

LE CORDON ROUGE

Association des Gynécologues
Obstétriciens en Formation

AGOF

REVUE POUR LES INTERNES DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

N°22
Janvier 2022

DE JADIS À NAGUÈRE
Histoire du Dispositif
Intra-Utérin

GYNÉCO MAIS PAS QUE...
Alice et Louise, légistes
à mi-temps

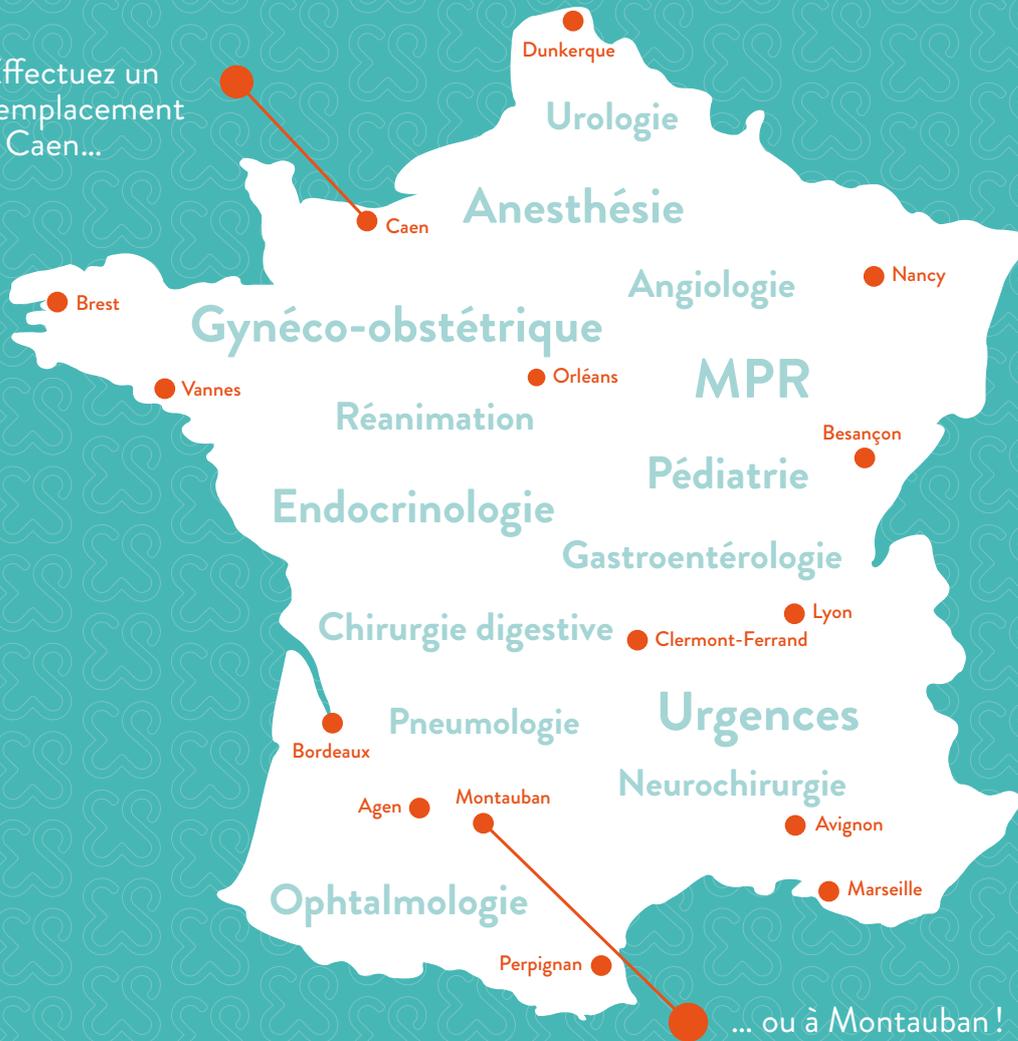
INTERVIEW D'EXPERT
Le Distilbène et les
conséquences pour les
générations futures

LA BULGARIE
Le situs inversus
inconnu de l'EU

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

TROUVEZ VOTRE REMPLA PARMI 137 ÉTABLISSEMENTS PARTOUT EN FRANCE

Effectuez un
remplacement
à Caen...



... ou à Montauban!

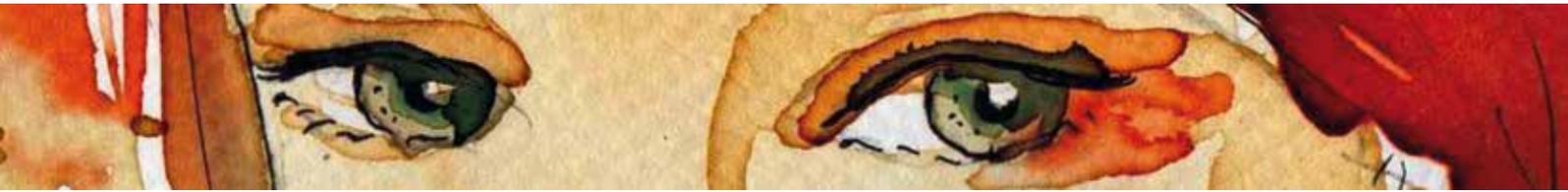
Scannez le QR Code, et le tour est joué!

 **ELSAN**
Notre Santé autrement



PRIVILÉGIEZ CARRIÈRE
& QUALITÉ DE VIE

Retrouvez-nous sur www.professionmedecin.fr • recrutement-medical@elsan.care • 



Sommaire

ÉDITORIAL | LE MOT DU PRÉSIDENT P 01

DE JADIS À NAGUÈRE P 02

Histoire du Dispositif Intra-Utérin

INTERVIEW D'EXPERT

Le Distillène et les conséquences pour les générations futures

P 05

GYNÉCO MAIS PAS QUE...

Alice et Louise, légistes à mi-temps

P 09

LA BULGARIE

Le situs inversus inconnu de l'EU

P 13

LA SIMULATION POUR TOUS À LA MAISON

P 18

INFOGYN

Comme si on y était !

P 19

ENTOG

Au cœur de la Grèce avec l'ENTOG

P 21

POINTGYN

Retour sur le partenariat

P 24

ANNONCES DE RECRUTEMENT

P 27

Rédactrice en chef :
Alexane Tournier

Rédacteurs de ce numéro :
Océane PÉCHEUX, Alexane TOURNIER, Frédéric GLICENSTEIN, Léa DESCOURVIÈRES, Lavinia IFTÈNE, Radostina VASILEVA.

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

Membres de l'association :
Frédéric GLICENSTEIN, président ;
Alexane TOURNIER, vice-présidente ;
Rayan HAMADMAD, Trésorier ;
Océane PÉCHEUX, secrétaire générale ;
Lavinia IFTÈNE, Léa DESCOURVIÈRES, Maryam EL GANI,
Louise BENOIT, Xavier HA KIT, Anais SEVESTRE,
Clair CARDILLAC, Laura PUROSKI

Editorial

MOT DE LA RÉDACTRICE EN CHEF



Je suis très fière de vous présenter cette nouvelle édition du « Cordon rouge » qui à mon sens est passionnante. On y trouve une interview et les conseils de deux jeunes GO qui sont aussi légistes, des extraits du congrès Infogyn, l'histoire du Dispositif Intra-Utérin. On a aussi la chance d'avoir un témoignage poignant et bien documenté d'une interne d'origine bulgare ayant fait ses études en France. Vous apprendrez beaucoup en lisant l'intervention du Dr Epelboin sur l'histoire et les conséquences de la prescription du Distillène qui nous amène à réfléchir sur notre façon d'exercer la médecine. Cette Histoire avec un grand H nous rappelle que l'une des qualités essentielles du médecin est l'humilité ! Personne n'est à l'abri d'une erreur.

Humbles lecteurs, je vous souhaite donc un excellent divertissement.

Alexane TOURNIER

Rédactrice en Chef de la revue Le Cordon Rouge

MOT DU PRÉSIDENT



C'est plein d'espoir que débute cette année 2022 pour les jeunes gynécologues, internes, assistants ou CCA, français européens ou FFI. Certes la vulnérabilité des plus jeunes face à un hôpital malmené de toutes parts a rarement été aussi grande. La gynécologie-obstétrique fait face à de nombreuses exigences de la part de la population et des politiques. Le système hospitalier rencontre des obstacles de fonctionnement inédits contraignant les jeunes gynécologues, ainsi que l'ensemble du personnel hospitalier. Dans ce tumulte, couverts le plus souvent d'indifférence et d'ignorance polie, les jeunes gynécologues préparent l'avenir de leur spécialité et de leur formation, forts de leur incroyable potentiel.

Les cartes sont entre vos mains !!

Plein de bonheur à vous,

Frédéric GLICENSTEIN
Président de l'AGOF

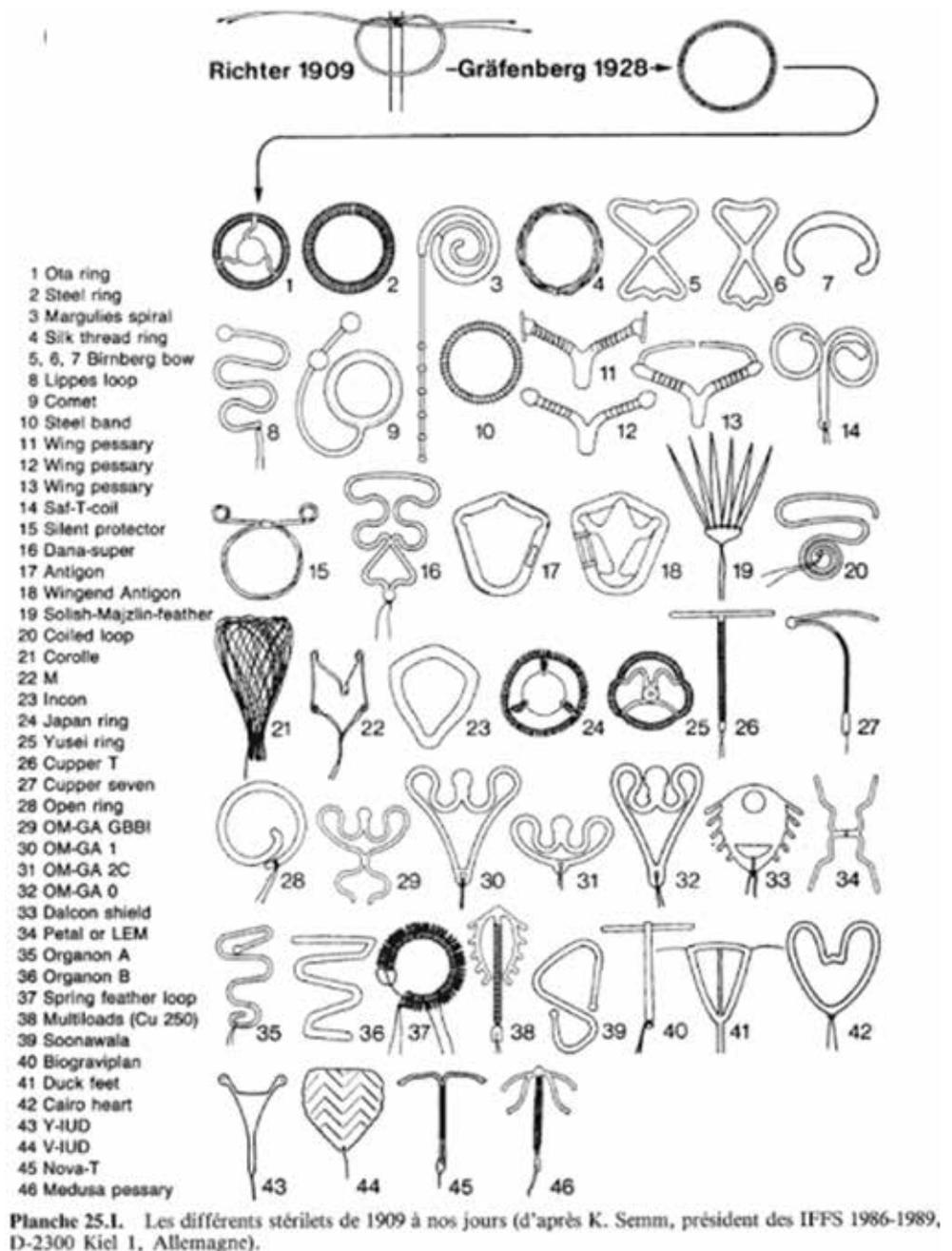
Imprimé à 1100 exemplaires. Revue distribuée gratuitement aux internes de gynécologie-obstétrique de France. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de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

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



Histoire du Dispositif Intra-Utérin

Le principe de la contraception intra-utérine est connu depuis l'antiquité. Déjà du temps des pharaons, les bédouins glissaient des cailloux dans l'utérus des chamelles pendant les longues traversées du désert, pour éviter une grossesse en plein voyage (1-2). On a également retrouvé des stérilets dans les momies égyptiennes.





Le premier brevet fut quant à lui déposé en 1902 par Carl Hollweg (3) : il s'agissait d'un dispositif en forme de fourchette, comportant deux branches métalliques.

C'est à Waldeburg en Pologne, en 1909, que Richard Richter décrit pour la première fois un dispositif intra-utérin à usage contraceptif : l'anneau en crin de Florence (fils de soie).

20 ans plus tard, en 1928, Ernst Gräfenberg, polonais et premier sexologue à évoquer le mystérieux « point G » (2), étudie son efficacité : 3 % de grossesses sur 1100 cas. Et décide d'y apporter une « petite » amélioration : un alliage de fils d'argent, enroulé en spirale. Qui contenait 26 % de cuivre - ce que Gräfenberg ignorait (4) ! En tout cas, sans surprise, l'anneau de Gräfenberg était encore plus efficace que son prédécesseur : 1,6 % de taux de grossesses.

Suite à la découverte du polyéthylène, plastique biologiquement inerte et temporairement déformable (5), l'obstétricien polonais Lazar Margulies, propose cette même année pour la première fois un dispositif intra-utérin en plastique. Il est en forme de S, avec deux fils de nylon souple, toujours présents actuellement. Les premiers essais donnent des résultats prometteurs ; Margulies présente également une technique de pose qui ne justifie pas de dilatation cervicale (6). Il connaît plus de succès que ses prédécesseurs, malgré un procès américain tenu dans les années 1970 contre un autre de ses modèles ayant indirectement causé des décès.

Le Dr Pierre Simon, physicien français né à Metz, présente en juillet 1964 le stérilet à la presse et le décrit comme : « une sorte de crosse d'évêque finissant en grains de chapelet » (4). *L'Express l'interroge* : « au fait, pourquoi ce nom de "stérilet" ? "C'est un mot que j'ai fabriqué en juillet 1964, juste avant la conférence de presse ; « DIU » — pour dispositif intra-utérin — était trop ridi-

cule et nous faisait courir le risque d'un échec médiatique. Nous ne pouvions pas nous le permettre... » ».

D'ailleurs, **cette même année (1964), un cours sur la contraception est inscrit pour la première fois dans les facultés de médecine de Tours et de Lyon (7).**

En France, ce n'est qu'à partir de la loi du 28 décembre 1967 que la fabrication et la vente des contraceptifs sont autorisées.

Le Dr Zipper démontre en 1968, les effets contraceptifs intra-utérins des ions métalliques tels que le cuivre chez la lapine. Le cuivre est finalement reconnu pour ses propriétés spermicides (diminution de la mobilité mais aussi de la viabilité des spermatozoïdes : effet toxique dose-dépendant), et est donc ajouté aux DIU pour donner le dispositif que nous connaissons aujourd'hui ! Il est alors en forme de « T » et se place à la verticale, « bras » repliés, derrière le col de l'utérus. Les propriétés contraceptives propres au cuivre permettent de réduire les dimensions des DIU donc de les rendre plus faciles à insérer, mieux supportés et diminuer leur risque d'expulsion par rapport aux modèles en polyéthylène seul qui seront ainsi bientôt abandonnés.

Le contenu en cuivre des DIU augmente ainsi au fil des années : 200 mm² initialement puis des modèles porteurs de 250, 275 mm² et actuellement 380 mm² de cuivre, avec à chaque fois un gain d'efficacité.

En parallèle de ces améliorations, une version hormonale de l'objet a été développée pendant les années 1960 et 1970, avec pour but d'assurer une contraception efficace en tentant, notamment, de limiter l'effet indésirable « augmentation des saignements menstruels ».



Dans *Pioneers of the intrauterine device*, article publié en 1997 au sein de *l'European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, nous découvrons que le Dr Scommegna, de Chicago, est à l'origine d'un DIU hormonal disponible dès le milieu des années 1970, mais qui n'a pas convaincu le grand public car il n'était efficace que pendant un an. Il a cependant été fabriqué jusqu'en 2001 ! C'est au Dr Luukkainen que nous devons la mise au point, en 1976, du DIU hormonal encore utilisé de nos jours.

Le Dispositif intra-utérin : des implications géopolitiques ?

Hartmann raconterait que dans les années 80, sous le régime militaire de Suharto en Indonésie, des stérilets étaient posés aux femmes sous la menace d'armes à feu dans le cadre du néomalthusianisme (8). Le néomalthusianisme est l'idée selon laquelle l'augmentation de la population mondiale doit être limitée afin de prévenir des catastrophes environnementales, des crises

alimentaires liées à une production insuffisante ; ainsi que des révoltes politiques. De même, en vertu de la politique de l'enfant unique adoptée en Chine en 1979, tous les couples de chinois Han ayant au moins un enfant devaient utiliser un moyen de contraception efficace : les femmes se voyaient poser un stérilet après une première naissance conformément aux directives municipales (9) ! Le gouvernement chinois utilisait apparemment des anneaux en acier sans fil, pour rendre plus difficile (et dangereux !) les retraits par les patientes. Histoire d'éviter que les femmes interfèrent avec le dispositif politique.

Actualités

Connaissez-vous le DIU Etherena ? En forme de T, permet une insertion en 1 temps comme les DIU au lévonorgestrel (remboursé 60 %).



Océane PÉCHEUX

Références

1. Histoire des contraceptifs [Internet]. [cité 31 janv 2019]. Disponible sur : <http://www.alphanet.ch/~scream/absolut/histoire.html>
2. <http://www.avortementancic.net/spip.php?article36>
3. Fritz MA, Speroff L. *Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility*. Lippincott Williams & Wilkins; 2012. 1456 p.
4. <https://www.madmoizelle.com/sterilet-cuivre-diu-histoire-1048484>
5. RPC CNGOF 2020.
6. Reed, James (1984). *The Birth Control Movement and American Society: From Private Vice to Public Virtue*. Princeton University Press. p. 306. ISBN 9781400856596.
7. "La contraception au fil du temps. Histoire de la contraception" par Martine Chosson, Association Nationale des Centres d'IVG et de Contraception .
8. <https://doi.org/10.3917/tgs.034.0109>
9. Greenhalgh et Li, 1995.



Interview du Dr EPELBOIN

Le Distilbène et les conséquences pour les générations futures

Pouvez-vous nous faire un rappel sur ce qu'est le Distilbène et les conséquences pour la première génération de patientes ?

Le Distilbène est un médicament prescrit des années 40 à la fin des années 70. C'est un dérivé d'un œstrogène de synthèse découvert par le Dr Dodds en 1938. Puis, en 1946 on a prôné la théorie hormonale des avortements, théorie recherchée par tous pour lutter contre le malheur fausse couche. On commençait à savoir doser l'œstrogène dans les urines et on a pensé que puisqu'il y avait moins d'œstrogène dans les urines des femmes avec fausse couche, que c'était la cause de ces avortements. **Sur une erreur de théorie, sur une conviction intime, c'est greffé un drame pour plusieurs générations.** C'est aussi un modèle extraordinaire dans lequel ont participé les autorités sanitaires, l'industrie pharmaceutique, les patients et les associations. C'est un modèle à retenir parce que le cheminement de toute cette histoire, dont je vais vous compter quelques mots peut se reproduire à tout moment. Transmettre cette histoire me semble quelque chose de très important.

A peine 6 ans après, un américain appelé Dieckmann débute une magnifique étude qu'il publiera en 1953 dans l'American Journal – c'était une des premières études randomisées en double aveugle comme il n'y en avait pas à l'époque – comparant 800 femmes enceintes à qui il donnait du distilbène et 800 femmes à qui il n'en a pas donné. Et il en a conclu qu'il n'y avait pas de bénéfice pour les femmes enceintes à prendre le distilbène pour lutter contre les fausses couches précoces, tardives et les accouchements prématurés. Ça a été écrit, ça n'a pas été lu ni écouté donc la prescription a continué.

Et il y a même eu un élargissement des indications : pour stopper l'allaitement, en prévention des fausses couches, en cas d'antécédent de MIU, enfin tout accident obstétrical. Il y a même eu des publicités avec un bébé qui disait « j'existe grâce au Distilbène ». Et puis, les premières constatations ont été faites en 1970 par un américain de la même équipe qui s'appelait Herbst et qui a décrit 8 cas d'adénocarcinomes à cellules claires chez les très jeunes filles. C'était des cancers dont on ignorait l'existence avec une telle importance à cet âge. Et l'année suivante, il a montré le lien entre ces cancers et la prise du Distilbène par la mère. Immédiatement la FDA a interdit l'usage obstétrical du Distilbène. Malheureusement, là encore, il y a eu un temps de latence puisqu'en France il a fallu attendre 1977 pour que la prescription pour les femmes enceintes soit supprimée du dictionnaire des médicaments, le Vidal.

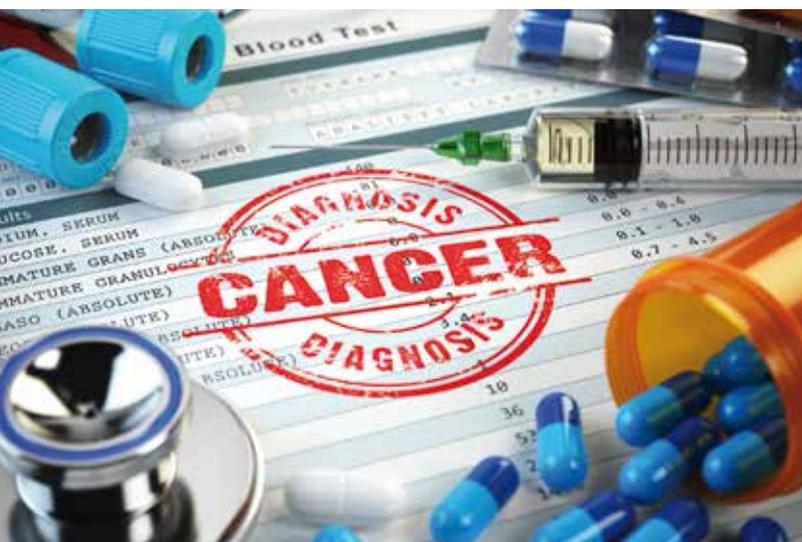




Donc quelles sont les conséquences pour la génération 2 : celles des femmes issues de maman Distilbène ?

D'abord les cancers à cellules claires (et tous leurs traitements radicaux). Et ensuite, ça a été l'ensemble des conséquences sur la vie reproductive liées à des anomalies utérines.

Les premières anomalies utérines ont été décrites en 1977 toujours dans la même équipe par Kaufman et on a découvert des images avec des utérus hypoplasiques, des utérus en T, des constrictions médiocavitaires. Et la conséquence a été des anomalies d'implantation, de moindres taux de grossesses et surtout des accidents de grossesse : des fausses couches précoces mais aussi tardives, des accouchements prématurés mais aussi plus de prééclampsie et troubles vasculaires. Tout ça, avec une significativité très importante par rapport aux populations non exposées. Et à côté de ça on a décrit également dans cette population : une augmentation des cancers du sein, un âge de la ménopause plus précoce et une augmentation des troubles d'ordre psychologique et psychiatrique !



Suite à ce scandale, on a cru que ça c'était arrêté à la génération 2, mais finalement de ce que j'ai pu entendre la génération 3 est aussi impactée ? A quel point ?

Il faut bien comprendre que ça n'intéressait pas grand monde. Il y a quelques équipes qui se sont spécialisées dans le suivi de ces femmes mais la plupart du temps les médecins qui avaient prescrit – alors qu'ils n'étaient pas dans la faute, ils ont simplement cru avoir trouvé une solution pour ces personnes atteintes de malheurs obstétricaux – ont été ensuite dans un déni extraordinaire. **Donc absence de réactivité des autorités et déni des médecins.** On a par exemple beaucoup dit en France que l'on avait moins prescrit, que l'on avait donné des doses moindres qu'aux USA donc il n'y avait pas de soucis. « Circulez il n'y a rien à voir ». Toute l'idée était de ne pas affoler les gens. **Le Dr Anne Cabau a été une lanceuse d'alerte dans les années 70 et a même été menacée de radiation par le conseil de l'Ordre pour désinformation.**

Maintenant je vais répondre à votre question : on n'avait pas oublié parce qu'on y pensait pas ! Brusquement sont apparues les études sur la troisième génération, essentiellement de l'équipe du National Cancer Institute américain car eux avaient un registre des cancers du vagin (et autres cancers). Donc ils avaient des cohortes de femmes exposées au Distilbène et suivies. Ils ont d'abord inclus en 2001, 2009 et 2019 des jeunes femmes et témoins exposées/non exposées et ensuite ils ont fait du suivi. Puis, ils ont pu regarder ce qui s'était passé pour la deuxième génération à la naissance : les malformations pour les filles et garçons nés de mères exposées, les problèmes de développement et les cancers ; et à présent (puisqu'elles sont en âge de procréer) les troubles de la vie reproductive comme les irrégularités menstruelles et aménorrhées.



En France, on a essayé de s'interroger sur la deuxième et troisième génération mais on a le problème de ne pas avoir de registre. L'association Réseau DES (menée par Mme Levadou) et la Mutualité française ont décidé avec l'agence nationale du médicament et l'équipe de Saint Vincent de Paul de lancer une grande étude sur le volontariat qui nous a permis de récolter 3000 expositions au DES et 3000 non expositions. Alors, c'est une étude avec des défauts car rétrospective et sur la base du volontariat mais c'est toujours mieux que rien. On a montré pour la 2^e génération une augmentation à peu près de 2 fois du cancer du sein (ndlr c'est comme avoir un antécédent familial proche de cancer du sein) mais pas des autres cancers ! Et dans la troisième génération une augmentation des malformations génitales chez les petits garçons (nés de filles et de fils exposés !) par contre pas d'anomalie génitale chez les filles de la G3 (nées

de fils et filles exposés). Nous avons aussi mis en évidence une augmentation des malformations squelettiques et cardiaques (principalement des tétralologies de Fallot). Il y a des données rassurantes et inquiétantes. Ce qu'il faut retenir c'est que cette génération qui n'a jamais été en contact avec le Distilbène présente une incidence de malformation bien supérieure à celle non exposée. Ça oriente vraiment vers cette notion de mécanisme de perturbateurs endocriniens dans la vie conceptionnelle très précoce. Et on sait très bien maintenant **que ces phénomènes environnementaux dans les premières semaines de la vie fœtale peuvent jouer durablement à travers des phénomènes de placentation mais aussi biogénétiques et se transmettent par voie épigénétique à la génération suivante.** Comme on l'a vu dans l'expérimentation animale qui a précédé de loin les conclusions humaines mais que l'on n'a pas non plus regardée, ni crue.

C'est très intéressant et ça pose d'autres interrogations actuellement par exemple en PMA avec l'usage de différents médicaments et hormones qui pourraient avoir un impact futur sur plusieurs générations ?

Absolument et c'est vrai pour tout. Je vous répondrais d'abord par une petite parenthèse en vous disant que quand j'ai appris l'obstétrique on me parlait quand on parlait du placenta de la « barrière placentaire » et maintenant quand je donne des cours j'ai toujours parlé du « filtre placentaire ». Donc les mentalités ont changé. On a compris que le placenta est une éponge au travers de laquelle passent des choses de la maman vers le bébé. Cette parenthèse étant fermée je pense effectivement que si l'on se limite à la PMA, il faut vraiment s'interroger sur les substances que l'on donne en péri-conceptionnel. Et je pense que ce qui nous interroge le plus à l'heure actuelle c'est les préparations endométriales en vue d'un transfert d'embryon congelé. Vous savez qu'il y a un traitement d'hormono-substitution avec œstrogène puis progestérone

à dose supra-physiologique et que l'on traite jusqu'à la fin du troisième mois et le relai placentaire au vu de l'absence de corps jaune. Quand on compare le cycle semi-naturel ou spontané à celui stimulé, on s'aperçoit qu'il n'y a que dans les traitements d'hormonosubstitution (THS) qu'il y a une augmentation de tous les troubles vasculaires (dont la prééclampsie) de façon très significative quand on compare à la population générale et aux transferts d'embryons (frais et congelés) en cycle semi-naturel. On a longtemps dit que c'était peut-être dû à la congélation ou au milieu de culture etc. Non il semble bien que ça soit le traitement. Nous nous sommes aussi interrogées sur les excès de poids et macrosomies après embryon congelé par rapport au transfert frais mais finalement il n'y avait qu'après THS



que l'on retrouvait cette augmentation (la comparaison c'est la population générale, les cycles semi-naturels et les embryons frais). Il ne faut jamais conclure à une causalité dans ces domaines, on montre une association. Dans cet exemple-là : est-ce que c'est parce qu'en THS on donne des doses supra-physiologiques d'œstrogène et progestérone jusqu'à la fin du troisième trimestre ? et c'est

l'exemple du Distilbène. Ou est-ce que c'est car il n'y a pas de corps jaune avec tous les bénéfices du corps jaune sur ces étapes du développement embryonnaire ? Donc on a des constatations, ça ne sert à rien d'aller à l'accusation. Il faut essayer de comprendre entre association et causalité.

Cette interview est tirée de notre podcast Le « Micro du Gynéco » disponible sur toutes les plateformes de podcast. Il s'agit d'un rendez-vous hebdomadaire d'une quinzaine de minutes 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. 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



Gynéco mais pas Que...

Alice et Louise, légistes à mi-temps

J'ai eu l'occasion d'interviewer Alice C. et Louise J.T., deux jeunes GO pas comme les autres dans le sens où elles ont une spécialisation en médecine légale. Elles nous racontent leur histoire et nous donnent des conseils. Voici deux points de vue légèrement différents de la médecine légale.



⊗ Louise J.T.



⊗ Alice C.

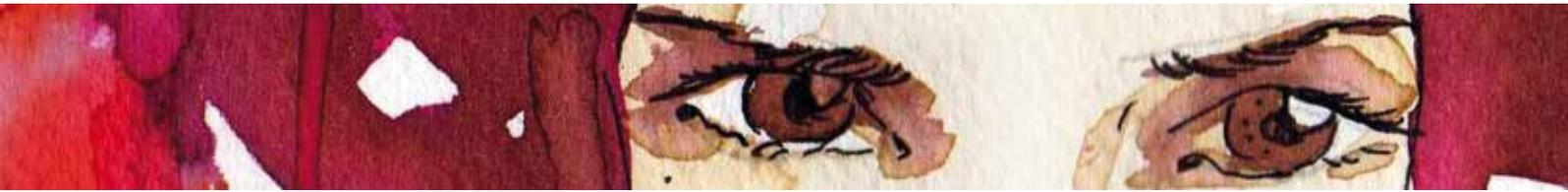
Peux-tu te présenter ? Où as-tu réalisé ton internat ?

Louise : je suis en neuvième semestre d'internat à Rennes. J'ai su très tôt que je voulais être gynécologue, j'avais choisi de faire médecine pour ça. J'ai toujours été passionnée par la naissance, l'allaitement, la maternité et les questions de santé sexuelle.

Alice : j'ai réalisé mon internat à Nantes, après un externat à Tours. Initialement après l'ECN en 2014 j'ai choisi le DES de psychiatrie à Nantes avant de faire un droit au remord en GO en 2016.

Quand tu as choisi l'internat de Gynécologie Obstétrique, savais-tu que tu voulais faire également de la médecine légale ? Ou cela est-il venu plus tard ?

Louise : ça m'est venu plus tard. Au cours du deuxième semestre d'internat, les réalités de la pratique de la gynécologie, les gardes, le stress, les semaines de 60-80 heures m'ont fait douter. J'ai envisagé le droit au remord vers la médecine générale donc, pour mon troisième semestre, j'ai réalisé un stage hors-filière dans le service de médecine légale dans l'Unité Hospitalière Sécurisée Inter-régionale (UHSI).



C'est un service de santé réservé aux prisonniers et prisonnières qui fait partie du service de médecine légale. C'est là que j'ai découvert cette spécialité que je ne connaissais pas du tout.

Alice : pour le choix d'internat, j'hésitais déjà entre GO et psychiatrie, sachant que dès le début j'aimais beaucoup la médecine légale mais le DES de médecine légale n'existait pas à l'époque. J'ai été attirée par le côté médico-judiciaire dès l'externat (avec un stage en maison d'arrêt USMA = Unité Sanitaire en Maison d'Arrêt). En prenant psychiatrie, je souhaitais faire de la psychiatrie légale puis je me suis rapidement rendue compte que quelque chose me manquait ; et que la médecine légale allait être moins accessible en venant de psychiatrie donc j'ai fait un droit au remord en GO qui me plaisait déjà à la base.

Qu'est-ce qui t'a attiré dans la médecine légale ?

Louise : la médecine légale c'est la spécialité qui est en charge de renseigner la justice sur la réalité et la gravité des conséquences des violences subies par les citoyens.

C'est la médecine légale dite « du vivant » qui consiste en l'examen des victimes afin de constater leur lésions physiques ou psychologiques qui m'a tout de suite attiré. L'enseignement du psychotraumatisme, de l'emprise, du cycle des violences conjugales ou encore des mécanismes des agresseurs est rentré en résonance avec mon envie de dédier ma pratique professionnelle aux femmes les plus vulnérables (femmes



victimes de violences, femmes en grande précarité, migrantes, détenues...) mais aussi avec mes préoccupations militantes féministes. En plus, allier la gynécologie et la médecine légale me semblait important pour répondre à un vrai besoin de société suite à la libération de la parole des femmes victimes de violences à travers les mouvements comme #Metoo et #Balancetonporc par exemple. Il y a un réel manque d'offre de soin pour ces femmes, un manque de formation des professionnels de santé et des forces de l'ordre etc. J'ai donc abandonné mon idée de droit au remord et j'ai poursuivi en gynécologie-obstétrique en m'inscrivant au DESC de médecine légale.

Alice : j'aime le contact avec la justice et ses différents intervenants (Officier de Police Judiciaire, Magistrats...), et les relations professionnelles hors soignants. Ce qui me plaît aussi c'est la rigueur et le raisonnement juridique dont le point de vue diffère du point de vue médical, et l'intérêt de la réflexion autour de ces différents points de vue. J'aime beaucoup l'aspect polyvalent de la discipline : consultations, gestes techniques en thanatologie (autopsies), évaluations psychologiques... Mais aussi l'aspect « mobile » du médecin légiste : levée de corps, garde à vues...

Quelles sont les modalités d'inscription à la formation en médecine légale dans ta ville ? Est-ce facile d'accès selon toi ?

Louise : je n'ai pas rencontré de difficulté pour m'inscrire à la formation. Je me suis inscrite auprès de la faculté de Rennes au DESC de médecine légale après accord du coordinateur local, le chef de service de médecine légale du CHU de Rennes, Dr Bouvet et accord écrit du coordonnateur interrégional du DESC Pr Rougé-Maillart.



Alice : personnellement, je fais la Capacité de Pratique Médico-judiciaire, équivalent du DESC. Pour le DESC c'est le même principe que tous les autres, c'est-à-dire deux semestres d'internat et un an de post-internat avec des cours sur deux ans et un mémoire. Pour la capacité, il faut être thésé, les cours sont les mêmes et le mémoire aussi et il y a un stage obligatoire. Pour ma part, j'ai fait un stage d'interne dans le service de Médecine Légale du CHU de Nantes en 10^{ème} semestre et je suis actuellement Assistante Spécialiste dans le service. Le stage de médecine légale est difficile d'accès car peu de place, idem pour le DESC ou la capacité ; mais cela reste tout à fait accessible.

Et quelles sont les modalités de validation de ce DESC ?

Louise : la formation est organisée sur 2 ans avec 5 à 6 séminaires par an de 2 à 3 jours chacun. Il faut également réaliser deux semestres en médecine légale ainsi qu'un an de post-internat. En plus de la validation de ces stages pratiques, il faut passer un oral portant sur les cours de droit ainsi que soutenir un mémoire.

Est-ce que tu sais si avec la réforme il va y avoir des changements ?

Louise : depuis l'année universitaire 2017/2018, la médecine légale devient une spécialité médicale à part entière sous forme du DES de Médecine légale et expertises médicales mais il existe une FST médecine légale et expertise médicale accessible aux internes de GO.

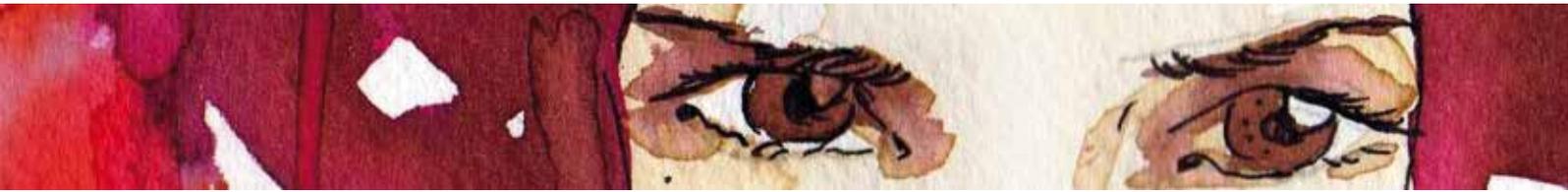
Alice : oui, le DESC et la Capacité sont amenés à disparaître avec l'apparition du DES... Pour faire de la médecine légale en tant que GO, cela va devenir compliqué. Il est toujours possible de demander un stage et de faire des DIU en lien avec la spécialité (comme le DIU d'Expertises Réparation Juridique du Dommage Corporel).

En tant que gynécologue, que souhaites-tu faire de ta pratique plus tard ? Moitié moitié ? Ou intégrer la pratique de l'un dans l'autre ?

Louise : j'aimerais travailler auprès des femmes victimes de violences en mettant à leur service des compétences gynécologiques et légistes. En huitième semestre, j'ai eu la chance de faire un inter-CHU à la Maison des femmes de Saint-Denis auprès du Docteur Ghada Hatem. C'est un service qui accueille et accompagne les femmes victimes de violences vers la guérison du psychotraumatisme et l'autonomie. C'est un lieu unique qui rassemble des professionnels de santé, du social, du juridique, du monde de la police mais aussi des artistes et des sportifs pour offrir une prise en charge globale aux femmes victimes de violences et leur donner toutes les clés pour sortir des situations de violences. Je fais donc partie d'un groupe de médecins qui travaillent à la duplication de ce modèle à Rennes.

Alice : pour le moment, je suis 50/50 et cela se passe très bien. Ces deux ans d'assistantat vont justement me permettre de me faire une idée sur la suite !





Au vu de ton expérience, as-tu des petits conseils pratiques à donner aux internes de GO « classiques » ?

Louise : je dirais, essayer au maximum de pratiquer le dépistage systématique des violences auprès des patientes en incluant une question simple dans l'interrogatoire « Avez-vous déjà vécu, ou vivez-vous actuellement des violences ? ». Les inquiétudes sont bien sûr légitimes « Qu'est-ce que je dis si la patiente dit oui ? je ne sais pas faire ! ». Quelques phrases simples suffisent « Je vous crois », « c'est courageux d'en parler », « si vous souhaitez en parler vous pouvez venir ici, je peux tout entendre et bien sûr, c'est vous qui décidez ce que vous souhaitez dire et quand. », et « Nous pouvons vous aider », puis orienter la patiente vers ceux qui savent prendre en charge les femmes victimes de violences, Maison des femmes, associations... Le dépistage systématique permet donner aux femmes la possibilité de révéler les violences qu'elles subissent et de leur donner accès à une prise en charge. Pour aller un peu plus loin, je conseille la lecture des travaux de Muriel Salmona sur le psychotraumatisme et de parcourir le site de La MIPROF (Mission interministérielle pour la protection des femmes contre les violences et la lutte contre la traite des êtres humains).

Alice : pour la pratique de tous les jours, le point capital est l'information aux patientes !! Donner une information claire, précise et adaptée et surtout noter dans les dossiers que l'information a été donnée et quelle information a été donnée. C'est le point capital qui ressort dans les décisions de justices lorsque des actions juridiques ont été entreprises. J'ai fait mon mémoire de DES sur « Jurisprudence et responsabilité médicale indemnitaire en diagnostic anténatal : point de vue juridique et

faute caractérisée ». C'est parfois long et laborieux de tout noter à chaque fois mais lors de conflits cela reste un argument de poids ! Donc veiller à la bonne traçabilité des dossiers. Et éviter de donner uniquement les fiches d'informations patiente, même si celles-ci restent obligatoire notamment en échographie, elles ne dispensent pas d'une information orale.

Louise, on nous a dit que tu avais également un Master 2 en philosophie et éthique, peux-tu nous parler de cette expérience ?

Louise : j'avais envie de compléter mes connaissances médicales par l'étude des sciences humaines, centrées sur les aspects sociaux, culturels, comportementaux et relationnels de la médecine. Je ressentais le besoin de prendre du recul et de modifier mon angle de vue. J'ai donc fait un Master 1 puis un Master 2 en éthique médicale hospitalière appliquée à l'université Gustave Eiffel de Paris-Est Marnes-la-Vallée. L'année dernière, grâce à la bourse de l'année recherche, j'ai pu consacrer un an entier à un Master 2 science politique de la santé dans la même université. J'ai travaillé sur le lien entre genre, sexe et santé. Mon mémoire consiste en une revue de la littérature des principaux points de vue féministes, pluriels et contradictoires sur la procréation médicalement assistée, et plus particulièrement la greffe d'utérus. Ces formations en sciences sociales m'ont permis d'acquérir un regard complémentaire et différent sur nos pratiques et m'ont donné des outils de compréhension qui me servent au quotidien.

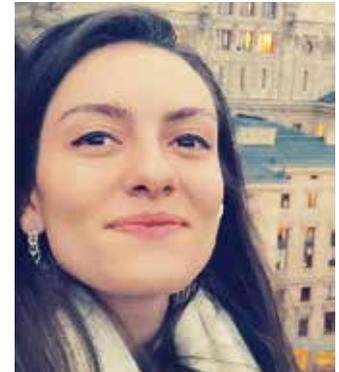
Alexane TOURNIER



La Bulgarie

Le situs inversus inconnu de l'EU

Radostina Vasileva née et élevée en Bulgarie, est venue en France pour y réaliser ses études de médecine. Après une PACES et un externat à Montpellier, elle est actuellement interne de GO à Paris. Elle nous donne par cet article sa vision de la médecine bulgare.



➔ Radostina Vasileva

Boulevard Vitosha, Sofia.

On ne peut pas venir en Bulgarie et ne pas s'y promener. Les restos, les boutiques, le street art, la vue, tout est à découvrir. Et surtout, c'est un lieu de croisement de vies.

Octobre - Il pleut, la buée sort de la bouche lorsqu'on parle. Et il fait nuit.

Un homme mince et pâle arrête les passagers et essaie de leur expliquer quelque chose.

« Je m'appelle Sergey Petrov, je suis épileptique. J'ai besoin de 10 leva** pour mes médicaments. S'il vous plaît, pourriez-vous m'aider ? ».*

Il porte des papiers dans ses mains – sa carte d'identité et une prescription. Il montre que cette dernière est bien à son nom et explique que c'est pour de Finlepsin ou autrement la carbamazépine...

Les gens passent à côté - c'est un homme fou, cela ne les concerne pas. D'autres lui laissent quelques monnaies.

Le système de santé bulgare ressemble au système français, le principe est le même, à savoir : l'Assurance Maladie est financée par les cotisations des travailleurs et les dépenses de la caisse se font selon les besoins de la population. Or, l'état de santé, le mode de (sur)vie des bulgares ne ressemblent point à ce qui serait acceptable de nos jours.

La population de Bulgarie, membre de l'UE depuis 2007, est petite – 6.9 Millions d'habitants. Un peu plus de deux millions de bulgares ont un travail¹. Probablement plus d'un million de bulgares sont des émigrés à l'étranger – essentiellement en Europe occidentale, aux États-Unis, au Royaume-Uni. Or, qui dit population émigrante dit population jeune, cherchant de la formation et de l'insertion professionnelle.

Ainsi presque la moitié des bulgares constitue une population socialement isolée ou fragile – soit trop jeune, soit trop âgée, soit trop malade pour participer activement au fonctionnement du système de santé. Ce système affaibli est souvent insuffisant pour prendre en charge les besoins des bénéficiaires qui sont vulnérables face à des pratiques parties à la dérive.

Selon une enquête récente de l'Institut bulgare d'initiatives législatives², 60 % des bulgares estiment le système de santé corrompu et, parmi ceux qui ont été témoins ou victimes de corruption, peu ont signalé ou entrepris des actions.

En parallèle, le secteur privé n'a pas manqué de se développer sans forcément proposer un meilleur système de valeurs.

Un cercle vicieux s'installe, s'entretient et surtout, est toléré.

Boulevard Vitosha, Sofia.

Juin – Il fait beau, tout le monde est dehors et profite du soleil.

Dans un des cafés, quelques copines se sont retrouvées pour fêter les un an de la remise de leurs diplômes en droit. Boryana a la tête ailleurs - avec son fiancé Ivan*, ils viennent de voir leur bébé pour la première fois à l'échographie ce matin. « Allez, c'est le moment d'annoncer les nouvelles maintenant qu'avec Ivan on a vu la grossesse ! Je suis enceinte de 3 mois presque, j'y crois pas encore ! ».*

Ses amies non plus... Mais tout le monde est excité – c'est le premier bébé dans leur groupe.

« Et tu sais déjà où tu vas accoucher ? – demande une des filles.

— Je ne sais pas, j'avoue je ne me suis pas encore renseignée.

— Si tu veux faire une césarienne, ma sœur a accouché cet hiver à l'hôpital privé, elle est très contente de là-bas ! Certes c'est un peu plus cher mais c'est tellement mieux, plus propre, plus sûr pour le bébé ! Regarde sur internet ! ».

Au retour dans le métro, au bout de trois clics, Boryana est tombée sur les tarifs de l'hôpital. « Mais comment on va faire, 3500 leva la césarienne sans le séjour ?! C'est trois mois de salaire ! Et sinon à l'hôpital public, les conditions sont mauvaises. Est-ce qu'on ne s'est pas précipités pour cette grossesse ? Il n'est pas encore trop tard... Il faut qu'on en parle avec Ivan ».

A côté des autres crises ayant marqué le monde récemment, la crise démographique est à un status quo qui s'est installé depuis les années 90 lors de la chute du régime communiste. La Bulgarie se trouve dans le top 10 des plus faibles taux de croissance, celui-ci étant négatif depuis plusieurs années.



Ceci s'explique par une population vieillissante mais également par un taux de natalité extrêmement bas^{3,4}.

L'insécurité socio-économique dans le pays décourage d'avoir des enfants. La grossesse et l'accouchement sont sources de dépenses importantes dans lesquelles toute la famille doit souvent participer pour soutenir le jeune couple. Surtout quand on souhaite une prise en charge personnalisée, non paternaliste, attentive aux souhaits et bien-être maternels.

Or, dans l'extrême, les soins dans le privé transforment des soignants en prestataires de service, le patient en client. Contre une somme non négligeable, on formule sa demande et l'équipe médicale n'est là que pour l'exécuter. Choix d'équipe chirurgicale, césarienne, soins néonataux, type de séjour de la mère en post-partum – le tout peut aller jusqu'à 10 000 leva alors que le SMIC est fixé à 650 leva et en tant que tel est insuffisant pour subvenir aux besoins essentiels.



Paradoxalement ce cas de figure n'est pas si rare comme on peut voir sur les chiffres de césariennes qui représentaient 47 % des accouchements en 2020, un des plus haut taux d'Europe⁶, et avec des taux pouvant monter à 60 % dans certains hôpitaux privés⁷.

Au-delà du coût financier, la morbidité de la chirurgie reste parfois peu abordée lorsque la discussion de la voie d'accouchement se pose. Les futures primipares se posent souvent la question de la voie d'accouchement sans qu'il y ait même une indication de césarienne.

Peur de la douleur, peur de l'issue de l'accouchement, envie de faire comme les autres – les raisons pour ce choix sont multiples bien que certains spécialistes militent pour une meilleure information sur les risques de la chirurgie. Enfin, les hôpitaux privés et publiques étant chargés d'assurer un bilan financier positif, une tension est inévitable entre ce qui est moral et ce qui est vital pour continuer à fonctionner.

Cela s'applique aussi aux questions autour de la grossesse. Parfois la profession médicale finit par être associée surtout à un statut financier élevé plutôt qu'à sa dimension humaine. Par ailleurs, la spécialité de la gynécologie-obstétrique est l'une des plus demandées et parmi les mieux payées du pays ; le bon déroulement de la grossesse étant une priorité et raison de dépenses non discutables pour tout futur parent.



Boulevard Vitosha, Sofia.

Janvier – Quelques flocons de neige tombent, les gens marchent vite pour trouver un abri au chaud.

Elena, Daniel et Cyril marchent en zigzag et rigolent. Ils viennent de sortir d'un bar pour se diriger vers la boîte où ils ont l'habitude de fêter la fin des examens.*

« Santé ! On est trop forts ! Tout est validé... sauf module hygiène pour toi Dani, va falloir apprendre les bases, hein ? S'exclame Elena.

— Laisse tomber, c'est juste que je n'aime pas les oraux. Je ne sais pas mentir ou improviser quand je n'ai pas bossé.

— Bah il faut apprendre, dit Cyril. Surtout si tu dois te débrouiller et que papa n'est pas le chef de service de neuro, n'est-ce pas Elena ?

— Oui, ça va, je ne suis pas non plus la personne qui glisse des billets de 50 leva aux profs quand on me demande mon carnet de notes.

— Ça c'est quelque chose qui demande de la maîtrise ! répond Elena.

— Oh, mais c'est n'est arrivé qu'une fois ! D'autres font ça tout le temps et je ne parle même pas des étudiants étrangers – tu paies tout en une fois et t'as le diplôme dans la poche !

La Bulgarie présente un nombre relativement satisfaisant de médecins per capita. L'accès au soin est essentiellement limité par son coût et, plus rarement dans les zones rurales, par la distance.

Cinq universités assurent la formation des jeunes médecins, les examens d'admission se faisant en terminale et permettant ainsi d'accéder à des places du numerus clausus, financées par le gouvernement. Pour ceux qui ont été ajournés ou bien les étudiants étrangers, des places supplémentaires sont ouvertes après avoir passé d'autres épreuves et des taxes spéciales autour 7000-8000 euros par an s'appliquent.



L'externat n'existe pas – la plupart de la formation se fait en CM, TD et TP. Des stages sont faits en été si l'étudiant le souhaite et s'il trouve une place pour faire son stage. Chose pas toujours évidente car les équipes, ayant peu d'expérience des stagiaires, ne sont pas intéressées à en avoir. Avoir du réseau est de grande aide, voire indispensable.

Autre option pour les étudiants, postuler pour le poste d'infirmier dans un service dont la spécialité les intéresse.

Au final, peu d'étudiants ont réellement délivré des soins, acquis des expériences de plusieurs services ou tout simplement profité du compagnonnage de la part de leur aînées. L'enjeu principal est de trouver une place pour l'internat car les postes sont obtenus après interview dans un hôpital ayant l'accréditation, la sélection étant parfois subjective.

L'interne reste la plupart de sa formation dans le même hôpital, celui où il a été recruté.

Pour devenir gynécologue par exemple, 4 ans sont requis et la maquette est remplie en tournant sur différents postes au sein du même établissement. L'internat - certes obligatoire - n'implique pas en soi l'obtention d'un doctorat. Afin de valider la spécialité, une évaluation théorique et pratique a lieu. Pour valider l'internat de GO, la liste de gestes comprend la réalisation entre autre de 2 hystérectomies totales, 4 extractions instrumentales, 3 césariennes en tant que premier opérateur... 8 épisiotomies...

A noter qu'en 2020, seulement 408 extractions instrumentales ont été effectuées sur l'intégralité des maternités en Bulgarie. Cela aboutit à la disparition petit à petit de cette branche de l'art obstétrical. Son enseignement devient rare et donc sa pratique devient obsolète. De la même façon, la délégation de tâches dans tous les domaines de la médecine est difficile par manque d'occasions ou de ressources ; et les jeunes spécialistes ont du mal à acquérir de l'expérience nécessaire pour délivrer des soins de qualité.



Boulevard Vitosha, Sofia.

Des manifestants contre le pass sanitaire se sont réunis. Des reportages en direct se font par des journalistes.

« Pourquoi êtes-vous contre le pass ?

— Les vaccins Covid ce n'est qu'un complot pour gagner de l'argent, c'est pour cela qu'on est là ! ».

La journaliste finit son interview et passe la parole à son collègue qui suit l'affaire de la délivrance de faux pass sanitaires.

Les conséquences de la crise sanitaire liée au Covid-19 en Bulgarie ne sont pas encore connues. Les statistiques ne sont pas exhaustives, sous-estiment la gravité et sont insuffisantes à



l'élaboration de stratégies. Un déni de l'existence de cette maladie persiste et se fonde notamment sur la non-confiance dans le gouvernement qui a changé trois fois en moins d'un an. Ceci impacte le programme de vaccination. A l'arrivée de l'hiver 2021, seulement un cinquième de la population éligible a eu les deux doses. Parmi eux, des faux pass sanitaires circulent, vendus pour quelques centaines de leva après destruction des deux doses de vaccin. Les actions des institutions et experts pour la vaccination sont contredites et compromises par certains confrères, alors que les hôpitaux manquent de lits disponibles pour soigner des malades. Des internes et des seniors des différentes spécialités médicales tournent afin d'assurer la permanence des soins dans les services Covid. Ceci dans des conditions précaires, avec peu de ressources et une rémunération insuffisante qui tourne autour de 500 euros par mois, avec des gardes autour de 10 euros.

Garder la balance entre la déontologie et ses propres besoins n'est pas si simple, voire impossible. A moins qu'on accepte de travailler à 2-3 endroits différents.

Enfin, partir à l'étranger est l'autre solution pour échapper au système. C'est la solution pour se former, avoir la possibilité d'exercer selon les règles de l'art pour les médecins ; et c'est la solution pour vivre avec dignité pour les malades ou non malades.

Terminal 1, Aéroport de Sofia.

Toute saison. Toute heure.

Avant la crise sanitaire, l'aéroport le plus grand de Bulgarie accueillait 7 millions de passagers par an – beaucoup de touristes mais aussi beaucoup de travailleurs saisonniers, étudiants, émigrés bulgares.

On ne saura jamais l'histoire de chacun. Mais tous ont leur raison d'être partis.

Radostina VASILEVA

* Tous les noms des personnages sont fictifs et toute ressemblance avec les noms de personnes existantes, est purement fortuite.

** Lev bulgare – unité monétaire en Bulgarie, équivalente à 0.5 euros environ.

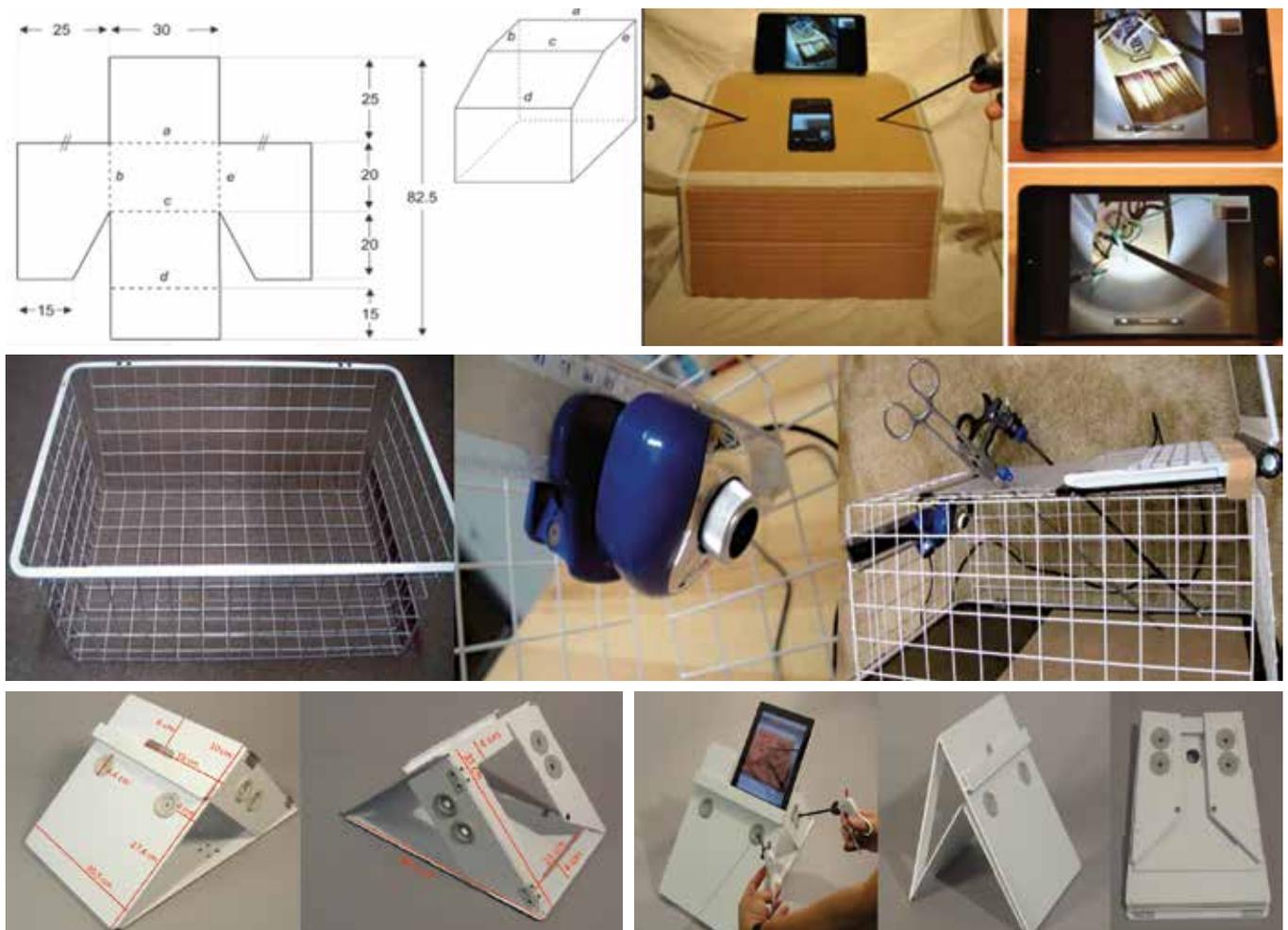
Références

1. <https://www.nsi.bg/en/content/3953/total>
2. <http://www.bili-bg.org/85/page.html>
3. <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/digpub/demography/bloc-2a.html?lang=en>
4. <https://www.nsi.bg/en/content/2956/births-place-residence-statistical-regions-districts-and-sex>
5. <https://www.cia.gov/the-world-factbook/field/birth-rate/country-comparison>
6. <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20191217-1>
7. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25909134/>



La simulation pour tous à la maison

L'entraînement par la simulation et notamment l'utilisation de pelvitrateurs en coelioscopie s'est montré très efficace^{1, 2}. Tous les hôpitaux dont les universitaires ne disposent pas de pelvitrateurs à disposition des internes. Néanmoins il n'est pas difficile de créer son propre pelvitrateur à l'aide d'une simple boîte et d'un téléphone la plupart du temps ! De nombreux étudiants et médecins ont fait part de leur ingéniosité et ont créé diverses modèles, dont la plupart en open acces. Voici la présentation et les plans de quelques-uns de ces modèles pour vous entraîner à la maison ! Certains sont très simples et d'autres un peu plus travaillés (pliables et transportables dans une pochette d'ordinateur).



Si vous voulez les plans de ce dernier, envoyez un mail à l'AGOF et nous les communiquerons avec plaisir.

Alexane TOURNIER

Références

1. Langeron A, Mercier G, Lima S, et al. Intérêt et performances d'un pelvitrateur portable pour l'entraînement à la laparoscopie. *Gynécologie Obstétrique Fertil* 2012; 40: 396-401.
2. Madec F-X, Dariane C, Pradere B, et al. Performance des internes français sur simulateur de chirurgie laparoscopique : les résultats de 7 ans d'olympiades du pelvitrateur. *Prog En Urol* 2016; 26: 1171-1177.



INFOGYN Comme si on y était !

Nous avons eu l'occasion d'être présents lors du congrès Infogyn à Pau en octobre. En effet, nous organisons tous les ans un MasterClass de simulation en échographie et en cœlioscopie ouvert à tous les internes (et pris en charge). Nous avons profité de notre présence pour vous faire un petit topo sur quelques-uns des sujets abordés.



Les troubles climatériques lors d'une hormonothérapie dans le traitement du cancer du sein

Le diagnostic de ménopause sous hormonothérapie est difficile. Il est recommandé par défaut de considérer la patiente comme non ménopausée. Il n'est pas recommandé d'effectuer de bilan hormonal à visée diagnostique. Le traitement hormonal de la ménopause est contre-indiqué quelle que soit la situation carcinologique. La venlafaxine et la clonidine sont recommandés comme traitements médicamenteux pour les troubles climatériques sous hormonothérapie. Le syndrome génito-urinaire de la ménopause est fréquent sous hormonothérapie pour lequel le traitement non hormonal doit être considéré en première intention.

La progestérone en obstétrique

Pour les fausses couches à répétition : selon les recommandations américaines, il n'y a pas

d'intérêt à doser la progestéronémie notamment car aucun traitement à base de progestérone n'a prouvé son effet sur la diminution des fausses couches à répétition (Cochrane de 2021).

Pour les métrorragies en cours de grossesse : il n'y a pas de preuves pour recommander la prescription de progestérone.

Pour la prématurité : les études ne sont pas comparables et se contredisent (dont les méta-analyses). Pour résoudre ce problème, une nouvelle méta-analyse nommée EPPPIC publiée en avril 2021 reprend toutes les données individuelles des études faites précédemment et trouve un effet avec une diminution de 20 % des accouchements prématurés. Suite à cela les grandes sociétés recommandent de donner de la progestérone par voie vaginale si col court et par voie IM si antécédent d'accouchement prématuré. Le traitement est à débuter entre 16 et 24 SA jusque 34/36 SA. Nous avons un gros recul



de sécurité d'un point de vue neuro-développemental de la progestérone jusque l'âge de 8 ans (le reste comme endocrinologique n'est pas étudié). Mais une étude bien menée ne montre pas d'effet chez les patientes en MAP avec des contractions en association à la tocolyse. Par contre chez les jumeaux, les études et les méta-analyses sont concordantes et concluent qu'il n'y a aucun effet de la progestérone.

Vulvodynies selon le Pr Mares

La vestibulodynie provoquée est multifactorielle. Souvent l'examen clinique classique « normal » car il faut bien regarder la vulve et surtout étirer le vestibule où l'on trouve souvent une zone érosive ou fragile. Sur des biopsie on trouverait : une augmentation de l'inflammation, et de la densité nerveuse. Il existe un consensus selon lequel il faut associer un traitement local à un traitement général. Au niveau local, il s'agit de rééquilibrer la flore, d'éviter les irritants, de lubrifier, d'hydrater, et d'utiliser de l'acide hyaluronique voire des anesthésiques locaux (mais ils assèchent la muqueuse). La rééducation périnéale est essentielle avec traitement de l'hypertonie musculaire et des dyssynergies sphinctériennes, travail sur la réappropriation corporelle voire l'électrostimulation. Les traitements généraux associent la psychothérapie dans le contexte de douleurs chronique (mais aussi car il y a un risque relatif x6 d'abus sexuel) soit à des médicaments type amitriptiline/gabapentine/capsaïcine soit à l'acupuncture/hypnose/relaxation. Les nouvelles techniques sont : la photomodulation (ou LED), le laser, la radiofréquence, le TENS, les injection vestibulaire de toxine botulique pour lutter contre l'hypertonie, le lippofilling, l'injection du ganglion impar.

Ovariectomie prophylactique lors des hysterectomies bénignes selon le Pr Madelenat

Depuis 2009 grâce à Parker, on sait les effets néfastes de l'ovariectomie prophylactique. En effet même si l'ovariectomie prophylactique

annule presque le risque de cancer de l'ovaire et diminue le risque de cancer du sein, elle augmente le risque de cancer du poumon et du colon. Et surtout l'ovariectomie augmente la morbi-mortalité cardiovasculaire : de coronaropathie, d'AVC et de thrombose veineuse profonde. Mais l'ovariectomie a d'autres effets néfastes cette fois-ci neurologique : elle augmente le risque de déclin cognitif, de démence, de troubles neuro-psychiatriques et surtout la mortalité d'origine neurologique. Il y a probablement un effet sur la sexualité mais moins franc dans la littérature. Selon Parker, jusqu'à l'âge de 65 ans la conservation ovarienne améliore la survie. Le CNGOF lui recommande dans ses dernières RCP, le seuil de 55 ans pour réaliser une ovariectomie prophylactique.

Place des macroprogestatifs selon le Pr Plu-Bureau

Il existe une augmentation de risque de méningiome avec l'utilisation de Chlormédione et Nomégestrol, surtout après 35 ans. Ces traitements peuvent tout de même être utilisés dans les ménorragies, dans les mastopathies sévères, dans les hyperplasies endométriales, ou ponctuellement en préopératoire des fibromes (et dans l'endométriose pour le chlormédione). Par contre la balance bénéfique risque est défavorable pour leur utilisation pour la contraception (sauf en cas de contre-indications aux œstrogènes et intolérance aux autres traitements), les dysménorrhées essentielles, les irrégularités menstruelles. Une IRM doit être réalisée : initialement en cas de facteur de risque de méningiome (antécédent de radiothérapie encéphalique ou neurofibromatose de type 2) mais sinon à 1 an, puis à 5 ans de la première puis tous les deux ans. On a également un nouveau outils dans notre arsenal que l'on appelle un « mini-macroprogestatif » : la Drospirenone.

Alexane TOURNIER et Frederic GLICENSTEIN



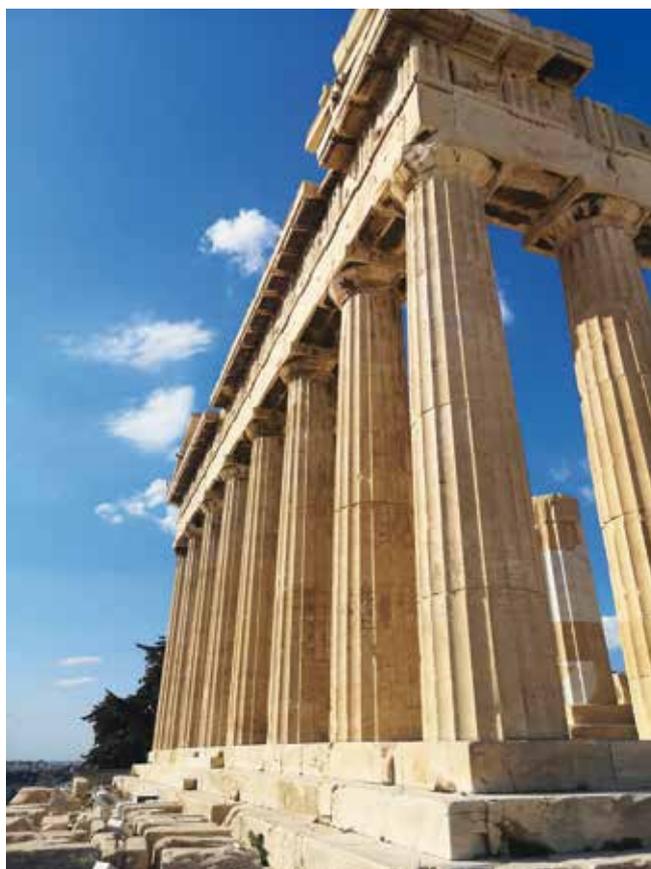
Au cœur de la Grèce avec l'ENTOG

Léa, Fred et Lavinia ont eu la chance de partir en Grèce dans le cadre des échanges de l'ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynecology). L'objectif ? Découvrir le fonctionnement des services de GO dans d'autres pays et échanger avec les internes venus de toute l'Europe. Ils nous racontent leurs expériences.



Explication de l'ENTOG par Lavinia

Depuis 1997, date de sa création, l'ENTOG n'a cessé d'étonner et de réunir des internes en gynécologie obstétrique du monde entier partageant les mêmes valeurs. L'échange annuel a eu lieu cette année en Grèce et a permis un aperçu du système médical grec. Au cours de cette semaine, un nouveau comité exécutif de l'ENTOG a été élu par les représentants des pays européens, laissant place à de nouvelles perspectives et projets à venir pour les internes. En tant que représentants des pays, nous avons eu le temps d'échanger quelques idées sur le potentiel de chaque système médical, les mentalités qui maintiennent certains modes de fonctionnement, les besoins actuels des internes en gynécologie selon les pays, les améliorations et changements possibles. L'objectif principal de l'ENTOG a toujours été de représenter les internes et améliorer la qualité de leur formation par le biais d'un réseau international. Cette année, cela s'est fait avec élégance aux côtés de l'association principale des seniors, l'EBCOG (European Board and College of Obstetricians and Gynecologists) lors de la semaine consacrée à leurs congrès annuel. Les internes ont eu la possibilité de présenter leurs propres travaux de recherche et leurs cas cliniques au cours du même congrès que leurs mentors, de faire entendre leur voix et de recevoir des commentaires précieux pour améliorer leur travail actuel.



L'Entog a actuellement 3 projets ambitieux ouverts pour tous les internes européens : le One2OneExchange (qui consiste en un échange entre 2 internes de 2 pays différents pour une période variant d'une à trois semaines), l'ENTOG Exchange qui a lieu chaque année juste après le congrès de l'EBCOG et le Multicentre Research Group. Cette dernière plateforme a



pour but de créer des liens entre les internes de toute l'Europe travaillant sur le même projet de recherche, leur permettant un cadre européen pour un travail en réseau et la collecte de données.

J'encourage vivement tous les internes à participer aux projets de l'ENTOG, non seulement pour l'expérience académique qu'ils y trouveront, mais aussi pour les personnes qu'ils rencontreront, pour les échanges et l'enrichissement personnel qu'ils en tireront.

L'expérience de Léa à Thessalonique

J'ai eu la chance de partir à Thessalonique. Une ville portuaire située à 520 km au nord d'Athènes, la 2^e plus grosse ville de Grèce et la capitale géographique de la région de Macédoine centrale. C'est une ville qui compte plus d'un million d'habitants. On la surnomme en grec « *Simprotévoussa* », qui veut littéralement dire la co-capitale, en référence à son statut historique comme 2^{ème} ville la plus grande et la plus riche de l'empire byzantin après Constantinople. Thessalonique a été fondée en 315 avant Jésus-Christ par Cassandre de Macédoine. Son symbole est la Tour Blanche, construite au 16^e siècle par les Ottomans servant à l'époque de prison et qui est maintenant un musée.

Nous étions un groupe de 8 internes européens venant du Danemark, de la Suède, de la Norvège, d'Autriche, des Pays-Bas, d'Estonie et de Lettonie. Nous avons été divisés en 3 groupes répartis dans 3 sites différents de la ville appartenant au même hôpital. Chaque département possédant un service d'urgence gynécologique et une maternité avec un taux d'environ 1000 accouchements par an.

Durant ces quelques jours d'accueil, nous avons donc pu suivre les internes dans leurs activités.



J'ai pu aller au bloc obstétrical, voir des césariennes, mais je n'ai malheureusement pas vu d'accouchement physiologique. J'ai pu suivre les consultations d'échographie, les CPN et les tours dans les services. Il va être fastidieux pour moi de vous faire l'étendue des différences qu'il y a entre les 2 systèmes de santé mais je peux vous citer quelques éléments qui ont relevé mon attention. Par exemple, en consultation d'obstétrique, ils ont développé le dépistage de la pré-éclampsie précoce au premier trimestre ce qui leur permet de screener une grande partie de la population puis en fonction du risque de les voir plus régulièrement ou non.

Le système de garde est particulier puisqu'un département est de garde par jour, ce qui fait que chaque jour la garde à lieu dans un département différent. Imposant aux patientes de consulter sur Internet quel est le département de garde pour aller accoucher. Et ce qui veut dire aussi que si la patiente n'a pas accouché pendant les 24h de la garde, alors elle est césarisée en fin



de garde car il n'y a pas de transfert de patiente entre les différents départements. Ceci pouvant expliquer en parti le taux national de césarienne avoisinant les 60 %.

L'internat de GO en Grèce dure 5 ans après les 6 années d'externat. À noter qu'ils sont dans l'obligation de faire une année de médecine générale de campagne, soit pendant leur externat, soit pendant leur internat. Et s'ils veulent se sur-spécialiser (dans leur spécialité), ils sont obligés d'aller le faire à l'étranger. Ils réalisent leur internat quasiment dans le même hôpital, mais ce n'est pas une obligation. Concernant les gardes, il y a un interne qui est de garde en salle de naissance, un aux urgences gynécologiques et un dans le service, et ce pendant 24h. Mais ils sont fortement invités à rester le lendemain jusqu'à environ midi...

Cet échange a été très enrichissant, il m'a permis de découvrir un nouveau pays et de voir que la gynécologie obstétrique s'exerce globalement pareil partout ailleurs avec cependant des nuances en fonction de l'organisation du système de santé du pays. Cet échange m'a aussi permis de rencontrer des internes de différents pays et d'échanger énormément sur nos pratiques et notre passion commune.

Le vécu de Frederic à Heraklion

Heraklion est la plus grande ville de Crète (environ 200 000 habitants) et de nombreux touristes... Le palais de l'âge de bronze de Knossos, également connu sous le nom de palais de Minos, est situé à proximité. Les constructions vénitiennes telles que la forteresse de Koules (Castello a Mare), les remparts et l'arsenal dominant la zone portuaire. Plusieurs sculptures, statues et bustes commémorent des événements et des personnages importants de l'histoire de la ville et de l'île.

Le service de gynécologie y est composé de 2 professeurs, 2 praticiens, plusieurs assistants et 6 internes issus de toute la Grèce. Les internes grecques postulent directement au sein d'un CHU afin d'effectuer tout leur internat au sein du même hôpital. En Crète, le taux de césarienne avoisine les 60 %. Les internes pratiquent tous les accouchements (physiologiques ou non). Ils effectuent les consultations de grossesse, d'urgence et de gynécologie. Ils tournent selon un système de rotation entre hospitalisation, bloc opératoire et échographie en fonction de leur ancienneté. Nous étions 6 internes européens invités à Heraklion issus d'Irlande, Portugal, Slovénie, Espagne, République Tchèque et France. Pour la majorité d'entre eux l'échange était entièrement financé par leur hôpital, ainsi que le transport. Les jours étaient comptés dans leurs jours de formation et valorisés comme un échange. La société de gynécologie grecque a financé l'hébergement à Heraklion. En France seule une aide au transport est versée par le CNGOF rétrospectivement.



Ruines du palais de Knossos sur l'île de Crète, Grèce

Lavinia IFTENE
Léa DESCOURVIÈRE
Frederic GLICENSTEIN



Retour sur le partenariat PointGyn

Les masterclass conjointes avec l'AGOF

Une fois n'est pas coutume, un partenaire de l'association propose des ateliers de simulation gratuits en présentiel pour les membres de l'AGOF. Créé par de jeunes gynécologues anciens membres de l'AGOF, Pointgyn est une société qui emploie des gynécologues libéraux ainsi que des remplaçants. Elle est principalement installée en région parisienne et recherche tout particulièrement des jeunes.

Les simulateurs disponibles concernent l'hystérocopie, la coelioscopie ainsi que le pelvitraîner. Des supports en réalité virtuelle sont également mis à disposition des membres de l'AGOF.

N'hésite pas à nous rejoindre lors des prochains masterclass !



Interview de Maryam Nikpayam travaillant un jour par semaine pour Pointgyn

Bonjour Maryam, Un grand merci pour cette interview accordée à l'AGOF. Tout d'abord, en qualité de Chirurgienne gynécologue - obstétricienne, quelles sont tes opérations favorites ?

J'ai une spécialisation dans la cancérologie notamment du sein et pour la chirurgie robotique. Les opérations que je pratique le plus au robot sont les

promontofixations, myomectomies et hystérectomies.



Et où exerces-tu en pratique ton activité ? Il semblerait que tu sois adepte de l'activité mixte ? Peux-tu nous partager les bénéfices de l'un et de l'autre ?

Je travaille en effet trois jours par semaine à la Pitié Salpêtrière dans le service Chirurgie et Cancérologie Gynécologique et Mammaire du Pr Catherine Uzan et le reste du temps en structure privée dans les centres Pointgyn (groupe One Clinic).

A l'hôpital, les cas sont souvent plus complexes et je trouve que c'est un challenge.

A chaque fois, la prise en charge des malades est partagée avec l'équipe entière. Les internes jouent bien sûr un rôle très important dans ce travail d'équipe, au-delà de la formation médicale qui leur est dispensée.

Les points positifs de l'hôpital sont donc pour moi la complexité des chirurgies effectuées, le travail en équipe et la mise à jour médicale continue avec les bibliographies et les staffs.

Les points négatifs, qui ne sont pas propres à la gynécologie, sont la charge administrative et les lourdeurs organisationnelles que tout le monde connaît. A titre d'information, le salaire moyen d'un PH mi-temps est autour de 1800 euros par mois pour 3 jours/semaine sans les gardes. Une garde de senior est le plus souvent payée 200 euros net.

Le reste du temps, j'exerce dans le privé dans les centres Pointgyn. Mon temps s'y répartit entre consultations au cabinet et chirurgie.

Au-delà des questions du salaire, plus élevé dans le privé que dans le public, je retrouve dans les centres Pointgyn ce que j'apprécie le plus à l'hôpital, à savoir, le travail en équipe et la formation médicale continue.

Nous exerçons ainsi comme dans un vrai service, aux côtés de gynécologues spécialisés dans d'autres domaines ; en cancéro, en endométriose, en fertilité, en DAN, en gynécologie médicale etc.

Nous avons d'ailleurs pris l'habitude de nous retrouver pour déjeuner ensemble entre collègues.

Ce travail en équipe permet d'adresser les patientes si besoin, c'est donc la garantie pour elles d'être bien soignées quelle que soit leur pathologie.

Comme à l'hôpital, Pointgyn insiste aussi beaucoup sur la formation médicale, par exemple avec des staffs tous les jeudis. En général, le chef d'un service de gynécologie est invité à faire un topo sur son domaine de spécialité. Ces topos peuvent être revus en replay, ce qui est pratique pour ceux qui ne peuvent pas se libérer.

Pointgyn, en tant que partenaire de l'AGOF, organise aussi des Masterclass pour les internes et CCA.

J'encourage souvent ceux de mon service à s'y inscrire. Par exemple, le dernier était animé par le Pr Hervé Fernandez, le grand spécialiste de l'hystérocopie au KB.

J'apprécie aussi une structure comme Pointgyn pour son efficacité. Au-delà du bon matériel (tous les box sont équipés au minimum d'un échographe, voire d'un hystéroscope et un colposcope) et des locaux agréables, je suis dégagée des contraintes administratives par les assistantes médicales pour pouvoir me consacrer à mon métier de médecin. Je peux même me faire assister pendant les actes diagnostiques (hystérocopies, colposcopies) ce qui me fait gagner un temps appréciable.

Depuis peu, Pointgyn a mis en place des parcours de paramédicaux (diététicienne, psychologue, ostéopathe, sophrologue) totalement pris en charge pour les patientes en cas de cancérologie, endométriose, fertilité ou grossesse. Je trouve que



c'est une bonne manière de faire de la médecine. Depuis cette année, je peux aussi exercer mon métier de chirurgienne au sein de Pointgyn en opérant à la clinique Saint Jean de Dieu à Paris. Il s'agit de chirurgie ambulatoire (coelioscopies simples, myomectomies, conisations et hystérocopie), car dans le privé, il est rare que les cas soient aussi difficiles qu'à l'hôpital.

Et dans ta vie actuelle de chirurgienne, as-tu un peu de temps pour toi, tes proches et pour tes loisirs ?

Effectivement, j'ai la chance de pouvoir organiser plutôt librement mon emploi du temps et cela est très important pour moi.

Je ne veux surtout pas opposer hôpital et médecine de ville car les deux sont nécessaires et complémentaires.

Les difficultés de l'hôpital faussent probablement l'image réelle que nous devrions avoir de l'exercice hospitalier. Je suis très attachée au

service public et très reconnaissante au Pr Uzan de m'avoir attribuée un poste de PH à temps partiel. Il me permet de continuer à exercer à l'hôpital tout en trouvant un équilibre idéal grâce à l'exercice dans le privé tel que le je pratique à Pointgyn.

J'espère que ce genre d'exercice mixte sera amené à se développer pour que les internes et CCA, qui nous lisent et qui sortiront dans quelques années, puissent eux aussi en bénéficier.

Frederic GLICENSTEIN

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

Le service de Gynécologie Obstétrique est universitaire, a 52 lits, et a assuré en 2021 le suivi et l'accouchement de 1800 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 Périnatal. 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 seniors, à la permanence des soins et au tableau de gardes, se formera avec les médecins seniors 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

**Gynécologue Obstétricien**
installé dans un cabinet privé
à Saint-Maur-des-Fosses

Cabinet équipé de matériels de dernière génération (Hystérocopes Delmont, Coloscopes, Échographe Voluson E10, Lasers...).

Vous souhaitez rejoindre une équipe dynamique et vous impliquer au bon fonctionnement du cabinet, alors

Contactez-nous au : 01 83 75 02 50

NOUS RECHERCHONS

**GYNÉCOLOGUE-
OBSTÉTRICIEN
REMPLAÇANT
RÉGULIER, INTERNE
ACCEPTÉ**

LES AVANTAGES DU POSTE DANS NOTRE CABINET MÉDICAL

- Un centre de santé accessible et innovant.
- Travail en équipe.
- Accouchement maternité niveau II A.
- Des moyens modernes de dernières générations.
- Un secrétariat médical de qualité à disposition.
- Zéro tâche administrative tout est géré par les secrétaires du cabinet.
- Cabinet tout neuf et très bien situé.
- Planning rempli garanti.



PROFILS RECHERCHÉS

Gynécologue Obstétricien H/F diplômé d'un DES,
inscrit au conseil de l'Ordre des médecins.

**L'organisation du cabinet médical**

vous permettra d'être entièrement dédiée à votre pratique, le secrétariat gère toute la partie administrative du suivi des patients (Rdv, enregistrement des droits, facturation, échographie, compte rendu...), équipé d'hystérocopes DELMONT, de coloscopes, de lasers, de LED, de Radiofréquence, d'échographe (Voluson E10 2021).

Vous souhaitez rejoindre une équipe dynamique et vous impliquer au bon fonctionnement du cabinet, alors

Contactez-nous au : 01 83 75 02 50

NOUS RECHERCHONS

**UN GYNÉCOLOGUE-
OBSTÉTRICIEN
ASSOCIÉ (H/F)**

avec un partage de patientèle à temps plein à Saint-Maur-des-Fosses (94) pour un cabinet médical de santé pluridisciplinaire spécialisé avec un pôle dédié à la femme.

LES AVANTAGES DU POSTE DANS NOTRE CABINET MÉDICAL

- Un centre de santé accessible et innovant.
- Travail en équipe.
- Accouchement maternité niveau II A.
- Des moyens modernes de dernières générations.
- Un secrétariat médical de qualité à disposition.
- Zéro tâche administrative tout est géré par les secrétaires du cabinet.
- Cabinet tout neuf et très bien situé.
- Planning rempli garanti.



PROFILS RECHERCHÉS

Gynécologue Obstétricien H/F diplômé d'un DES,
inscrit au conseil de l'Ordre des médecins.



CENTRE MÉDICAL DES HALLES SITUÉ À CHEVILLY-LARUE (94)

recrute à la suite départ en retraite pour vacances



GYNÉCOLOGUE

Le **CMS** des Halles existe depuis plus de 45 ans et a une histoire liée à celle du Marché de Rungis. Situé dans la zone administrative du MIN, à Chevilly-Larue dans le Val-de-Marne, il est ouvert à tous. Il offre l'avantage de bénéficier d'un excellent plateau technique.

Le **CMS** des Halles est un centre de santé pluridisciplinaire (médecine générale, 7 spécialités, services infirmerie radio, dentaire).

Secteur 1

CONTACT

M. LARTIGUE - sms.directeur@gmail.com - 07 89 83 79 70

Site : <https://www.centre-medical-rungis.fr>



Nous venons de créer **un beau cabinet multidisciplinaire associant psychologue, sexologue, sophrologue et plusieurs gynécologues** parfaitement équipé en plein cœur de Versailles (colposcopie, hystéroscopie).

Nous travaillons au sein d'une clinique chirurgicale voisine dotée entre autre d'un robot et d'une maternité 2a.

Nous recherchons deux gynécologues quelle que soit leur spécialité ! Toutes les modalités d'installation sont possibles.



ADRESSEZ VOS CANDIDATURES AU

Dr Deborah APFELBAUM, Chirurgien Gynécologue
06 83 59 01 10 - drdeborahapfelbaum@gmail.com



CENTRE HOSPITALIER AUNAY-BAYEUX (CHAB)

Établissement généraliste gérant une palette complète d'activité de soins

Le CHAB est un hôpital général dont les implantations principales se situent à 20 minutes de CAEN par voie express. Il couvre toutes les grandes disciplines médicales de proximité : MCO, SSR, psychiatrie, médico-social. Proche de la mer et des plages du débarquement, sa ville d'implantation principale, Bayeux, offre un cadre de vie agréable et touristique, à 2 h 30 de Paris par train direct et fréquent.



RECHERCHE GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN AU SEIN DE SA MATERNITÉ

Maternité de niveau 1 (14 lits) réalisant 500 accouchements/an. Activité de consultations variée, colposcopie, échographie. L'activité chirurgicale est diversifiée.

L'équipe déjà présente est composée de 3.5 ETP. Nous cherchons à la compléter par un médecin titulaire du DES de gynécologie obstétrique et possédant un diplôme d'échographe en gynécologie et obstétrique ayant un profil à orientation obstétricale ou mixte.



CONTACT :

Pour tout renseignement

Dr Lenka GALA-DIZAY, chef de service : 06 21 77 59 84

Candidature à envoyer à

Mr Olivier FERRENDIER : Directeur,

CHAB- BP 18127 144401 BAYEUX cedex

Mail : sec.direction@ch-ab.fr

Tél. : 02 31 51 51 50





CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-QUENTIN
SERVICE DE GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Recrute

GYNÉCOLOGUE- OBSTÉTRICIEN

**COMPÉTENCES
REQUISES**

DES de gynécologie-
obstétrique.
Lauréat PAE accepté.

Le centre hospitalier

- Le plus important centre hospitalier général de Picardie (950 lits et places).
- Établissement pivot du territoire Aisne-Nord / Haute-Somme.
- Situé à 1h d'Amiens, Lille et Reims et 1h30 de Paris.

Présentation du service

Maternité de niveau 2B avec 1600 accouchements par an.
Le service est composée de 30 Sages-Femmes, 7 praticiens hospitaliers et 2 assistants, 5 internes et 3 en stage couplé avec la pédiatrie.
Une unité de sénologie et cancérologie gynécologique (200 cancers du sein annuel, potentiel de la chirurgie fonctionnelle pelvienne).
Un plateau technique complet et moderne comprenant 10 salles de blocs opératoires et 5 salles d'accouchements.

**POSTE PROPOSÉ
ET PERSPECTIVE**

Praticien contractuel.
Praticien hospitalier.



CONTACT

Chef de pôle : **M. le Dr DAHMANI**
03 23 06 74 09 – a.dahmani@ch-stquentin.fr
Chef de service : **Mme le Dr DRON**
03 23 05 57 84 – a.dron@ch-stquentin.fr



CABINET GYNÉCOLOGIE
**SECTEUR BORDEAUX /
BRUGES**

« GYNÉ mon rendez-vous »
recherche
DES GYNÉCOLOGUES

à temps partiel ou temps complet en contrat salarié pour intégrer un cabinet médical dédié à la santé de la femme.

ÉTABLISSEMENT

« GYNÉ mon rendez-vous » dispose de deux cabinets sur secteur proche de bordeaux et d'une équipe médicale de gynécologues expérimentés souhaitant travailler à temps partiels. RCS 899 445 746.



VOS MISSIONS

- Assurer des consultations gynécologiques médicales ou suivi de grossesse.

AVANTAGES

- Intégrer le SECTEUR 2 quel que soit votre secteur d'activité actuel.
- Rémunération attractive (à titre indicatif minimum : 8000€ net jusqu'à 12000€ net pour un temps plein) et emploi du temps 100 % libre et aménageable.
- Contrats salariés en CDI.
- Intégrer une équipe médicale dynamique.

CONTACT : Docteur STORA - SELAS GYNÉ MON RDV
2 avenue des martyrs de la résistance - 33520 BRUGES
gynemonrdv@gmail.com - 06 44 24 16 79 / 07 49 91 48 73



Le Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres
« La proximité au service de votre santé »

RECRUTE

GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS

- Maternité de niveau II A équipée d'un service de néonatalogie accueillant les nouveaux-nés à partir de 34 semaines d'aménorrhée.
- 700 naissances en 2020.
- Activités de chirurgie de l'utérus, de l'ovaire, du prolapsus.
Cancer du sein et cancers gynécologiques...
- Endoscopie opératoire utérine, échographie...

UN HOPITAL NEUF AU SERVICE DU PATIENT

- Un équipement neuf, moderne et performant.
- 298 lits et places de MCO et soins de suite et de réadaptation.
- À proximité de Bressuire (Deux-Sèvres 79) - 1h15 de Nantes par la 2x2 voies.
- Près de 1600 personnels dont 120 médecins.
- Un bassin de population de 175 000 habitants.

NOS ATOUTS

- Liberté d'organisation au sein d'une équipe pluri-disciplinaire.
- Possibilité de développer de nouvelles activités.
- Douceur de vivre, absence d'embouteillages, immobilier attractif.

STATUTS PROPOSÉS

- Assistants.
- Praticiens contractuels.
- Praticiens hospitaliers avec ou sans activité libérale.
- Temps partagé possible.

CONTACT

Centre Hospitalier Nord Deux-Sèvres
M. Bruno BONNAIN, Directeur délégué et Directeur des affaires médicales
4, rue du Dr Michel BINET - 79350 FAYE L'ABBESSE
05 49 68 29 02 - direction@chnds.fr

www.chnds.fr

Réseaux sociaux :



Le Centre Hospitalier d'Orange

est l'établissement de référence du Nord-Vaucluse, situé au cœur de la Provence à 10 km 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.



RECRUTE

UN GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN

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 obstétrical 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

Mme Sabine CAMPOS, Direction des ressources Humaines et des affaires Médicales
06-25-75-94-08 : scampos@ch-orange.fr
Dr Philippe BIGOT, Président CME : 04.90.11.21.65 pbigot@ch-orange.fr



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



Situé au cœur de l'Europe dans un cadre de vie agréable, dynamique et multiculturel, le Centre Hospitalier de Luxembourg est l'exploitant de nombreux services nationaux.

Hôpital de référence doté de 600 lits, accrédité JCI, avec une activité d'enseignement et de recherche, il recrute :

UN MÉDECIN SPÉCIALISTE EN GYNÉCOLOGIE ET OBSTÉTRIQUE

Votre mission

Au sein d'un groupe de 10 gynécologues obstétriciens hospitaliers et 18 médecins libéraux, vous assurez la prise en charge et le suivi des patientes du service de Gynécologie-Obstétrique. Vous participez aux gardes de la Maternité et du service des grossesses à risque.

Votre profil

- Diplôme de médecin spécialiste en gynécologie et autorisation d'exercer la médecine au Grand-Duché de Luxembourg délivrée par le Ministère de la Santé.
- Compétences en grossesses à risque - médecine fœtale et échographies pathologiques
- Capacité à travailler en équipe et à s'adapter à un environnement de travail multiculturel.
- Connaissance du français, et idéalement d'une langue supplémentaire : allemand, luxembourgeois ou anglais.

Pour plus d'informations, n'hésitez pas à visiter notre site www.chl.lu et à contacter par mail le directeur de pôle vanwymersch.didier@chl.lu
Merci d'envoyer votre Curriculum Vitae accompagné d'une lettre de motivation à la Direction médicale du Centre Hospitalier de Luxembourg par mail à direction.medicale@chl.lu.

NB : Lors du recrutement, le candidat sera appelé à fournir les documents attestant qu'il remplit les conditions de moralité et d'honorabilité légalement exigées.

Compétences en grossesses à risque -
Médecine fœtale et échographies pathologiques
Sous contrat à durée indéterminée
à temps plein

Notre offre

- Un travail passionnant au sein d'une maternité de niveau 3 qui assure plus de 3300 accouchements par an.
- Le service de gynécologie-obstétrique comprend 52 lits et se compose d'une unité de grossesse à hauts risques avec importante activité de diagnostic anténatal, d'une unité de chirurgie gynécologique (chirurgie fonctionnelle et oncologie) et d'un service national de PMA.
- Une activité d'échographie de dépistage.
- Le service a une vocation universitaire et accueille des internes et des externes.
- Un contexte de modernisation et d'innovation favorisant l'initiative personnelle.
- Un cadre de vie et une rémunération agréable avec un statut de médecin salarié.
- Une formation médicale continue financée par l'hôpital.
- Les commodités d'une crèche à l'hôpital.

