PÉCHEUX
Vice-présidente : Alexane TOURNIER
Secrétaire générale : Frédéric GLICENSTEIN
Trésorier : Rayan HAMADMAD
Responsable certification cancerologie et RPC : Louise BENOIT
Responsable communication : Maryame ELGANI
Responsable relations internationales : Lavinia IFTENE



Editorial



C'est avec une immense joie que nous vous retrouvons pour ce 20^{ème} numéro du Cordon Rouge. Ce numéro complet refera un point sur la réforme, vous donnera les clés administratives pour faire la transition vers l'assistanat, vous présentera plusieurs parcours inspirants d'internes atypiques, vous expliquera les nouvelles applis outils indispensables de l'interne de GO : 360 medics et AgoraBox. On a pas oublié de vous divertir par des articles sur les passionnantes chirurgies fœtales et sur l'histoire de la coelioscopie.

L'AGOF a réussi ces derniers semestres à dynamiser la formation des internes (son principal objectif !) en créant de nouveaux outils. C'est en passant par une petite association avec des petites mains que l'on peut parfois faire de grandes choses. N'hésitez pas à nous contacter quel que soit le motif, on adore partager.

Je vous souhaite une très bonne lecture.

Alexane TOURNIER

Rédactrice en Chef de la revue Le Cordon Rouge

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE



Un nouveau Cordon Rouge pour votre collection ! Et pas des moindres.

Nous sommes heureux du dynamisme du bureau actuel, optimisé par l'accueil de plusieurs nouveaux membres actifs (Lauranne Hublon, Lavinia Iftene). L'AGOF se modernise et s'est donnée du mal pour proposer à ses adhérents, toujours gratuitement, de nouveaux outils. Outre l'application 360 medics que nous espérons vous utilisez massivement, vous avez désormais accès à un système de fiches de révision sympa pour bosser de manière ludique les RPC ou certains DIU, sur Agorabox.

Rejoignez-nous si vous souhaitez vous investir dans la formation des jeunes gynécologues. Toute participation même minime nous est très utile.

A bientôt pour de nouvelles aventures. Je ne vous spoile pas mais des webinars, des fiches de révision et surtout un projet réalité virtuelle sont en cours... On croise les doigts !

Océane PÉCHEUX

Présidente de l'AGOF
Centre Hospitalier de Douai
Pour le bureau AGOF



La chirurgie foetale en 2020 ?

Il s'agit d'un point de vue de jeune interne. Cet article est purement informatif. Bonne lecture

Certaines pathologies entraînent des séquelles évolutives non réversibles dès la vie fœtale. Depuis les années 90 et la démocratisation de l'échographie, les gynécologues obstétriciens tentent d'effectuer un traitement chirurgical prénatal. Il s'agit d'un équilibre souvent fragile entre le bénéfice de la thérapie fœtale, parfois d'effet modeste et les complications potentiellement responsables de morbidité maternelle et obstétricale.



Initialement ce type de chirurgie était effectué par laparotomie. Le fœtus était extrait transitoirement de la cavité utérine tout en conservant ses apports sanguins par le placenta laissé en place. Il était ensuite replacé dans la cavité utérine, au sein de laquelle les pertes de liquide amniotique étaient compensées. Cette chirurgie avait une morbidité importante tant pour la mère que pour le fœtus. Le taux de complication à la suite des ruptures des membranes notamment y était important. Cela a donc été abandonné pour la plupart des indications, tant le bénéfice était discuté. Le traitement chirurgical des myéloméningocèles (plus communément des spina bifida et anomalies de fermeture du tube neural) est toujours effectué par laparotomie actuellement.

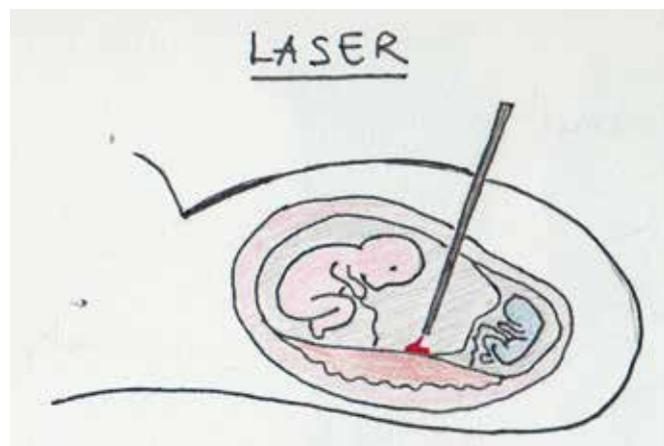
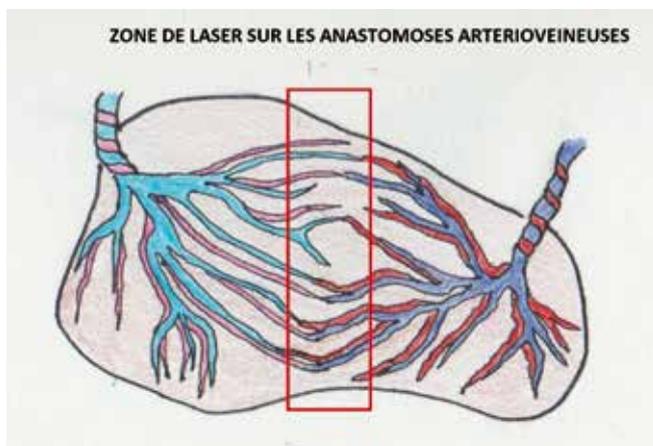
La procédure EXIT réutilise ce principe pour le traitement de tumeurs ORL compressives (par exemple un volumineux lymphangiome kystique). Il s'agit par exemple d'intuber le fœtus en per césarienne à l'aide du chirurgien ORL tout en préservant l'oxygénation fœtale issue de la veine ombilicale. Cela diminue les complications à type de détresse respiratoire, et la morbidité de l'intubation difficile.

Nous allons ici présenter 4 pathologies : le syndrome transfuseur transfusé, la hernie de coupole diaphragmatique, la myéloméningocèle et enfin les pathologies obstructives du bas appareil urinaire (LUTO).

Le syndrome transfuseur-transfusé

Le syndrome transfuseur transfusé (STT) est une complication spécifique des grossesses gémellaires monochoriales biamniotiques. La prévalence est estimée entre 8 et 10 % (1). S'il n'est pas traité, le pronostic du STT est sombre (90 % de mortalité associé à un taux de complications neurologiques important (2), (3)). Le STT est caractérisé par la présence d'anastomoses artério-veineuses placentaires (AAV). On pose le diagnostic devant la présence d'un hydramnios chez l'un des jumeaux (mesure de la plus grande citerne de 8 cm avant 20 SA et de 10 cm après 20 SA) et d'un oligo-amnios pour l'autre jumeau (grande citerne < 2 cm quel que soit l'âge gestationnel) (4).

Suite aux RPC du CNGOF de 2005 (5), un suivi échographique bihebdomadaire est conseillé pour les grossesses monobici car l'apparition du syndrome peut être rapide. La prise en charge de ce syndrome tient compte du terme au diagnostic. Un STT précoce est le plus souvent traité par une fœtoscopie au laser. Après le terme de 26 SA des amniotomies peuvent être proposés. Dans certains cas, une interruption sélective de grossesse est effectuée par une coagulation sélective du cordon ombilical à la pince bipolaire. Les complications à surveiller dans les suites post opératoires du laser sont la présence d'un TAPS (syndrome anémie polycythémie) ou la récurrence du STT.



La Hernie de coupole diaphragmatique

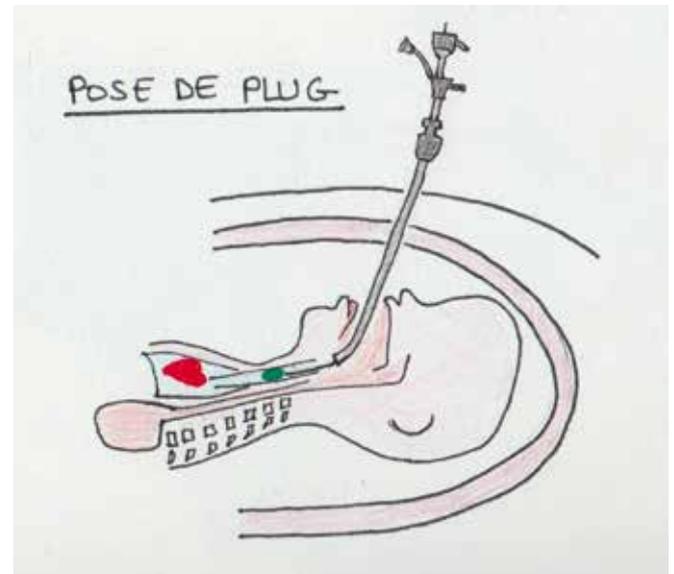
La hernie de coupole diaphragmatique (HCD, incidence 1/3000) correspond à une absence de fermeture complète du diaphragme. Une partie du contenu intra abdominal se retrouve donc au niveau thoracique. Le parenchyme pulmonaire ne peut le plus souvent pas se développer dans son arborescence ainsi qu'au niveau de ses artérioles, ce qui est responsable d'hypertension pulmonaire. Les associations syndromiques

représentent 40 % des cas (6). L'évaluation en imagerie note le plus souvent la position du foie (importante pour le pronostic) et le Lung over Head Ratio observé/attendu (LHR) (dans une hernie gauche, rapport entre la surface du poumon droit et le périmètre céphalique) en échographie ainsi que la mesure du volume pulmonaire (Total Lung Volume [TLV]) en IRM (7), (8).



La technique la plus répandue pour tenter de diminuer l'hypoplasie pulmonaire dans les formes sévères est l'occlusion trachéale par un ballonnet (Plug the Lung Until it Grows [PLUG]) qui va permettre une expansion pulmonaire grâce au maintien du liquide issu du parenchyme pulmonaire (9), (10). Dans cette technique par fœtoscopie, entre 28 et 30 SA, un endoscope est inséré dans la trachée et un petit ballonnet y est déposé puis gonflé jusqu'à l'occlusion totale.

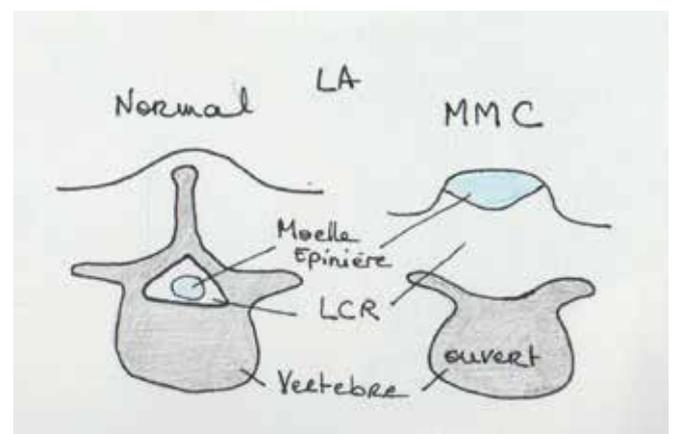
A noter : Pour s'entraîner à calculer le LHR il existe une application développée par le Docteur Julia Boubnova, appelée « CDH Calculator ».



La myeloméningocèle

La myéloméningocèle (incidence 1/500 à 1/2000) correspond à une non-fermeture du tube neural qui conduit à une extériorisation à la peau de la moelle épinière et des racines (11). Les pathologies associées présentent des troubles sphinctériens à type de rétention, associés de façon variable à des troubles moteurs, et une déficience intellectuelle.

On décrit souvent une association à la malformation de Chiari composée d'un engagement cérébelleux ainsi que d'une atteinte du tronc cérébral. La chirurgie est actuellement une chirurgie ouverte par voie de Pfannenstiel. Un essai est actuellement en cours pour tenter un traitement par voie endoscopique du myeloméningocèle. L'accès à l'utérus se fait aussi par laparotomie, seul l'hystérotomie est abordée par voie endoscopique.



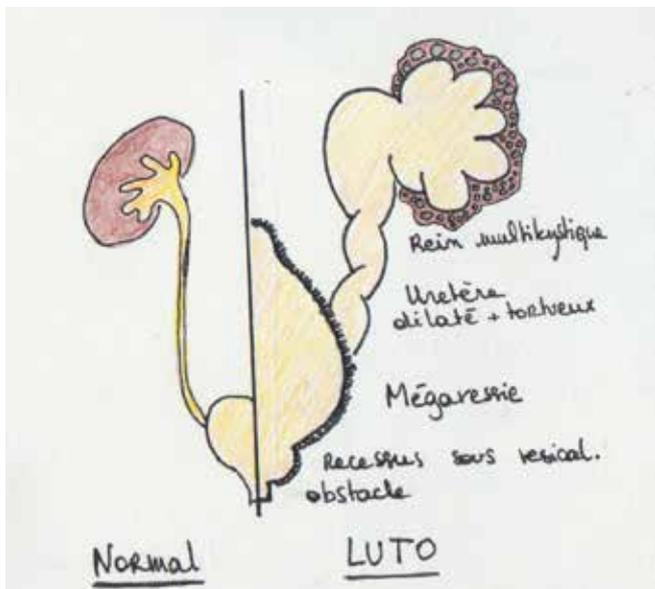
Les LUTO (lower urinary tract obstruction)

Les LUTO (lower urinary tract obstruction) ou obstructions du bas appareil urinaire sont présentes dès la vie fœtale. Elles représentent une cause importante d'insuffisance rénale terminale et de transplantation de l'enfant (12). Leur prévalence est de 1/1800 en prénatal contre 2/10000 en postnatal (13). Un des défis de la chirurgie fœtale a été de lutter contre ces séquelles rénales présentes dès la naissance. La présence de LUTO en anténatal est associée, entre autres, à la présence d'une mégavessie persistante : sa prévalence est de 1/1800 (2). La mortalité associée en période prénatale est décrite autour de 50 % (interruptions médicales de grossesse incluses) (13). Les LUTO s'associent à peu d'anomalies chromosomiques ou syndromiques hormis le syndrome de Prune Belly et MMHIS : microcolonmégavessie. Les principales étiologies de LUTO sont : les valves de l'urètre postérieur (50 %), l'atrésie urétrale (5 %), la sténose urétrale (5 %), ou les LUTO « myogène » type MMHIS (230 cas en tout dans la littérature) ou Prune Belly (5 - 8 % des LUTO) (11). Par ailleurs, dans les cas de LUTO de cause médicamenteuse (réversibles à l'arrêt théoriquement) ou idiopathiques, l'urètre serait classiquement normal.

Il n'existe à ce jour pas de technique diagnostique validée pour rechercher l'étiologie prénatale du LUTO. La cystoscopie prénatale apparaîtrait comme le seul examen envisageable, mais n'est pas évaluée comme telle pour le moment.

Le traitement de référence consiste en la pose d'un drain afin d'effectuer un shunt vésico-amniotique. Cela permet de dériver les urines jusqu'à la naissance (14) et de tenter de minimiser les séquelles rénales par un drainage en amont de l'obstruction. Ce traitement, non curatif, n'est pas adapté à l'étiologie propre de l'obstruction et ne restaure pas la fonction vésicale postnatale.

En pratique, des migrations peuvent entraîner des réinterventions dans 1/3 des cas (15). Le traitement postnatal est effectué le plus souvent par cystoscopie. La technique de cystoscopie fœtale se développe depuis 1995 afin de créer un traitement curatif, et le plus physiologique possible pour ces fœtus (16). Elle se réalise par voie transvésicale (16). Elle permettrait de traiter le LUTO en fonction de son étiologie propre, tout en conservant la fonction détrusorienne.





Les résultats de cette technique sont pour le moment mitigés : premièrement dû au faible effectif de patients traités, puis au matériel peu adapté aux biométries fœtales (17).

En cas de valves de l'urètre postérieur, la chirurgie postnatale par cystoscopie est réalisable par

voie urétrale dès lors que le diamètre urétral le permet (difficile chez le prématuré)(18). Cette chirurgie n'apporte pas la totalité du bénéfice escompté car les séquelles sont présentes dès la vie fœtale, et ces enfants doivent pour certains être transplantés lors des premières années de vie (18).

Conclusion

La chirurgie fœtale nous apporte l'espoir de diminuer les conséquences d'une pathologie évolutive dès la vie fœtale. La plupart de ces pathologies entraînent un grande morbi-mortalité pour l'enfant en l'absence de traitement. La thérapeutique n'apporte malheureusement bien souvent qu'une amélioration limitée de la pathologie. Par ailleurs, la chirurgie fœtale n'est pas sans risque pour la mère. Le devenir obstétrical et psychologique des grossesses futures, tant sur le risque de rupture prématurée des membranes et de césarienne, reste à ce jour peu connu.

Frédéric GLICENSTEIN
pour l'AGOF

1. Simpson LL. Twin-twin transfusion syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2013;208:3-18.
2. Berghella V, et al. Natural history of twin-twin transfusion syndrome. *J Reprod Med* 2001;46:480-4.
3. Gonsoulin W, et al. Outcome of twin-twin transfusion diagnosed before 28 weeks of gestation. *Obstet Gynecol* 1990;75:214-6.
4. Senat M-V, et al. Endoscopic laser surgery versus serial amnioreduction for severe twin-to-twin transfusion syndrome. *N Engl J Med* 2004;351:136-44.
5. Recommandations pour la pratique clinique, grossesses gémellaire, CNGOF 2005.
6. Keijzer R, et al. Congenital diaphragmatic hernia. *Semin Pediatr Surg* 2010;19:180-5.
7. Cannie M, et al. Quantification of intrathoracic liver herniation by magnetic resonance imaging and prediction of postnatal survival in fetuses with congenital diaphragmatic hernia. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008;32:627-32.
8. Jani J, et al. Observed to expected lung area to head circumference ratio in the prediction of survival in fetuses with isolated diaphragmatic hernia. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007;30:67-71.
9. DiFiore JW, et al. Experimental fetal tracheal ligation reverses the structural and physiological effects of pulmonary hypoplasia in congenital diaphragmatic hernia. *J Pediatr Surg* 1994;29:248-56.
10. Benachi A, et al. Ultrastructural evaluation of lung maturation in a sheep model of diaphragmatic hernia and tracheal occlusion. *Am J Respir Cell Mol Biol* 1999;20:805-12.
11. Mitchell LE, et al. Spina bifida. *Lancet* 2004;364:1885-95.
12. Anumba DO, et al. Diagnosis and outcome of fetal lower urinary tract obstruction in the northern region of England. *Prenat Diagn. janv* 2005;25(1):7-13.
13. Benachi A. *Conduites pratiques en médecine foetal.* elsevier.
14. Cheung KW, et al. Congenital urinary tract obstruction. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* juill 2019;58:78-92.
15. Vinit N, et al. Fetal Cystoscopy and Vesicoamniotic Shunting in Lower Urinary Tract Obstruction: Long-Term Outcome and Current Technical Limitations. *Fetal Diagn Ther.* 2020;47(1):74-83.
16. Quintero RA, et al. Percutaneous fetal cystoscopy and endoscopic fulguration of posterior urethral valves. *Am J Obstet Gynecol.* janv 1995;172(1 Pt 1):206-9.
17. Welsh A, et al. Fetal cystoscopy in the management of fetal obstructive uropathy: experience in a single European centre. *Prenat Diagn.* 30 déc 2003;23(13):1033-41.
18. Farrugia M-K. Fetal bladder outlet obstruction: Embryopathology, in utero intervention and outcome. *J Pediatr Urol.* oct 2016;12(5):296-303.



Palmer au centre de la coelioscopie

Raoul Palmer n'a pas inventé l'endoscopie pourtant il est une figure incontournable de son développement en gynécologie et en chirurgie. Confronté à la détresse des patientes atteintes d'infertilité et aux limites de la médecine de son époque, le Dr Palmer introduit, développe et enseigne une technique qui sera à l'origine d'une véritable révolution chirurgicale en France et dans le monde. Médecin engagé, il n'hésite pas à prendre part aux grands débats sociaux que connaît la France au XX^{ème} siècle. Cet artisan des progrès techniques et sociaux dans lesquels nous pratiquons aujourd'hui mérite d'être mieux connu par ses successeurs.

L'endoscope naît en 1806 à Francfort (1) : il s'agit d'un dispositif destiné à l'exploration des cavités internes : gorge, trachée, bronches, vessie, œsophage, estomac... inventé par Philipp Bozzini. Le Dr Désormeaux (médecin français) le nomme endoscope en 1853. Au départ, il s'agit d'un appareil simple mais ingénieux se basant sur des lentilles, des miroirs et un éclairage... à la bougie !

La première exploration intra-abdominale par scopie a lieu en 1901, en Allemagne par Kelling, qui effectue la première laparoscopie sur un chien après création d'un pneumopéritoine. Il baptise la technique : Kœlioscopie. En 1912, Jacobeus ose la première laparoscopie sur l'homme à Stockholm. Pourtant ces noms et ces techniques restent méprisés à une époque où le talent des chirurgiens est considéré comme proportionnel à la taille des cicatrices faites aux patientes !



A Paris, un jeune gynécologue de l'hôpital Broca croit pourtant en cette technique révolutionnaire dans la prise en charge des patientes : c'est Raoul Palmer.

Fils d'immigrés suédois installés à Paris (2), Signe et Fritjof Palmer, Raoul Fri Palmer naît à Paris en 1904. Il effectue d'abord une licence de Botanique et de Zoologie puis fait sa médecine en orientant son internat vers la « chirurgie expérimentale ». Sa thèse portera sur « La physico-pathologie du foie et des vaisseaux hépatiques » en 1934. Recommandé par son patron de l'époque, le Pr Noel Fiessinger, il est engagé comme « Chef des travaux de gynécologie à la faculté de Médecine de Paris » à l'hôpital Broca en 1934. Il y soignera les femmes pendant près d'un demi-siècle. Fraichement installé dans son nouveau service rue de la Glacière, où il y fera toute sa carrière assisté par sa femme Elisabeth, le Dr Palmer se spécialise dans la prise en charge des stérilités féminines où les besoins sont grands à l'époque.

Pour rappel, les interruptions de grossesses étaient alors interdites en France. Afin de combattre la dépopulation induite par la grande guerre de 1914, le médecin et sénateur Odile Lannon obtient l'application de la loi du 27 juillet 1920 au code pénal français qui réprimait à la fois « la provocation à l'avortement » mais aussi « la propagande anticonceptionnelle », soit toute méthode de contraception (3).



En 1942, sous le régime de Vichy, l'avortement est déclaré crime contre la Sûreté de l'État, et passible de la peine de mort. En 1943, Marie Louise Giraud est condamnée à mort pour avoir pratiqué des avortements (4). Pourtant, n'ayant pas accès à une contraception efficace, les femmes ont souvent recours aux « faiseuses d'anges » ou aux « tricoteuses » et à des avortements clandestins, dont les complications sont fréquentes et graves allant de la mort à la stérilité. Nombreuses sont celles qui une fois mariées sont touchées par des atteintes tubaires sévères et consultent le Dr Palmer à cet effet. La prise en charge de l'époque consistait à une hystérosalpingographie, qui identifiait l'obstruction tubaire. Puis, une laparotomie exploratrice évaluait l'opérabilité de la patiente pour si possible la traiter. Seulement, nombreuses étaient les patientes qui se voyaient infliger cette laparotomie exploratrice ; et à qui le chirurgien annonçait au réveil que leurs atteintes tubaires étaient incurables.

Confronté à la détresse de ces femmes, Palmer eut l'idée d'introduire les techniques d'endoscopies abdominale dans la prise en charge des patientes atteintes d'infertilité. Malgré des premières expériences décevantes, il ne se détourna pas de cette voie opératoire et améliora la technique de façon remarquable (5).

Privilégiant la voie abdominale plutôt que le passage par le cul de sac de Douglas, il introduit l'utilisation d'un mobilisateur utérin pour ramener l'utérus et les trompes en avant en utilisant les sondes de radiologie. L'utérus est enfin visible avec un optique en ombilical !

Il a l'idée d'utiliser comme insufflateur une aiguille inventée par un pneumologue hongrois pour créer un pneumothorax chez le tuberculeux : c'est l'aiguille de Verres ou de Palmer qui sert à effectuer le pneumopéritoine.



Il améliore ses optiques et commence à utiliser l'éclairage par tige de quartz en 1952. En 1956, il adapte une caméra à son optique et filme en intra-péritonéal pour la première fois. En 1958, il effectue l'électrocoagulation des trompes par voie coelioscopiques : premier pas vers la stérilisation définitive. En 1961, il prélève des ovocytes par voie coelioscopique (6).

Avide de transmettre ses techniques opératoires et de les enseigner au plus grand nombre, Palmer publie massivement et reçoit des chirurgiens des quatre coins du monde dans son bloc opératoire. N'ayant pas d'écran de transmission à l'époque, il opérait d'une main et dessinait de l'autre en simultané !!

Les progrès de la coelioscopie sont alors techniques, anatomiques et surtout internationaux. L'introduction des fibres optiques à partir de 1972 apporte une légèreté et une visibilité sans pareil. Le développement d'instruments dédiés à la coelioscopie et l'idée de les introduire par des trocars avec des axes différents de celui de l'optique est décisif. En 1972, le gynécologue vichyssois Hubert Manhes procède au premier traitement d'une grossesse extra-utérine par coelioscopie.



Un gynécologue allemand, le Dr Semm, développe notamment les techniques de nœuds intra et extra-corporelles et les techniques de sutures laparoscopiques. Il ose en 1980 la première appendicectomie coelioscopique (7). En 1987, le Dr Philippe Mouret, chirurgien lyonnais, procède à la première cholécystectomie coelioscopique (8).

Acteur historique des avancées majeures de la chirurgie au 20^{ème} siècle, le Dr Palmer prendra part aux débats de son époque et aux grands bouleversements sociaux que connaîtra la France d'après-guerre. En 1961, il participe à une campagne de presse dans *Le Monde* en faveur de la contraception et défend ses positions dans un colloque en 1963. Cela lui vaudra deux blâmes par le Conseil de l'Ordre des médecins. En 1968, la loi Neuwirth, portée par le député gaulliste éponyme, abroge la loi de 1920 qui pénalisait jusque-là la contraception en France. En 1972, Raoul Palmer témoigne en faveur de la jeune Marie-Claire Chevalier lors du Procès de Bobigny ; jeune femme violée et dénoncée aux forces de l'ordre par son agresseur pour avoir subi une IVG. Sa prise de position lui vaudra

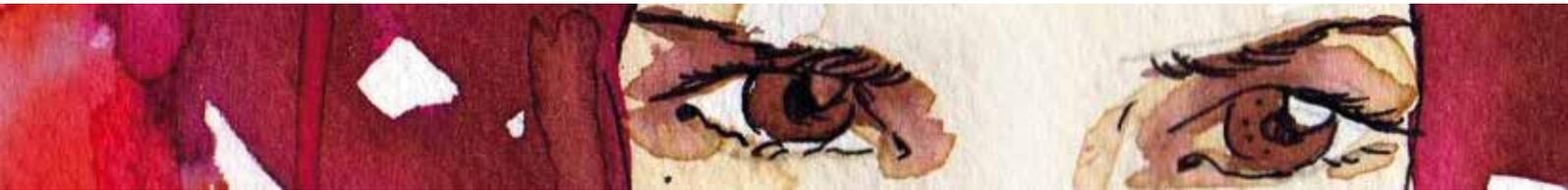
un troisième blâme par le Conseil National de l'Ordre des médecins. En 1975, la promulgation de la loi Veil, portée par Simone Veil, ministre de la Santé et gynécologue de profession, dépénalise l'avortement en France sous conditions.

Le Dr Palmer décède en 1985 et ne connaîtra pas l'introduction de la vidéoscopie au début des années 1990. Il reste dans nos mémoires comme un grand gynécologue ayant contribué à mettre la Science et la Technique au service des patientes d'hier, d'aujourd'hui et de demain.



Maryame EL GANI
Interne de GO à Tours

1. Spaner SJ, Warnock GL. A brief history of endoscopy, laparoscopy, and laparoscopic surgery. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 1997 Dec;7(6):369-73.
2. Schlogel G. Raoul Palmer et l'aventure coelio-chirurgicale de 1940 à 1995. *Hist Sci Med*.1996;30(2):281-7.
3. Anne Cova, *Maternité et droits des femmes en France : XIX^e-XX^e siècles*, Economica, 1997.
4. Mireille Le Maguet, *Une "faiseuse d'anges" sous Vichy : le cas Marie-Louise Giraud*, Institut d'études politiques de Grenoble, Saint-Martin-d'Hères, 1996, 128 p.
5. Palmer R. Instrumentation et technique de la coelioscopie gynécologique. *Gynecol Obstet (Paris)* 1947;46:420-431.
6. Litynski GS. Raoul Palmer, World War II, and transabdominal coelioscopy. *Laparoscopy extends into gynecology. JLS*. 1997;1(3):289-292.
7. Semm K. *Pelviskopie und Hysteroskopie*. Stuttgart: F.K. Schattauer Verlag; 1976.
8. Polychronidis A, et al. Twenty years of laparoscopic cholecystectomy: Philippe Mouret--March 17, 1987. *JLS*. 2008 Jan-Mar;12(1):109-11.



Apprendre, partager et réviser sa spécialité depuis son smartphone ?

La plateforme AGOF de l'application Agorabox



Difficile de se mettre à jour en gynécologie obstétrique ? Manque de temps pour lire les recommandations ou réviser un DU ?

Le concept est de proposer des supports, participatifs, gratuits et disponibles à tout moment sur son smartphone, ou l'ordinateur du bureau des internes (s'il existe !). L'objectif est de créer un réseau participatif ludique de partage de révision et de savoir.

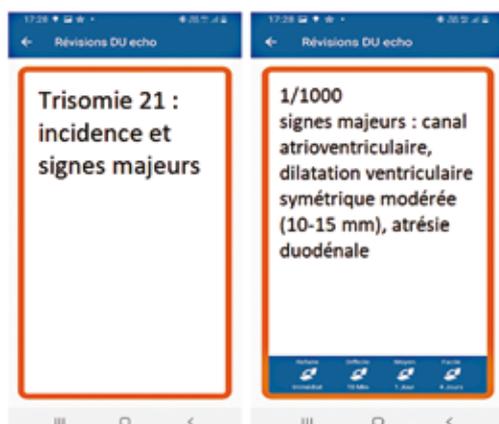
Le concept des flashcards

Pouvoir programmer ses révisions à l'aide de fiches mémos est un concept largement diffusé (logiciel libre Anki) grâce auquel on programme soi-même l'ordre de réapparition des flashcards : ce qui est classé par l'utilisateur comme difficile revient plus souvent que ce qui est facile.

Structure d'une carte mémoire (= flashcard)

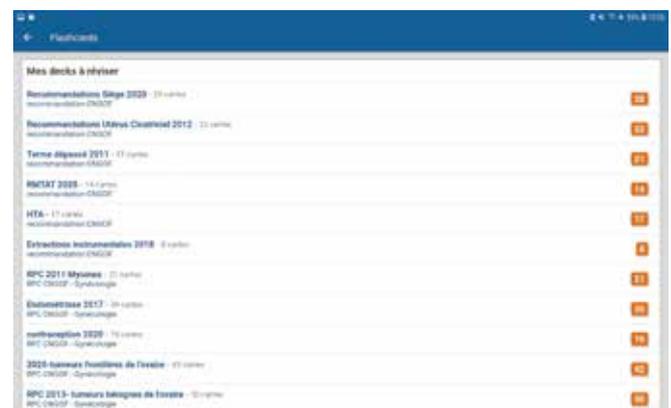
Dans le module AGOF d'Agorabox, il s'agit d'une carte que l'on retourne :

- Au recto : L'énoncé de la question.
- Au verso : La réponse à la question, puis le rythme de révision à programmer !



Architecture des modules de révisions

Les flashcards sont réunies au sein de paquets de cartes (decks) correspondant à une séance de révision. Les decks sont regroupés au sein de chapitres nommés UE (unité d'enseignement). Certaines UE sont en accès libre : notamment les recommandations pour la pratique clinique (RPC du CNGOF), d'autres sont réservées aux adhérents.



Inscriptions sur la plateforme

L'inscription sur la plateforme Agorabox (site web comme application) est gratuite. Elle est possible pour tout gynécologue obstétricien ou médical, qu'il soit membre ou non du CNGOF, CFEF et de l'AGOF.



La différence entre ces profils utilisateurs réside dans l'étendu du contenu disponible.

Comme vous le verrez, Agorabox travaille avec de nombreuses associations. On peut y stocker, et partager à l'aide de sessions sécurisées des supports de cours en vidéos, y faire des live sessions, partager en effectif réduit des évaluations de stages ou des cas cliniques.

Le stockage et le partage de mémoires, de présentations ou d'annales est possible de façon sécurisée.

Aspects collaboratifs

Le principe des commentaires est de légitimer la qualité des contenus, puis si nécessaire d'éventuellement comparer des pratiques à l'échelle nationale de façon productive et confraternelle. Certains échographistes chevronnés ont par exemple accepté de commenter du contenu échographique.

Conclusion

L'AGOF et l'AIGM ont préparé ce projet main dans la main, pour le développer bénévolement avec l'appui scientifique du CNGOF et du CFEF.

Nous sommes heureux de vous proposer ce support qui est un nouvel outil de révision pratique gratuit et participatif. Pour la sortie de l'application, chaque membre du bureau de l'AGOF issu de toute la France, ainsi que des internes de l'AIGM y ont contribué en reprenant les RPC du CNGOF.

On espère que ce type de partage de savoir permettra de contribuer à une cohésion nationale et ludique entre les internes et jeunes chefs en gynécologie obstétrique.



En vous souhaitant une bonne utilisation, L'AGOF

Auteur et porteur du projet :
Frédéric GLICENSTEIN

Portrait d'une globe trotteuse

J'ai eu l'occasion d'interviewer Marion Guckert, actuellement Chef de Clinique en Guadeloupe qui a eu un parcours quelque peu hors des sentiers.



A quand remonte tes premiers voyages ?

J'ai réalisé mon tout premier voyage grâce à l'association « La Goutte d'Eau » qui était l'association humanitaire de ma fac. Un mois passé au fin fond du Sénégal avec une ONG. J'avais 19 ans, et je me suis retrouvée dans la cambrousse en Afrique, quelle expérience ! C'est là que j'ai vu mon tout premier accouchement de gémellaire, à la lanterne, avec la matrone du village. J'ai également vu en consultation mes premières patientes atteintes de VIH stade SIDA, certaines avaient mon âge...

L'année d'après je suis partie 3 mois au Mexique (fin de ma 3^{ème} année, juste avant l'externat), pour un stage en chirurgie générale dans un hôpital public. Il s'agissait d'un échange grâce à l'IFMSA, organisme mondial des étudiants en médecine qui réalise des échanges entre pays. J'ai donc été accueillie par une famille Mexicaine à Guadalajara. Idem stage assez intense, j'étais dans le service de « Cirujía medico legal » qui ne doit exister qu'au Mexique, l'équipe prenait en charge exclusivement les blessés par balles, coup de couteaux, fusillade et les populations carcérales.

Et enfin, en fin de 4^{ème} année, je suis partie au Pérou, en stage dans un hôpital universitaire de Lima, échange international assuré par ma fac cette fois.

En bref, même si la suite des études de médecine n'est pas très tournée vers le reste du monde, la fac permet aux étudiants d'avoir des opportunités géniales en début de cursus !

Qu'est-ce qui t'as poussé à demander ta première dispo ?

Initialement j'ai pris ma 1^{ère} dispo pour décaler pour un poste de CCA dans mon université d'origine. Ça me permettait également de finir mon recueil de thèse tranquillement, et d'avancer mon mémoire. Comme tu l'as compris, j'ai beaucoup voyagé pendant mes premières années de médecine. En revanche, de l'externat jusqu'à la fin de mon internat, tout mon temps a été dévolu à mes études. On est dans un système clos, presque sectaire, pas très tourné vers l'extérieur. Je me suis dit que 6 mois serait parfait pour prendre l'air avant de replonger dans le grand bain, et j'ai pris un aller simple pour le Vietnam.

Puis ta deuxième ?

Alors là ça n'était pas prévu du tout !! J'ai pris une claque pendant ma première dispo. J'étais complètement grisée par le sentiment de liberté que m'avait procuré mes 6 mois de voyage. Tu approches la trentaine et tu remets tout en question, sur ce que tu veux faire de ta vie, et quel chemin tu dois prendre. C'est vraiment une période charnière la fin de l'internat ! Du coup j'ai rempilé pour une dispo, et je suis partie 6 mois en Australie. Ça me laissait du temps pour réfléchir et profiter !

Qu'est-ce qui te plaît le plus dans le voyage ?

Les rencontres ! En fait, peu importe où tu es, 7^{ème} merveille du monde, plage paradisiaque, lieu instragrammable à la mode, moi ce qui m'a apporté le plus ce sont les gens.

Les locaux, avec qui tu partages un bout de leur quotidien. Je suis toujours émerveillée par la gentillesse des gens et leur générosité. Nulle



part dans le monde les gens ne te laisseront dormir dehors ou mourir de faim. Ensuite, ce sont tous les voyageurs, baroudeurs, vieux loups de mer, aventuriers, paumés, illuminés qui croisent ta route. J'ai fait vraiment des sacrées rencontres, et tout ça mis bout à bout ça fait un paquet de souvenirs impérissables !



Mayotte

Quel a été ton pays coup de cœur ?

Il y en a tellement et pour des raisons complètement différentes ! Je dirais le Népal pour les paysages grandioses, La Turquie pour la culture, Le Vietnam pour la cuisine, l'Australie pour la « way of life », le Sri Lanka pour les spots de surf, et l'Indonésie pour le sourire des gens !

Les cinq continents ?

Alors mon continent fétiche c'est l'Amérique centrale. J'adore la culture latino-caribéenne ; joyeuse, insouciante, colorée, la spontanéité des gens, et l'omniprésence de la musique à tous les coins de rue.

As-tu rencontré des difficultés pour demander tes dispo ?

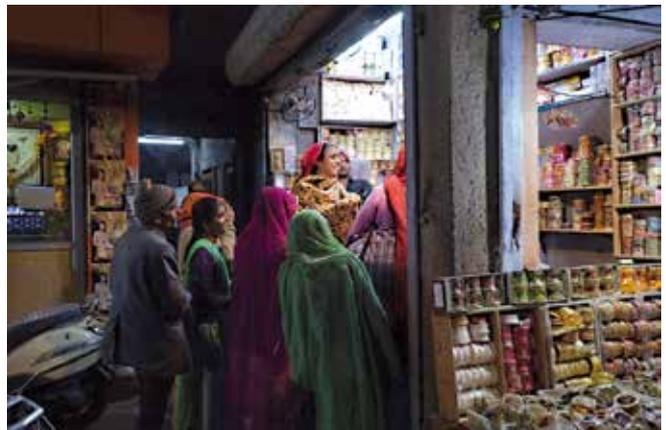
Aucune ! Dans ma fac, c'est juste un papier à signer, ça prend 30 secondes, pas d'accord préalable de quiconque à demander ! Pas d'a priori non plus de la part des chefs et des PU, tu n'es pas catalogué comme « glandeur » si tu fais une dispo, et ça ne plombe pas ton CV. D'ailleurs nous sommes beaucoup d'internes à avoir pris 6 mois pour voyager dans les différentes promos de gynéco. Je sais que ça ne se passe pas comme ça partout, c'est dommage.

Pourquoi la gynécologie ?

C'est la spécialité la plus complète qui existe ! Tu prends en charge les femmes, depuis leur adolescence jusqu'à leurs vieux jours, tu fais de l'échographie, de la chirurgie, de la salle de naissance, on ne s'ennuie jamais !



Birmanie



Inde



Maroc



C'est aussi la spécialité la plus humaniste à mes yeux, quand tu vois la condition des femmes dans le monde, je suis convaincue que la gynécobstétrique est la spécialité de l'avenir !

Comment arrives-tu à combiner les deux ?

Pas toujours facile ! La première crainte c'est de « perdre » en geste technique. Au final, La chir, l'écho ou les gestes en salle de naissance c'est comme le vélo ça ne s'oublie pas. Ce qui est acquis est acquis, après la mémoire procédurale fait le reste. Evidemment il ne faut pas faire des pauses trop longues, la médecine change vite, les recommandations aussi. Enfin pour écrire ma thèse et mon mémoire, j'ai découvert qu'on pouvait faire ça en voyageant ! Mon directeur de thèse et de mémoire étaient d'accord pour communiquer par mail (et je leur en serai reconnaissante éternellement !!). J'ai bossé pour terminer mon recueil de données avant de partir. Puis j'ai écrit une partie de mon mémoire au Vietnam, j'ai finalisé l'écriture de ma thèse à Byron Bay et je l'ai soumise pour la première fois quand j'étais à Melbourne !

Voyage et Gynécologie : Est-ce que tu penses que l'un a influencé l'autre ? ou que l'un serve l'autre ?

Hummmm, je dirais les 2 ! Quand j'étais petite je voulais faire de l'humanitaire à l'autre bout du monde.

Ensuite pour mes études je me suis rendue compte que la spécialité de gynéco-obst, c'est vraiment LA spécialité idéale pour MSF. Enfin, après avoir pris mes dispos, mes voyages ont changé radicalement mon orientation pour mon post-internat.

Et tu aimes également la photographie, c'est bien ça ?

Ahahah oui ça c'est ma passion depuis que je suis petite ! A un moment je voulais être reporter-photographe chez Magnum ou Life (ambitieux !!!). Finalement, médecine c'était un choix plus concret et plus accessible, et avec du recul c'est probablement mieux de garder ses passions en hobby.

A quoi ressemble ton quotidien ?

Maintenant je vis en Guadeloupe avec mon conjoint Américain que j'ai rencontré en voyageant lors de ma première dispo. Je suis Chef de Clinique au CHU de Pointe-à-Pitre, donc c'est un clinicat moins prenant qu'en métropole, mais on bosse quand même ! Levés 6h tous les matins, petit déj sur notre terrasse face à la mer, embouteillage pour aller jusqu'à l'hôpital (gros point noir dans les îles, le trafic).

Pour le boulot c'est le même que dans tous les hôpitaux de France : staff le matin, café, bloc, consult, RCP, etc. La particularité de l'hôpital ici (NB : le CHU de PAP a brûlé en 2017, le nouveau CHU est en construction), c'est qu'il y a beaucoup de choses à construire à développer, à faire évoluer c'est à la fois stimulant mais très fastidieux ! Le soir je finis vers 18h, un peu de sport ou un verre à la plage et dodo (on se couche tôt dans les îles !). Donc quotidien pas si différent de n'importe quel quotidien en métropole. La grosse différence, ce sont les week-ends et les repos de garde : surf, bateau, rando, plongée, c'est les vacances !

Quel est ton prochain projet ?

Avec mon conjoint on a voyagé plusieurs années, donc on n'est pas mécontents de se poser un peu ! A court et moyen terme j'aimerais m'investir dans le service dans lequel je suis. Au long terme, ça serait d'acheter un bateau et de faire un tour du monde à la voile !

Comment vois-tu l'avenir ?

On verra bien où la vie nous mènera ! Au final, s'il y a une chose que les voyages m'ont appris, c'est que rien ne se passe comme prévu. Donc j'ai arrêté de faire des plans, et je fais confiance en ma bonne étoile pour la suite !

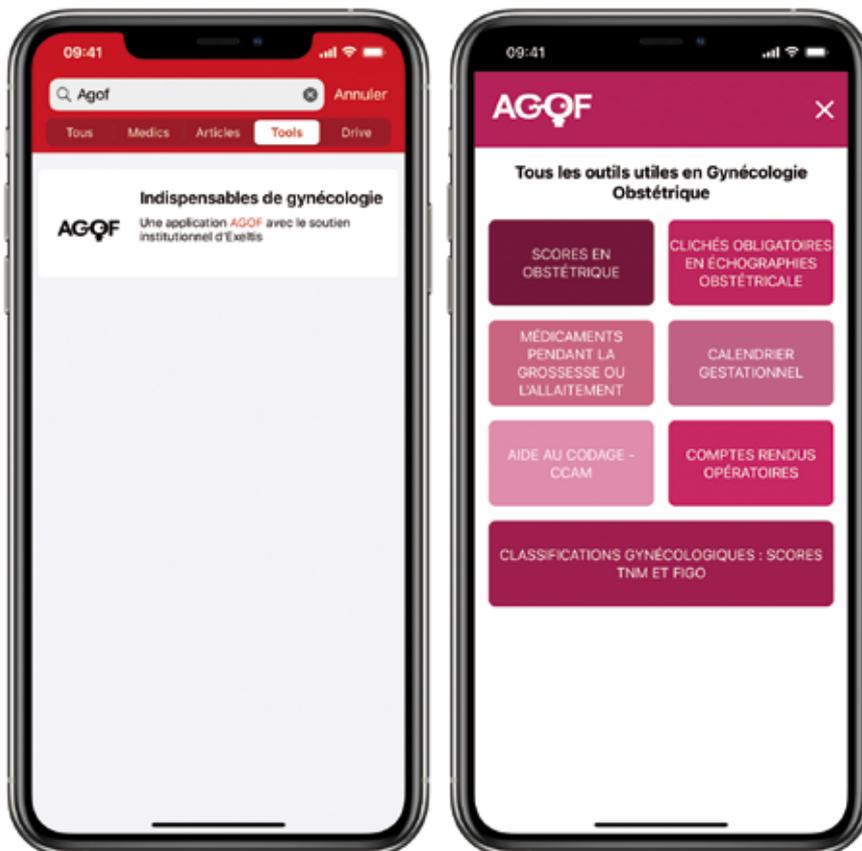
Interview par
Alexane TOURNIER



Un outil, en poche, sur smartphone, pour faciliter vos quotidiens de jeunes gynécologues, ça vous dit ?

Nous, ça nous disait bien, alors l'AGOF s'en est chargée et a mis en place une « in app » sur l'application mobile « 360 medics ».

Vous trouverez ensuite « les indispensables » et « les outils » de l'AGOF dans « tools ».



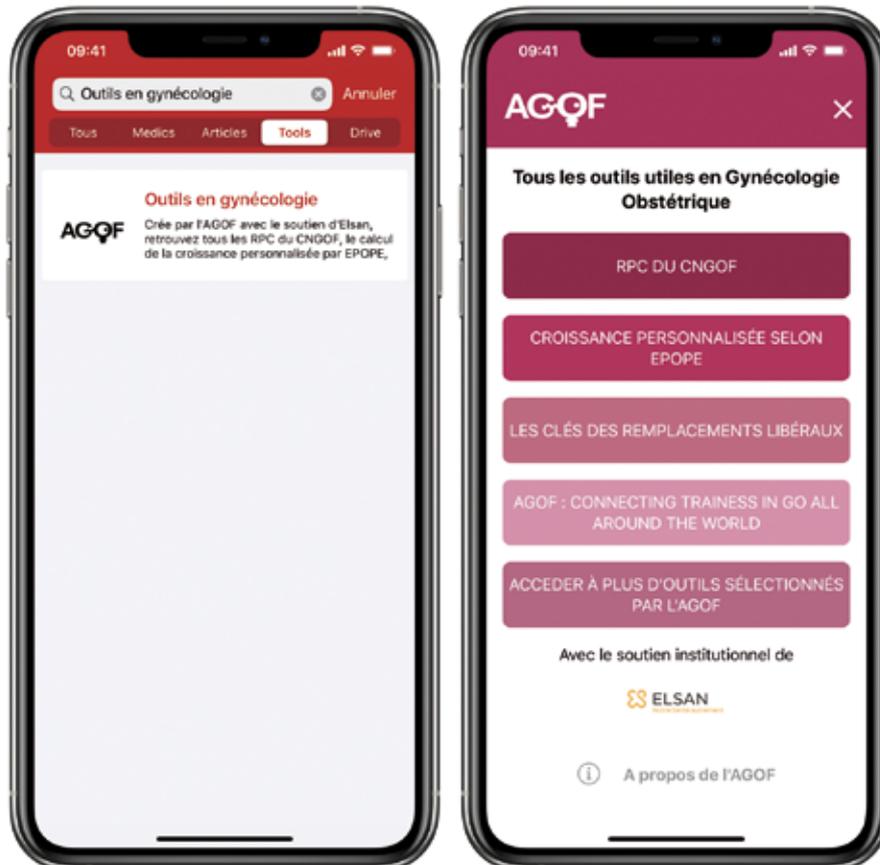
Découvrez **AGOF** :

Les Indispensables de Gynécologie-obstétrique

Avec le soutien institutionnel de



Vous y trouverez les **différents scores** utilisés en Obstétrique (VSM, Manning, Bishop, ...), les **codes de la sécurité sociale** (codes CCAM) pour coter vos actes, les **classifications des cancers et des myomes**, mais aussi un certain nombre de modèles de **comptes-rendus opératoires types**.



NOUVEAU

Découvrez **AGOF** :

Les outils
indispensables en
Gynécologie-
Obstétrique

Avec le soutien institutionnel de



Les **calculs biométriques personnalisés** selon EPOPE, les **Recommandations pour la Pratique Clinique** (RPC) du CNGOF classées par thèmes (sur leur site, elles sont classées par années) y sont également disponibles.

Autre avantage de taille de cette appli : c'est la vôtre. Toute optimisation à laquelle vous pensez sera prise en compte, et développée, alors n'hésitez pas à nous faire part de vos remarques !

Et parlez-en autour de vous.

Océane PÉCHEUX
Présidente de l'AGOF

GYNÉCO... Mais pas que !

Nous avons un métier passionnant mais certains ne s'en contentent pas et explorent en même temps d'autres horizons. Nous avons donc décidé de les mettre en avant !

Ici, j'ai eu l'occasion d'interviewer Traicie Dervin interne de Gynécologie en 5^{ème} semestre qui est aussi athlète avec récemment une 3^{ème} place aux championnats de France d'Ekiden (marathon en relais). Course entre ses études et les entraînements ? Elle nous raconte !

Quand as-tu commencé l'athlétisme ?

J'ai fait deux années d'école d'athlétisme entre 7 et 9 ans, puis j'ai fait d'autres sport. J'y suis revenue doucement au lycée avec une pratique loisir.

Puis PACES oblige, je me suis consacrée entièrement au concours. Donc arrivée en P2, le sport m'avait beaucoup manqué et c'est à ce moment-là que j'ai commencé à faire de l'athlétisme sérieusement c'est-à-dire quotidiennement ou presque.



Tu fais plutôt du 800m et 1500m en compétition c'est bien ça ? Quelles sont les spécificités/complexités de ce type de course ?

La saison d'athlétisme se déroule en deux temps : l'hiver, avec les cross et quelques courses sur route (10 km principalement pour ma part) ; ça forge le mental et permet de travailler le « foncier », l'endurance nécessaires pour le reste de la saison. Ensuite, le meilleur moment : la piste en été !

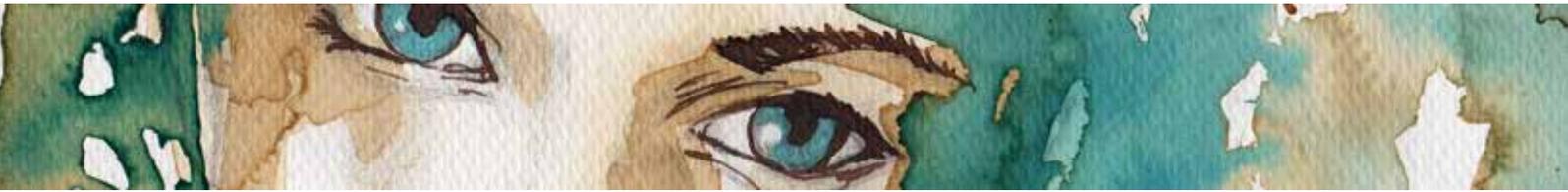
Mes deux disciplines, le 800m et 1500m demandent vitesse et résistance sans omettre la tactique. Tout cela, en un minimum de temps : quelques minutes très stimulantes !!

Qu'est-ce qui t'a motivé à choisir la gynécologie ?

J'ai adoré mon stage en 5^{ème} année au CHU de Montpellier.

Lors de ce stage, j'ai côtoyé des gynécologues qui m'ont inspiré et transmis leur passion.

Être aux côtés des patientes à des moments importants et marquants de leur vie au sein d'une discipline variée : la gynécologie, l'obstétrique, l'oncologie, l'assistance médicale à la procréation... a rendu mon choix évident !



Originaire de Reims, tu es partie à Montpellier pour l'internat ? Un choix pour la course ?

Je suis née et ai débuté l'externat à Reims puis j'ai fait un transfert vers la faculté de Montpellier en 3^{ème} année d'externat pour des raisons personnelles.

Sans que l'athlétisme soit la motivation initiale, arriver à Montpellier m'a permis de pratiquer l'athlétisme de manière plus aboutie.

J'y ai rencontré mon super entraîneur depuis 6 ans et un très bon club, l'AC2A. Le climat doux, c'est un vrai plus pour s'entraîner.

Côté médecine, la formation Montpelliéraine est de très bonne qualité. Naturellement, j'ai eu envie d'y rester pour l'internat.

A quoi ressemble ton quotidien ? entraînement quotidien ?

Je m'entraîne 6 à 7 fois par semaine, en moyenne 70-80 km/semaine. Étant en stage la journée, je vais m'entraîner le soir. Les entraînements sont variés avec les footings, les séances de piste, les fartlek (fractionnés), les séances de côtes, les séances de technique, la préparation physique et sportive. En semaine, je m'entraîne seule et le week-end, on essaie de se regrouper avec d'autres athlètes.

Comment se conjugue tes deux passions au quotidien ?

Je dirais qu'il faut bien définir ses priorités, être organisée et avoir de la volonté. Même si je suis passionnée par les deux, être un bon médecin est ma priorité et mes objectifs sportifs passent au second plan bien que je donne toujours mon maximum. Quand j'ai un stage très prenant, j'essaie de maintenir mon niveau et quand j'ai des horaires qui me le permettent, je m'entraîne plus dur pour progresser.

Est-ce que l'un sert l'autre ?

En 1^{ère} année d'internat, je finissais rarement les entraînements avant 22h, c'était intense mais paradoxalement j'en avais encore plus besoin à ce moment-là.

C'est sûr que quand on rentre tard, il faut parfois aller chercher loin la motivation pour aller courir, seule en plus ; mais ça vide et régénère l'esprit. L'entraînement fait partie de la journée, je me sens bien quand c'est fait.

Concernant l'athlé, quels sont tes objectifs ?

Individuellement, la finale des championnats France élite sur piste serait magique.

Bien sûr, améliorer mes records. Aussi, avec le club on a une belle équipe féminine, on vise le podium des championnats de France de cross par équipe.

Et en gynécologie tu t'orientes plus vers une spécialisation ?

J'aime beaucoup de choses pour le moment : le suivi et les échographies obstétricales, la colposcopie, le suivi gynécologique classique.

Je suis en ce moment en stage d'AMP-DPI. C'est passionnant.

L'avancée dans l'internat me permettra sûrement d'affiner mes choix.

Et pour l'avenir ?

On verra bien ! Pas de plans sur la comète pour le moment, on essaie de combiner les deux au jour le jour.

Léa DESCOURVIERES



Démarches administratives à effectuer en dernier semestre, en vue du post-internat

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins

Un questionnaire, téléchargeable en ligne :

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/questionnaireinscriptionordremedecins.pdf>, est à imprimer et remplir de façon manuscrite, puis à envoyer en recommandé avec accusé de réception, ou à déposer, au Conseil de l'Ordre départemental.

Il est important de réaliser cette démarche environ 4 mois avant la fin de votre dernier semestre. La démarche ne pourra néanmoins être finalisée qu'une fois votre DES validé, puis les attestations de thèses et de DES remises (en général les facultés ne les remettent pas avant le lendemain du dernier jour du dernier semestre...). Ces attestations sont remises par votre faculté d'inscription.

Ensuite, un rendez-vous présentiel est proposé. Vous devez y aller muni de vos diplômes, y compris DIU qui peuvent figurer sur les plaques et ordonnances. Liste disponible en ligne sur :

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/titres.pdf>.

Inscription à l'Hôpital et à la faculté (pour les CCA)

Il s'agit d'un dossier administratif complet que le service des affaires médicales vous envoie entre 4 à 2 mois avant le début de votre poste.

Il comprend au-delà de toutes les informations classiques (nom, prénom, adresse, statut marital, nombre d'enfant ...) des éléments nouveaux à fournir :

- Casier judiciaire. La demande est dématérialisée et se fait en ligne : (<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/R1264>).
- Certificat médical établi par un médecin hospitalier indiquant que vous êtes aptes à prendre vos fonctions dans l'hôpital public.

Il convient aussi de prendre rendez vous avec la médecine du travail, où entre autre les statuts vaccinaux seront vérifiés.

Assurance Responsabilité Civile

L'hôpital prend en charge l'assurance des praticiens pendant leurs post-internats, néanmoins, comme pendant l'internat, les fautes détachables du service ne sont pas couvertes, et une RCP complémentaire est recommandée. Pour l'exercice de la médecine, par exemple le malaise de quelqu'un au cours d'une réunion familiale n'est pas couvert par les RCP classiques.





Autorisation de remplacer dans le privé ?

Une prime mensuelle est prévue par les hôpitaux publics dans la plupart des contrats de post-internat. Si vous remplacez dans le privé, vous pouvez ne plus en bénéficier. Renseignez-vous auprès des Affaires Médicales pour connaître les conditions de celle-ci.

Pendant leur 1^{ère} année de fonction, les assistants peuvent, sur leur demande et sous réserve de l'avis favorable du praticien exerçant les fonctions de chef du pôle ou, à défaut, de responsable de la structure interne d'affectation, être mis en congé sans rémunération dans la limite de trente jours par an, en vue d'assurer des remplacements de praticiens exerçant soit dans les établissements de santé publics ou privés, soit en cabinet de ville.

A partir de la 2^{ème} année de fonction, les assistants peuvent, sur leur demande et sous réserve de l'avis mentionné à l'alinéa précédent, être mis en congé sans rémunération dans la limite de 45 jours par an en vue d'exercer une activité hors de leur établissement d'affectation.

Une assurance spécifique est à prévoir, sauf si le médecin que vous remplacez vous fournit une preuve que vous serez couvert par sa propre assurance. Quelle que soit la situation, il est nécessaire d'informer la compagnie d'assurance que vous allez remplacer en précisant la durée, le lieu, le type d'activité prévue et le nom du praticien que vous remplacerez, et si vous n'êtes pas couvert par l'assurance du médecin que vous remplacez, elle réévaluera votre cotisation afin que vous soyez couvert.

Prochaine étape : la première garde !!



Sexualité et grossesse : Levons le voile !

En gynécologie, pas de sujets tabous !

Nous avons donc mené une enquête sur la sexualité et la grossesse. Notre principal outil d'investigation fut ce cher Pubmed. Levons le voile sur le sexe pendant la grossesse.

La fréquence des rapports sexuels pendant la grossesse : augmentée ou diminuée ?

Les études ayant comparé la fréquence des rapports sexuels avant et pendant la grossesse sont toutes arrivées au même résultat, la fréquence des rapports sexuels diminue durant la grossesse (1).

Le trimestre le plus touché ? Le troisième !

Dans une méta-analyse de 59 études de von Sydow rapporte que 76 à 79 % des femmes prennent du plaisir lors des rapports pendant la grossesse ce qui diminue à 59 % lors du premier trimestre puis 75-84 % lors du deuxième et finalement 40 % lors du troisième trimestre (2). Le premier trimestre est impacté par la peur des FCS et la prise de conscience de la grossesse. De plus, nausées, vomissements et asthénie font chuter la libido. Au deuxième trimestre, il semblerait y avoir un regain d'activité sexuelle : les signes sympathiques de la grossesse disparaissent, les craintes d'une FCS s'éloignent et la hauteur utérine n'est pas encore trop handicapante. Au troisième trimestre, les femmes sont gênées par l'engagement de la tête fœtale, l'incontinence, les hémorroïdes, les varices, les subluxations sphynsaires et le volume du ventre (3).

Changement de positions ?

Oui à partir du deuxième trimestre, lié au volume utérin et aux sensations de malaise en décubitus dorsal. En fin de grossesse, les positions postérieures et de côté apparaissent comme plus confortables (1).

Diminution de la quantité mais augmentation de la qualité ?

Le FSFI (Female Sexual Function Index) est un score de qualité de vie explorant la satisfaction sexuelle.

Cinq domaines de la fonction sexuelle sont étudiés : le désir, la lubrification, l'orgasme, la douleur et la satisfaction sexuelle globale. Toutes les études vont dans le même sens, il existe une diminution statistiquement significative du score FSFI durant la grossesse et ce d'autant plus que l'âge gestationnel avance (1).

Pourquoi ? Est-ce que la physiologie du rapport change pendant la grossesse ?

Les études indiquent une diminution des sensations clitoridiennes, une diminution de la libido ainsi qu'une diminution de la qualité de l'orgasme pouvant persister jusqu'à 6 mois en post-partum (chez 80 à 95 % des femmes selon Erol) (4). Pendant le 3^{ème} trimestre les contractions vaginales sont plus faibles et il existe des spasmes musculaires qui peuvent influencer la réponse orgasmique. De plus, la congestion vaginale associée à une diminution de la lubrification peuvent être responsable de dyspareunies d'intromission (3). Mais alors, y a-t-il plus de rapports non vaginaux ? Non, la fréquence des rapports vaginaux diminue, mais celle des rapports non vaginaux (oraux, anaux, masturbation) reste stable en comparaison à la fréquence avant la grossesse. Donc pas de compensation !

Et la psychologie dans tout ça ?

Le désir sexuel est intimement lié à la sphère psychologique et émotionnelle notamment l'estime de soi. La grossesse change la représentation que la femme a de son corps : les modifications physiques parfois difficiles à accepter (vergetures, prise de poids...) et le regard changeant du partenaire dégradent leur image d'elles-mêmes. Aussi, la femme peut être psychologiquement indisposée au rapport, ses pensées étant directement dirigées vers le fœtus témoin de l'acte.



Cela peut rendre les rapports moins épanouissants entretenant un cercle vicieux lors duquel le désir de la reconduite du rapport est diminué (1).

Mythes et légendes ?

La plupart des femmes craignent que les relations sexuelles nuisent au bébé. Dans plusieurs études, elles avancent des risques augmentés de fausse couche, rupture prématurée, infection jusqu'à la peur de blesser l'enfant. Il s'agit d'idées reçues ou de croyances qui ont été à ce jour largement réfutées.

La culture impacte beaucoup ces croyances. Dans des études au Pakistan et au Niger, les femmes étaient convaincues que le sexe élargissait le vagin et facilitait le travail. Tandis qu'en Iran, elles avaient peur d'une rupture de l'hymen du fœtus féminin voire de cécité fœtale. Certaines pensaient qu'avoir un rapport avec un fœtus in utero était similaire à un adultère (5).

Les rapports pendant la grossesse sont-ils dangereux ?

Même si les rapports sexuels n'augmentent pas le risque de RPM, d'infection, et d'accouchement prématuré, ils sont contre-indiqués en cas de MAP, RPM et en présence d'un placenta praevia.

En dehors de ces contre-indications le rapport sexuel est envisageable et devrait même être encouragé. Car il a été démontré que la satisfaction sexuelle augmente la qualité de vie mentale chez la femme enceinte (3).



Quel est le rôle du praticien dans tout cela ?

Plusieurs études rapportent un manque d'information des patientes sur la possibilité d'une activité sexuelle pendant la grossesse. Sans doute en lien avec un manque de formation des praticiens à la sexualité. 73 % des femmes n'ayant pas pu parler de sexualité avec leur praticien estimaient qu'il aurait dû l'évoquer spontanément en début de suivi (6). Les questions principalement posées portaient sur la baisse de libido, du désir, les dangers du rapport, les pratiques sexuelles compatibles avec la grossesse.

Ainsi les informations sur la sexualité ne devraient-elles pas être systématiques au même titre que les conseils d'hygiène de vie ? On vous laisse réfléchir !

Léa DESCOURVIERES et **Alexane TOURNIER**
internes de GO à Lille

1. Thomas E et al, Sexualité durant la grossesse : revue systématique. La Revue Sage-Femme 2019 ; 18 : 293-301.
2. Von Sydow K. et al, Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. J Psychosom Res 1999;47:27-49.
3. Crista E. et al, Sexual Health during Pregnancy and the Postpartum J Sex Med 2011;8:1267-1284.
4. Erol B et al. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. J Sex Med 2007;4:1381-7.
5. Shojaa M, Jouybari L, Sangoo A. The sexual activity during pregnancy among a group of Iranian women. Arch Gynecol Obstet 2009;279:353-6.
6. Lemaitre B. Sexualité et grossesse, souhaits et ressenti des femmes. Rouen: Université de Rouen; 2010 [Mémoire].



Le point sur la réforme en gynécologie-obstétrique

Introduction – rappels

Tout petit retour en arrière sur la réforme du troisième cycle (R3C) : mise en application depuis les iECN 2017, elle concerne tous les internes. L'internat a été ainsi divisé en 3 phases : phase socle, phase d'approfondissement et la phase de consolidation. Cette dernière se veut être une transition avec le post-internat : l'interne thésé devient « docteur junior » pour une mise en responsabilité progressive. Dans le cas particulier des internats de chirurgie (dont la gynécologie-obstétrique fait partie), l'internat dure 6 ans et se divise comme suit : deux semestres de phases socles, 6 semestres de phase d'approfondissement, 2 ans de phase de consolidation. Au total, la maquette demande la réalisation d'au moins 3 semestres dans des services sans encadrement universitaire, 5 dans des services avec encadrement universitaire (dont la définition est à voir localement avec chaque coordonnateur) ; de plus deux semestres devront être réalisés dans des services de chirurgie hors gynécologie. Selon les régions, la réalisation de cette maquette doit être faite avant la phase de consolidation, dans le cas contraire le coordonnateur pourrait intervenir dans le choix du service de la phase de consolidation pour que l'étudiant puisse valider sa maquette. D'un point de vue théorique, la réforme indique la mise en place d'une plateforme nationale sur SIDES-NG où les cours seront disponibles pour tous les internes quel que soit leur CHU. Pour finir avec les rappels, la R3C signe la fin des DESC, pour voir naître les FST (formations spécialisées transverses). Elles apportent une connaissance supplémentaire mais ne sont pas qualifiantes i.e. ne sont pas nécessaires pour la pratique.

La formation théorique

La formation théorique sur SIDES-NG se met en place depuis le début de l'application de la réforme. Des cours vidéo sur chaque point du programme sont implémentés sur SIDES-NG. A ce jour, le programme pour la phase socle est complet.

Le programme de la phase d'approfondissement le sera prochainement. La mise en place d'une validation des connaissances est en cours. Les modalités exactes du contrôle de connaissance sont toujours en discussion et devraient être connues prochainement.

Les FST

Dans notre spécialité trois FST sont possibles : la procréation médicalement assistée, l'oncologie médicale, la fœtopathologie. Il est important de noter que la FST oncologie médicale ne constitue pas une formation chirurgicale et au contraire, du fait des deux semestres en radiothérapie et oncologie, diminue les possibilités de stages d'onco-chirurgie, en plus de compliquer la réalisation de la maquette. Pour pallier cela, un parcours d'onco-chirurgie dont le projet est de certifier un parcours en chirurgie oncologique et gynécologique est en cours de création. Cela permettra aux internes souhaitant se spécialiser en onco-chirurgie de suivre un parcours qui sera certifié et reconnu.



La phase socle

L'année de phase socle est constituée de deux semestres. Classiquement un de ces deux semestres doit se faire dans un service avec encadrement universitaire ; néanmoins, certaines subdivisions se sont affranchies de cette clause par accord et décision du coordonnateur local.

La phase d'approfondissement

Celle qui ressemble le plus à l'internat avant la réforme, elle se passe en 6 semestres. Pas de grande particularité concernant le déroulement de cette phase de l'internat. Il faut quand même noter qu'idéalement dans certaines régions, avant la fin de cette phase, la maquette devra être validée (3 semestres hors encadrement universitaire, 5 avec encadrement universitaire et 2 en chirurgie non gynécologique). C'est aussi la phase durant laquelle la thèse doit être soutenue car c'est une condition nécessaire au passage en phase de consolidation.

Conclusion

La prochaine grande étape de la réalisation de cette réforme aura lieu en novembre 2021 pour la gynécologie-obstétrique avec l'arrivée en phase de consolidation de la première promotion post-réforme. Les choix de stages débiteront bien en amont, avant l'été 2021. Il faudra suivre de près cette étape cruciale pour les internes.

La phase de consolidation-Docteur Junior

Phase particulière de deux ans, dans laquelle les stages ne sont plus divisés en semestres mais en années. Durant cette phase l'interne doit être mis progressivement en responsabilité.

Le choix de stage lors de la phase de consolidation

Le système change pour le choix de stage, en effet le classement ECNi ne rentre plus en compte et la méthode du big-matching est utilisée. Les internes devront noter de 1 à 5 au moins 20 % des services (à noter que les services laissés à 0/5 ne pourront pas leur être attribués). Ensuite, les responsables de terrains de stages (RTS) reçoivent les CV et lettres de motivation des internes ayant au moins mis 1/5 à leur stage ; ils en classent au moins 80 % dans l'ordre. Le logiciel fait ensuite l'attribution qui permet de satisfaire au mieux le système, cette procédure est réalisée deux fois. Les internes non affiliés à l'issue des deux procédures sont reçus par le coordonnateur pour qu'il leur attribue un stage. Il nous est fortement conseillé de prospecter en amont les services dans lesquelles nous souhaiterions nous rendre, et avoir un accord avec le RTS en question pour faciliter la procédure.

Les missions des Docteurs Juniors

L'objectif est de compléter, d'optimiser la formation pratique ; parallèlement la mise en responsabilité sera progressive. Chaque RTS en accord avec le docteur junior pourra le mettre en responsabilité. Cela se fera en fonction de faisabilité dans le service en question ; à voir donc au cas par cas.



Master class de simulation à PAU

Cette année a eu lieu la deuxième version de notre atelier de simulation à Pau lors du Congrès Infogyn. Ce n'est pas les obstacles de 2020 qui nous ont refroidi ; mais il faut l'avouer, ce sacré virus nous a mis des bâtons dans les roues ! La plupart de nos intervenants prévus ont été dans l'impossibilité de se déplacer pour de nombreuses raisons (all covid related). Nous avons donc fait avec les moyens locaux grâce à l'aide du Dr Daguesbie, le responsable d'Infogyn. Et finalement il a été possible de faire comme prévu de la simulation en échographie, en annonce et en coelioscopie sur pelvitainers.

Ce petit voyage à Pau a été possible grâce à Elsan, qui a pris en charge le logement des internes mais aussi une partie du transport. Et nous remercions le Dr Villefranke pour son soutien infailible et pour son investissement sans égal dans la formation des internes.

Retours en image. Et à l'année prochaine pour une nouvelle version, encore plus affinée



L'AGOF est très sensible au principe fondamental de la simulation : "Jamais une première fois sur un patient". La simulation en chirurgie n'est pas un concept si récent. En effet, en 1731 l'Académie royale de chirurgie a été la première à proposer des enseignements sur cadavre en France. Ensuite, Angélique du Coudray, en 1759 a utilisé un mannequin en chiffons pour former les sages-femmes à l'accouchement. Au fil des années, la technique se perfectionne et, dans les années 60, apparaissent les vrais simulateurs haute-fidélité.

ANNONCES DE RECRUTEMENT

RECHERCHE GYNÉCOLOGUE H/F



Mesures de sécurité
sanitaire Covid-19

A consulter sur notre site internet



Établissement privé, situé dans les Bouches-du-Rhône, idéalement placé entre Aix-en-Provence et Marseille, à proximité de l'Aéroport et de la mer.

La structure offre 48 lits de maternité, dont 16 chambres seules de qualité hôtelière supérieure, 6 salles d'accouchement dont deux « nature », avec possibilité d'accoucher dans l'eau.

Elle propose aussi 39 lits de chirurgie, 18 places en ambulatoire et 8 salles d'interventions chirurgicales.

1 200 accouchements sont réalisés par an dans cette maternité de niveau 1.

LE POSTE

Vous rejoignez une équipe constituée de 7 Gynécologues et de 23 Sages-Femmes. Vous réalisez des actes obstétriques et échographiques.

Vous vous impliquez auprès de votre patientèle dans des suivis de grossesse et, à long terme, dans les activités et la vie de la maternité.

VOTRE PROFIL

Vous aimez le travail en équipe.

Vous maîtrisez la langue française et êtes inscrit à l'Ordre des Médecins.

Vous disposez d'une qualification ordinaire de Gynécologue.

NOUS VOUS OFFRONS

- Un poste complet et polyvalent, une équipe dynamique proposant des projets innovants.
- Un statut souple avec de multiples options : installation en libéral, association possible.
- Un cadre de travail ainsi qu'un plateau technique à la pointe des dernières technologies.
- Une région attractive.



CONTACT

Directeur Mr Fabien PENAT
fabien.penat@almaviva-sante.com
Tél. : 06 76 98 72 85



LE CENTRE HOSPITALIER D'ORANGE

est l'établissement de référence du Nord-Vaucluse, situé au cœur de la Provence à 10 mn d'Avignon, 1h de Montpellier, 1h de Marseille et au carrefour des axes autoroutiers en direction de l'Italie et de l'Espagne.

L'établissement dispose de 7 pôles d'activité (Urgences, Chirurgie, Femme/Enfant, Spécialités médicales, Réadaptation et gériatrie, Soutien aux Services Cliniques, Activités transversales), d'un plateau technique complet (IRM, Scanner, Unité de Surveillance Continue, Pharmacie centrale, laboratoire de biologie médicale...) et d'un Centre d'Enseignement sur Simulateur Médical.



LE CENTRE HOSPITALIER RECRUTE UN GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN

de plein exercice, pour assurer les consultations, la prise en charge des patientes hospitalisées, les interventions aux blocs obstétricaux et opératoire, sur statut de P.H. ou contractuel avec possibilité de prime d'engagement de carrière hospitalière.

- Maternité de Niveau I.
- 25 lits.
- Effectif médical : 4 PH temps plein, 2 vacataires.
- 1020 accouchements.
- Garde sur place avec repos de sécurité.
- Garde sur place d'anesthésie.

CONTACT

Dr Pierre DIRIX, Chef de pôle : 04 90 11 21 69 - pdirix@ch-orange.fr
Dr Philippe BIGOT, Président CME : 04 90 11 21 65 - pbigot@ch-orange.fr
L. BLANCHI, Bureau des Affaires Médicales : 04 90 11 24 06 - lblanchi@ch-orange.fr



LE SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE DE L'HÔPITAL DE CANNES (06)

URGENT



recrute pour Mars 2021, 2 GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS

Assistant Spécialiste, Praticien contractuel (avec possibilité de poste de PH rapidement), Praticien hospitalier, sur des profils polyvalents Obstétrique et/ou chirurgical et/ou AMP. Possibilité de logement à Cannes et environ.

Voici le lien vers le film de présentation de notre maternité sur youtube « maternité hôpital de Cannes » :

<https://youtu.be/ZQm2HG5rICc>

Merci de me contacter

soit par mail o.toullalan@ch-cannes.fr

soit par téléphone au **+334 93 69 71 01**



EN RÉSUMÉ

Nous sommes une **Maternité de Niveau 2a**, entre 1 500 et 1 700 accouchements/an, gardes sur place pour Gynécologues Senior, Interne de gynécologie, pédiatres et anesthésistes, réa adulte, astreinte de radiologie 24/24 h pour embolisation.

Nous avons une unité de grossesse pathologique, une unité de diagnostic anténatal et une unité de AMP toutes en lien avec le CHU de Nice.

Nous réalisons une chirurgie gynécologique orientée essentiellement sur la chirurgie ambulatoire : (90 % de notre chirurgie), sur la chirurgie mini-invasive et la RAAC, sur la coelioscopie et la voie basse, et nous traitons essentiellement la chirurgie gynécologique

tout venant mais plus particulièrement celle de l'endométriome (avec RCP endométriome), de l'infertilité et la chirurgie du prolapsus (promontofixation, BSU...).

L'hôpital de Cannes est un hôpital neuf, (ouvert depuis juin 2011), qui possède toutes les spécialités, urgences, réanimation, bloc commun avec 11 salles, pédiatrie, cardiologie pneumologie, néphrologie gastroentérologie, diabétologie, cancérologie, chirurgie urologique, viscérale, vasculaire, orthopédique, ORL et OPH...

Nous sommes une équipe jeune et dynamique de 6 PH temps plein, 4 gynécologues libéraux qui participent au tableau de garde et 5 internes dont 2 de spécialité Gynéco Obst et 3 de médecine générale et avec gardes sur place.



LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE MANOSQUE

(04 Alpes de Haute Provence) – Situé à 35 minutes d'Aix-en-Provence



Service : Maternité de niveau I - 765 accouchements par an - 19 lits en maternité - Équipe médicale constituée actuellement de 2 PH, 1 Praticien contractuel et un Praticien attaché temps plein. Projet de passage en niveau 2A et d'agrément IHAB.

Vous serez rattaché au pôle Mère-Enfant du Centre Hospitalier de Manosque qui dispose également d'un service de pédiatrie (8 lits et 1 place d'HDJ). L'établissement dispose aussi d'un pôle de spécialités médicales, d'un pôle de chirurgie, d'un pôle de soins critiques et urgences/SMUR, d'une PUI, d'un service d'imagerie (2 scanners et 1 IRM, radiologie conventionnelle) et d'un LBM.

Activités : Consultations et avis spécialisés, accouchements, chirurgie gynécologique, IVG, Echographie gynéco-obstétricale. Participation aux astreintes opérationnelles à domicile (nuit et week-end). Congrès, formations dans le cadre du DPC.

RECRUTE

MÉDECIN GYNÉCO-OBSTÉTRICIEN

Praticien hospitalier ou contractuel

Profil recherché : Praticien dynamique, motivé avec un bon relationnel. Inscription à l'Ordre obligatoire.

Conditions financières : Négociables selon ancienneté et statut (avec possibilité de prime d'exercice territorial si exercice temps partagé multisites souhaité, et/ou prime d'engagement dans la carrière hospitalière si statut de Praticien Contractuel avec perspective concours de PH). Permanence des soins assurée en astreinte opérationnelle forfaitisée.

Atouts de l'établissement : Accès direct par autoroute, gare SNCF, 5 navettes quotidiennes vers aéroport Marseille-Provence et Aix-en-Provence gare TGV - Ensoleillement 2 600h par an, proximité stations de ski des Alpes (2h), de Marseille et de la mer Méditerranée (1h) et du site du Verdon (50 minutes) - Cadre de vie privilégié avec accès aisé à la propriété - Présence d'un établissement d'enseignement international (de la maternelle au baccalauréat) en face de l'hôpital.

CONTACTS : Claire AILLOUD, Directrice déléguée - 04 92 73 42 10 - direction@ch-manosque.fr
Dr Philippe KELLER - 04 92 73 43 96 - keller.p@ch-manosque.fr





NORMANDIE LA POLYCLINIQUE DU COTENTIN

RECHERCHE

UN / DEUX GYNÉCOLOGUES EN LIBÉRAL

Dans la perspective de remplacement pour départ en retraite, l'équipe des gynécologues libéraux recherchent activement un ou deux gynécologues.

2 PROFILS RECHERCHÉS :

- ⇒ Gynécologue en PMA.
- ⇒ Chirurgien Gynécologue en cancérologie.

CONTACT :

Dr Gilles MARIE - Tél. : 06 08 95 06 10
marie.gilles@wanadoo.fr
Madame Béatrice Le Goupil
Directrice de la Polyclinique du Cotentin
Tél. : 02 33 78 50 53 - dir@polyclinique-cotentin.com

Consultations réalisées dans une maison médicale proche de la clinique (18 médecins dont 5 gynécologues). Le cabinet des gynécologues, organisé en SCM, situé au 1^{er} étage du bâtiment, est composé d'un secrétariat, 5 cabinets gynécologiques, 2 salles d'échographie + échographe portable.

CHIRURGIE - CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE - POLYCLINIQUE DU COTENTIN

La Polyclinique détient les autorisations carcinologiques mammaire et gynécologique avec une grosse activité chirurgicale.

PMA - POLYCLINIQUE DU COTENTIN

• Collaboration avec le laboratoire Dynabio-Unilabs, implanté sur la Polyclinique - Centre de FIV depuis 2000.

• Gestes techniques assurés à la Polyclinique où le laboratoire a ouvert de nouveaux locaux en février 2017.

- Activité annuelle du centre : 180 ponctions, 130 transferts d'embryons congelés, 110 IUI par an.
- Les centres les plus proches sont Caen à 120 km et Rennes à 200 km.

Forte coopération avec l'hôpital (interne partagé, Groupement de coopération sanitaire de moyens, possibilité de temps partagé...).

La Polyclinique du Cotentin, établissement de santé privé, chirurgical et SSR, est située à Cherbourg en Cotentin, sur un territoire de 200 000 habitants dont il est le seul établissement privé MCO. L'établissement détient :

- 5 autorisations (Chirurgie, Chirurgies carcinologiques toutes spécialités, Chirurgie esthétique et Soins de suite et réadaptation, PMA),
- 120 lits (20 en SSR, 59 en hospitalisation complète, 5 en soins continus et 36 en ambulatoire),
- 7 blocs opératoires (dont une salle dédiée à l'endoscopie) et pratique plus de 10 000 interventions chirurgicales annuelles. Equipe de 5 anesthésistes à temps plein.



LE CENTRE HOSPITALIER ROBERT-PAX DE SARREGUEMINES

RECRUTE

UN GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN À TEMPS PLEIN

Afin de renforcer l'effectif médical de son service de gynécologie-obstétrique.

Possibilité de nomination en qualité de chef de service.

Statut de praticien contractuel à temps plein (4^e niveau + 10 %) ou de praticien hospitalier à temps plein (mutation ou 1^{ère} nomination suite à la réussite au CNPH).

Possibilité de nomination en qualité de chef de service.

Inscription au Conseil de l'Ordre des Médecins indispensable.

Hôpital public neuf de 224 lits et 77 places.

(Médecine - chirurgie - obstétrique - scanner - I.R.M., médecine nucléaire et gamma caméra, PetScan), situé à proximité de STRASBOURG et NANCY et à 20 km de SARREBRUCK (Allemagne).



Adresser candidature et CV à Monsieur Pascal SCHMIT
Directeur Adjoint du Centre hospitalier
2 rue René-François Jolly - 57211 SARREGUEMINES Cedex
Tél. : 03 87 27 98 40 - Email : pascal.schmit@chs-sarreguemines.fr
monique.siegiwart@ch-sarreguemines.fr



recrute

UN CHIRURGIEN GYNÉCOLOGUE avec expérience en cancérologie

ASSISTANT SPÉCIALISÉ pour 2 ans ou ASSISTANT PARTAGÉ 1 an/1 an pour novembre 2021

Équipe jeune et dynamique composée de 2 chirurgiens gynécologues, 1 chirurgien sénologue, 1 plasticienne et 2 assistants.

Service de chirurgie générale avec lits de gynécologie :

Activité polyvalente (autorisation de cancérologie pelvienne et mammaire, chirurgie du prolapsus, prise en charge de l'endométriose, institut du sein, colposcopie) avec 1200 interventions par an.

Activité de cancérologie : 200 seins/an, 200 reconstructions mammaires/an, 35 cancers pelviens/an.

Le Centre hospitalier de Bastia dispose de l'unique structure de soins autorisée en Haute-Corse pour la prise en charge des lésions cancérologiques pelviennes :

Prise en charge des pathologies pelviennes lourdes (réanimation post-opératoire, centre de transfusion, IRM, scanner, bloc opératoire H24) avec une équipe chirurgicale pluridisciplinaire (chirurgie gynécologique, digestive, vasculaire) pour le traitement du cancer de l'utérus, du cancer du col et du cancer de l'ovaire.

Centre d'expertise sur l'endométriose et partenariat avec les Prs Emile DARAI, Marc BAZOT, Cyril TOUBOUL et le Dr Sofiane BENDIFALLAH, spécialistes du CHU de Tenon.

Plateau technique complet et performant : Nouveau bloc obstétrical, nouveau bloc opératoire, service de soins intensifs, 3 salles d'échographie équipées de 2 Voluson E8 et 1 Samsung.



PROFIL RECHERCHÉ

Praticien hospitalier titulaire, temps plein ou partiel

Praticien contractuel

Assistant spécialisé ou assistant partagé pour novembre 2021 (inscrit à l'Ordre des médecins)

Possibilité de faire des gardes en obstétrique

Possibilité de venir en remplacement

AVANTAGES

Prise en charge billet A/R du continent et logement pour venir découvrir le service
Logement pendant 3 mois à la prise de poste

LE CADRE DE VIE EN CORSE

Entre mer et montagne, partez à la recherche des trésors historiques et culturels de « l'île pleine de beauté »



Dr Amandine FAUX, Gynécologue obstétricienne,

Chirurgie cancérologique et mammaire

Tél. : 06 73 45 44 64

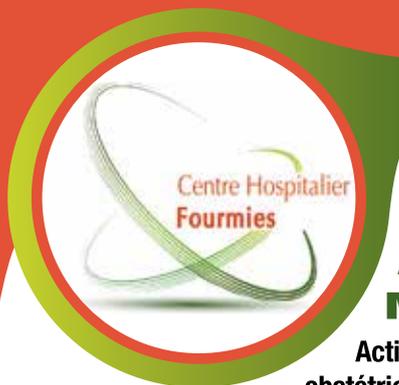
amandine.faux@ch-bastia.fr

Frédéric EBENDINGER, Directeur des affaires médicales

Tél. : 04 20 00 40 58 - affaires.medicales@ch-bastia.fr



**homme/femme à temps plein pour sa maternité
de niveau 1 (550 accouchements en 2019).**



Activité - Missions

**Activité gynéco-
obstétricale polyvalente**

avec intervention possible sur tous les secteurs :

- Consultations gynécologiques et obstétricales non programmées (urgences).
- Consultations programmées : consultations prénatales de suivi de grossesse, consultations d'échographie, consultations gynécologiques.
- Dépistage des grossesses à haut risque et travail en réseau.
- Prise en charge en salles de naissance des accouchements physiologiques et nécessitant une intervention senior ainsi que des complications de l'accouchement et notamment les hémorragies de la délivrance.
- Suivi de patientes hospitalisées dans les différents secteurs (suites de naissances, grossesse pathologiques) en cohérence avec le niveau de maternité, tour dans les secteurs.
- Actes chirurgicaux de chirurgie bénigne et suivi post-opératoire.
- Prise en charge médicale et chirurgicale des patientes en demande d'une interruption volontaire de grossesse.

Qualification en gynécologie obstétrique et expérience pour exercer l'obstétrique de salle d'accouchement. Diplôme d'échographie obstétricale.

Objectifs et actions

Le Centre Hospitalier de Fourmies s'inscrit, de façon volontariste, dans le projet de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Hainaut-Cambrasis dont l'établissement support est le Centre Hospitalier de Valenciennes.

L'établissement est également en direction commune avec le Centre Hospitalier de Valenciennes.

Descriptif de la structure :

Le Centre Hospitalier de Fourmies déploie sur ses sites :

• Une offre de soins complète :

- Service d'Accueil des Urgences (SAU), Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (8 lits adultes et 4 lits consacrés à la pédiatrie), SMUR.
- Unité de Surveillance Continue.
- Gynécologie-obstétrique.
- Orthogénie.
- Pédiatrie.
- Chirurgie polyvalente : chirurgie digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie urologique, stomatologie, chirurgie dentaire, ORL.
- Médecine polyvalente.
- Hémodialyse-Néphrologie.
- Endocrino-diabétologie.
- Pneumologie.
- Psychiatrie adulte (hospitalisation, Unité pour Anxio-Dépressifs, Centre Médico-Psychologique, Centre d'Accueil Thérapeutique et Temps Partiel).
- Gériatrie (Court Séjour Gériatrique, Soins de Suite et de Réadaptation, Unité de Soins de Longue Durée, Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes).

• Une diversité de modes de prise en charge :

- Secteur de consultations externes.
- Hospitalisation conventionnelle.
- Secteur ambulatoire.
- Santé publique (addictologie, éducation thérapeutique).

• Le Centre Hospitalier de Fourmies dispose d'un plateau technique moderne et performant :

- Un service d'imagerie médicale : radiologie conventionnelle, scanographe, échographe, IRM (dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire public-privé avec le GRIMM, dont le Centre Hospitalier de Fourmies est membre à hauteur de 50 %).
- Un bloc opératoire de 3 salles d'interventions.
- Une pharmacie à usage intérieur.
- Un secteur d'endoscopies dédié.

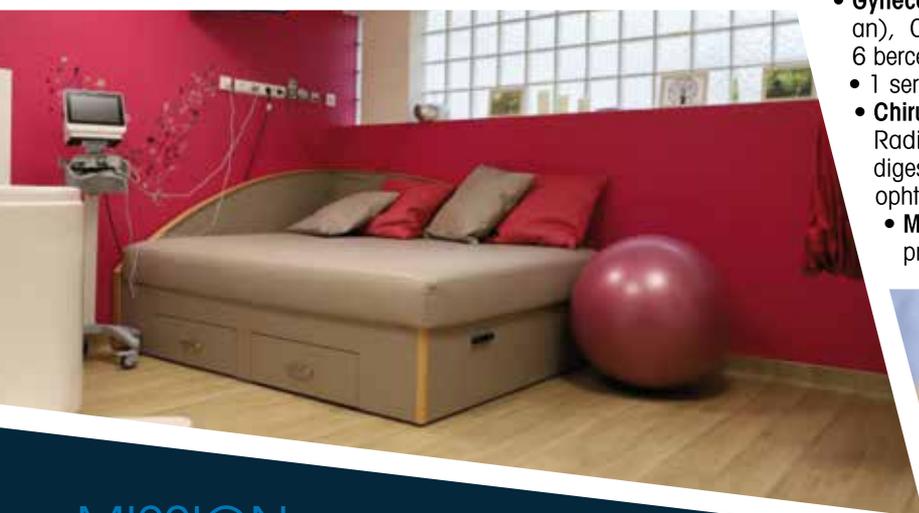


POUR TOUT RENSEIGNEMENT,
merci de prendre contact avec Sandrine
JACQUESSON, Responsable des Affaires
Médicales : 03.27.56.51.88
sandrine.jacquesson@ch-fourmies.fr

Une présentation complète de l'établissement
est disponible sur le site internet du Centre
Hospitalier de Fourmies : www.ch-fourmies.fr

recrute

2 GYNÉCOLOGUES- OBSTÉTRICIENS LIBÉRAUX



Ramsay Santé est le premier groupe de cliniques et hôpitaux privés en France. Le groupe est composé de 170 établissements et centres et traite toutes les pathologies en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO), Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et Santé mentale.

L'offre de soins de Ramsay Santé, centrée sur le patient, propose une prise en charge globale, coordonnée et personnalisée. Plus de 23 000 collaborateurs et 6 000 praticiens accueillent et soignent chaque année 2 million de patients au sein des établissements du groupe Ramsay Santé : ils sont le socle et le gage d'une prise en charge exigeante et responsable.

L'Hôpital Privé de Parly II, établissement privée MCO :

- **Chirurgie** : 170 lits d'hospitalisation de chirurgie et médecine interne.
- **Ambulatoire** : 36 places d'HTP
- **Gynécologie-Obstétrique** : Maternité 2A (1 000 accouchements/an), Chirurgie Gynécologique, PMA (800 FIV/an), 26 lits et 6 berceaux de néonatalogie.
- 1 service d'urgence ouvert 24H /24H, 4 UHCD.
- **Chirurgie** : Cardiaque, vasculaire, Cardiologie interventionnelle, Radiologie Interventionnelle, orthopédie, urologie, chirurgie digestive, chirurgie Tête et Cou, ORL et plastique, gynécologie, ophtalmologie...
- **Médecine** : Cardiologie, médecine interne, gastro-entérologie, pneumologie ...



MISSION

Dans un contexte de recherche d'augmentation d'activité de la maternité et d'anticipation de l'évolution de la courbe des âges de l'équipe en place constituée de 4 pédiatres et de 7 gynécologues obstétriciens, nous recrutons : **2 Gynécologues-Obstétriciens Libéraux**.

- **Lieu de travail** : Hôpital privé de Parly II - Le Chesnay (78).
- Possibilité Cabinet de consultation à proximité.
- Secrétariat de cabinet de consultation à la charge du praticien au prorata de son activité avec les autres praticiens.
- Date de prise de fonction dès que possible.
- Remplacement ou pré-installation possibles.
- **Durée de la période d'essai** : 6 mois.
- **Conditions d'activité** : Activité de chirurgie gynéco possible et/ou de PMA possible, gardes sur place à prévoir en rotation avec les confrères.

FORMATION / PROFIL

- **Diplômes associés à la spécialité** : Médecin Gynécologue-Obstétricien.
- **Pratique et expérience** : maternité niveau 2 A.



MERCI D'ADRESSER VOTRE CURRICULUM VITAE
AINSI QUE VOTRE LETTRE DE MOTIVATION
À L'ATTENTION DE :

Denis CHANDESRIIS, Directeur Général
21 rue Moxouris - 78150 LE CHESNAY
Tél. : 01 39 63 70 04
d.chandesris@ramsaygds.fr

Dr Philippe MEICLER,
Gynécologue Référent
Tél. : 01 39 63 70 65
phmeicler@gmail.com



Ramsay
Santé