

LE CORDON ROUGE

Association des Gynécologues
Obstétriciens en Formation

AGQF



DE JADIS À NAGUÈRE
L'histoire de la pilule
contraceptive

**INTERVIEW DE DOCTEURS
JUNIORS**

Comment s'est passée
cette première année
de réforme ?

**YOGA ET GROSSESSE,
UNE MÉTA ANALYSE**

QUID DE LA FST DE PMA

**UNE MISSION HUMANITAIRE
POUR LES FEMMES
UKRAINIENNES**

N°24

Février 2023

REVUE POUR LES INTERNES DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

www.agqf.info

**SÉCHERESSE VULVO-VAGINALE - DIFFICULTÉS DE CICATRISATION
DOULEURS, DYSpareunies - TROUBLES DE LA LUBRIFICATION**



MUQUEUSES VULVO-VAGINALES ALTÉRÉES

mucoGYNE®

**La réponse intime non hormonale
à l'acide hyaluronique**



Format ovule



Format gel



**CONVIENT
À TOUTES
LES FEMMES!**

Sommaire

ÉDITORIAL | LE MOT DU PRÉSIDENT P 01

DE JADIS À NAGUÈRE P 02

L'histoire de la pilule contraceptive

INTERVIEW DE DOCTEUR JUNIORS P 05

Retour sur le statut de Docteur Junior en gynécologie obstétrique : Interview après la première année de deux docteurs juniors

YOGA ET GROSSESSE P 10

RETOUR SUR EXPÉRIENCE P 13

FST de PMA en gynécologie obstétrique

UNE MISSION HUMANITAIRE POUR LES FEMMES UKRAINIENNES EN ROUMANIE P 16

INTERVIEW D'EXPERT P 21

Le traitement hormonal de la ménopause et la prise en charge des femmes ménopausées

BIEN-ÊTRE DES INTERNES DE GYNÉCOLOGIE P 25

ANNONCES DE RECRUTEMENT P 26

Membres du bureau
Frédéric Glicenstein, Paris, Président
Alexane Tournier, Montpellier, Vice-présidente et co-responsable Infogyn
Rayan Hamadmad, Paris, Trésorier et référent CEGO
Léa Descourvières, Lille, Secrétaire Générale - Co-Responsable podcast

Membres actifs
Océane Pécheux, Genève, Co-Responsable podcast
Xavier Ah Kit, Bordeaux, Co-responsable Infogyn et qualité de vie des GO
Radostina Vasileva, Paris, responsable PSF
Michel-Gabriel Cazenave, Paris, VP ISNI
Ifrene Lavinia, Lille, Responsable relations internationales - ENTORG
Maryame El Gani, Tours, Responsable de communication et référente CEGO et co-responsable SCGP/ESGE
Louise Benoit, Paris, Responsable certification cancérologie/ RPC
Anaïs Sevestre, Nantes, Responsable Cordon rouge
Doris Célanie, Antilles, VP Gynécaraibes
Anne Leostic, Paris, Co-responsable qualité de vie des GO
Chloé Gaillard, Rennes, Co-responsable qualité de vie des GO
Rémi Patrice, Bordeaux, Co-responsable qualité de vie des GO
Marie- Hélène Emektas, Lille, Co-responsable PSF
Morgane Goetz-Fu, Lyon, VP GO connectée

Membres associés aux projets
Sergiu Chis, Hélène Lamirand, Thomas Parsy

Membres actifs seniors associés aux projets
Claude Vibert Guigue, Jean Paul Renner

Membres d'honneurs
Imane Ben M'Barek, Claire Cardaillac, Alexandre Boyer de Latour

ISSN : 2269-0255

Éditeur
Réseau Pro Santé
14, rue Commines | 75003 Paris
M. TABTAB Kamel, Directeur
reseauupsante.fr | contact@reseauupsante.fr

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

Editorial



MOT DE LA RÉDACTRICE EN CHEF

Chers lecteurs, Chères lectrices,
Je tenais à ouvrir cette nouvelle édition du Cordon Rouge en saluant le travail formidable d'Alexane Tournier ayant encadré avant moi de nombreuses publications du Cordon Rouge. Nous te remercions chaleureusement pour tous ces articles intéressants et innovants. Nous te remercions également pour ton implication dans l'AGOF et pour avoir (encore) participé à la rédaction d'un article, cette fois-ci sur l'histoire de la pilule contraceptive.

Pour ce premier numéro, vous y trouverez plusieurs articles sur la formation des internes avec des retours sur expérience de la première génération de docteur juniors ou sur la FST de PMA. Nous souhaitons également mettre en lumière l'implication de certains dans des projets humanitaires en parallèle de leur internat de gynécologie, qui j'espère inspirera certains d'entre vous.

Bonne lecture à tous,

Anaïs SEVESTRE

Rédactrice en chef de la revue le Cordon Rouge



MOT DU PRÉSIDENT

Chers collègues, amis, confrères,
L'année 2022/2023 affiche ses paradoxes pour les internes, CCA et assistants en gynécologie obstétrique. Sur une sérieuse étude universitaire (en cours de parution, avec 600 répondants sur 1000), 20 % des internes se déclarent en burn out sévère (score Maslach strict) et 14 % ont des idées suicidaires (avec près des 2/3 de ceux-ci n'ayant pas de suivi). L'odds ratio qui associe le mal-être aux violences subies par les titulaires (PH, PU-PH, ou même sages-femmes) est autour de 6. Quelle dépersonnalisation peut justifier une telle violence entre confrères ? Par ailleurs, les tensions dans les maternités et hôpitaux se majorent de jour en jour, et la menace d'une coercition pour combler les effectifs dans les petites maternités nous pèse sur le moral.

Paradoxalement, l'activité de productivité et d'ingéniosité des jeunes GO est en pleine effervescence. Au sein de notre association nous sommes témoins de la création de nouveaux contenus numériques (par les jeunes GO, pour les jeunes GO). Il y a 39 000 écoutes du podcast "le micro des gynécos", et 20 000 utilisations annuelles des outils de l'AGOF sur l'application 360 medics. Les supports de l'AGOF tels que le tutoriel gratuit en réalité virtuelle sur smartphone de manœuvres obstétricales (siège/dystocie) sont utilisés dans de nombreux pays francophones ainsi qu'au Vietnam. La commission bien-être des internes continue sa quête pour l'amélioration de nos conditions. L'année 2022/2023 correspond aussi à l'année de création de 2 journées dédiées à la formation : un master class d'échographie et une masterclass infertilité/endométriose. Enfin, en gardant le meilleur pour la fin : l'AGOF prend une part importante à l'organisation du congrès de la FIGO à Paris en octobre 2023 en coopération avec les associations homologues européennes et mondiales !

En vous souhaitant une belle année et le succès et réussite que vous méritez amplement, dans l'espoir de vous retrouver à la FIGO,

Frédéric GLICENSTEIN
Président de l'AGOF

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.



L'histoire de la pilule contraceptive

De tout temps, les Hommes ont essayé de maîtriser leur contraception. Dès l'antiquité, les manuscrits romains ou égyptiens décrivaient déjà des méthodes abortives mais aussi contraceptives tels que les « tampons de fibres » à base d'épines d'acacia, de dattes et de miel placés dans le vagin (1). Revenons alors sur la pilule en quelques dates !



1920 : L'Assemblée Nationale a voté une loi « réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle ».

1956 : Le médecin américain Gregory Pincus, après plusieurs années de travail sur les hormones féminines, est à l'origine de la première pilule contraceptive qui est uniquement progestative (2). Sous couvert d'une surpopulation, le médicament est rapidement testé à grande échelle sur les femmes haïtiennes et portoricaines.

1958 : Lors de sa dernière année de pontificat, le pape Pie XII condamne et juge immoral l'emploi de la pilule à des fins contraceptives.

1960 : La première pilule œstroprogestative (Enovid™) quant à elle, est commercialisée en 1960 aux États-Unis (3). Grâce à sa simplicité d'utilisation et de prescription, elle connaît un succès immense aux États-Unis.

En Europe, elle est rapidement importée massivement de façon illégale. Mais Les années 60 seront les années du militantisme, et cela comprendra le combat pour avoir accès à la contraception.

1963 : Le Dr John Rock, un des gynécologue ayant participé à la conception d'Enovid, publie le livre « *The Time Has Come: A Catholic Doctor's Proposals to End the Battle over Birth Control* », un traité détaillant les arguments pour et contre l'utilisation de la pilule contraceptive d'un point de vue scientifique et religieux. Il a pour espoir d'obtenir l'accord du Pape. Il a tenté de faire valoir l'idée que la pilule était compatible avec les valeurs de l'église catholique, puisqu'elle respectait le cycle menstruel naturel des femmes, avec l'aide d'hormones naturellement produites par elles en temps normal. Pour certains, le Dr Rock est à blâmer pour l'ajout de la fameuse pause de 7 jours entre les plaquettes, jugée inutile en termes d'efficacité ; ajouté afin d'obtenir les faveurs de l'église. Selon d'autres, comme Jane Dickson de la RCOG l'explique dans une interview (4), cette pause – en plus d'apaiser l'église – permet de créer une période de récupération sans hormone et de réassurer sur l'absence de grossesse en cas de règles (même si elles ne sont pas « réelles »).

1965 : L'église réunit un comité de 51 membres, comprenant 20 théologiens, 19 démographes, sociologues et économistes, 12 médecins et trois couples (français, américain et canadien).

Les laïcs étant majoritaires, la commission rend un avis en faveur de l'acceptation de la pilule par la religion. Soumis à l'avis final des théologiens seuls, la conclusion en 1966 est finalement en faveur également de la contraception, dont "il appartient (aux couples) de décider ensemble" la méthode (5). Mais après deux ans de silence, le Pape Paul VI publia en 1968 son encyclique « *Humanae vitae* », qui réaffirmait la désapprobation de l'église catholique face à la contraception : "Est (...) à exclure, comme le Magistère de L'Église l'a plusieurs fois déclaré, la stérilisation directe, qu'elle soit perpétuelle ou temporaire, tant chez l'homme que chez la femme".

1967 : La pilule devient légale en France. Lucien Neuwirth réussit, malgré des débats parlementaires très violents, à faire adopter un texte de loi autorisant la contraception et abrogeant la loi du 31 juillet 1920. Et ceci après plusieurs propositions de loi repoussées : onze propositions en 10 ans ! Ce n'est que le 3 février 1969 qu'un décret réglementant la fabrication et la prescription des contraceptifs (décret 69-104 sur les médicaments et produits contraceptifs) fut publié. La pilule est délivrée sur ordonnance uniquement en pharmacie et avec autorisation parentale pour les mineurs.

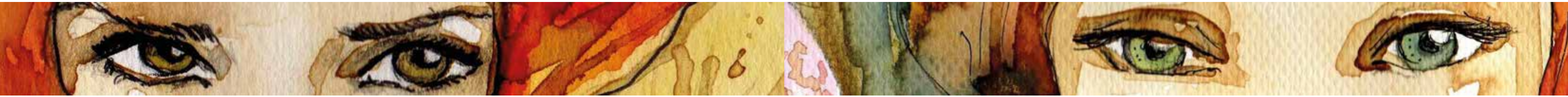
1974 : Les lois Veil défendues par Lucien Neuwirth et Simone Veil alors ministre de la Santé, la loi de 1974 outrepassa celle de 1967. Le recours à la pilule comme méthode de contraception se généralise parmi toutes les classes sociales. La contraception est remboursée par la Sécurité sociale. Pour les mineurs, l'anonymat et la gratuité de la contraception sont assurés grâce aux centres de planification.

Années 80/90 : La recherche dans le domaine de la contraception hormonale s'est poursuivie avec comme objectif majeur, une meilleure tolérance clinique et métabolique.



Ainsi, le choix contraceptif a été fortement élargi avec l'apparition du DIU hormonal, de l'anneau ou du patch. Les doses d'estrogènes des pilules ont fortement diminué et les progestatifs possibles sont plus nombreux. Toutefois, aucune de ces innovations n'a permis d'aboutir à une absence de risque, notamment sur le plan vasculaire, ou à une meilleure efficacité contraceptive (6). Plusieurs crises médiatiques ont émaillé cette évolution avec des retentissements très différents. La crise du milieu des années 1990 liée à l'impact plus délétère des contraceptions dites de 3^e génération n'a d'abord eu qu'une portée limitée. En effet, l'utilisation de ces contraceptifs n'a cessé d'augmenter jusqu'en 2013, au détriment des contraceptions dites de 2^e génération alors même que des études épidémiologiques montraient déjà des différences de risque sur le plan vasculaire (7).

2008 : Benoît XVI célèbre les 40 ans de l'encyclique « *Humanae vitae* » sans l'ajuster, car l'unique contraception demeure "l'observation des rythmes naturels de la fertilité de la femme". L'actuel pape François soutient qu'éviter une grossesse n'est pas un mal absolu en comparaison à l'avortement qui reste un crime au regard de l'Église catholique.



2012 : L'affaire Larat entraînera un véritable tsunami et un immense changement de comportement des femmes. Marion Larat est la première française à porter plainte pour « atteinte involontaire à l'intégrité de la personne » à la suite de son accident vasculaire cérébral survenu à ses 18 ans. Elle réclame la reconnaissance des liens de causalité entre son accident et la prise de la pilule 3^e génération, Meliane. Elle sera reconnue par la justice en 2018 comme victime d'un accident médical non fautif et une indemnisation sera octroyée.

2013 : L'année sera marquée par le scandale Diane 35, ce contraceptif de 3^{ème} génération très largement prescrit comme anti acnéique sera retiré de la vente pendant trois mois avant d'être de nouveau autorisé.

2018 : Selon un sondage de l'Institut français d'opinion publique, 32 % des femmes utilisent la pilule comme moyen de contraception contre 40 % en 2010. Ce changement peut être expliqué de différentes manières : par le développement des réseaux sociaux et de l'information à grande vitesse, par le recours plus fréquent à des procédures juridiques, par les mesures des autorités de santé prises (diffusées plus rapidement) et par l'intérêt plus profond de la population pour l'écologie (l'impact écologique des hormones pour notre planète). On observe donc un retour aux méthodes non hormonales.

2019 : La première phase d'essai clinique pour le contraceptif masculin "11-beta-MNTDC" est passée avec succès. En 2022, aucune pilule contraceptive masculine n'est présente sur le marché. La maîtrise de la contraception est toujours principalement assumée par les femmes. L'histoire de la contraception s'écrit donc encore.

Alexane **TOURNIER**

Références

1. Sullivan R. Divine and rational: the reproductive health of women in ancient Egypt. *Obstet Gynecol Surv* 1997 ; 52 : 635-42.
2. Geneviève Plu-Bureau, Brigitte Raccah-Tebeka. L'histoire de la contraception s'écrit encore ! *Médecine/sciences* 2020 ; 36 : 687-8.
3. Junod SW, Marks L (2002). "Women's trials: the approval of the first oral contraceptive pill in the United States and Great Britain". *J Hist Med Allied Sci*. 57 (2): 117-60. doi:10.1093/jhmas/57.2.117. PMID 11995593. S2CID 36533080.
4. Ewens, Hannah; Hollenbeck, Corissa (January 22, 2019). "The Truth About the 'Pope Rule' and the Seven Day Contraceptive Pill Gap".
5. Esprit Presse (10 février 2010) « La décision dans l'Église. Contraception, procréation assistée, avortement : trois moments clés ».
6. Plu-Bureau G, Sabbagh E, Hugon-Rodin J. Hormonal contraception and vascular risk: CNGOF contraception guidelines. *Gynecol Obstet Fertil Senol* 2018 ; 46 : 823-33.
7. Bloemenkamp KW, Rosendaal FR, Helmerhorst FM, et al. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen. *Lancet* 1995 ; 346 : 1593-6.

Retour sur le statut de Docteur Junior en gynécologie obstétrique : Interview après la première année de deux docteurs juniors

L'année 2021-2022 a vu naître un nouveau statut de Docteur junior. Nous avons voulu interroger deux docteurs juniors afin qu'ils nous décrivent leur année et nous donne leur opinion sur la réforme.



➔ Lise Harendarczyk,
Interne à Nantes,
DJ à La Roche-sur-Yon



➔ Xavier Ah-Kit
Interne à Bordeaux, DJ à Libourne

Est-ce que le choix de ton stage en docteur junior a été simple ? La plateforme est-elle compréhensible ?

Xavier : Oui plutôt, nous nous étions entendus avec ma promotion de discuter des choix en amont du **big Matching**. Nous étions plusieurs à souhaiter le même poste malheureusement. Le service concerné a décidé de mener des entretiens en amont du big Matching afin de nous départager.

Lise : Non, le choix n'a pas été simple. Mon choix a été orienté par l'équipe pédagogique dû à une complexité sur le nombre de postes. Je souhaitais initialement réaliser mon stage au CHU de Nantes.

Enfinement, parmi les périphéries possibles j'étais ravie de pouvoir le réaliser à la Roche-sur-Yon. J'avais déjà réalisé un stage là-bas, et j'étais contente d'y retourner. Une fois que j'ai su que je ne pourrai pas effectuer mon stage au CHU, le choix de la périphérie a été simple avec les deux autres docteurs juniors de ma promotion.

La plateforme en revanche est très mal faite, le site n'est pas très intuitif. Je trouve ça un peu régressif de devoir classer des stages avec des cœurs. De surcroît, nous avons eu un bug d'appariement le jour des choix et nous avons dû refaire nos vœux...



Était-il envisageable dans votre région de réaliser un semestre ou une année en inter-CHU pendant le docteur junior ?

Xavier : Comme nous étions la première promotion de docteur junior, on nous avait dit que les inter-CHU devaient se dérouler lors de la phase d'approfondissement plutôt. Cependant, comme chacun le sait, il est parfois difficile de prévoir son inter-CHU tôt dans son parcours. Dans ma promotion il y n'a pas eu de demande d'inter-CHU faite lors de cette première année de docteur junior. Une dérogation était possible si le projet pédagogique était solide et soutenu par les encadrants. Depuis novembre 2022, une interne de la nouvelle promotion a pu aménager un stage de 6/6 mois avec notamment un inter-CHU de 6 mois à Paris.

Lise : Cela n'a pas été proposé directement mais d'un côté je crois qu'aucune de nous trois ne le souhaitait. En revanche, je sais qu'il a été discuté de pouvoir partir dans « la grande région » c'est-à-dire au CHU d'Angers ou ses périphéries. Pour notre année, il a été convenu avec Angers que chaque interne restera dans sa région. Cependant, cette année certains docteurs juniors ont pu échanger (une interne d'Angers au CHU de Nantes et une interne de Nantes au CHU d'Angers).

Comment s'est déroulée cette année sur le plan pratique ? (1 an ou 2 fois 6 mois / Orientation gynécologique / obstétrique)

Xavier : J'ai réalisé mon année de docteur junior pendant un an dans le même service. Les années de docteur junior ont été prévues sur des créneaux d'un an à Bordeaux initialement.

Mon stage était mixte avec de l'obstétrique, de l'échographie et de la chirurgie. Le service m'avait demandé en amont ce que je souhaitais faire notamment en consultation ou si je souhaitais réaliser des échographies obstétricales.

Lise : Pour cette première année de réforme on nous a surtout proposé de réaliser 1 an de stage au même endroit. Ceci est en train de changer pour la promotion en dessous de nous, ils sont plus flexibles en fonction du projet de chacun (inter-CHU, etc.).

Pour ce qui est de mon stage, j'avais une orientation mixte mais principalement chirurgicale initialement. J'ai pu au fur et à mesure de mon stage inclure de plus en plus d'obstétrique avec l'accord de mes encadrants (rajout de journées de salle sénior en plus par exemple).

Avez-vous eu vos propres plages de consultation, quels étaient les motifs de consultations ?

Xavier : Oui, j'avais 2 journées de consultations par semaine à peu près. Les motifs de consultation étaient assez classiques : du suivi de grossesse (physio et/ou pathologique) ; des consultations gynécologiques (métrorragies, contraception, kyste ovarien, prolapsus) qui me permettait de programmer des patientes au bloc opératoire. Je n'ai juste pas fait de cancérologie par choix.

Lise : J'avais une journée par semaine de consultation mixte gynécologie et obstétrique. C'est vraiment un des points forts de la réforme selon moi. J'ai eu l'impression d'accéder tranquillement à l'autonomie de cette façon.

J'ai pu réaliser des suivis principalement pathologiques et gynécologiques tout venant. Certains motifs de consultation me permettaient de pouvoir programmer des interventions chirurgicales sur mes plages de bloc ou celles de mes séniors.

Avez-vous eu vos propres plages de bloc, quels types d'interventions avez-vous réalisé ? En autonomie ou non ?

Xavier : Oui, le service avait mis en place des plages opératoires « supervisées » de sénior sur lesquelles je pouvais programmer mes patientes.

Le sénior était soit en salle soit disponible seulement si besoin en fonction de la difficulté de l'intervention. J'ai pu donc réaliser en autonomie des hystérectomies totales coelioscopiques ou Laparo, des coelioscopie (kystectomie, stérilisation tubaire, etc.), des conisations ou des hystérosopies.

Lise : Je conservais une activité de service en tant qu'interne au sein du service de chirurgie.

Cependant, j'ai pu réaliser des interventions en autonomie sur quelque plage opératoire à mon nom pendant lesquels j'avais un interne avec moi par exemple. Cette configuration n'était pas majoritaire mais vraiment essentielle selon moi. Je trouve que c'est nécessaire d'apprendre à opérer avec un novice en première aide. Ce sont des situations qui nous impose une difficulté différente. Il y a plein de choses auxquelles on ne pense pas quand un sénior est dans la pièce (faire la check-list, connaître tous les fils dont nous avons besoin, etc.), être seule ça permet de pousser l'autonomie un peu plus loin. Sinon le reste du temps j'étais soit sur un planning d'interne au bloc opératoire soit je pouvais programmer certaines de mes patientes sur les plages opératoires de mes séniors afin de les opérer avec leur aide en fonction de la difficulté.

Aviez-vous des journées de salle de naissance en tant que sénior ?

Xavier : Oui, j'avais une à deux journées de salle de naissance par semaine en tant que chef, et avec un sénior disponible si nécessaire.

Lise : Oui, 1 jour de salle par semaine en tant que sénior avec une astreinte. C'était très simple à mettre en place à La Roche-sur-Yon. Ils avaient déjà un chef de salle + une astreinte de jour et de nuit 7j/7 avant l'arrivée des docteurs juniors. J'avais donc une astreinte de disponible si besoin.

Sur quel mode avez-vous réalisé vos gardes ? en tant qu'interne ou en tant que sénior ?

Xavier : J'ai été directement intégré au planning de garde des séniors. Afin que ceci soit possible, ils ont mis en place une astreinte opérationnelle non rémunérée. Je n'ai donc pas réalisé de gardes d'interne durant mon année de DJ. Ils ont facilement mis en place ce système puisqu'ils fonctionnent de cette façon depuis plusieurs années avec des internes en fin d'internat. Ils avaient déjà acquis une expérience de ces gardes séniors avec des vieux semestres avant l'arrivée des docteurs juniors. Cela n'a donc posé aucun problème. Ma rémunération de garde était équivalente à celle des séniors du coup.

Lise : J'ai réalisé mes gardes sur le planning des internes, c'était une décision commune entre le chef de service et moi. Cela ne m'a pas posé de problème du tout. Je considère que c'était logique par rapport à l'ancienne réforme où l'on était encore interne quoi qu'il arrive. Je voulais continuer à apprendre en sécurité. Vers la fin de l'année en revanche, je commençais à ressentir le besoin de prendre mon envol, ils m'ont donc proposé de réaliser des remplacements dans une maternité de plus petit niveau d'un contrat de solidarité territoriale. C'était parfait pour réaliser la transition Interne-sénior en autonomie.

Savez-vous ce qu'il en sera des gardes ou du poste de Docteur junior pour la seconde année de docteur junior ?

Xavier : Pour ma part je réalise ma deuxième année de docteur junior au sein d'une clinique. C'est un stage de chirurgie principalement et c'est exactement pour ça que nous avons réussi à faire ouvrir ce poste. Du coup, je n'ai pas de garde cette année. Pour ce qui est des autres terrains de stage, il n'y a pas de DJ 2^{ème} année au CHU mais pour les premières années ils prévoient de leur faire faire



des gardes de séniors. Après il faut savoir qu'à Bordeaux les lignes de gardes sont constituées de 2 séniors et 3 internes ce qui rend la logistique des gardes seniorisées plus simples.

Dans les autres stages de périphérie, certains peuvent faire des gardes de sénior seulement le week-end par manque d'internes pour les activités de service en semaine, et pour d'autres stages les docteurs juniors sont sur le planning des internes.

Lise : Au CHU, il n'y aura pas de garde de sénior. Au CHU de Nantes la nuit il y a 2 internes (1 aux urgences gynécologiques et 1 en salle de naissance / obstétrique avec un seul sénior. Nous avons également une astreinte si besoin. Nos encadrants considèrent que l'astreinte à distance n'est pas suffisante pour encadrer une garde d'un docteur junior, sachant qu'elle n'est pas mobilisable très rapidement. En revanche, en périphérie il est prévu de réaliser des gardes de sénior avec ou sans astreinte en fonction des centres (si astreinte déjà en place ou non).

Aviez-vous des demi-journées de formation ? À quelles fins ont-elle été utilisées ?

Xavier : Oui, c'était respecté, j'ai pu réaliser 2 diplômes universitaires cette année.

Lise : Ce n'était pas clairement intégré au planning mais je n'ai pas eu de difficulté à me rendre aux congrès. Je n'ai pas réalisé de DU cette année mais c'était un choix de ma part.

Que pensez-vous de la réforme et sa mise en place ?

Xavier : Je pense que la réforme est politique et est une façon déguisée d'avoir de la main d'œuvre pas chère au sein de l'hôpital public. Cette réforme a entraîné la suppression des DESC et selon moi les FST sont moins facilement accessibles particulièrement en cancérologie. La FST de cancérologie nécessite de sacrifier des stages d'obstétrique sans avoir la garantie d'avoir une place dans un service de chirurgie seule.

Deuxièmement, on a modifié une maquette avec 1 an d'internat de plus mais cela n'incitera pas les gens à rester dans le service public après leur 1 an d'assistantat. Hormis l'argument économique de la réforme je ne vois pas d'autre raison à ce changement.

De plus, pour moi avec la réforme je vois l'internat comme 4 ans de formation et ensuite 2 ans d'autonomie avec une pratique indépendante plus rapide qu'avant. Côté chirurgie c'est un saut dans le grand bain rapide. Avant, lors de cette dernière année d'internat souvent on réalisait des semestres de chirurgies à plein temps (5/5j au bloc opératoire) maintenant avec la réforme j'ai l'impression que nous sommes amputés de ces stages très formateurs.

J'ai l'impression que notre génération risque d'avoir du retard sur la formation chirurgicale. Parmi les arguments avancés en faveur de cette réforme on retrouve la notion de formation « d'omnipraticiens » alors même que l'on nous demande de s'orienter très tôt. Je trouve l'ancienne réforme plus adaptée à une formation généraliste. On pouvait mener notre internat en toute polyvalence et ensuite s'orienter en post-internat.

J'ai par exemple choisi de faire ma deuxième année de Docteur junior en clinique afin d'avoir l'opportunité d'opérer au maximum et effectivement je n'ai pas regret. Cela me pose question quant à l'avenir de l'enseignement au sein de l'hôpital public (en plus du transfert de certaines spécialités devenues principalement privées).

Cependant, nous sommes tous adaptables et je pense que chacun peut réussir à tirer le meilleur de notre formation et surtout celle qui lui convient le mieux. Il faut aussi noter que cela nous permet quand même d'exercer en autonomie dans des centres qui peuvent t'aider en cas de soucis et de pouvoir prendre son envol progressivement.



Lise : Honnêtement je ne pense pas que la réforme soit une avancée par rapport à l'ancien format d'internat.

Je trouve que la première année était plutôt positive sur certains points comme la séniorisation progressive en salle de naissance et l'accès à la consultation par exemple.

Mon problème réside surtout sur la deuxième année. Je n'y trouve aucun intérêt par rapport à l'ancienne réforme. On recule le pas vers l'autonomie totale en rallongeant d'un an sans ajouter d'avantage particulier. Nous avons presque un poste d'assistant mais pas

vraiment (pas de garde de senior par exemple...) et surtout sans les avantages ! Nous avons moins de congés, nos diplômes universitaires ne sont pas pris en charge par l'hôpital, notre rémunération est inférieure et nous payons encore nos droits universitaires pendant 2 ans alors que nous avons tous passé notre thèse ! Même si durant la première année nous avons eu un peu plus d'autonomie, il faudra quand même sauter le pas à la fin.

Je ne suis pas sûre qu'une année supplémentaire réduise la taille de la marche si on n'adapte pas mieux cette deuxième année de DJ.

Je tiens à remercier Xavier et Lise pour leur participation. Si vous étiez docteur junior en 2021-2022 et que vous souhaitez donner votre avis sur la réforme et son application, un questionnaire est ligne a été mis à disposition. Vous pouvez vous rapprocher de vos référents qui l'ont reçu pour diffusion. Cette enquête permettrait de mettre en évidence les disparités d'application de la réforme selon les centres, mais également aidé nos encadrants à proposer les meilleurs aménagements.



Yoga et Grossesse

Qu'est-ce que le Yoga ?

Il existe de nombreuses définitions du yoga. Cette pratique peut être décrite comme un sport, un art de vivre ou même une philosophie. L'origine du yoga et son ancienneté n'est pas consensuelle mais on retrouve les premières descriptions (bien éloignées des pratiques occidentales actuelles) entre le **II^{ème} Siècle av. J.C. et le V^{ème} Siècle av. J.C.** en Inde. C'est une activité qui combine à la fois des exercices de respiration, de la relaxation et des exercices posturaux.

Le yoga au cours de la grossesse

Depuis quelques années, le nombre de cours de yoga prénatal à France a drastiquement augmenté. Ces cours s'avèrent être presque incontournables dans l'offre des studios de yoga.

On sait maintenant que le stress, l'anxiété ou la dépression sont associés à un risque augmenté de prématurés, des petits poids de naissance jusqu'à des risques neurodéveloppementaux. Parmi les moyens pendant la grossesse permettant d'améliorer ces issues chez les femmes enceintes on retrouve par exemple, les cours de préparation à l'accouchement ou l'activité physique. Plus spécifiquement, les études sur le yoga prénatal suggèrent en effet de nombreux effets positifs psychologiques mais également sur les issues de l'accouchement. Le yoga pourrait améliorer la dépression, le stress, l'anxiété, la qualité de vie et les relations interpersonnelles (1).

Effets négatifs et adaptation de la pratique à la femme enceinte

Les études suggèrent que la pratique du yoga semble être sans danger lors de la grossesse. Cependant comme toutes les activités physiques, la pratique du yoga pendant la grossesse doit suivre certaines recommandations comme celles suggérées par l'équipe de Mottola et Artal (4) : **Le principe FITT** soit la fréquence (au moins 3 fois par semaine), Intensité (de 30 % HRR à

Le Yoga s'est démocratisé depuis les années 90 en occident avec notamment l'émergence de nombreuses formes de yoga différents (Ashtanga, vinyahasa, hatha, etc.). En France, la pratique ne cesse de s'accroître avec une augmentation du nombre d'élèves de plus de 300 % en 10 ans, avec plus de 7,9 millions de personnes qui pratiquent régulièrement selon le syndicat national des professeurs de Yoga.

Plus spécifiquement, certaines études suggèrent une efficacité sur le stress rapporté mais également sur le stress physiologique du yoga en améliorant par exemple la réponse du système nerveux autonome au stress par des mesures de variabilité de fréquence cardiaque (2). On constate également des effets sur les issues potentielles de l'accouchement comme le temps de travail moins long et un nombre diminué de césarienne.

Plusieurs études ont tenté de comparer le yoga et les cours de préparation à l'accouchement classique, celles-ci suggèrent un effet bénéfique du yoga supérieure à la fois sur la santé physique mais également sur la dépression anténatale lorsqu'elle est modérée (3).

70 % d'HRR), temps (Au moins 25 minutes à une intensité modérée mais pas plus de 40 min à une haute intensité) et type d'activités (Marche ou activité en aérobic bougeant de grands groupes musculaires). Ces recommandations sont applicables à toutes les activités physiques pendant la grossesse.



Preuve scientifique dans les publications, une méta analyse réalisée en 2022 (5)

Les bienfaits du yoga semblent être évidents au sein du grand public et des studios de yoga et particulièrement le yoga prénatal mais qu'en est-il des preuves scientifiques de son intérêt lors de la grossesse ?

La revue de la littérature et méta analyse réalisée par l'équipe de Corrigan en 2022 concernait les **études contrôlées** avec comme intervention des **séances de yoga prénatal**.

Un des objectifs était d'évaluer quels types de programmes de yoga suggèrent des effets positifs (ou négatif) pendant la grossesse mais également le niveau de preuve de celles-ci.

Ils ont inclus 31 études contrôlées regroupant donc 2217 femmes enceintes.

Aucune des études n'a été réalisée en France ou en Europe mais 41 % des publications incluses dans leurs analyses ont été réalisées en **Inde**.

Les interventions de yoga étudiées dans ces études étaient très variées allant d'une session de yoga pendant la grossesse à tous les jours.

La durée de la séance quant à elle variait de 20 à 120 minutes. Le type de yoga pratiqué ou le détail des postures n'étaient pas renseignés dans 27 des 31 études.

La métaanalyse suggère un effet positif du yoga prénatal surtout sur l'anxiété, la dépression pré et postnatale ainsi que sur le stress perçu des patientes.

Concernant l'accouchement, ils relèvent une **diminution du temps de travail de 2h** en moyenne, une augmentation de 2,5 fois la chance d'un accouchement voie basse (12 études soit 1195 patientes OR= 2,52) et une diminution de l'analgésie pendant le travail.

Ils n'ont en revanche retrouvé aucun effet secondaire, le yoga serait donc une pratique sans danger pendant la grossesse.

Cependant, ces résultats sont à interpréter avec précaution devant des niveaux de preuves faibles et des biais importants dans les études.

Une revue de littérature menée par l'équipe de Cramer (6) nous expose que les essais contrôlés randomisés sur le yoga réalisés en Inde ont **25 fois plus de chance de retrouver des effets positifs**. La validité externe de ces études en France est donc très discutable, le yoga ayant une signification spirituelle ainsi qu'une pratique très différente en Inde qu'en Europe ou

aux États-Unis. Ses effets en Inde peuvent difficilement y être extrapolés. On remarque également que la majorité des femmes inclues dans les études étaient de catégories socio-économiques moyennes à hautes, il existe donc un biais de sélection important. Une séance de yoga prénatal en France peut varier de 5 à 35 euros la séance !

La revue de la littérature suggère surtout la nécessité d'études contrôlées randomisées avec des statistiques irréprochables et en association à des professeurs de yoga formés afin d'uniformiser les interventions de yoga au sein des études cliniques (fréquence des séances, types d'exercice ou de postures ou le type de yoga). Je vous invite à lire cette revue de la littérature avec méta analyse qui comporte beaucoup d'autres informations non rapportées ici.

Anaïs SEVESTRE

Vous pouvez compléter vos connaissances sur le sport et la grossesse grâce à 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.



Sources

1. Rakhshani A, Maharana S, Raghuram N, Nagendra HR, Venkatram P. Effects of integrated yoga on quality of life and interpersonal relationship of pregnant women. *Qual Life Res Int J Qual Life Asp Treat Care Rehabil.* déc 2010;19(10):1447-55.
2. Satyapriya M, Nagendra HR, Nagarathna R, Padmalatha V. Effect of integrated yoga on stress and heart rate variability in pregnant women. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* mars 2009;104(3):218-22.
3. Uebelacker LA, Battle CL, Sutton KA, Magee SR, Miller IW. A pilot randomized controlled trial comparing prenatal yoga to perinatal health education for antenatal depression. *Arch Womens Ment Health.* juin 2016;19(3):543-7.
4. Mottola MF, Artal R. Fetal and maternal metabolic responses to exercise during pregnancy. *Early Hum Dev.* 1 mars 2016;94:33-41.
5. Corrigan L, Moran P, McGrath N, Eustace-Cook J, Daly D. The characteristics and effectiveness of pregnancy yoga interventions: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 25 mars 2022;22(1):250.
6. Cramer H, Lauche R, Langhorst J, Dobos G. Are Indian yoga trials more likely to be positive than those from other countries? A systematic review of randomized controlled trials. *Contemp Clin Trials.* 1 mars 2015;41:269-72.

FST de PMA en gynécologie obstétrique, Retour sur expérience


Depuis l'installation de la nouvelle réforme de l'internat, l'accès aux FST (Formation Spécifique Transversale) semble être plus compliqué et notamment pour les spécialités chirurgicales comme la gynécologie obstétrique.

Les FST sont des **formations complémentaires accessibles depuis plusieurs DES**. Elles permettent d'orienter sa pratique future mais les compétences acquises au cours de ces formations ne pourront être exercées que dans le cadre du DES d'origine.

Les FST accessibles en gynécologie obstétrique sont celles de : cancérologie ; expertise médicale et préjudice corporel ; fœtopathologie ; médecine et biologie de la reproduction et andrologie.

Certaines FST comportent des contraintes importantes parfois peu compatibles avec la réforme (réalisation d'un semestre en radiothérapie et d'un semestre en oncologie médicale pour la FST de cancérologie par exemple).

Aujourd'hui, nous allons revenir sur la FST de PMA grâce au témoignage d'Emma qui a fait partie de la première génération des FST.

Emma Loiseau,
Interne de gynécologie obstétrique, 
CHU de Nantes



Emma peux-tu te présenter brièvement ?

Je m'appelle Emma, Je suis interne de gynécologie obstétrique à Nantes. Je suis actuellement en master 2 entre mes deux années de Docteur junior et donc je fais partie de la première promotion de docteur junior, et de la mise en place des FST.

Quand as-tu commencé à vouloir te spécialiser en PMA ?

Je ne sais pas comment l'expliquer mais j'ai toujours su que je voulais faire de la PMA. J'ai choisi la gynécologie pour cette raison. En ce qui concerne la gynécologie obstétrique vs la gynécologie médicale, mon choix c'était tournée vers l'obstétrique car je souhaitais me former également aux prises en charge chirurgicale.



C'est donc assez tôt dans mon internat que j'ai commencé à en parler afin de réussir à planifier mon parcours. J'avais notamment pris un RDV en deuxième semestre avec le professeur responsable de la médecine de la reproduction dans mon centre afin de lui exposer mon projet.

Dans certains centres, vouloir se spécialiser en PMA en tant que gynécologue-obstétricien peut être difficile. J'ai souvent entendu que la gynécologie obstétrique n'était pas forcément la voie la plus compatible avec mon projet. Ce qui est difficile avec notre internat, c'est la potentielle concurrence avec les gynécologues médicaux qui eux n'ont pas de repos de garde ou moins d'activité de service. Pour un service de PMA, la présence d'un gynécologue obstétricien est potentiellement « moins » rentable avec une perte en potentiel de consultation par exemple.

Par chance, j'ai eu des encadrants qui m'ont soutenue dans cette voie et notamment des exemples de gynécologues obstétriciens (au sein même du CHU) qui ont une activité de procréation médicalement assistée très intéressante et variée associée à une activité chirurgicale complémentaire (coelioscopie chirurgie tubaire, hystérocopie, etc.). Je tiens quand même à dire que c'est probablement dépendant du centre.

Comment as-tu entendu parler de la FST ? et quand as-tu débuté les démarches ?

Avant mon internat, j'avais la notion de l'existence du DESC de l'ancienne réforme. Avec la nouvelle réforme, nous ne savions pas vraiment à quoi s'attendre et surtout quand et comment seront mises en place les FST.

Dès l'annonce de la FST de PMA lors de mon 3^{ème} semestre j'ai postulé immédiatement.

Dans mon centre, les démarches étaient plutôt simples. La sélection en revanche était importante avec environ une dizaine de candidats pour seulement 3 places disponibles.

Mon année, nous étions un gynéco-Med, un urologue et moi.

Est-ce que l'intégration de la FST à ton parcours a été compliquée ? et comment il a été pris en charge par tes encadrants ?

Pour valider la FST de PMA, il faut avoir réalisé 2 semestres dans des services validant la FST de PMA (Stage de PMA gynéco, Stage urologie/andrologie, stage biologie médecine de la reproduction). Avant mon année de Docteur junior j'avais réalisé déjà un stage de PMA en gynécologie et également un de mes stages hors filière en urologie (en binôme avec un chirurgien spécialisé en andrologie), donc mes deux semestres étaient théoriquement validés. Nous avons beaucoup discuté de ne pas considérer mon stage d'urologie comme un stage validant pour la FST, afin de me permettre de réaliser un second stage de PMA en gynécologie. Je trouvais ça pertinent de poursuivre ma formation en PMA, car contrairement aux gynécologues médicaux qui font 3 voire 4 semestres de PMA pendant leur internat, je n'avais pas forcément cette opportunité en réalisant une année complète de docteur junior avec une activité mixte.

Donc, grâce au soutien de mes encadrants j'ai pu diviser ma première année de docteur junior en 6 mois / 6 mois avec 6 mois en stage de PMA et 6 mois en tant que DJ au sein du CHU de Nantes avec une activité mixte obstétrique/chirurgie.

Les enseignements étaient intéressants ?

Oui, j'ai trouvé les cours super intéressants ! Malheureusement, post Covid tous les cours étaient en Visio sur la base de 2 semaines de cours, répartis sur 2 ans. Les cours sont nationaux et non par centre.

La première session était une session commune pour les cliniciens et les biologistes et abordait plutôt des généralités et des bases nécessaires.

La seconde session était séparée (cliniciens/Biologistes) avec des notions plus spécifiques à notre pratique.

Que conseillerais-tu aux internes qui souhaitent réaliser la FST de PMA ?

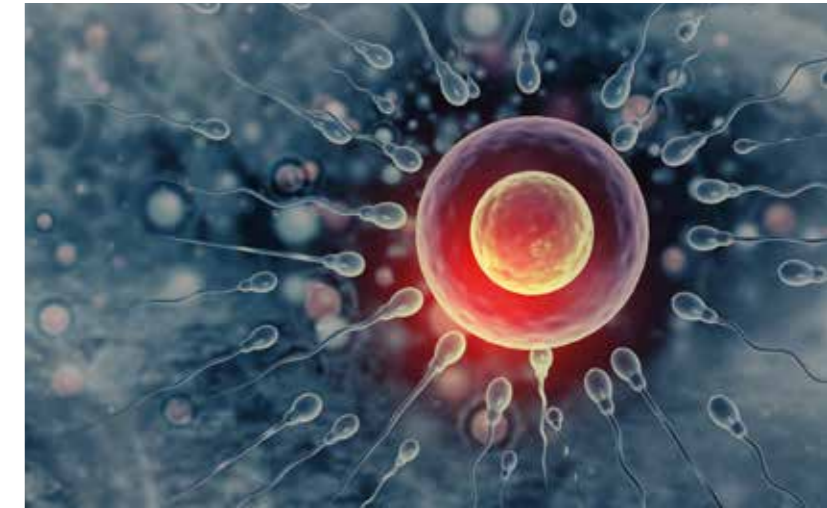
Je conseillerais de s'y prendre assez tôt dans l'internat et réussir à axer son internat assez rapidement. Par exemple, je ne savais pas quand j'allais avoir accès aux stages en fonction des internes des années supérieures et des gynécologues médicaux. J'ai dû faire des concessions sur certains stages, comme certains stages de chirurgie accessibles qu'en fin d'internat afin de pouvoir réaliser mes stages de PMA. Il faut être conscient qu'il y a des sacrifices à faire (en fonction de son classement aussi bien sûr). Il faut savoir aussi présenter à ses encadrants le projet assez tôt afin qu'ils puissent appuyer les différentes démarches et aménagements.

Quelle est ton opinion générale sur la FST / sur la réforme vs DESC avant ?

Je n'ai pas connu l'ancienne réforme et le DESC mais de souvenir à Nantes il consistait en 1 semestre de PMA avec durant l'assistantat 1 journée par semaine de PMA.

J'ai l'impression que la FST est beaucoup plus claire, beaucoup plus cadrée que l'était le DESC. Le DESC imposait un nombre assez faible de stage, la FST en revanche a permis de vraiment flécher les parcours. Cela nous permet d'avoir accès à des stages de PMA dont l'activité est très complète (consultation/ échographie / ponction / chirurgie).

Cela m'a permis notamment d'instaurer une relation de confiance avec les praticiens du



service (car j'ai pu y faire plusieurs stages), et ils ont pu m'accorder progressivement de plus en plus d'autonomie.

Globalement, le début a été plus difficile car c'était le tout début de la réforme et j'ai tâtonné le temps que tout se mette en place. Je n'ai pas vraiment l'impression qu'en gynécologie obstétrique la FST est beaucoup plus uniformisante entre les internes et entre les centres.

Comment envisages-tu ta pratique future ?

J'aimerais conserver mon activité obstétricale et participer au fonctionnement de service (salle de naissance, service de gynécologie) mais orienter ma pratique quotidienne vers la PMA classique associée à de la chirurgie (Myomectomie, Hystérocopie, cœlio explo / tubaire). Pourquoi pas intégrer aussi la chirurgie robotique, notamment dans la chirurgie de préservation de fertilité, ou sur la prise en charge des isthmo-cèles.

Je tiens à remercier Emma pour ses réponses très intéressantes, si jamais vous avez réalisé une autre FST comme celle de cancérologie et que vous souhaitez témoigner afin de nous exposer votre parcours (difficulté ou non due à la réforme), n'hésitez pas à contacter l'AGOF.

Anaïs SEVESTRE

Une mission humanitaire pour les femmes ukrainiennes en Roumanie

Une mission menée par Actions Santé Femmes (ASF)

Camille Cramez et Marie Kestenare nous racontent leur mission humanitaire en juin et en août 2022.



Pouvez-vous nous rappeler le contexte ainsi que les étapes d'installation d'Actions Santé Femmes lors de cette mission ?

Suite à l'invasion de l'Ukraine par la Russie le 24 février 2022, un afflux de réfugiés ukrainiens s'est mis en place vers les pays européens voisins comme la Pologne, la Roumanie et la Moldavie principalement. Depuis le début du conflit ce sont plus de 6,6 millions d'Ukrainiens qui ont fui leur pays. Les populations déplacées sont représentées quasi exclusivement par des femmes et des enfants. Selon le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), 265 000 femmes ukrainiennes attendaient un enfant lorsque la guerre a éclaté, et près de 80 000 naissances étaient prévues au cours des trois prochains mois. Dans ces situations de crise, les femmes enceintes sont souvent négligées au profit des blessés et rencontrent des difficultés à être prises en charge. Beaucoup d'entre elles n'auront pas accès à des soins essentiels de santé maternelle et gynécologique. Il faut noter également que le nombre de femmes victimes de violences est considérable et la prise en charge demeure très complexe.

Rapidement, Actions Santé Femmes a décidé de mener une mission exploratoire en Pologne, où le flux de réfugiés était important. Ceci a permis la mise en place d'une unité de consultation d'abord au sein du complexe de Tesco à Przemysl, à la frontière entre la Pologne et l'Ukraine, puis à Varsovie dans le camp de transit de Ptak. Les flux migratoires ayant évolué et

le système de santé polonais parvenant alors à absorber les besoins médicaux des femmes déplacées et de leurs nouveau-nés, l'ONG a décidé de transférer son action vers la Roumanie où les besoins semblaient importants.

Lors de la mission exploratoire menée fin mai à Bucarest et à Isaccea, à la frontière roumaine avec l'Ukraine, des besoins en santé maternelle, sexuelle et reproductive ont été identifiés pour ces femmes, principalement à Bucarest où un centre d'accueil des réfugiés était en train de se mettre en place sur le site de RomExpo. Ce centre est coordonné par l'agence des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), qui a confié à l'OMS la charge des consultations médicales.

Au cours de la visite du centre en présence de Joseph Giustiniani et de Stefan Josan de l'ambassade de France, Madame Cassandra Butu, représentante de l'OMS nous a précisé les activités médicales envisagées pour les familles ukrainiennes. Trois box de consultations ont été prévus :

- Un pour la santé primaire sous la responsabilité de médecins généralistes roumains.
- Un pour la santé mentale sous la responsabilité de psychologues roumains.
- Un pour la gynécologie-obstétrique qui a donc été confié à Action Santé Femmes.

Lors de cette visite, nous avons été informés que les salles de consultation seraient équipées pour une ouverture en juillet 2022. Nous avons pu confirmer que nous serions présents en binôme (gynécologue-obstétricien et sage-femme) pour des missions de 2 semaines.

Activités au centre Romexpo sous la direction de l'OMS :

Du 13 au 18 juin 2022, la première mission consistait à l'installation de la salle de consultations et de prise de contact avec nos partenaires locaux. Le matériel et les consommables étaient fournis par l'OMS en dehors de l'échographe et du cardiomonitoring fœtal que nous avons apporté.



RomExpo



Équipements



Quelle était la population concernée par la mission ? Et par quel moyen les patientes arrivaient jusqu'à vous ?

Il s'agit de femmes ukrainiennes le plus souvent ayant effectué des démarches auprès de l'IOM (International Organization for Migration) en vue de leur installation provisoire ou définitive en Roumanie, cet organisme fournissait un numéro d'identité provisoire permettant à la

population ukrainienne de bénéficier des services roumains. Afin que l'existence de nos consultations soient connue par les femmes ukrainiennes nous avons 3 moyens de contacts :

- Via Alina Măinea, notre interprète anglo-ukrainien roumaine mise à disposition par l'OMS.



- Via Irina Mateescu-Popescu, la présidente de l'Association des sage-femmes indépendantes roumaines qui nous permettait de rencontrer les femmes directement au sein de foyers de réfugiées.
- En se déplaçant directement à RomExpo où se situait un centre de don alimentaire et vestimentaire.

Des flyers ont également été réalisés par les équipes d'ASF, traduits en ukrainiens et distribués dans d'autres centres afin que notre présence et nos consultations soient connues du plus grand nombre.



Quelles étaient les situations cliniques rencontrées lors des consultations ?

Il existe essentiellement des besoins en gynécologie avec des motifs de consultation assez classiques : troubles des règles, contraception, saignements, infections génitales, désir d'IVG, pathologie mammaire, fuites urinaires mais également du dépistage.

Nous avons eu quelques consultations en obstétrique mais il est probable que les femmes

enceintes consultent directement en maternité. Nous n'avons pour l'instant, pas été confrontées à la prise en charge de femmes victimes de violences sexuelles mais nous avons pris contact avec les psychologues de RomExpo et des associations locales (Centrul Filia, ANAIS) afin de leur indiquer que nous étions à leur disposition sur le plan médical.

Nous avons donc réalisé des :

- Examens cliniques gynécologiques.
- Examens obstétricaux.
- Échographies pelvienne et obstétricales (datation de grossesse).

- Prélèvements : dépistage cervical, prélèvements bactériologiques.
- Poses de DIU.
- Poses de pessaires.

Comment étaient organisées vos activités ?

Les consultations avaient lieu tous les jours de la semaine de 9h à 17h après validation du RDV par téléphone via notre téléphone roumain. 3 fois par semaine notre salle de consultation devait être libérée pour la réalisation des consultations par les médecins généralistes roumains.

Les consultations étaient réalisées en anglais avec l'aide de notre interprète Alina Măinea mise à disposition par Madame Cassandra Butu, représentante de l'OMS à Bucarest. Les consultations étaient souvent longues (environ 45-60 minutes) du fait de la traduction mais également du besoin important d'échanger des patientes. Tous nos dossiers étaient archivés et protégés et actuellement sous forme d'un dossier numérique. Comme dans un cabinet, les prélèvements que nous réalisions étaient techniqués par le laboratoire qui nous adressait rapidement les résultats. Nous remettons les résultats à chaque patiente avec des explications en ukrainien, grâce à notre traductrice Alina Măinea. En cas d'intervention ou d'examen radiologique, nous adressons les patientes vers les hôpitaux et cliniques adéquats avec un courrier résumant la consultation et indiquant la raison de ce transfert.

Au total, au sein de RomExpo nous avons réalisé entre le 1^{er} juillet 2022 et août 2022, **253 consultations gynécologiques et 17 consultations obstétricales.**

Il nous est rapidement apparu nécessaire de nous rendre directement au sein des foyers de réfugiées afin d'atteindre les femmes ne pouvant se déplacer jusqu'à RomExpo (raisons financières : coût des transports, organisationnelles) et celles ayant laissé de côté leur santé depuis plusieurs années. Nous réalisons désormais, grâce à une collaboration avec la municipalité de Bucarest, des consultations médicales pour les femmes ukrainiennes directement au sein des nombreux centres de réfugiés de Bucarest. En dehors des activités de consultations, nous avons également souhaité renforcer la prise en charge des femmes ukrainiennes enceintes et de leurs nouveau-nés en participant de manière active à des cours de préparation à l'accouchement (*antenatal class*) et à des visites à domicile des patientes (*home visits*). Ceci a été rendu possible grâce au partenariat important que nous avons avec l'Association des « Sage-femmes indépendantes roumaines ».

Par ailleurs, nous nous sommes également rendu dans un foyer de réfugiées de la ville de Brasov (située à 2h au nord de Bucarest), où nous avons pu, sur inscription préalable, réaliser en petits groupes des échanges sur la santé gynécologique et sexuelles, ainsi que des enseignements prénataux et sur l'allaitement.



Quelles sont les évolutions et la suite de la mission prévues par Actions Santé Femmes sur place ?

Il est prévu un élargissement des zones d'intervention vers de nouveaux centres de réfugiés coordonnés par l'OMS : l'éventualité de mise en place de consultations en gynécologie-obstétrique effectuées par les bénévoles d'ASF

dans les WHO *refugee centers* de Brasov et Iaci. Des actions communes en gynécologie-obstétrique avec la Croix Rouge Française et MDM sont prévues.

Comment devenir bénévole à Actions Santé Femmes ?

Les internes sont évidemment les bienvenus dans ces missions, vous pouvez trouver des informations complémentaires et remplir un google doc disponible sur le site internet de l'association : www.actions-sante-femmes.org



Les internes sont les bienvenus notamment dans le programme « Santé des femmes en Arménie ».

Ces expériences sont très enrichissantes et utiles pour ces femmes et ces familles en difficulté dans de nombreux pays. Vous pouvez également y faire un don pour soutenir leurs démarches.

Marie KESTENARE
Camille CRAMEZ
Anaïs SEVESTRE

Le traitement hormonal de la ménopause et la prise en charge des femmes ménopausées, Interview d'expert

Dr Brigitte Letombe

Le docteur Brigitte Letombe est une gynécologue médicale et obstétricienne. Il y a quelques années, elle a fait le choix de fermer son cabinet libéral pour se consacrer totalement à son activité hospitalière au sein du service de gynécologie médicale et médecine de la reproduction de l'hôpital Jeanne de Flandre au CHRU de Lille.

Lors de ces dernières années, elle abandonne l'AMP pour se consacrer à des domaines souvent délaissés à savoir l'orthogénie et la prise en charge des femmes ménopausées.

Elle est également très engagée dans la synergie entre les gynécologues médicaux, les gynécologues obstétriciens, les médecins généralistes et les sages-femmes.

C'est avec plaisir que nous l'avons interviewé pour le Podcast « le micro des gynéco ».

Pourquoi y a-t-il un intérêt à supplémenter les patientes en ménopause ?

La ménopause est un phénomène physiologique donc toutes les femmes vont être ménopausées si elles ont la chance de vivre jusque-là.

Cela sous-entend qu'elles vont vivre **un tiers de leur existence en période ménopausique**. Il faut donc prendre en charge en début de ménopause celles qui ont une symptomatologie climatérique invalidante car cela va altérer leur qualité de vie.

Il existe également des risques à long terme de lipooestrogénie qui s'installe à la ménopause cela entraîne des risques cardiovasculaires, osseux mais également neurocognitifs.

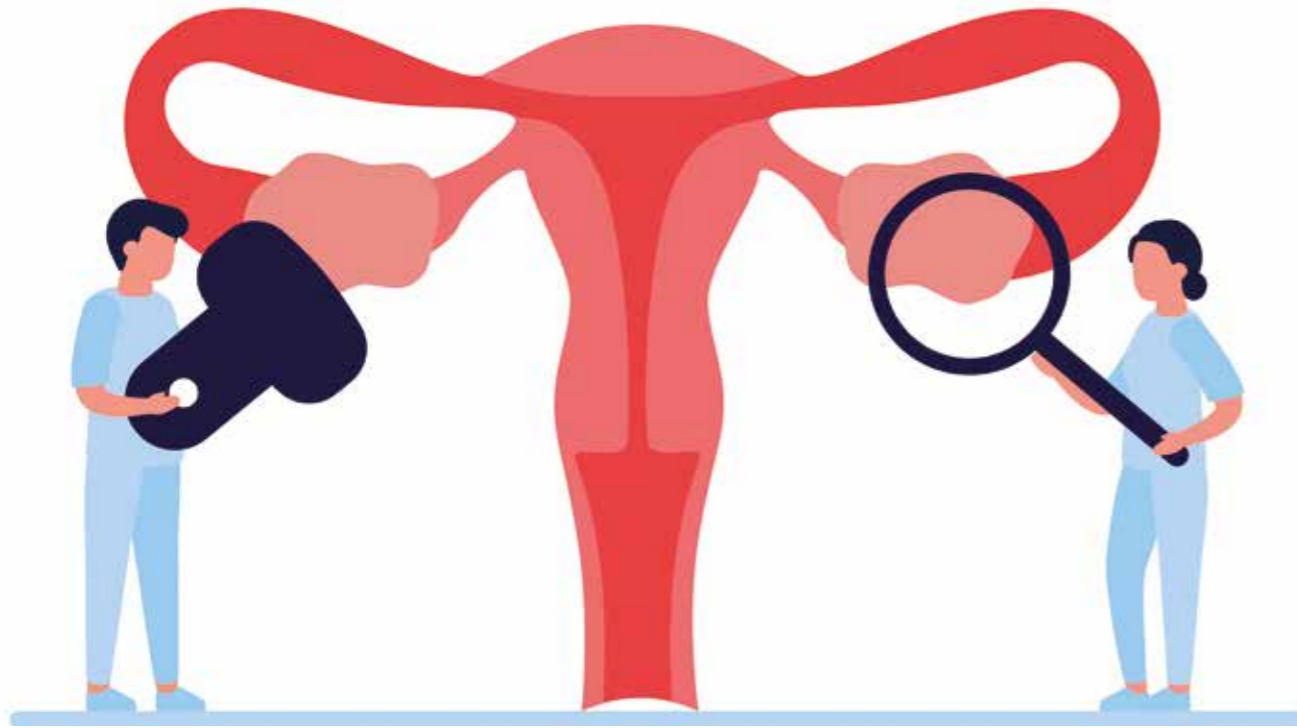
Le plus important, ce n'est pas forcément de traiter toutes ces patientes mais surtout d'avoir **une consultation dédiée** à ces femmes afin de réaliser une anamnèse de tous les facteurs de risques familiaux que ce soit cardiovasculaires ou carcinologiques, ainsi qu'une anamnèse de tous les facteurs de risque personnels.



L'idée étant de dresser un inventaire de l'état de santé de cette femme et de pouvoir décider de mettre en place un traitement ou non.

Il faut rappeler que **25 % des femmes présentent une symptomatologie climatérique invalidante** mais que seulement **6 % des femmes sont traitées**.

Je trouve que l'on abandonne ces femmes. Aujourd'hui on n'a pas suffisamment de consultations de femmes dans la cinquantaine, elles ne viennent plus consulter, notamment à cause de l'hormonophobie ambiante.



De plus, il y a aussi une perte des prescripteurs. Je suis donc ravie de pouvoir vous parler aujourd'hui, car je tiens beaucoup à ce que les jeunes gynécologues s'investissent en ménopause. À mon époque, les médecins généralistes, les gynécologues obstétriciens, les gynécologues médicaux prescrivait des traitements substitutifs.

On a donc travaillé pendant 2 ans sur des recommandations en pratique clinique avec le GEMVi (Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonale) et le CNGOF (RPC sortie en 2021), où l'on expose toutes les raisons de traiter ou de ne pas traiter.

À mon sens, **il existe au moins 50 % des femmes** en début de ménopause qui méritent une prise en charge thérapeutique et **25 % qui présentent des indications fortes avec risques cardiovasculaires, osseux ou neurocognitifs.**

Est-ce que vous pouvez nous rappeler les indications d'un traitement substitutif de la ménopause ? Dans quel cas faut-il l'initier ?

Les recommandations sont simples, la première indication repose sur la symptomatologie climatérique. On y retrouve : les bouffées vasomotrices, les sueurs nocturnes, les troubles de l'humeur, les douleurs articulaires ou les pertes de mémoires, l'asthénie ou un syndrome dépressif. On retrouve également la symptomatologie urogénitale tout en sachant que le **syndrome génito-urinaire** de la ménopause ne nécessite pas de traitement systémique mais **un traitement local.**

La seconde indication repose sur le risque ostéoporotique, on peut dépister les femmes à risques à l'interrogatoire mais pas seulement, une ostéodensitométrie minérale osseuse peut être proposée car ce n'est pas coûteux et ce n'est pas dangereux non plus.

Elle permet d'établir le statut de la patiente sur le plan osseux. Une patiente avec une densité osseuse importante doit nous faire prendre conscience qu'elle est par exemple **plus à risque sur le plan mammaire.** En revanche, lorsqu'une patiente a une densité osseuse faible, elle possède un risque plus élevé de fracture (1 femme sur 6 décède d'une fracture du fémur) et est considérée comme un facteur de risque cardiovasculaire nécessitant donc parfois des explorations complémentaires.

Pouvez-vous nous donner les clés pour initier un traitement pour ceux qui n'ont pas l'habitude d'en prescrire ?

Dans les traitements hormonaux en France, on a de la voie orale, de l'œstradiol, de la progestérone ou de la rétroprogestérone. En France, on est très voies transdermiques (les patches ou les gels) car ils n'augmentent pas le risque thrombotique.

Le risque thrombotique augmente avec l'âge ou avec le poids, il y a plein de facteurs qui s'associent. Comme pour un traitement contraceptif, on ne va pas prendre de risques thrombotiques pour un traitement hormonal de la ménopause.

Une femme avec des facteurs de risques ou notamment à partir de 60 ans : on privilégie une voie transdermique systématique. Il y a également beaucoup de femme en début de ménopause qui sont très contentes de pouvoir utiliser cette voie transdermique sans pour autant avoir des facteurs de risques.

Il ne faut pas oublier d'y associer un traitement par progestérone ou rétroprogestérone à toutes les femmes n'ayant pas subi d'hystérectomie. C'est ce que l'on appelle le traitement spécifique à la Française.

Comment surveiller ensuite le traitement et comment réaliser les adaptations si nécessaires ?

Premièrement si vous êtes face à une patiente pour laquelle un traitement a été mis en

place dans le cadre d'une symptomatologie climatérique le traitement s'adapte sur la tolérance et sur l'efficacité de celui-ci.

L'efficacité s'évalue au cas par cas, on cherche une amélioration des symptômes climatériques et notamment ceux qui sont invalidant pour la patiente.

On commence toujours un traitement à petite dose, si on parle du gel par exemple, on commencera à une pression. Deux à trois pressions représente une dose standard mais l'augmentation progressive permet d'obtenir l'efficacité à dose minimale.

En résumé, une femme ayant une symptomatologie résolutive avec 1 pression de gel, il n'y a pas d'intérêt à l'augmenter. Afin de savoir si la dose est en revanche trop importante, la tension mammaire est le symptôme à rechercher en particulier. Si la patiente rapporte une tension mammaire importante cela nous indique qu'il existe une oestrogénisation trop importante. Il faut y penser également lors que nous sommes en tout début de ménopause (risque de réveil ovarien) dans ce cas il faut suspendre le traitement.

Vous pouvez donc retenir : mastodynie en cas de surdosage, et absence d'efficacité sur le climatère en cas de sous-dosage.

On ajoutera toujours de la progestérone ou de la rétroprogestérone afin d'éviter l'effet négatif sur l'endomètre. Il faut toujours s'assurer que notre patiente suit bien l'un et l'autre des traitements.

Si vous êtes face à une patiente pour laquelle un traitement a été mis en place dans le cadre d'une ostéoporose (ou prévention d'ostéoporose), l'efficacité sera évaluée sur la densité osseuse à **1 an** avec une prise de sang évaluant le taux cTX (c-Télopeptide) puis une **ostéodensitométrie à 2 ans** après la mise en place du traitement.



Au niveau osseux ce que l'on souhaite obtenir c'est un arrêt de la perte osseuse et non le gain (à l'installation de la ménopause, l'hypoostrogénie entraîne une aggravation de la perte osseuse de 2 % par an).

Lors d'une consultation pour ménopause ou même lors de toute consultation gynécologique il faut savoir poser la question des antécédents d'agression sexuelle, afin d'être sûre que votre patiente puisse avoir l'espace de l'évoquer si besoin.

Lors de votre examen clinique, lorsque vous constatez une atrophie vulvaire, il faut penser à poser la question de la sexualité. Cet adage s'applique également lorsque l'on constate un prolapsus ou une béance afin d'aborder la question de l'incontinence urinaire. Les patientes vous seront reconnaissantes d'avoir pu parler si elles présentent des difficultés dans leurs sexualités ou des difficultés de continence.

Je rappelle également que lorsqu'on est face à une atrophie vulvovaginale associée à des symptômes génito-urinaires, on parle alors de **syndrome génito-urinaire de la ménopause**.

Ce syndrome ne nécessite pas de traitement systémique (s'il n'y a pas d'autre indication) mais un **traitement local**. Le traitement peut comprendre des hydratants et des œstrogènes locaux.

Dès que vous utilisez un traitement oestrogénique cela améliore la trophicité vaginale et améliore donc les rapports sexuels du couple. Le fait d'avoir des rapports réguliers améliore aussi la trophicité donc cela ne nécessite pas obligatoirement des traitements au long cours ! On dit toujours : « le traitement local c'est aussi longtemps que nécessaire » !

Merci au Dr Brigitte Letombe pour ses réponses à nos questions lors de notre interview en 2021 lors du congrès Infogyn. Vous pouvez également compléter vos connaissances sur le sujet grâce au site du GEMVi : <http://gemvi.org> ; Vous y trouverez par exemple une fiche explicative pour les patientes.

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.



Anaïs SEVESTRE

Bien-être des internes de gynécologie



Les données de l'étude récente de 2022 sur la santé mentale des internes en gynécologie obstétrique (600 internes répondants) retrouve un taux d'idées suicidaires de 14 %. Parmi ceux-ci seuls 33 % se déclarent suivis par un psychologue ou un psychiatre. L'AGOF propose des consultations gratuites, anonymes en présentiel ou en visio pour tous ceux qui le souhaite.

Contact : secretariat.agof@gmail.com

Frédéric GLICENSTEIN

ANNONCES DE RECRUTEMENT



Centre Hospitalier Intercommunal
Robert Ballanger

CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL ROBERT BALLANGER RECRUTE un PH en Obstétrique et un PH en Chirurgie



Un Pôle Femme-Enfant innovant

Le CHI Robert Ballanger dispose d'une maternité de niveau 2B, qui réalise plus de 3500 naissances chaque année. Professionnalisme, écoute et bienveillance sont les principales composantes de l'ADN du Pôle Femme-Enfant. Le plateau technique est doté d'équipements modernes permettant de prodiguer des soins de qualité (12 lits de GHR). Un service de soins intensifs permet de prendre en charge les nouveau-nés.

De multiples atouts

- Maternité à forte capacité en développement constant.
- Maternité neuve dotée d'un équipement de pointe.
- Programme avancé de chirurgie du cancer du sein : RCP avec l'Institut Curie.
- Activité chirurgicale soutenue et en pleine croissance, notamment la pelvipérinéologie.
- Activité de cancérologie du sein.
- Activité de diagnostic anténatal.
- Intense brassage de population permettant d'être en contact de cas intéressants et variés.
- Établissement bien desservi : 20 minutes en RER, depuis la station Chatelet.

Profil souhaité

- Bonne connaissance et bonne maîtrise de l'obstétrique notamment des gestes d'urgence obstétricale (GHR, maternité et SDN 3500 accouchements).
- Bonne connaissance et bonne maîtrise de la gynécologie (10 lits de gynécologie avec 6000 passages aux urgences gynécologiques).

- Activité chirurgicale d'urgence en gynécologie-obstétrique.
- Garde d'obstétrique.
- Activité de planning familial souhaitée.

Qualités requises

- Goût pour le travail en équipe.
- Rigueur et maîtrise de soi.
- Curieux, passionné et force de proposition.



Pour postuler à cette offre, vous devez être inscrit auprès de l'Ordre français des médecins

CONTACT

Dr Dauphin, Cheffe de Service – helene.dauphin@ght-gpne.fr – 01 75 63 60 84
Mr Goupil, Responsable des Affaires Médicales – stephane.goupil@ght-gpne.fr – 01 49 36 73 85



POURQUOI NOUS REJOINDRE ?

- Découvrez l'exercice coordonné au sein d'équipes pluridisciplinaires : médecins généralistes, spécialistes, sage-femmes.
- Participez à des projets : parcours de santé coordonné, prévention et éducation à la santé.
 - Secrétaires médicales et assistants médicaux à vos côtés.
 - Temps de travail choisi, activité principale ou complémentaire.
 - Équipements neufs de dernière génération à disposition.
 - Un accès étendu à la formation professionnelle (DPC et +).
 - Des avantages : tickets restaurants, abonnement transport, mutuelle d'entreprise, prévoyance, avec participation employeur.

KERSANTÉ C'EST :

- Des Centres de Santé à taille humaine avec des valeurs fortes.
- Ancrés dans leur environnement local.
- Qui proposent un environnement de travail neuf, performant, et agréable.



**100 % médecine
0 % administratif,**

ÇA VOUS TENTE ?

Les Centres de Santé KERSANTÉ RECRUTENT DES GYNÉCOLOGUES en statut salarié cadre !

Rejoignez-nous !

Postes à pourvoir à :

Toulouse (31), Lamballe (22), Rennes (35), Brest (29), Lyon (69), Paris (75019)

N'attendez plus et postulez dès maintenant !

Contactez **Laetitia GUYON** au **06 08 52 82 51** ou par mail à **laetitiaguyon@officesante.com**



Au cœur des Yvelines 78, dans la ville de Plaisir à 25 min en train semi-direct de la gare de Paris Montparnasse.

La population de la ville de Plaisir est jeune dynamique. Le Centre de la femme et du fœtus vous propose de rejoindre son équipe spécialisée dans la médecine de la femme et la médecine fœtale.

Le centre est idéalement placé au cœur de la ville, très facilement accessible en transport en commun car tout proche de la gare ferroviaire et routière de Plaisir Grignon.

Les conditions de travail sont optimales dans ce nouveau centre. L'ambiance y est professionnelle et conviviale.

Nous proposons différents contrats de travail avec une bonne rémunération. Pour les médecins européens nous vous accompagnerons tout le long de votre installation professionnelle et personnelle. Nous sommes disponibles pour vous accueillir pour une visite de notre lieu de travail.

Le Centre Médicale de la Femme et du Fœtus de Plaisir (78) recrute

Gynécologue, Sage-femme, pédiatre, médecin généraliste, psychologue

Venez rejoindre notre équipe

Pour nous joindre

☎ 06 74 01 71 43 ✉ cmff507@gmail.com



LE PÔLE DE SANTÉ DU VILLENEUVOIS (PSV)

Au centre du Sud-Ouest, l'Hôpital, structure hospitalière neuve et moderne réunissant sur le même site le centre hospitalier et la clinique, est situé à 30 km d'Agen et à 1 h 30 des villes de Bordeaux et Toulouse. Il répond aux besoins d'un bassin de population de près de 100 000 habitants. Il est doté d'une capacité de 354 lits et places dont 264 en MCO (nombreuses spécialités médicales et chirurgicales) regroupant notamment un service d'urgences, une unité de surveillance continue et une maternité de niveau I (environ 800 accouchements). Il offre, par ailleurs, de plateaux de consultations, de rééducation et un plateau technique complet scanner, IRM, radiographie conventionnelle, échographie, endoscopie...

RECRUTE GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN H/F

Tout type de statut proposé : PH, Contractuel, Public ou Privé
Pour rejoindre une équipe de 3.5 praticiens



PÔLE DE SANTÉ DU VILLENEUVOIS



CONTACTS

Docteur Marie-Michelle RUSCILLO
Praticien Hospitalier Gynécologue Obstétricien
Tél. : 05 53 72 25 65
Mail : marie.ruscillo@psv47.fr

Monsieur Lionel LAMARCHE
Directeur des Affaires Médicales
Tél. : 05 53 72 27 85
Mail : lionel.lamarche@psv47.fr

Madame Fatna RASSOUL
Chargée des Affaires Médicales
Tél. : 05 53 72 23 44
Mail : fatna.rassoul@psv47.fr



LE CH DE HYÈRES
recherche pour son pôle inter-établissement

UN GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN



À TEMPS PLEIN
(Praticien Hospitalier - Praticien Contractuel - Assistant Spécialiste).
Un profil chirurgical serait bienvenu.

La maternité et la gynécologie fonctionnent en pôle inter-établissement avec le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon La Seyne-sur-Mer (C.H.I.T.S), établissement support du GH 83. Possibilité de poste partagé entre les 2 établissements.
La maternité du CHH - niveau 1 - réalise entre 800 et 900 accouchements par an. Anesthésiste présent en garde H24 et pédiatre en astreinte.

La maternité dispose de 4 salles d'accouchements, d'un bloc opératoire proche, d'une salle de soins, une nurserie, une salle « nature », un secteur « Consultations » avec 5 bureaux, 1 salle de préparation à la naissance et deux salles d'échographie.

La ville de Hyères bénéficie d'un cadre de vie exceptionnel en bord de mer, proche de la montagne, à 15 minutes de Toulon et 1h de Marseille, avec de nombreuses possibilités d'activités culturelles et sportives.

Pour postuler à cette offre, vous devez être inscrit auprès de l'Ordre français des médecins.

CONTACTS :

Docteur Michel Heisert :
mheisert@ch-hyeres.fr
06 28 35 21 39
Service des affaires médicales :
affmed@ch-hyeres.fr
04 94 00 24 77

Vous partagez la philosophie et les valeurs du Planning Familial ?

LE PLANNING FAMILIAL LUXEMBOURG RECRUTE

Vous êtes Médecin Gynécologue obstétricien-ne ou Médecin Généraliste (H/F) titulaire du DIU de gynécologie obstétrique (ou similaire)

À durée indéterminée - De 8 à 30 heures par semaine - Dès que possible.
(Poste conventionné auprès du ministère de la Santé).

- Connaissance de la langue française indispensable, pratique du luxembourgeois et / ou de l'allemand.
- Langues anglaise et portugaise fortement appréciées.

Points forts :

- Des horaires attractifs et sans garde.
- De nombreux avantages statutaires.
- Des opportunités de collaboration avec des institutions nationales et internationales.
- Des facilités de formation continue.
- Une collaboration transversale ouverte avec une équipe pluridisciplinaire.
- Un cadre de travail agréable et des équipements performants.

Merci d'adresser vos candidatures à :

Mme Catherine Chery, Directrice
Mme Brigitte Marchand, Directrice médicale
Tél. : +352 48 59 76 70
E-mail : personnel@planning.lu

www.planning.lu



Le CH ANGOULÊME recrute UN GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN

Disponibilité du poste : Immédiate
Statut : PH, Praticien contractuel ou assistant spécialiste



Le CH Angoulême recherche un gynécologue obstétricien pour compléter l'équipe médicale composée de 5 praticiens et 1 attaché et accueillant des internes.
Maternité de niveau 2B avec garde sur place du gynécologue obstétricien et du pédiatre (1 500 accouchements par an).
Activité de chirurgie gynécologique, dont sénologie et cancérologie pelvienne, Chirurgie gynécologique fonctionnelle, Orthogénie.

L'établissement est support du GH de Charente et dispose d'un plateau technique complet : Réanimation, Embolisation, Médecine nucléaire (TEP scanner), EFS à proximité.

CONTEXTE GÉOGRAPHIQUE

Ville dynamique qui bénéficie d'une qualité de vie et d'un microclimat attractifs.
Paris à 1h50 en TGV direct, l'océan à 1h10 (Royan).



PERSONNES À CONTACTER :

Docteur Damien ROBILLIARD
Chef de service
05 45 24 44 09 (secrétariat)
damien.robillard@ch-angouleme.fr

Stéphanie JONAS
Directrice des affaires médicales
05 45 24 25 39
stephanie.jonas@ch-angouleme.fr



L'Hôpital du Jura Bernois SA
cherche pour son service de gynécologie et obstétrique à Saint-Imier un(e)

MÉDECIN CADRE en obstétrique et l'échographie prénatal

Pour tout renseignement complémentaire ou pour envoi de votre candidature, veuillez vous adresser au médecin-chef du service, Dr Amgad Kashef, Service de gynécologie et obstétrique ; HJB SA, Fontenayes 17, CH-2610 St-Imier, Tél. : +41 32 942 21 70 (secrétariat), E-mail : amgad.kashef@hjbe.ch

Notre offre

- Travail clinique très varié.
- Excellente ambiance de travail.
- Bonnes conditions d'engagement.

Activités

- Responsable de la consultation d'échographie prénatal et grossesse à risque.
- Participation au tournus de garde des médecins cadres.
- Participation à la formation continue médicale et paramédicale.
- Participation à certaines tâches administratives.

Expériences requises

- Teneur du titre de spécialiste (FMH ou équivalent) en gynécologie ou en voie d'obtention (minimum 4 ans de pratique clinique).
- Teneur de titre de la section Gynécologie et Obstétrique de la Société Suisse d'Ultrason en Médecine (SGUMGO).

Taux d'activité

- De 80-100%.



DESRIPTIF

Activité de gynécologie-obstétrique au sein d'une maternité de niveau 1 de 10 lits, 250 accouchements/an. Équipe de 2,25 PH actuellement, ayant développé des coopérations actives avec le CH Chalons-sur-Saône (présence sur site hebdomadaire de cardiologues, neurologues, pneumologues, et dermatologues - lien étroit avec l'équipe d'infectiologie).
Astreinte 24h/24 pour les urgences. Activité de chirurgie.
Activité de consultations et de suivi des parturientes.
Pédiatre présent 24h/24.
Service d'urgence/SMUR H24 sur site.

RÉSUMÉ DU PROFIL DE POSTE

- Poste de praticien hospitalier dans une maternité de niveau 1.
- Activité hospitalière d'obstétrique, de gynécologie médicale et chirurgicale et d'orthogénie médicamenteuse et chirurgicale. Possibilité d'activité libérale statutaire au sein de l'hôpital ou d'activité à temps partiel et d'installation en ville (pas de concurrence en ville).

- Les conditions matérielles d'exercice sont modernes tant sur le plan de l'obstétrique que de la chirurgie gynécologique.
- Environnement local non médical idéal pour une belle qualité de vie. Ville à proximité de grands axes (30 mn du TGV et de l'autoroute), à une heure de DIJON (voiture), 1 heure de LYON (en TGV) et 1h45 de PARIS (en TGV).



LE CH AUTUN RECRUTE GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN



CONTACT

Affaires Médicales - Tél. : 03 85 86 84 12
Mail : rh@ch-autun.fr ou direction@ch-autun.fr



DÉCOUVREZ LE CLUB IPRAD DES SERVICES ET DES AVANTAGES SUR MESURE

Au service de votre pratique quotidienne

01

Soumettez VOS QUESTIONS/CAS CLINIQUES

Obtenez une réponse fiable et personnalisée de la part de notre comité scientifique :
Pr P.MARES, Dr T.HARVEY, Dr C.JAMIN, Dr G.ANDRE, Dr J-M.BOHBOT.

02

Restez informé de L'ACTUALITE SCIENTIFIQUE

en recevant directement nos dernières newsletters.



en toute
Intimité

03

Profitez de nos PODCASTS DÉDIÉS À LA SANTÉ DE LA FEMME

Autour de sujets d'intérêt pour vous aider dans votre pratique quotidienne.

04

Recevez NOTRE MAGAZINE "PLURIELLES" semestriel

À chaque numéro, une thématique traitée sous un prisme pluridisciplinaire
& partage d'expérience.

05

Retrouvez nous aux PRINCIPAUX CONGRÈS GYNÉCOLOGIQUES !

Déjà plus de 2 300 professionnels
de santé inscrits,
rejoignez-nous en vous inscrivant
sur www.clubiprad.fr

