

LE CORDON ROUGE

Association des Gynécologues
Obstétriciens en Formation

AGOF

REVUE POUR LES INTERNES DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

N°21
Juillet 2021

De Jadis à Naguère :
Histoire de la chirurgie
transgenre

Le micro des gynécos

Gynéco mais pas Que :
Juju la Gygy

Nouveauté pour la
certification
de cancérologie

La réalité virtuelle en G0

w w w . a g o f . i n f o



Sommaire

ÉDITORIAL | LE MOT DE LA PRÉSIDENTE P 01

DE JADIS À NAGUÈRE P 02

Histoire de la chirurgie transgenre

INTERVIEW D'EXPERT P 05

Prise en charge d'un patient trans

GYNÉCO MAIS PAS QUE... JUJU LA GYGY P 10

NOUVEAUTÉ POUR LA CERTIFICATION DE CANCÉROLOGIE GYNÉCOLOGIQUE P 14

LA RÉALITÉ VIRTUELLE EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE P 16

LAPARO EXPLORATRICE DU MONDE CHIRURGICAL P 19

LE MICRO DES GYNÉCOS P 23

PORTRAITS DES JEUNES POUSSÉS DE LA GYNÉCO P 24

ANNONCES DE RECRUTEMENT P 28

Rédacteur en chef :

Alexane Tournier

Rédacteurs de ce numéro :

Alexane TOURNIER, Océane PÉCHEUX, Frédéric GLICENSTEIN, Léa DESCOURVIERES, Louise BENOIT, Agathe REMOND.

Editeur :

Réseau Pro Santé
14, rue Commines | 75003 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

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.

Couverture : © Artellia - www.123rf.com - Gabarits en haut des pages : © bruniewska - www.shutterstock.com

ÉDITORIAL | LE MOT DE LA PRÉSIDENTE



Editorial



Cette année, j'ai le plaisir de donner la parole à des intervenants très variés et souvent atypique. Comme d'habitude on retrouve notre rubrique De Jadis à Naguere et Gynéco mais pas Que. Je remercie les Dr Cristofari et Johnson d'avoir répondu à mes questions sur la prise en charge des patients transgenres, trop souvent mal connue.

Et n'oubliez pas, si vous voulez vous exprimez, dans le cordon rouge vous avez la parole !

Bonne lecture !

Alexane TOURNIER

Rédactrice en Chef de la revue Le Cordon Rouge

LE MOT DE LA PRÉSIDENTE



Chers tous,

C'est avec beaucoup d'émotions que j'écris ce dernier « mot de la présidente », après 3 années à assurer ces fonctions. Après 8 ans à l'AGOF, depuis mon arrivée en 1^{er} semestre en 2013 - et mon premier Cordon Rouge.

Que de souvenirs avec l'AGOF...

Que de rencontres ! Cette première année, où j'ai connu Florie Pirot et Imane Ben M'Barek (Paris) que j'appelle encore souvent. Puis quelques mois après, Magali Barbier (Marseille), avec qui je suis allée en Slovénie, dans le cadre des échanges européens ENTOG. Puis une équipe hors pair qui a donné un second souffle à l'aventure : Xavier Ah Kit (Bordeaux), Claire Cardaillac (Nantes), Rayan Hamadmad (Paris). Et enfin, en plus de 2 lilloises exceptionnelles, qui m'ont fait l'honneur de me suivre (Alexane Tournier et Léa Descourvières), Frédéric Glicenstein (Paris) a débarqué avec toutes ses idées de projets connectés (réalité virtuelle, flashcards,...), quand on a lancé notre application mobile. Laura Puroski (Rouen) ne tardera plus à nous rejoindre, après un congrès Infogyn 2020 riche en convivialité, suivie de Maryame El Gani (Tours) et Lauranne Soublon (Starsbourg).

L'arrivée de Laura Cochain, la nouvelle secrétaire, qui a rendu tout ça possible, après 2 ans de difficultés, bloqués par un contrat de secrétariat houleux.

Que de visages à travers la France, qui ont changé ma vie, ma carrière.

Et que de projets. L'ENTOG en Slovénie puis en France. Quelle fierté d'avoir accompagné le développement d'une chaîne podcasts, d'un grand nombre de Cordon Rouge, de projets de réalité virtuelle, d'ateliers « hands on » en congrès... D'avoir défendu le statut des internes, et fait le maximum pour mettre à leur disposition des outils utiles à leur formation, gratuitement. La course aux sponsors n'est pas la partie la plus drôle, mais on l'a fait, pour rendre tout cela possible !

Je ne disparais pas, et ne compte pas tourner le dos à l'équipe et aux projets en cours du jour au lendemain, mais je ne serai plus présidente. Pour cette dernière édition en tant que telle, je vous propose un article « portraits », pour vous présenter d'autres « carrières » AGOF. En espérant qu'on vous inspirera... Il y a encore beaucoup de choses à faire, toute énergie est la bienvenue. N'hésitez plus !

Océane PÉCHEUX

Présidente de l'AGOF



Histoire de la chirurgie transgenre

La dysphorie de genre est définie comme une franche discordance entre le sexe assigné à la naissance et le genre dans lequel cette personne s'identifie et s'exprime. Elle s'associe à une intense détresse physique et émotionnelle.

Les premières études sur les transgenres ont commencé dans la deuxième partie du 19^e siècle par des médecins européens. D'ailleurs, jusqu'en 1950, la littérature scientifique médicale sur les transgenres était confinée uniquement à l'Europe occidentale. Un des premiers médecins à contester la psychopathologie et la stigmatisation de cette communauté est un sexologue allemand Hirschfeld qui écrit « Transvestites » en 1910, le premier livre entièrement dédié à la population transgenre. Fondé en 1919 à Berlin, le Hirschfeld's Institute for Sexual Science présente les archives des premières chirurgies de réassignation au niveau mondial (dans les années 20 à 30). En 1931, dans cet institut, Dorchen Richter est le premier individu dont la chirurgie de réassignation de genre est documentée : après une castration en 1922, elle bénéficie d'une vaginoplastie en 1931.

Peu de temps après cette chirurgie (1933), l'institut a été détruit par le régime Nazi. Dans les années qui ont suivi, très peu de chirurgies de réassignation ont été réalisées.

Ce n'est que 22 ans plus tard en 1953 que l'on parle publiquement pour la première fois d'une chirurgie de réassignation. La transformation (FTM) de Christine Jorgensen citoyenne américaine et vétérane de la deuxième guerre mondiale fait les grands titres internationaux après sa vaginoplastie réalisée au Danemark.

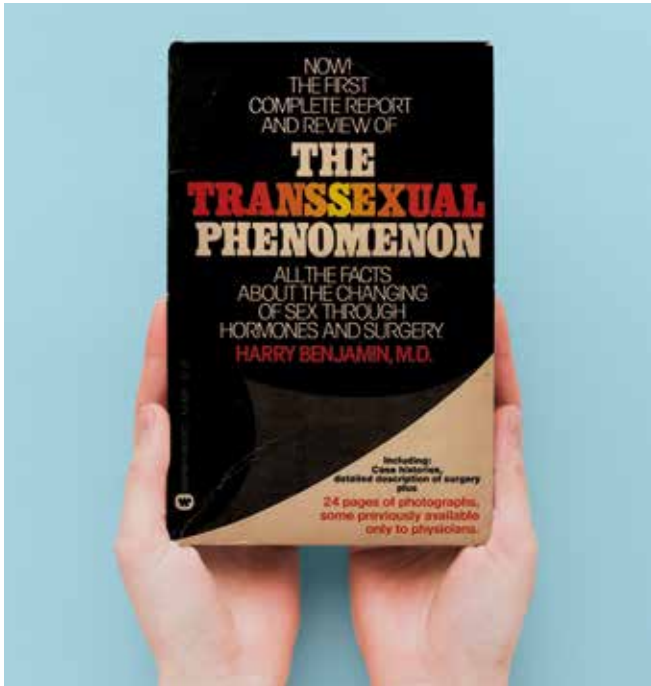
La publicité massive concernant le succès de la chirurgie de Jorgensen entraîne une augmentation des demandes de chirurgie de réassignation sans augmenter l'accès à ce type de chirurgie. En réponse à l'augmentation massive

de demandes envers les chirurgiens danois, le gouvernement danois interdit les chirurgies de réassignation pour les non citoyens. Aux USA, très peu de chirurgiens sont alors à l'aise ou compétent pour ce type de chirurgie. Beaucoup ont peur d'être poursuivis en justice par des patients insatisfaits, surtout au vu de la loi « Mayhem » qui interdit la dégradation d'un tissu sain.



Dans les années 50 et 60s, seules les chirurgies MTF (vaginoplasties) sont réalisées et médiatisées. Les phalloplasties sont extrêmement rares car la (re)construction d'un pénis fonctionnel n'est pas encore une réalité chirurgicale. De plus, les médecins voient le « transexualisme » comme étant une condition masculine, les MTF étant plus nombreux que les FTM.

En 1966, Le Dr Harry Benjamin publie « The transsexual phenomenon » le premier livre avec un œil sympathique sur le transexualisme qui exprime clairement la définition d'identité de genre, et qui discrédite les tentatives de « conversion » ou de « traitement » de patients transexuels par la psychothérapie. Il préconise clairement une modification corporelle « pour ajuster le corps à l'esprit ».



Rapidement après la publication de « The transsexual phenomenon », l'université Johns Hopkins à Baltimore annonce l'ouverture de la première « Gender Identity Clinic » aux USA qui propose des chirurgies de réassignation. Dans ses 2/3 premières années, la clinique a reçu presque 2000 demandes d'intervention. Inondés de demandes désespérées, le personnel de la clinique a décidé de préférer les dossiers de patients qui avaient le plus de chance de « passer » pour le sexe opposé et qui se comportaient en accord avec les normes traditionnelles du genre. Et finalement, ils ont refusé presque toutes les demandes et n'ont réalisé que 24 chirurgies de réassignation. A la fin des années 60, d'autres centres aux USA ont commencé à réaliser des chirurgies de réassignation mais avec les mêmes types de critères de sélection. Bien que la clinique John Hopkins ait fermé en 1979 en plein milieu de la controverse, environ un millier d'américains avaient pu être opérés dans divers hôpitaux sur la décennie.

Dans les années 80, progressivement le nombre de médecins acceptant de réaliser ce type d'intervention – notamment dans les cabinets privés – augmente.

Les techniques de vaginoplastie

A la différence de la phalloplastie, la vaginoplastie a été réalisée au début du 19^e siècle pour les femmes cisgenre avec des pathologies congénitales, traumatiques ou oncologiques.

Avant les années 50, la plupart des vaginoplasties sont réalisées à partir de greffes de peaux issues du dos, des fesses ou des cuisses. Plus rarement, les chirurgiens utilisent des greffes de muqueuses intestinales, technique plus invasive et morbide. Sir Gillies et D. Millard ont réalisé les premières descriptions de l'inversion pénienne pour les vaginoplasties des transgenres dans *The Principles and Art of Plastic Surgery*, dans les années 1950. Cette technique a rapidement été adoptée internationalement comme un standard. Les lambeaux cutanés non génitaux, typiquement dérivés de la cuisse, ont été décrits en 1980 par Cairns et De Villiers.

Les options pour les constructions de néovagin sont donc la greffe de peau, les lambeaux, l'inversion pénienne et la greffe intestinale. En première intention, l'inversion pénienne est considérée idéale pour les non circoncis et le lambeau penoscrotal pour les circoncis. La greffe cutanée ou intestinale sont des techniques de deuxième intention. Les désavantages de la greffe cutanée et des lambeaux sont la rétraction du néovagin, la nécessité de dilatation vaginale quotidienne et indéfinie, l'absence de lubrification, et la cicatrice sur le site donneur. Un des avantages de la peau pénoscrotale est la conservation de la vascularisation et sensation du tissu et la diminution de rétractilité du tissu ; néanmoins elle nécessite tout de



même des dilatations à vie pour éviter la sténose et la lubrification est souvent insuffisante. L'avantage de la greffe intestinale est l'obtention d'un long néovagin avec capacité de lubrification avec moins de risque de rétractilité ou sténose. Néanmoins les désavantages sont l'excès de pertes de mucus et l'augmentation de la morbidité liée à la chirurgie intra-abdominale.

De nos jours, avec l'avancée des techniques, l'objectif est de créer un vagin fonctionnel avec un néoclititoris ainsi que des petites et grandes lèvres constituées de tissu périnéal et de lambeaux.

Les techniques de phalloplastie

Les premières descriptions de phalloplastie émergent pendant la première guerre mondiale quand les soldats blessés souhaitent une reconstruction pénienne. Donc la plupart des techniques ont d'abord été décrites chez des cisgenres. Le premier cas documenté dans les années 40s de chirurgie FTM est celle de Michael Dillon, un médecin britannique. La chirurgie est réalisée par le Dr Harold Gillies qui dans les dossiers officiels diagnostique Dillon avec un hypospade pour cacher les vraies raisons de sa chirurgie. De 1946 à 1949, Gillies réalise une série de 13 chirurgies sur Dillon. Sa technique reste un standard pendant 40 ans et consiste en deux lambeaux en tubes : le premier pour le néo-urètre et le deuxième autour pour la peau. Dans les années 70, les lambeaux pédiculés sont introduits ainsi que des modifications de techniques comme l'incorporation d'un « appareil gonflable érectile ». En 1982, Song décrit le premier lambeau libre d'avant-bras radial popularisé deux ans plus tard par Chang et Hwang qui y incorporent une technique d'urétroplastie en un temps. Cette technique populaire reste le gold standard.

Plusieurs alternatives ont été décrites dans les années suivantes dont l'ajout d'un implant osseux pour la rigidité érectile (Dr Biemer 1981),

le lambeau latéral de bras (Upton, 1987), le lambeau ostéocutané de fibula (Sadove, 1993) et le lambeau scapulaire (Yang, 2003).

En 1993, Hage et De Graaf ont émis des critères pour le néo-phallus idéal : une intervention en une étape, esthétique, tactile et érogène avec un néo-urètre fonctionnel et un minimum de complications notamment du site du donneur. On entre donc dans une ère de raffinement technique, même si aucune n'est capable d'offrir simultanément tous les objectifs de Hage et De Graaf.

De nos jours, il existe trois types de techniques : la phalloplastie par lambeau pédiculé ou par lambeau libre et la métaidioplastie.

La métaidioplastie est la création d'un néo-phallus à partir d'un clitoris hypertrophié à l'aide d'hormonothérapie. L'avantage est que la glande est tactile, érogène et érectile sans prothèse et avec peu de cicatrice, une durée opératoire et d'hospitalisation courte. Néanmoins le pénis est beaucoup plus petit (5-7 cm), avec une fonction sexuelle diminuée et une difficulté pour uriner debout. Une phalloplastie est possible après réalisation d'une métaidioplastie.

Les phalloplasties par lambeau pédiculé (de cuisse, épigastrique ou de l'aine) ont l'avantage d'avoir un bon réseau vasculaire avec une possibilité de réinnervation et peu de cicatrices mais les résultats esthétiques sont parfois limités avec un plus haut taux de complication.

La phalloplastie par lambeau libre (le plus souvent radial) est considérée comme acceptable au niveau de l'esthétisme, des sensations érogènes et tactile, et de la fonctionnalité mais les complications urinaires sont importantes avec de grosses cicatrices au niveau du site donneur.

Alexane TOURNIER
Vice-présidente AGOF

Référence

J. Frey et al. : A Historical Review of Gender-Affirming Medicine: Focus on Genital Reconstruction Surgery, *J Sex Med* 2017.



Prise en charge d'un patient trans

Jeunes gynécologues, nous pouvons avoir à faire au cours de notre carrière à des patients trans. Nous ne sommes que très peu formés à leur prise en charge. Je me posais donc des questions. J'ai eu la chance de pouvoir interviewer le Dr Sarra Cristofari (SC), chirurgien plasticien et le Dr Niclai Johnson (NJ) endocrinologue, tous deux spécialisés dans la prise en charge des patients trans à Paris.

Concernant la prise en charge des patients transsexuels quels sont les professionnels de santé amenés à intervenir ?

SC : Précisément, on ne parle plus de patients transsexuels. On utilise le terme de patient transidentitaire, ou parfois plus simplement de patient trans. Pour répondre à la question, tout type de soignant peut être amené à rencontrer un patient trans, les gynécologues en cas de mycose, les médecins traitant en cas d'angine, les chirurgiens, etc. Pour réaliser un changement d'identité on n'a pas besoin de voir le médecin. Pour changer de prénom, il s'agit d'une procédure administrative auprès de l'officier d'état civil et pour changer de sexe, il s'agit d'une procédure judiciaire auprès du tribunal de grande instance. La loi XXI^{ème} siècle relative au changement d'état civil stipule que le fait de ne pas avoir subi de traitements médicaux ou chirurgicaux ne peut motiver un refus de faire droit à la demande.

A noter, on utilise le terme femme trans pour parler d'un homme biologique qui se ressent femme ; et homme trans pour une femme biologique qui se ressent homme.

Si une patiente arrive en consultation pour un désir de changement de sexe, quelles sont les modalités initiales de début de prise en charge ?

SC : On parle de changement de « sexe » pour une demande d'intervention génitale. En cas de changement d'identité, au niveau médical peut s'y associer (ou non) selon le désir du patient une transformation hormonale et/ou une transformation chirurgicale. Les désirs sont très différents d'une personne à une autre. Ca va de 0 à 10 ; de "je ne veux rien" à "je veux tout". Certains patients vont avoir des demandes très spécifiques comme par exemple un souhait uniquement de féminisation chirurgicale du visage etc. La première chose à faire dans la prise en charge est donc d'identifier le souhait de la patiente.

Peut-on en tant que gynécologue instaurer un traitement hormonal à visée de masculinisation ou de féminisation ?

NJ : Oui, la prescription initiale des traitements hormonaux pour les femmes et hommes trans peut être réalisée par les gynécologues, mais également par les endocrinologues et urologues. Ensuite, les renouvellements de prescriptions peuvent être réalisés par le médecin traitant.



Existe-t-il des prérequis avant de débiter un tel traitement (consultation psychologique ?)

NJ : Je ne dirais pas qu'un certificat psychiatrique est obligatoire mais personnellement j'en demande un systématiquement avant une instauration d'hormonothérapie car ce sont des traitements hors AMM. D'ailleurs à ce jour, la WPATH qui établit les recommandations internationales concernant la santé des patients trans, demande un document d'un spécialiste de santé mentale (psychologue ou psychiatre) avant traitement hormonal. Par contre, si le ou la patiente est déjà sous hormonothérapie, je ne lui demande pas de certificat psy.

Les prescriptions hors AMM sont possibles quand elles sont documentées par une littérature scientifique dense, ce qui est le cas ici. Néanmoins, elle nécessite une information claire et un consentement éclairé. Je fais donc signer un consentement à chaque patient avec les informations sur les effets du traitement.

Quelles sont les modalités de prise en charge par la sécurité sociale concernant le traitement hormonal ?

NJ : La sécurité sociale rembourse les traitements hormonaux si le patient est déclaré en Affection Longue Durée par le médecin traitant. Il s'agit d'une ALD 31 dite « hors liste ».

Et quelles en sont les bases de ce traitement hormonal ?

NJ : Pour les hommes trans (FTM), les micro ou macro progestatifs peuvent être prescrit de façon classique pour obtenir une aménorrhée. La testostérone quant à elle est prescrite hors AMM. Elle existe sous 2 formes : Injectable (Androtardyl™ remboursé ou Nebido™ non remboursé) ou de gel (Androgel™ non remboursé).

Personnellement, j'introduis la testostérone doucement pour éviter les effets indésirables liés aux changements hormonaux brutaux. Je commence par des injections mensuelles (IM) de 125 mg d'Androtardyl™. Puis à 4 mois, j'adapte ensuite les posologies selon le dosage de la testostérone totale résiduelle (2-3 jours avant l'injection) et au pic (2-3 jours après l'injection) pour un objectif entre 20 et 30 nmol/L. Il faut trouver la bonne dose et la bonne fréquence. Classiquement la posologie ensuite est autour de 100 mg/15 jours. Cela varie selon le poids, l'âge et la tolérance. Un jeune homme cis peut avoir des taux de testostérone entre 35 et 40 nmol/L transitoirement. Un surdosage ponctuel a peu de retentissement. Chez des trans plus âgés, on cherchera souvent des taux de testostérone légèrement plus faibles. Pour le bilan préthérapeutique, je prescris une NFS car la testostérone a un effet polyglobulisant, TP/TCA, FSH/LH/testostéronémie et un bilan métabolique standard. Au pic, je réalise à nouveau NFS, FSH/LH/testostéronémie.

Pour les femmes trans (MTF), 3 types de traitements sont possibles : les œstrogènes, les anti androgènes et la progestérone.





La progestérone est très peu prescrite car elle n'a pas d'effet établi dans la littérature. Elle peut parfois être utilisée en plus en 2^{ème} intention pour la croissance des seins après deux ans d'œstrogènes. Pour les Œstrogènes, l'éthinyl oestradiol (dans les pilules contraceptives classiques) est contre-indiqué à cause de son sur-risque thromboembolique. J'informe donc la patiente du profil de sécurité non satisfaisant des pilules « classiques ». On utilise donc les œstrogènes utilisés pour les THS de la ménopause : l'oestradiol ou le beta oestradiol ; soit per os (par exemple Provames™, chez les femmes jeunes non fumeuses car il y a un effet de premier passage hépatique) soit sous forme de gel ou patch (par exemple Oestrodose™ ou Vivelledot™, en premier intention chez les femmes plus âgées ou fumeuses).

Pour les anti-androgènes, on utilise surtout les analogues de la GnRH ou la Spironolactone. En effet, l'acétate de cyprotérone (Androcur™) a plutôt mauvaise presse, avec notamment le surrisque de méningiome. La prescription des Analogues de la GnRH (Decapeptyl™) est réservée aux gynécologues, endocrinologues, urologues et oncologues. Il faut les informer de l'effet flare up qui entraîne un pic élevé de testostérone. La Spironolactone (de 50 à 250 mg) peut être utilisée chez les patients non artériopathe (quand absence de risque de sténose de l'artère rénale associée). Elle a un effet sur les récepteurs à la testostérone (donc le taux peut rester stable dans le sang) et aussi un effet gonadotrope. Son effet est moins fort ce qui peut améliorer la tolérance (notamment la baisse de thymie lié aux chutes de testostérone). A noter, que si une vaginoplastie (et donc l'ablation des testicules) est réalisée, le traitement par anti-androgène n'a plus d'intérêt.

Quels sont les principaux effets indésirables de ces traitements dont on doit informer la ou le patient ?

NJ : Je les informe par oral et dans le formulaire de consentement que ces effets peuvent être graves et irréversibles.

Pour les traitements virilisants, il s'agit globalement de la polyglobulie, d'une augmentation des risques cardiovasculaires (pouvant être responsable d'AVC, IdM...), d'acné, d'hépatite, de symptômes psychiatriques et de changement de désir sexuel.

Pour les traitements féminisants, il s'agit globalement d'anémie, d'une augmentation des risques cardiovasculaires (pouvant être responsable d'AVC, IdM...), de thrombose, de tumeurs mammaires/hypophysaire, d'hépatite, de symptômes psychiatriques et de changement de désir sexuel. Pour l'Androcur™ on ajoute le risque de méningiome et pour la spironolactone le risque d'hyperkaliémie nécessitant des biologies régulières.

En cas de demande de chirurgie de transformation génitale, existe-t-il des prérequis obligatoires ? A ce jour quel est le cadre légal (âge minimum, délai de réflexion) ?

SC : Pour qu'il y ait une prise en charge par la sécurité sociale c'est-à-dire un remboursement, il faut actuellement en 2021 en France pour la CPAM pouvoir attester d'un suivi psychiatrique d'au moins deux ans (certificat signé par le psychiatre, l'endocrinologue et par un chirurgien). Ensuite, une RCP enregistre la demande de chirurgie pour valider le geste d'un point de vue purement chirurgical car il s'agit d'exérèse d'organes reproducteurs sains !! (A noter que la RCP ne sert pas à poser le diagnostic de dysphorie).



A noter qu'il peut exister certaines dérogations ou exceptions telles qu'un suivi par un psychologue avec une attestation par un psychiatre...

Quant à l'âge, il n'existe pas vraiment d'âge minimum dans les textes. Pour les mineurs, il est nécessaire en plus des documents précédemment cités, d'avoir l'accord des deux parents en plus de celle du patient mineur. Il faut également discuter du dossier en RCP mineur. Les demandes de mineurs sont fréquentes pour les mastectomies totales mais beaucoup plus rares pour les interventions type vaginoplastie.

Quand vous voyez une femme trans en consultation pour une vaginoplastie, quelles sont les informations que vous lui donnez concernant les modalités de l'intervention et ses complications à court et long terme ? Quels sont les résultats attendus d'une vaginoplastie ?

SC : La première information sur laquelle je vais insister est qu'il s'agit d'une intervention irréversible et qu'un retour en arrière n'est pas possible. Ensuite, je vais discuter de la question de la supplémentation hormonale après traitement chirurgical. Et enfin, il est important en plus de médicolegal de parler de préservation de gamètes, surtout pour des patientes très jeunes.

Quant aux modalités de l'intervention, j'explique que l'objectif est de créer un organe génital fonctionnel et sensible lors des rapports sexuels. On utilise le gland pour créer le clitoris et tout est fait pour préserver la sensation érogène de l'organe. Par contre quant à la question de l'orgasme, c'est très personnel avec beaucoup de variations individuelles et il ne peut donc pas être assuré.

Concernant les complications de la chirurgie il y a les complications générales comme l'infection, l'hémorragie et la nécrose ; puis plus spécifique comme les plaies des voies urinaires en avant et du rectum en arrière. Une des complications à long terme et très spécifique de la vaginoplastie est le risque de sténose vaginale. Le risque principal de cette intervention est la perte du néovagin. Il faut expliquer à la patiente la nécessité de réaliser des dilatations vaginales pendant un à deux ans, trois fois par jour au début puis avec un rythme dégressif au cours des mois suivants.



Même question pour un trans homme (FTM) ?

SC : De la même façon, je donne les informations sur l'irréversibilité, sur la supplémentation hormonale et sur la préservation de la fertilité.

Ensuite j'essaie d'identifier ce que recherche le patient trans dans cette chirurgie de réassignation : quelle taille de pénis ? veut-il ressentir du plaisir lors des rapports sexuels ? veut-il uriner debout ? veut-il des rapports sexuels avec intromission ou veut-il une vaginectomie associée ?



Il existe deux grands types d'intervention : la phallopoïèse qui consiste à créer un néopénis à l'aide de lambeaux (donc par ajout de peau) et la métoïdioplastie qui consiste en un allongement du clitoris. Dans la phallopoïèse, le néopénis sera plus long et appareillé avec une prothèse donc érectile. Néanmoins il sera peu érogène : le bout de verge sera beaucoup moins sensible que le gland. Dans la métoïdioplastie, le néopénis sera plus petit mais l'ensemble sera parfaitement érogène.

Enfin, le patient veut-il uriner debout ? Dans ce cas, il faut réaliser une urétroplastie d'allongement. La majorité des complications étant urinaires, il faut en discuter séparément. Il faut donc travailler en binôme avec un urologue pour les reprises chirurgicales urinaires en cas de complications (à type de fistule ou de sténose de l'urètre) ainsi que pour leur diagnostic (à l'aide de bilan urodynamique ou d'urétroscopie).

A savoir que la chirurgie génitale FtM est plus pourvoyeuse de complications urinaires que celle MtF.

Si une patiente vient nous voir en tant que chirurgien gynécologue pour la réalisation d'une hystérectomie totale avec annexectomie ou d'une mastectomie totale bilatérale, y a-t-il des informations supplémentaires que nous devons fournir à la patiente en plus de celles données classiquement ?

SC : Dans ce cas, il faut lui donner les informations habituelles que vous donneriez en cas d'hystérectomie ou de mastectomie. Par contre, il faut faire attention car il n'existe pas d'acte CCAM spécifique dans le cas d'une HT chez une personne Trans, comme il en existe pour la phallopoïèse ou la vaginoplastie.

Il faut garder en tête que l'on ampute un organe reproducteur sain. Il faut donc réaliser une demande d'accord préalable auprès de la sécurité sociale, et enregistrer l'indication en RCP.

A noter que toutes ces règles et guidelines évoluent très rapidement et sont susceptibles de changer.

Quelles sont les particularités du suivi gynécologique après réalisation d'une vaginoplastie ? (concernant par exemple une mycose ou des troubles de la sexualité)

SC : Il n'y a aucune spécificité, hormis la prévention des MST comme un vagin cisgenre. Les IST peuvent être cutanées dans le canal vaginal si celui-ci a été créé avec de la peau (greffe de scrotum ou peau pénienne inversée) ou muqueuses sur les zones créées à partir de muqueuses (intérieur des petites lèvres). Leurs traitements sont les mêmes que pour les vulves CIS.

Et enfin, ou se former en vaginoplastie ? Cette intervention peut-elle être pratiquée dans tout type de centres ?

SC : Après des chirurgiens qui pratiquent ces interventions, surtout des urologues et des plasticiens en France. A l'heure actuelle la majorité des interventions se pratique dans des structures publiques en France, mais les choses évoluent.

Alexane TOURNIER
Interne de GO à Lille



Gynéco mais pas que... JUJU LA GYGY

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 !

*J'ai eu l'occasion d'interviewer **Juju la Gygy**, gynéco obstétricienne mais également créatrice de contenu et autrice. Plus de 53 000 abonnés à son compte Instagram, son livre : **Le guide gynéco joyeux et décomplexé** est sorti tout récemment ! Ici elle nous livre son histoire.*



As-tu une formation de Gyneco-Obst classique ?

Oui tout à fait, après un droit au remord de gastro entérologie j'ai suivi la maquette en vigueur à l'époque.

Depuis quand es-tu passionnée par le dessin, les arts plastiques ?

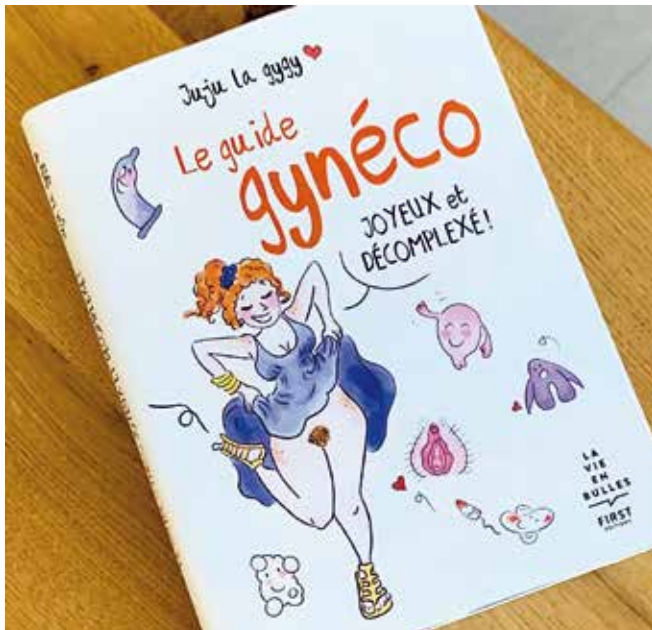
J'ai toujours été passionnée par le dessin, depuis petite j'en faisais en extra-scolaire et puis un peu plus tard j'ai pris des cours de nu. J'étais déjà fascinée par le corps humain avant de faire médecine en fait, je trouvais ça beau de dessiner le corps des gens et ça ne m'a pas quitté. Et puis au cours de mon internat avec les nombreuses heures de travail, les gardes sans repos à cette époque, j'avais besoin d'un exutoire. Je me suis mise à dessiner ce que je voyais à l'hôpital, les situations difficiles que je vivais, les choses qui me choquaient ou alors les anecdotes rigolotes. Je préférais les croquer plutôt que de les écrire, j'imprimais ma mémoire.

Tu as récemment publié un guide de gynéco à destination du grand public avec tes croquis en illustration, Comment est né ce livre ?

Un jour j'ai regardé tous ces carnets où je dessinais aussi mes aventures d'étudiante qui faisait le tour de France et qui rencontrait beaucoup de gens et j'ai eu envie d'en faire un livre.

Les seuls moments que j'ai eu pour souffler étaient mes grossesses, à chaque fois je me disais, il faut que je le fasse, il faut que je le fasse mais je n'y arrivais pas. A ma 3^{ème} grossesse je me suis dit que si je ne le faisais pas maintenant j'allais passer à côté de ce projet qui me tient à cœur depuis toujours.

J'ai décidé de prendre une dispo de l'hôpital où j'étais PH pour me mettre à mi-temps dans un centre de santé et garder 2-3 jours par semaine pour dessiner, prendre des cours de BD et me faire accompagner pour mener à bien ce projet. J'ai monté tout un dossier éditorial etc. Et en fait ça a complètement foiré, je n'ai pas du tout trouvé d'éditeur.



Il me restait 3 mois sur la dispo que je m'étais donnée pour réussir mon projet. Et là, beaucoup de personnes m'ont conseillé de me mettre sur Instagram pour me faire repérer, me faire une vitrine en quelque sorte. Je t'avoue que je n'avais pas du tout envie, pour moi c'était un truc de jeune, ce n'était pas pour moi, mais comme je n'avais rien à perdre je m'y suis lancée et là j'ai été dépassée par l'ampleur que ça a pris. Des centaines puis des milliers de followers, une maison d'édition qui me dit oui, c'est la folie !

Tu es donc devenue une Instagrameuse ?

Oui enfin on parlait de loin... Je suis arrivée complètement novice sur les réseaux, il m'a fallu 4 ou 5 posts pour comprendre qu'il fallait mettre mes dessins au format carré, j'ai ensuite appris ce qu'était un hashtag, le principe de tagger des gens etc. tout ça était très nouveau pour moi. Il n'y a pas si longtemps j'ai appris comment mettre de la musique sur une story ! Et puis j'étais réfractaire car je pensais qu'il y avait que des gens pas sympas sur les réseaux et finalement j'ai découvert beaucoup de bienveillance. Je reçois tous les jours des messages de gens

m'encourageant dans ce que je fais, me remerciant pour ce que je leur apporte. Effectivement c'est quelque chose que je n'avais pas forcément vu avant de le faire mais tu rends un vrai service, tu démocratises et désacralises le savoir médical. Et même maintenant que j'ai réussi à sortir mon livre je n'ai pas envie d'arrêter.

Cela a-t-il eu un retentissement sur ta pratique de Gynéco-Obstétricienne ?

Non pas vraiment car j'ai réussi à garder l'anonymat malgré les nombreuses sollicitations et je préfère que cela reste ainsi. Ça me permet de garder une liberté dans mes story et de ne pas me sentir jugée par mes patientes.



Mais tu as un vrai rôle sur la démocratisation de la Gynéco-obstétrique, une spé plutôt perçue comme « hostile »

Effectivement je pense qu'avec ma page Instagram je peux aider de deux façons. D'abord en montrant un autre visage de la gynécologie que celui du vieux gynéco paternaliste misogyne qui, je l'espère, est une espèce en voie de disparition. Cette vague de gynéco bashing ne vient



pas de nulle part, elle a des fondements, mais elle prend toute la place. A nous de montrer que les gynécos peuvent être sympas, bienveillants, abordables.

Et puis en montrant avec humour aux patientes notre métier, en expliquant ce qu'on fait, pourquoi on le fait, en rappelant aux femmes que notre objectif c'est leur santé, leur bien-être, on pourra avancer ensemble et elles auront moins peur de nous.

Les réseaux sociaux, c'est une autre façon de faire, on serait vraiment bête nous les gynécos de ne pas utiliser ces canaux là pour toucher les gens et faire de la sensibilisation. Il n'y a pas qu'en publiant dans une grande revue qu'on peut faire changer les choses.

A quoi ressemble un quotidien de GO dessinatrice et Instagrammeuse ?

Ça fait un an que je travaille deux jours par semaine dans une maison de santé où je fais de la consultation gynéco, de l'échographie et en plus des remplacements dans une maternité en salle de naissance pour ne pas perdre la main. Ça me permet de me dégager du temps pour dessiner, gérer la sortie du livre etc.

Ton activité sur Instagram est-elle rémunératrice ?

Jusqu'à maintenant j'ai refusé les nombreuses demandes de placements de produit ou les collaborations. Au départ Instagram a juste été ma vitrine afin d'avoir plus de crédibilité auprès des éditeurs.



Après, c'est devenu une activité assez chronophage et si je veux pouvoir continuer peut-être qu'il faudra que je valorise un peu ça, j'ai accepté un tout premier cachet pour des vidéos sur l'endométriose la semaine dernière !

Et la suite comment l'envisages tu ?

Je me laisse deux ans, pour éventuellement sortir un tome deux et voir ce que donne *Juju la Gygy*. Je ne voudrais pas non plus trop m'éloigner de ma pratique de Gynéco obstétricienne car c'est vraiment ce qui me plait et puis, *Juju la gygy* n'aurait plus la même légitimité.

Un message pour les internes de GO qui nous lisent ?

L'internat de Gynéco-Obstétrique est long et difficile, on a qu'une vie et ce n'est pas interdit d'en profiter !



Interview par
Léa DESCOURVIERES
Interne de GO à Lille

Nouveauté pour la certification de cancérologie gynécologique

Depuis la suppression du DESC d'oncologie et les difficultés d'accès à la FST d'oncologie, nous ne disposons pas, en France, d'un parcours identifié pour la formation en chirurgie cancérologie gynécologique. Les quatre sociétés savantes compétentes : la SFOG, le CNGOF, la SFCO et la SCGP soutenus par le CNU de gynécologie-Obstétrique et d'UNICANCER se sont entendues pour matérialiser ce parcours et l'attester par une certification de chirurgiens gynécologues décernée par un jury national. Ainsi, les chirurgiens gynécologues souhaitant une formation adéquate en chirurgie gynécologique oncologique pourraient demander d'être certifié par un comité d'expert.

Quatre volets seraient évalués :

Formation

- Théorique : 15 points (au maximum).
- Pratique : 15 points (au maximum).
- Stages en tant qu'interne, chef de clinique, assistant, ... : 60 points dont 30 points consacré à un logbook (au maximum). Le log book chirurgical serait similaire à celui de l'ESGO mais sans seuil 'obligatoire' de nombre d'intervention.

Recherche et publication : 15 points (au maximum).

Enseignement : 5 points (au maximum).

L'inscription dans une dynamique de formation continue : 10 points (au maximum).

Une note totale de 100/120 serait nécessaire afin d'être certifié. Le détail du décompte des points est subjectif et est choisi par le comité.

Afin de se présenter, un chirurgien en formation devra aussi :

Passer avec succès l'épreuve de connaissance de l'ESGO.



Avoir validé 5 ans au minimum dans le cadre de ce cursus :

- 4 semestres d'internat dont :
 - 2 dans un service de chirurgie gynécologique agréé par le comité pour la formation en cancérologie.
 - 2 dans des services de chirurgie dont au minimum un dans un service de chirurgie viscérale.
- 1 an en tant que docteur Junior dans un service agréé en cancérologie gynécologique ou de chirurgie.
- Au minimum 2 ans en tant que chef de clinique ou d'assistant dans un service agréé en cancérologie gynécologique.

Avoir rempli le cahier de charge demandé par le comité de certification ainsi que le logbook.



Un chirurgien en exercice devra lui :

- Etre titulaire d'un *DES* de Gynécologie-Obstétrique (avec des dérogations pour des chirurgiens viscéraux ou urologues pouvant faire état d'une formation en gynécologie).
- Avoir passé 2 ans au minimum en tant que médecin senior dans un *service validant* (accrédités par l'ESGO ou ayant obtenu l'agrément pour la formation en cancérologie gynécologique par le comité de certification).
- Avoir passé avec succès une épreuve de connaissance européenne : *LESGO* (uniquement pour les candidats ayant moins de 10 ans d'exercice à partir de la fin de leur formation initiale : Internat & clinicat/assistanat).
- Avoir rempli le *cahier de charge*.
- Exercer dans un centre ayant un volume d'activité en cancérologie gynécologique en accord avec les critères établis par le comité de certification.

Cette certification sera à renouveler.



Le comité a contacté l'AGOF afin d'avoir un retour des gynécologues en formation sur cette nouvelle certification. Un questionnaire a été envoyé par mail à nos adhérents et est disponible sur notre page facebook : votre avis nous intéresse !

Dr Louise BENOIT
Membre de l'AGOF



La Réalité Virtuelle pour les gestes techniques en gynécologie obstétrique ?

En 2010, la Haute Autorité de Santé oppose comme une bonne pratique le fameux slogan : « jamais la première fois sur une patiente ».

AGORA BOX

La première plateforme collaborative d'apprentissage réservée aux étudiants et professionnels

Le compagnonnage, cher aux chirurgiens, n'est pas discuté ici dans son essence ; ce serait paradoxal. Mais il est soumis à la variabilité inter-individuelle et n'est pas toujours pris en compte dans le temps horaire des chirurgiens, dans leur mérite, ni dans leur salaire.

Il existe de nombreux outils pédagogiques, déjà utilisés dans certaines professions, comme l'aviation, qui a intégré depuis longtemps la simulation dans la formation. Les méthodes de simulation en médecine sont de plus en plus étudiées. Parmi celles-ci, la Réalité Virtuelle (RV) a montré depuis 2012 des résultats encourageants (1).

Les facultés ont fait de gros efforts pour développer l'apprentissage à travers la simulation (2). Il reste cependant des difficultés d'accès que nous connaissons, principalement liées aux horaires restreints, et au désintérêt collectif (conscient ou non) du monde hospitalier pour ce type de formation (3). De plus, il est parfois difficile pour un jeune chirurgien d'assumer sa propre insuffisance de formation (et les risques en découlant) malgré les nombreuses heures passées à l'hôpital (3).

De plus, il a été démontré que plus un chirurgien voyait une intervention, meilleure serait sa

première réalisation, et les suivantes (4). Cette phrase, d'un bon sens presque enfantin, rejoint la logique d'efficacité dans l'apprentissage. Diminuer la charge non médicale du travail des jeunes gynécologues favoriserait a priori les résultats opératoires surtout si ce temps pouvait être dédié à observer les gestes techniques au bloc opératoire, en salle de naissance, échographie, colposcopie, hystéroscopie... (5).

Les supports usuels vous sont parfaitement connus : livres, articles, vidéos, cours magistraux, sites internet (6). L'AGOF propose gratuitement à tous les jeunes gynécologues un partage de contenus moins officiels mais utiles tels que les bibliographies, mémoires, thèses, cas cliniques, révisions des recommandations via la plateforme gratuite participative Agorabox (7).

Déjà en 1946, Edgar Dale, lors de ses recherches sur la mémorisation (8), montrait qu'à quinze jours, on ne retenait que 10 % de ce qu'on lisait mais 90 % de ce qu'on vivait.

Vivre une expérience permet de mieux assimiler. La simulation est donc une technique de choix pour l'apprentissage par l'expérience vécue (car on contrôle plus difficilement l'ensemble de l'expérience vécue en stage).



De l'historique amphithéâtre, aux vidéos chirurgicales et jusqu'aux lunettes avec réalité augmentée (9), les chirurgiens ont cherché à rendre plus accessibles leurs techniques opératoires en live.

L'apprentissage dit « a la première personne » est différent de celui en tant qu'aide opératoire. L'aide opératoire apprend sous un angle de vue différent qui est bien sûr reconnu comme une connaissance indissociable du geste opératoire lui-même.

L'apprentissage en fonction de l'angle de vue est un sujet d'étude sérieuse, notamment à l'aide de l'IRM fonctionnelle (10). Le point de vue à la première personne active le réseau des neurones miroirs. Les aires corticales cérébrales correspondantes aux membres sollicités lors de la réalisation du geste sont activées (10). Le processus de mémorisation d'un geste s'en trouve simplifié, et amélioré (11). Ce ne sont donc pas les mêmes aires cérébrales qui sont activées quand on pratique le geste que lorsqu'on le voit pratiqué.

Pour répondre à ces enjeux, de nouveaux outils doivent être développés. L'outil doit être simple, efficace, facile d'accès quel que soit le lieu, l'horaire et peu onéreux.

Les supports de Réalité Virtuelle pourraient permettre d'assimiler l'intervention comme une expérience vécue (et non pas de regarder quelqu'un faire une chirurgie car il existe déjà de très bonnes vidéos de chirurgie en ligne).

L'AGOF s'est lancée dans la continuité d'autres spécialités (neurochirurgie, orthopédie, anesthésie...) et a décidé de développer ce type de support en gynécologie obstétrique.

Notre objectif est de vous faire vivre des gestes réalisés par un expert à travers ses yeux, à l'aide de tutoriels immersifs à la première personne en RV sur smartphone. Nous avons choisi la société Revinax, basée à Montpellier qui crée

ce type de support depuis 2016, en lien avec l'Académie de Chirurgie. Revinax réalise les tutoriels sur mobile, utilisables à la fois en vidéo et en RV.

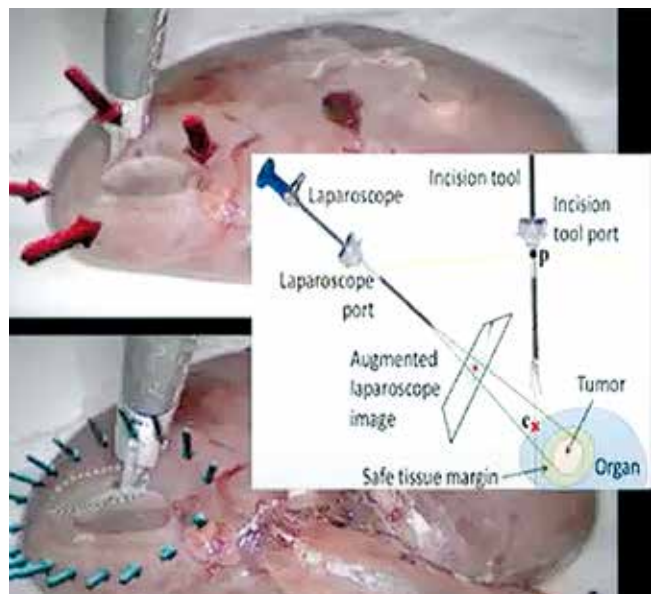
L'AGOF crée le contenu avec un expert, commande le tutoriel et le fait financer afin de l'offrir gratuitement à tous ses adhérents !

Nous travaillons de concert avec le CNJC (collège national des jeunes chirurgiens) et des traductions sont envisagées ainsi que de potentiels supports communs européens (avec l'ENTOG).

Rejoins-nous et aide-nous pour la partie médicale de la création de ces supports !



Le cours de chirurgie au début du 20^e siècle, The Knicks



La réalité augmentée en chirurgie gynécologique : Dr Pauline Chauvet, lauréate du prix d'innovation médico-chirurgicale de l'académie de chirurgie 2017

LA RÉALITÉ VIRTUELLE EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE



Réalisation d'une biopsie de trophoblaste « à travers les yeux de l'expert » en réalité virtuelle sur smartphone, Pr Yves Ville



Casque cardboard : support en carton avec des lentilles coûtant une vingtaine d'euros sur lesquels on pose son smartphone

Frédéric GLICENSTEIN
Secrétaire général de l'AGOF
Interne de GO à Paris

Remerciements au
Docteur Maxime ROS
Neurochirurgien et fondateur de la start up Revinax

1. Seymour NE, Gallagher AG, Roman SA, O'Brien MK, Bansal VK, Andersen DK, et al. Virtual Reality Training Improves Operating Room Performance: Results of a Randomized, Double-Blinded Study. *Ann Surg.* oct 2002;236(4):458-64.
2. Plateforme ilumens <http://ilumens.fr/situations-critiques-et-urgences-en-obstetrique-2/>.
3. Présentation du Professeur Olivier Turrini sur le temps de travail des internes, 19/06/2019, académie de chirurgie. juin 19, 2019.
4. Custers EJFM, Regehr G, McCulloch W, Peniston C, Reznick R. The Effects of Modeling on Learning a Simple Surgical Procedure: See One, Do One or See Many, Do One? *Adv Health Sci Educ.* 1999;4(2):123-43.
5. Stienen MN, Netuka D, Demetriades AK, Ringel F, Gautschi OP, Gempt J, et al. Working time of neurosurgical residents in Europe—results of a multinational survey. *Acta Neurochir (Wien).* janv 2016;158(1):17-25.
6. Encyclopédie de chirurgie mini invasive websurg <https://websurg.com/fr/>. 2000.
7. Module participatif de l'Agof/ CNGOF sur Agorabox : plateforme gratuite de partage d'outils de formation pour les jeunes gynécologues en formation. <https://agora-box.com/>; 2020.
8. Dale E. *Audio-Visual Methods in Teaching.* NY Dryden Press 1946. 1946.
9. Grégory T. La réalité augmentée pour opérer le membre supérieur, une première à l'hôpital Avicenne, APHP. 2017.
10. Jackson PL, Meltzoff AN, Decety J. Neural circuits involved in imitation and perspective-taking. *NeuroImage.* mai 2006;31(1):429-39.
11. Ros Maxime. Virtual immersive reality. *E-Mem Acad Natle Chir* 2017;164006. 2017.



Laparo exploratrice du monde chirurgical



Agathe RÉMOND
Interne de chirurgie viscérale digestive

“Ça y est, ras le bol, j’arrête, la médecine c’est pas pour moi”. Cinquième année de médecine, j’ai perdu le sens, je ne sais plus réfléchir.

Il faut que j’arrête, que je respire, que je fasse autre chose. En creusant un peu, je découvre un certificat délivré par l’Institut de Sciences Politiques de Grenoble, ouvert à tous. Au programme : de l’Histoire, du Droit, de la Politique économique, de la Sociologie et j’en passe ; une

dissertation par semaine sur des sujets plus variés les uns que les autres (Bye Bye les QCM’s ...), un grand oral et la production d’un mémoire pour clôturer le tout ! (Petite tendance hyperactive, moi ?!).

Alors j’y vais, je pars retrouver tout ce qui m’a manqué au cours de mes études de médecine : comprendre comment marche notre société, construire une réflexion, savoir argumenter. Bref, se réinscrire dans le “vrai monde”. Et je découvre la sociologie ou comment expliquer le monde social et les faits sociaux, comprendre les mécanismes conscients et inconscients, individuels et collectifs qu’ils impliquent, dans l’optique de faire apparaître des leviers d’action possibles. Un bel outil pour mettre des mots et des concepts sur mes ressentis, mes expériences à l’hôpital.

À l’approche des ECN, comprendre les mécanismes sociologiques qui intervenaient dans la production d’un modèle professionnel allaient être déterminant pour mon futur choix de carrière.

Car entre-temps, j’avais découvert une spécialité où, pour la première fois, je me sentais bien, à ma place : la chirurgie digestive... sauf que faire le choix de la chirurgie n’est pas simple et soulève énormément de questions : quelle est la place des femmes dans ce métier ? Quelle sera ma qualité de vie ? Est-ce compatible avec une vie de famille... ?

Je me mets à lire les travaux de Pierre Bourdieu et de Françoise Héritier qui mettent en lumière les processus en jeu dans l’instauration de la hiérarchie des sexes et de la domination masculine, processus universels mais non inéluctables. Et au-delà de cette dénonciation de l’ordre établi, la présence de réponses concrètes.

La chirurgie : un monde sexiste ?

Et puis, je découvre le travail d’une sociologue française, Emmanuelle Zolesio, qui a étudié les femmes chirurgiennes. Mon sujet de mémoire est alors tout trouvé : comment les hommes et les femmes cohabitent-ils au sein de la profession chirurgicale ?

Depuis les années 1970, l’accélération de la féminisation de la médecine se fait grâce à un triple mouvement social : la massification de l’enseignement supérieur, l’augmentation de l’activité professionnelle féminine et l’explosion de la démographie médicale. Aujourd’hui, on compte plus de 60 % de filles inscrites en deuxième année de médecine.

Mais que deviennent-elles ?

La suppression du concours de l’internat remplacé par l’Examen Classant National ou “l’internat pour tous” a favorisé l’arrivée des



femmes au sein des différentes spécialités médicales et chirurgicales. Cependant, on ne peut que remarquer une "répartition sexuée" dans le choix des spécialités après l'ECN. En 2014, les femmes représentaient 15,8 % des effectifs au sein de la chirurgie générale, seulement 4,4 % des effectifs en chirurgie orthopédique et traumatologique mais représentaient 44 % des effectifs en ophtalmologie ou 43,8 % en gynécologie-obstétrique.

E. Zolesio décrit la chirurgie comme un environnement professionnel associé à une domination virile dont les principales caractéristiques sont : La disposition à l'action, le pragmatisme, la prise de décision notamment en urgence et le leadership (âme de "chef", endurance physique, être combatif, compétitif) ainsi qu'une dévalorisation des dispositions "féminines" (impossibilité de pleurer, empathie mal vue...).

Le modèle dominant est celui de la disponibilité permanente, du "métier passion" synonyme pour une femme chirurgienne d'impossibilité d'avoir des enfants, de trouver un conjoint.

E. Zolesio porte aussi son intérêt sur les modalités de transmission et d'incorporation du métier de chirurgien qui s'apprend par une formation "à la dure" avec la nécessité de "faire ses preuves". La hiérarchie y est omniprésente et la brutalité des rapports hommes/femmes témoignent d'une domination masculine affirmée et assumée.

Les chirurgiennes lors de leur internat et leurs assistanat décrivent la nécessité d'en faire "deux fois plus qu'eux (les hommes)", de se surinvestir professionnellement et ressentent leur sexe comme un "handicap" dans leur carrière professionnelle. Tout se déroule comme si les femmes en chirurgie devaient "mettre de côté" leur "féminité" pour s'intégrer dans la nouvelle culture d'un monde masculin.

Il existe alors plusieurs stratégies d'adaptation des femmes chirurgiennes pour faire face : l'identification (s'identifier aux valeurs masculines et les revendiquer), l'évitement (mise à distance des situations d'affrontements et des injonctions sexistes) ou "éviter de couler" (échec de la mise à distance, source de mal-être au travail).

Bien entendu ce modèle professionnel peut être mis en perspective par différents éléments : La pluralité des contextes de socialisation (bloc vs service, CHU vs périphérie...), pluralité des agents socialisateurs (PU-PH, chefs de clinique/assistants, cointernes, infirmières...), la survenue d'événements particuliers (maternité/paternité, choix d'une carrière non hospitalo-universitaire...).

Cependant la domination masculine peut persister par l'intermédiaire de moyens plus "subtiles" : blagues machistes, dépréciation des manières "féminines"...



MOUSSE M. (2017), *Sous la blouse*



MOUSSE M. (2017), *Sous la blouse*



MOUSSE M. (2017), *Sous la blouse*



MOUSSE M. (2017), *Sous la blouse*

Tout se passe comme si la profession voulait rester imperméable à l'arrivée des femmes. En effet, la féminisation représente une "transgression" dans la division sexuée du travail (l'homme travaille, pourvoyeur des ressources du ménage et la femme reste à la maison, s'occupant des tâches domestiques). De plus, être une femme serait non compatible avec le concept de disponibilité permanente, concept fondateur du métier de chirurgien. Et enfin, la féminisation provoquerait un bouleversement de l'identité

professionnelle de genre : la chirurgie perd son "identité masculine" en même temps qu'elle se féminise.

Et dans un monde où le système de santé est largement critiqué, générateur de mal-être au travail et où la démographie médicale n'arrive plus à satisfaire les besoins des populations, un coupable idéal sort du lot : la féminisation de la profession. Or, rares sont les études apportant des chiffres et des données concrètes étayant ces propositions.



En voie vers modèle alternatif

Une lueur d'espoir apparaît malgré tout : Il semble qu'un changement progressif de ce modèle dominant porté par l'arrivée des femmes chirurgiennes et repris par l'ensemble des jeunes générations, hommes et femmes, se produise. De nouvelles valeurs sont mises en avant (valorisation du travail en équipe, abandon de l'image du chirurgien solitaire et tout puissant, importance de l'anticipation...) menant peu à peu à l'apparition d'un modèle alternatif où une articulation entre vie professionnelle et vie privée est possible. On assiste à un changement de référentiel en termes d'organisation du travail, qui peut parfois se heurter aux réticences des professionnels plus âgés encore en exercice. Aujourd'hui c'est tout un modèle professionnel qui est remis en cause : la domination masculine, la puissance hiérarchique et la disponibilité permanente.

Enfin, il ne faut pas oublier que la question de la féminisation d'une profession est intrinsèquement liée à la question des rôles sociaux entre hommes et femmes au sein de la sphère domestique. Or c'est en valorisant l'exercice de la paternité que l'on pourra peu à peu redéfinir ce partage des tâches, position largement défendue par Françoise Héritier. D'où l'importance du rôle des politiques publiques qui sont déterminantes (cf. allongement du congé paternité qui passe à 28 jours en France à partir de juillet 2021, dont 7 jours obligatoires !).

Références

- Illustrations : MOUSSE M. (2017), *Sous la blouse*, Casterman, Espagne.
- BOURDIEU P. (1998), *La domination masculine*, Paris, Seuil.
- HERITIER F. (1996), *Masculin/Féminin*, La pensée de la différence, Paris, Odile Jacob.
HERITIER F. (2002), *Masculin/Féminin II*, Dissoudre la hiérarchie, Paris, Odile Jacob.
ZOLESIO E. (2012a), *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes.



MOUSSE M. (2017), *Sous la blouse*

D'autres défis restent néanmoins à relever : moins de 25 % des femmes sont professeurs des universités et moins de 10 % chefs de service. Le dernier échelon reste encore à conquérir (plafond de verre, quand tu nous tiens) !

Pour revenir à mon choix professionnel : Après des mois d'hésitation, de questions et de réponses, j'ai finalement choisi de croire qu'un modèle alternatif était possible !

#looklikeasurgeon.

Agathe RÉMOND

Interne de chirurgie viscérale et digestive en 3^{ème} semestre, à Lille



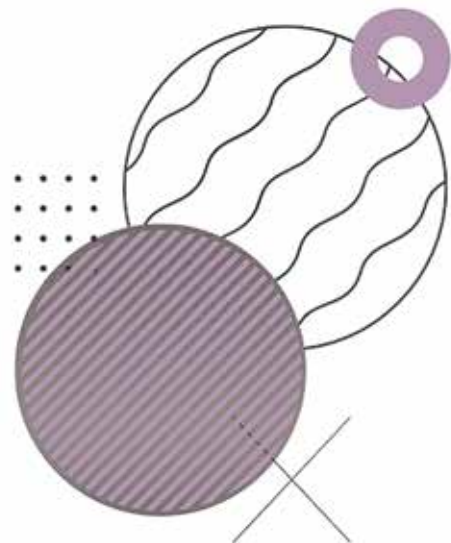
Le Micro des Gynécós

On y pensait depuis quelques temps et ça y est c'est lancé ! Depuis le 5 juillet, notre podcast est disponible sur toutes les plateformes de podcast. Il s'agit du Micro des gynéco, un podcast spécialisé en gynécologie où l'on parle grossesse, échographie, accouchement, chirurgie, gynécologie médicale mais aussi quotidien de l'interne. Du partage d'expérience aux astuces de l'expert du domaine en passant par l'histoire de la gynéco. C'est un rendez-vous hebdomadaire d'une quinzaine de minutes où vous trouverez toute l'info de la gynéco.

Le premier épisode est en ligne, pour l'ouverture nous recevons le Dr Philippe Faucher (Hôpital Armand Trousseau, Paris) qui nous partage son point de vue sur l'évolution de l'IVG en gynécologie-obstétrique en France. Comment s'est organisée l'IVG suite à la loi Veil ? Peut-il être dangereux de défendre publiquement l'IVG ? Pourquoi travailler dans un service d'orthogénie et/ou en tous cas s'y former ?

Alors profitez-en, sur le chemin de l'hôpital, entre deux blocs, en attendant une patiente, pour vous bercer avant une garde ! Toutes les occasions sont bonnes, quand on a 15 minutes.

Alexane TOURNIER
Interne de GO à Lille





Portraits des jeunes pousses de la gynéco

Alexane Tournier, vice-présidente de l'AGOF, et Frédéric Glicenstein, secrétaire général, sont deux jeunes gynécologues inspirants, de parts leurs côtés atypiques et engagés, mais aussi par leur implication. Dans la médecine... et autres !

Je les ai interviewés pour vous les présenter, et partager de manière plus globale, notamment aux externes, des témoignages généraux sur notre belle spécialité. En espérant qu'ils vous inspirent, bien sûr. Et, qui sait ? Que vous nous rejoigniez ! L'AGOF s'épuise, sans nouvelles forces vives régulières. Pourtant, ses rôles et projets sont primordiaux. Laissez-nous vous raconter...

Alexane Tournier
Vice-présidente de l'AGOF



Frédéric Glicenstein
Secrétaire général



Quand je demande à Frédéric et Alexane pourquoi ils ont choisi la Gynécologie Obstétrique, leurs réponses me font écho.

Frédéric : L'idée m'est venue en 2^e semestre d'externat lors d'un stage en chirurgie digestive. Il m'est apparu qu'une spécialité médico-chirurgicale me plairait bien plus dans le mode d'exercice car j'aime aussi la réflexion « médicale ». Lors de mon premier semestre en chirurgie pédiatrique j'ai été marqué par ces jeunes enfants atteints de malformations très sévères, liés à divers syndromes. Les parents étaient pour certains déchirés par cette situation, et parfois maltraitants pour l'enfant, tant leurs propres vies étaient impactées. L'attrait pour

l'échographie fœtale et le diagnostic prénatal m'a fait choisir la gynécologie obstétrique parmi les spécialités médico-chirurgicales.

Alexane : Dès le lycée j'avais une petite vue sur la gynéco obstétrique. Je trouvais ça « cool » de travailler autour de la naissance. C'est vraiment pendant l'externat ayant goûté à la partie chirurgicale que j'ai été franchement convaincue. J'avoue que la chirurgie viscérale m'a très rapidement traversé l'esprit. Mais c'est la diversité de la GO qui m'a franchement séduite : Être présent dans les meilleurs moments comme l'accouchement mais aussi les pires comme la découverte d'un cancer. Je sais que jamais je ne pourrais m'ennuyer !



Les points positifs et négatifs de la spécialité et de l'internat ?

Points positifs :

Frédéric : Il s'agit de la seule spécialité où l'on est à la fois le médecin, le radiologue et le chirurgien de la patiente. La relation médecin-malade me paraît unique en ce sens.

Les pathologies sont pour la majorité fréquentes : il est possible de s'installer quasiment partout. Et de changer de mode d'exercice plutôt simplement.

Nous suivons aussi des femmes en bonne santé, tout au long de leur vie. Ce qui est impensable en chirurgie, ou en radiologie. Ou même dans des spécialités médico-chirurgicales comme l'ORL par exemple.

L'internat est très varié. La plupart des chirurgiens gynécologues ont la grande intelligence de faire pratiquer leurs internes : L'interne opère et cela en fait un bien meilleur chirurgien !

Alexane : J'aime la patientèle relativement jeune de la GO, qui attend souvent beaucoup de nos consultations. On peut agir assez tôt dans la vie de la femme en passant par la prévention. On a un impact sur l'un des moments les plus importants de leur vie, l'accouchement qui peut être de par nature relativement violent. Et c'est à nous de gérer et d'adoucir ce moment en s'adaptant à chaque situation. La chirurgie est également très variée en termes d'organes, de pathologies et donc d'indication mais également de techniques à savoir l'endoscopie, la cœlioscopie, la chirurgie ouverte par voie haute ou basse mais également la reconstruction.

Points négatifs :

Frédéric : Je dirais que les points négatifs se concentrent lors de l'internat et du post-internat. Par la suite, la multitude de choix de mode d'exercice amène à mon sens une solution pour exercer de la façon qui nous correspond.

Le principal point négatif est l'organisation des gardes en maternités : il n'est pas rare que le chef de garde (avec son interne) soient seuls à gérer plusieurs événements urgents au même moment. Il existe bien sûr des astreintes le plus souvent avec les contraintes que cela peut ajouter.

L'entente au sein des équipes médicales et paramédicales est parfois difficile. Il s'agit de grandes équipes, qui malheureusement pour la plupart ne tiennent pas tellement compte de la somme de travail des internes, ou de l'équipe médicale.

Parfois l'inverse est vrai aussi, mais au lieu de s'entraider, il n'est pas rare que la situation soit gelée. L'interne, malgré sa position de stagiaire, est bien souvent en porte à faux.

Il ne peut que se résigner et faire du mieux possible, lors de son passage de 6 mois dans ce stage où sa présence est essentielle au fonctionnement du service.

Par ailleurs seulement 30 % des internes toute spécialité restent travailler à l'hôpital à la suite de leur post-internat (source ISNI). C'est particulièrement vrai en gynécologie obstétrique. La formation actuelle est à l'inverse très standardisée et centrée sur l'hôpital notamment sur la salle de naissance.

Alexane : Si je dois choisir un point négatif, ce serait le côté médico-légal assez présent autour notamment de la grossesse et de la chirurgie, même si en France nous sommes globalement bien protégés en tant que médecin.

Pourquoi avoir rejoint l'AGOF ?

Alexane : Honnêtement, c'était un peu par hasard. J'ai une fâcheuse tendance à dire oui et Océane, tu m'as proposé de venir à une Assemblée Générale sur Paris puis à un congrès international en lien avec l'AGOF. Ça m'a bien plu.



Puis petit à petit -- un projet par ci un projet par là -- je me suis laissée embarquer dans l'aventure AGOF.

Frédéric : J'ai la chance de faire de la musique au sein d'associations, ce qui continue encore et toujours de m'apporter de l'air et de la joie dans des études de médecine pas toujours simples. Ce milieu associatif m'a toujours plu. L'AGOF permet aux jeunes gynécologues obstétriciens de se représenter et de s'affirmer tant sur notre formation que sur nos valeurs à transmettre. L'apprentissage de notre spécialité étant vraiment intense, être à l'AGOF permet probablement de ne pas complètement le subir. C'est à nous de demander ce que l'on souhaite !

Vos plus grandes réussites, fiertés via l'AGOF ?

Alexane : Ma plus grande fierté est sans aucun doute l'organisation de l'atelier de simulation Infogyn 2021. Ce n'était déjà pas tâche facile car il s'agissait d'une « première » mais en plus le Covid est venu mettre son nez là-dedans. Il a fallu tout réorganiser et se réinventer dans les jours précédents le congrès. Mais, cela a valu le coup et voir la satisfaction des internes était la meilleure des récompenses.

Sinon, un beau souvenir de l'AGOF, facilement accessible dans ma bibliothèque, c'est mon premier Cordon Rouge en tant que « rédactrice en chef ». Il m'arrive de le feuilleter à mes heures perdues et de relire « l'histoire du clitoris ».

Frédéric : Ma plus grande fierté c'est tous les nouveaux supports que l'on propose gratuitement aux internes / chefs (applications mobiles avec outils de révision, vidéos, tutoriels en réalité virtuelle, et bientôt podcasts).

Plusieurs souvenirs : Lorsque nous avons présenté notre module gratuit pour partager et réviser les recommandations sur smartphone

lors d'un conseil d'administration du CNGOF un professeur très renommé nous a demandé, le plus naturellement qu'il soit, des codes pour lui aussi afin qu'il puisse réviser.

La possibilité de rencontrer des internes de toute la France à Infogyn. La création du module de flashcards sur Agorabox. La validation de financements après des mois d'efforts.

L'AGOF vous a-t-elle apporté quelque chose et si oui, quoi par exemple ?

Alexane : Bien sûr. En plus d'un accès évident à certains congrès ou formations, ce que m'a vraiment apporté l'AGOF c'est cette ouverture sur les différentes pratiques au niveau national mais aussi internationale (via l'ENTOG, l'association des internes de GO en Europe). Sortir de ma bulle Lilloise et discuter avec des internes bordelais, nantais, parisiens, voire londoniens ! Mais aussi découvrir les mondes attenants à la médecine et l'hôpital via les différents projets de l'AGOF, c'est-à-dire les start ups et ingénieurs, les organisateurs de congrès, les associations libérales, etc.

Et surtout ce que j'ai appris et qui m'a impressionné au sein de l'AGOF, c'est qu'avec seulement quelques internes et le nom d'une association, on peut prétendre à de grands projets tels que ceux de réalité virtuelle sur lesquels nous travaillons actuellement. Il suffit parfois juste de quelques idées et d'un peu de culot !

Frédéric : L'AGOF m'a apporté encore et toujours beaucoup de soutien pour proposer des projets et des idées. Il n'y a pas le frein de la hiérarchie universitaire et de l'absence de considération de l'interne que nous subissons souvent en stage (parfois involontairement, par manque de temps d'ailleurs). Cela permet aux plus jeunes d'être acteurs sur leur formation et pour la suite de leur métier.

C'est loin d'être le cas pour la plupart des masters 2 ou sur la formation en stage.



Et sinon pour terminer, comment voyez-vous la suite de vos carrières ?

Frédéric : Je m'imagine travaillant dans une association de médecins en ville (de spécialités différentes possiblement). Les locaux seraient en face d'une clinique. J'y pratiquerais de l'échographie, de la consultation, puis de la petite chirurgie (pas de cancérologie).

Un jour par semaine je travaillerais avec des ingénieurs et informaticiens sur la création d'outils pour aider les médecins / chirurgiens et/ou les patients.

Je ne m'imagine pas travailler à plein temps. Les activités annexes comptent beaucoup à

mon sens : c'est une richesse d'esprit ! Un de mes rêves serait de diriger un orchestre de jeunes dans une école de musique pour leur transmettre cette passion.

Alexane : Alors je suis assez ouverte sur ce qu'il peut m'arriver pour la suite. Il y aura toujours de beaux projets à construire quel que soit le lieu où je travaillerai. J'adore la transmission de connaissance donc idéalement j'aimerais travailler avec des étudiants. L'idée est de donner le meilleur de soi et de voir quelles portes s'ouvriront.

Océane PÉCHEUX
Présidente de l'AGOF

ANNONCES DE RECRUTEMENT



UN FAISANT FONCTION D'INTERNE
OU PRATICIEN ATTACHÉ ASSOCIÉ**Descriptif :**

Le service de Gynécologie Obstétrique est universitaire, a 52 lits, et a assuré en 2020 le suivi et l'accouchement de 2200 femmes, ainsi qu'une activité chirurgicale gynécologique, oncologique et sénologique. Il comporte une unité de Grossesses à Haut Risque, et une unité de Chirurgie Gynécologique et Sénologique. Le centre périnatal est de type IIB, avec un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal. L'encadrement est universitaire, avec des réunions de staff quotidiennes, des Réunions de Concertation Pluridisciplinaire (RCP) hebdomadaires.

Le profil souhaité du candidat est :

- Soit celui d'un interne français / européen intéressé par un poste de Faisant Fonction d'Interne.
- Soit celui d'un FFI en cours d'année DFMS ou DFMSA.
- Soit celui d'un jeune médecin ayant effectué ses études hors Union Européenne, ayant passé avec succès l'Épreuve de Vérification des Connaissances (EVC), et en recherche d'un Parcours de Consolidation des Compétences.



Dans tous les cas, il sera proposé au candidat une formation polyvalente. À ce titre, il participera à toutes les activités du service en étant encadré par les médecins séniors, à la permanence des soins et au tableau de gardes, se formera avec les médecins séniors au bloc opératoire et dans les différents postes au sein du service.



Professeur Lionel Carbillon
Chef de Service Gynécologie Obstétrique
Responsable Unité de Chirurgie
et Anesthésie Ambulatoire
Hôpital Jean Verdier, Assistance
Publique-Hôpitaux de Paris
Université Sorbonne Paris Nord
E-mail : lionel.carbillon@aphp.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE L'ARRONDISSEMENT
DE MONTREUIL-SUR-MER

RECRUTE UN(E)

GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN

(15 minutes du Touquet, 50 minutes d'Amiens, 1h45 de Lille, 2h de Paris).
Situé sur la Côte d'Opale, au carrefour du Touquet, de Montreuil et de Berck,
Le CHAM intervient sur un territoire qui varie de 115 000 habitants à près de 500 000
en période estivale.

L'ÉTABLISSEMENT

- > 250 lits et places d'hospitalisation en MCO.
- > 4 000 séjours chirurgicaux.
- > 6 000 actes opératoires.
- > 34 000 passages aux urgences.
- > 1 400 sorties SMUR.
- > 900 accouchements - néonatalogie de Niveau IIA.
- > Réanimation (8 lits) et USC (6 lits).
- > 40 lits de soins de suite et réadaptation.
- > 45 lits de psychiatrie.
- > 550 lits d'hébergement pour personnes âgées et handicapées.
- > 1 300 salariés.

DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ

- > Pour renforcer une équipe de 5 praticiens.
- > Une activité diversifiée de consultation, chirurgie gynécologique (750 séjours annuels hors césarienne et obstétrique), en ambulatoire et conventionnelle.
- > Autorisations en cancérologie gynécologique et sénologie.
- > Locaux regroupés au sein du pôle mère-enfant à proximité immédiate de la pédiatrie et la néonatalogie niveau IIA.
- > Un plateau technique anesthésique et réanimatoire complet : techniques anesthésiques plurielles, anesthésie sans opioïdes, récupération améliorée après chirurgie (RAAC), accompagnement hypnotique.
- > Équipement radiologique : IRM et scanner, avec imagerie interventionnelle, mammographie, macrobiopsie...

PROFIL

- > Statut PH ou PHC, temps plein ou temps partiel.
- > Inscrit au CDOM dans la spécialité.
- > Salaire selon profil et expérience.
- > Possibilité d'activité libérale statutaire.

Niveau d'expérience : Tous niveaux.**Diplôme requis :** DES G-O**Avantages :** Reprise d'ancienneté,
aide au logement,
formation.ADRESSER LETTRE DE MOTIVATION
ET CURRICULUM VITAE À :Centre Hospitalier de l'Arrondissement de Montreuil-sur-Mer – CHAM
140 chemin départemental 191 – CS 70008 – 62180 RANG-DU-FLIERS**Mme Jeanne-Marie MARION-DRUMEZ**, Directrice
jmmarion-drumez@ch-montreuil.fr**Mme Laure SPEHNER** – Tél. : 03 21 89 45 10
lspehner@ch-montreuil.fr**Docteur Dominique PARMENTIER**,
Chef du pôle mère-enfant
dparment@ch-montreuil.fr



Vous êtes **GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN(NE)**, ou **GYNÉCOLOGUE SPÉCIALISÉ(E)** en PMA.
VOUS ÊTES JEUNE ET VOUS SOUHAITEZ VOUS INSTALLER EN LIBÉRAL

Rejoignez une équipe médicale dynamique et engagée de
 11 Gynécologues-Obstétriciens
 à la **Maternité Victor Pauchet** à Amiens en Hauts-de-France

Comme collaborateur ou successeur.

Notre maternité privée de type 2A (2161 naissances en 2020)
 dispose d'une prise en charge complète avec :

- Labellisations IHAB et CNGOF.
- Une activité de chirurgie gynécologique et mammaire avec 16 salles de bloc opératoire.
- Une activité de PMA certifiée ISO.
- Un nouveau service de néonatalogie avec soins couplés mère-enfant.
- 6 salles de naissance, une salle bien naître et un projet de salle nature.
- Hospitalisation avec chambres et suites parentales avec accueil de la fratrie jour et nuit.
- Niveau de certification A (HAS).



Pour rejoindre notre équipe médicale, envoyez-nous votre candidature à sophiedebutler@pauchet.com

> Le cadre de vie

Située à Amiens, à 1h15 de Paris, Lille, de la côte Picarde, de Berck et du Touquet Paris Plage, la maternité Victor Pauchet est implantée dans une ville verte, à taille humaine.



Centre Hospitalier
 Avranches-Granville



Le centre hospitalier Avranches-Granville est situé dans la baie du Mont Saint-Michel en Normandie, région touristique et balnéaire à équidistance entre Caen et Rennes (1 heure). Il dispose de 754 lits et places dont 336 en MCO dans un bassin de 130 000 habitants. Il recherche H/F

GYNECOLOGUE - OBSTETRICIEN - PH temps partiel, PH temps plein, Praticien Contractuel

Afin de compléter l'équipe médicale actuelle, composée de 7 gynécologues-obstétriciens et d'1 médecin généraliste qualifié en gynécologie médicale.
 Le site d'Avranches : 1 100 naissances par an / maternité type 2b avec 10 lits de soins intensifs de néonatalogie / agrément en cancérologie gynécologique pour le Sud Manche / garde sur place / exerçant en lien avec une bonne équipe de pédiatres - néonatalogistes, des équipes motivées de chirurgiens viscéraux & urologues.

Le candidat y exercera une activité diversifiée : obstétricale, chirurgicale (ambulatoire et conventionnelle), gynécologique, possibilité de chirurgie oncologique pelvienne (robot chirurgical), de consultations gynécologiques et d'infertilité (avec consultations avancées au CPP de Granville & sur le CH de Saint-Hilaire du Harcouët), d'échographies obstétricales, de suivis de grossesses, de travail en réseau régional de périnatalité actif comptant des professionnels impliqués, d'orthogénie, de formation et d'encadrement (étudiants en médecine, internes de spécialités et de médecine générale).

Contact : DRM - 02.33.91.50.20 - Merci d'envoyer votre candidature à : recrutement.dr@ch-avranches-granville.fr

www.ch-avranches-granville.fr



ASITAL



Situé en Côtes d'Armor, bord de mer Agglomération de 115 000 hab. PARIS 2h15 TGV.

LE CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-BRIEUC

- Pôle de référence du Territoire de santé ARMOR (N°7).
- 3^e établissement de santé breton par son activité.

Dispose d'un très beau plateau technique. Exerce toutes spécialités (sauf Neuro-chirurgie et Chirurgie Cardiaque).

LITS ET PLACES

- 686 en MCO
- 52 en SSR
- 484 en EHPAD

+80 000 séjours et séances en MCO.

CHERCHE GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN(NE)



PROFIL SOUHAITÉ

- Qualification en DES Gynécologie obstétrique, profil obstétrical avec participation aux gardes de gynécologie-obstétrique.
- Expérience spécifique en AMP appréciée ou intérêt pour la développer (prise en charge par l'hôpital pour l'inscription au DESC de PMA est possible).

PRÉSENTATION DU SERVICE

- 11 praticiens dont 2 assistants spécialistes ; équipe jeune et dynamique.
- 7 internes dont 2 internes de spécialité.
- 1 unité 38 lits d'hospitalisation complète.

ACTIVITÉ DU SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE ET PLATEAU TECHNIQUE

- Maternité de niveau 3.
 - 2000 accouchements par an.
 - Gardes sur place.
 - Avec centre de diagnostic prénatal indépendant.
 - Embolisation sur place.
 - Service de réanimation adulte.
 - Coopération facile avec services de chirurgie digestive, urologique et vasculaire, oncologie.
- Chirurgie gynécologique avec cancérologie du sein et pelvienne (6 journées opératoires disponibles par semaine actuellement).
 - Service de radiologie, radiodiagnostic et médecine nucléaire.
 - Activité de l'infertilité jusqu'aux stimulations et IUI.
 - Centre de planification familial.

INFORMATION RELATIVE AU POSTE

Quotité : 100 %.

Type de contrat : Fonction publique. Statut médical.
Lieu d'exercice : Centre Hospitalier Yves-Le-Foll. Saint-Brieuc Service : Gynécologie Obstétrique.

MISSIONS

- Avec un profil obstétrical.
- Avec une expérience en AMP.
- Le service travaille en étroite collaboration pour la PMA avec le CHU de Rennes (staffs hebdomadaires), et la clinique de la sagesse.
- Participant à la liste de garde.
- Participant à la prise en charge des IVG (maximum 1 fois par semaine).
- Possibilité de faire des consultations d'échographie gynécologiques et obstétricales.

PROJETS

- Maternité ayant récemment obtenu un label IHAB.
- Etoffer l'équipe de gynécologie-Obstétrique.
- Répondre à la demande de prise en charge gynécologique et d'infertilité avec un manque certain de gynécologies dans le territoire des Côtes d'Armor.

Plus d'infos

www.ch-stbrieuc.fr
www.mairie-saint-brieuc.fr
www.baiedesaintbrieuc.com

LETTRE DE CANDIDATURE ET CV À ENVOYER À :

recrutement.medical.ch-stbrieuc@armorsante.bzh et claire.combescure@ch-stbrieuc.fr
Pour tout renseignement contacter : Mme Le Dr COMBESCURE, Chef de service : 02.96.01.75.11 ou Mme Anne LE ROUX, Directeur Adjoint Chargé des Affaires Médicales : 02.96.01.76.41



GROUPEMENT HOSPITALIER PORTES DE PROVENCE
Site de Montélimar

RECHERCHE



GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN PH OU PC avec spécialité sur la chirurgie carcinologique (notamment pelvienne). Postes à pourvoir par mutation ou contrat.

- Environ 1750 accouchements/an, gardes sur place.
- Activité de gynécologie médicale, chirurgicale, cancérologique (autorisation cancéro). 1 RCP gynéco par semaine.
- Hospitalisations Gyn et Obst + consultations.
- Activités entre autres : Services de réa, surveillance continue, oncologie, radiothérapie, projet de coronarographie, IRM/scanner/radio...

Équipe de 10 praticiens - Poste éligible à la PECH.

PLATEAU TECHNIQUE

Accès 24h/24h aux installations médicotéchniques, dans des locaux récents :

- Bloc Opératoire (avec garde sur place) : 7 salles en fonctionnement dont 1 réservée aux Endoscopies et 1 aux césariennes.
- Bloc Obstétrical : 6 salles de naissances dont 2 physiologiques.
- Imagerie : - 1 Scanographe (un 2^e en projet).
 - 2 Salles d'échographie.
 - 3 Salles de mammographie numérique plein champ.
 - 3 Salles de radiologie et examens numériques à capteurs plans dont une équipée de panoramique dentaire.
 - 2 IRM (astreinte 24H/24).

- 1 Laboratoire d'analyses Médicales (Avec garde 24h/24), 1 Pharmacie à usage intérieur & Stérilisation, 1 Écho-Endoscope.
- Radiothérapie avec 2 Accélérateurs Linéaires de particules (Radiothérapie) dont un est équipé de la technique d'IMRT et 1 scanner.

Facilités de logement.

Renseignements : Dr WAGNER, Responsable d'unité - Tél. : 04 75 53 42 10

nathalie.wagner@gh-portesdeprovence.fr

Candidatures : direction@gh-portesdeprovence.fr

Film de présentation de la structure : <https://youtu.be/Y6KMjGON4Mc>





Centre Hospitalier de Rochefort

LE CENTRE HOSPITALIER DE ROCHEFORT RECRUTE DEUX CLINIENS EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

Membre du Groupement hospitalier de Territoire Atlantique 17, le Centre hospitalier de Rochefort recherche pour sa maternité de niveau 2A (1085 accouchements en 2020) deux gynécologues obstétriciens temps plein, sous statut de clinicien, pour compléter son équipe

RENSEIGNEMENTS ET CONTACTS

Dr Adrienne GARRIGUE, Responsable de service Rochefort
adrienne.garrigue@ght-atlantique17.fr
Tél. : 05 46 88 54 68

M. Fabien CHANABAS
Directeur des Affaires Médicales La Rochelle - Rochefort
fabien.chanabas@ght-atlantique17.fr
Tél.: 05 46 45 50 87

PRÉSENTATION DU SERVICE

Au sein du Centre hospitalier de Rochefort situé à 25 minutes de La Rochelle et à proximité des Îles de Ré et Oléron, le pôle Femmes-Enfants est composé d'une équipe pluridisciplinaire de gynécologues-obstétriciens, de pédiatres, de sages-femmes, de puéricultrices, d'auxiliaire de puériculture, d'une psychologue et d'une assistante sociale.

Le plateau technique comprend :

- Un bloc opératoire : une salle de chirurgie gynécologique (statique pelvienne, hystérectomie, hystéroscopie, oncologie mammaire), une salle de césarienne.
- Un bloc accouchement : 3 salles de naissance dont une « nature », deux salles de pré-travail.
- Un service de 24 lits dont 4 de gynécologie.
- Une unité de néonatalogie de 6 lits au sein de la maternité ainsi qu'une unité kangourou.
- Un secteur ambulatoire.
- Un secteur de consultations : obstétrique, gynécologie et orthogénie, échographies obstétricales (3 voluson dont deux E8).

L'équipe de garde est composée d'un gynécologue-obstétricien, de deux sages-femmes, d'un anesthésiste, de deux auxiliaires de puériculture et d'un pédiatre sur place.

PROFIL RECHERCHÉ

Profil polyvalent en gynécologie et obstétrique.

Seules les candidatures de praticiens inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins français seront étudiées.

STATUT DE RECRUTEMENT

Recrutement sur statut de clinicien hospitalier.

Possibilité de logement temporaire en début d'exercice.

Poste à pourvoir immédiatement.



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



LE CHIHC DE PONTARLIER
Maternité de niveau 2A,
1200 accouchements par an.

Recrute : Un gynécologue-obstétricien ayant une compétence mixte chirurgicale et obstétricale, afin de compléter l'équipe

Profil recherché :

- Médecin inscrit au conseil de l'Ordre des Médecins.
- Pratique de l'échographie obstétricale.
- Pratique de la chirurgie gynécologique non carcinologique.
- Pratique obstétricale.
- Capacité de travail en équipe.

Poste à pourvoir le plus rapidement possible.

Les internes en fin de cursus avec licence de remplacement sont acceptés avec possibilité d'intégrer un poste d'assistant spécialiste. Le service dispose d'une maternité de 22 lits, d'une unité de néonatalogie et d'une activité de chirurgie gynécologique non carcinologique, agréé pour la formation des internes.

Pontarlier est une ville de 20 000 habitants située dans le haut Doubs (25), région frontalière avec la Suisse, à 1h de Besançon et 40 minutes de Lausanne.



Contact :

Mr VOLLE Olivier, Directeur - Secrétariat : 03 81 38 53 01 - Mail : direction.sec@chi-hc.fr
Mme ROBILLARD Evelyne, Direction des Affaires Médicales : 03 81 38 58 80 - Mail : e.robillard@chi-hc.fr





CHERCHE

UN GYNÉCOLOGUE
OBSTÉTRICIEN

Établissement de santé de proximité, de recours et de référence pour le Grand Bastia et la Haute-Corse.

Poste d'obstétrique avec activité de salle de naissance, suivi de grossesses pathologiques, échographies morphologiques, DAN.



MATERNITÉ

Niveau 2B, 1000 accouchements par an, activité variée (grossesses physiologiques et à haut risque, membre actif du CPDP de Nice, réalisation de gestes anténatals (biopsie de trophoblaste, amniocentèse)).

Équipe chirurgicale gynécologique jeune et dynamique de 3 chirurgiens gynécologues et une plasticienne avec agrément en cancérologie pelvienne, sénologique et reconstruction mammaire.

PLATEAU TECHNIQUE PERFORMANT

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

Pédiatre et anesthésiste sur place.

Bureaux de consultation nominatifs, bien équipés (avec vue sur mer).

Projet de développer un service de PMA dans les 2 ans (projet validé par l'ARS, en cours de structuration).

COMPÉTENCES REQUISES

- Suivi de grossesses pathologiques, échographies T1 et morphologiques, consultations gynécologiques tout venant.
- La qualification en PMA serait un plus.
- Possibilité d'avoir 1/2 vacation au bloc.

PROFIL RECHERCHÉ

- PH ou PHC temps plein ou partiel.
- 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.



Dr Amandine FAUX, Gynécologue obstétricienne, chirurgie cancérologique et mammaire

☎ 06 73 45 44 64 ✉ amandine.faux@ch-bastia.fr

Frédéric EBENDINGER, Directeur des affaires médicales

☎ 04 20 00 40 58 ✉ affaires.medicales@ch-bastia.fr



CORSE



LA CLINIQUE DURIEUX

RECHERCHE GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS

La Clinique DURIEUX se situe au Sud de l'Île de la Réunion à 500 mètres d'altitude. À 15 minutes des plages, 20 minutes « des hauts », campagne bucolique, et proche des plus beaux lieux emblématiques de la Réunion : Volcan, Cirque de Cilaos, Dimitile, Sud Sauvage...

En 2020 la Maternité DURIEUX a augmenté son nombre d'accouchements de 900 accouchements en 2019 à 1072 en 2020 en raison d'une démographie constante dans le territoire Sud et de ses atouts en termes de prise en charge à valeur ajoutée se différenciant du CHU SUD. En moyenne 3 accouchements par jour, maternité déjà attractive et en rénovation complète de son secteur hébergement (uniquement des chambres particulières et VIP) afin de proposer un confort inégalé et accueillir davantage de patientes satisfaites. Le Secteur BO est également en rénovation.

Votre installation est pour l'ensemble des praticiens du cabinet garante de la continuité de conditions de travail exceptionnelles.

Nombreux jours off permettant de profiter des beautés de notre île (randonnées, snorkeling en lagon...). Honoraires attractifs en fonction de l'activité. Consultations au sein de la structure. Possibilité d'une installation en exercice libéral ou autre au sein de la clinique Durieux ou collaborateur / associé au sein d'un cabinet déjà constitué. Possibilité d'un contrat de salarié en CDD ou CDI à définir avec le/la candidat.e.



ENVOYER LES CANDIDATURES À

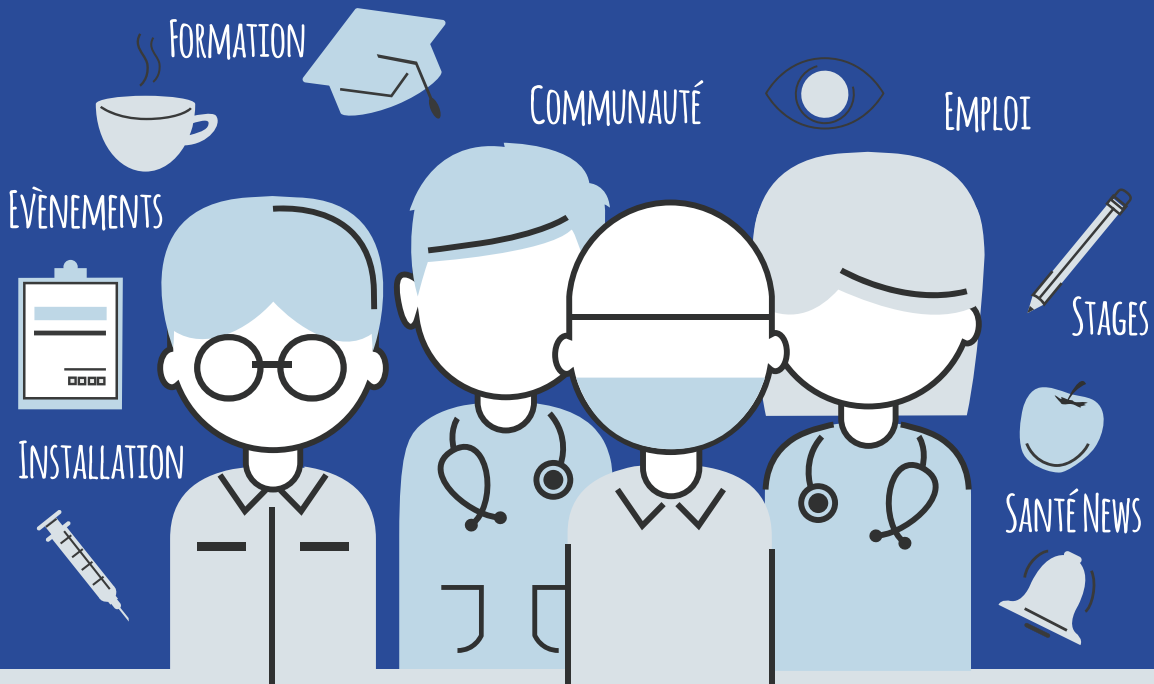
direction@cliniquedurieux.fr

www.cliniquedurieux.com

<https://www.facebook.com/MaterniteDurieux>



OUTRE-MER



RÉSEAU PRO SANTÉ

VOTRE RÉSEAU SOCIAL PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ
DES MILLIERS D'OFFRES POUR VOUS



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah.idf
Réseau des Acheteurs Hospitaliers d'Île-de-France

pôle emploi

UniHA
Union Hospitalière de l'Île-de-France

FEHAP
FÉDÉRATION DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALIERS & D'AIDE À LA PERSONNE
PRIVÉS NON LUCRATIFS

☎ 01 53 09 90 05 ✉ CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

