

LE CORDON ROUGE

Association des Gynécologues
Obstétriciens en Formation

AGOF



DE JADIS À NAGUÈRE :
Histoire de la
stérilisation

INTERVIEW D'EXPATRIÉS :
Nos voisins les Suisses

RETOUR D'ENQUÊTE :
La formation en
médecine fœtale

LA GROSSESSE DES
MÉDECINS :
À risque ?

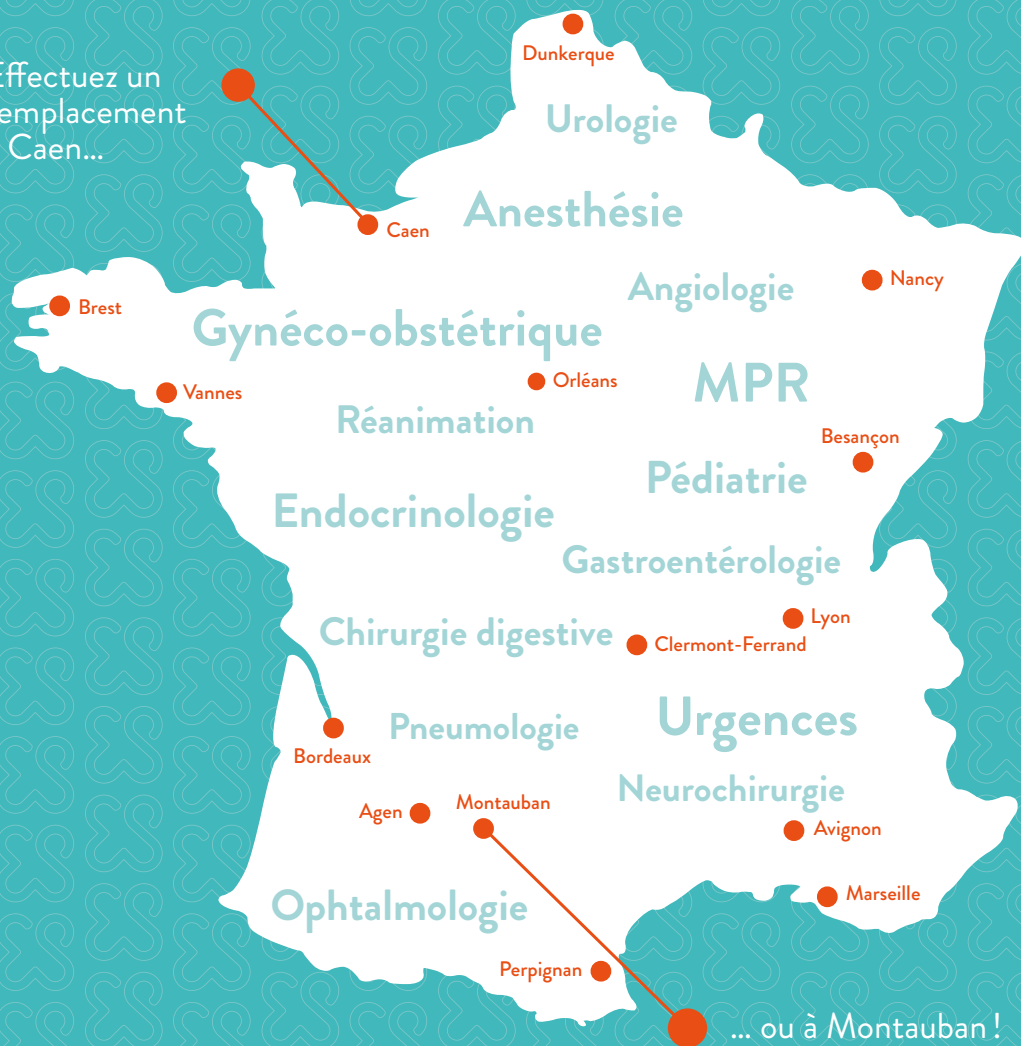
REVUE POUR LES INTERNES DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

N°23
Juillet 2022

www.agof.info

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 de la stérilisation en France

INTERVIEW D'EXPATRIÉS P 05
Nos voisins les Suisses

GYNÉCO MAIS PAS QUE... P 10
Xavier et Mathilde, experts en physiologie et pathologie

RETOUR D'ENQUÊTE P 14
La formation des internes en médecine fœtale en France en 2022

LA GROSSESSE DES MÉDECINS P 17
À risque ?

LA SANTÉ MENTALE DES GO EN DÉBUT DE PANDÉMIE P 22
Résultats d'une enquête de cohorte observationnelle conjointe avec le Conseil National des Jeunes Chirugiens (CNJC)

INFOGYN P 27
À quand le Masterclass ?

ANNONCES DE RECRUTEMENT P 31

Rédactrice en chef :
Alexane Tournier

Rédacteurs de ce numéro :
Océane PÉCHEUX, Alexane TOURNIER, Frederic GLICENSTEIN, Stessy KUTCHUKIAN, Maxime VALLÉE,
Sylvain GAUTIER, Gabriel Saydoun, Damien GROHAR, Maryam EL GANI, Xavier AH-Kit, Mathilde PELISSIE.

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 IFTENE, Léa DESCOURVIERES, Maryame EL GANI,
Louise BENOIT, Xavier HA-KIT, Anaïs SEVESTRE,
Clair CARDILLAC, Laura PUROSKI, Radostina VASILIEVA,
Michel CAZENAVE

Editorial



MOT DE L'ÉDITRICE

Chers lecteurs,

C'est avec joie que nous publions ce nouveau Cordon Rouge. Vous y trouverez un peu de dépaysement Suisse, une interview de gygy pas comme les autres, un retour historique sur la stérilisation, des infos sur la grossesse des médecins, des retours d'enquêtes sur la formation des internes de GO en France, mais aussi sur leur vécu de la période Covid.

C'est toujours un challenge et un plaisir de vous dénicher des sujets de divertissement sur la gynéco ! Pour les prochains numéros, je laisserai cette belle responsabilité à Anaïs, venue tout droit de Nantes qui a accepté de relever ce défi.

N'oubliez pas que si vous voulez écrire une ou deux pages sur un sujet qui vous passionne ou vous interroge, vous êtes évidemment les bienvenus. Un simple mail suffit !

Alexane TOURNIER



MOT DU PRÉSIDENT

Chers collègues, amis et membres de l'AGOF,

C'est un grand plaisir de participer aux projets et accomplissements de l'AGOF !

Nous nous préparons une nouvelle fois à un été marqué par des difficultés hospitalières liées à la pénurie de personnel comme le témoignent les communiqués de presse du CNGOF ainsi que de nombreux chefs de service. De ce fait, nous avons l'espoir que les internes, CCA, assistants, FFI, docteurs juniors que composent l'AGOF seront reconnus à leur juste valeur pour les efforts envers les services et la population.

Dans ce contexte, on ne peut que féliciter l'incroyable enthousiasme de certains d'entre nous pour organiser des formations, créer des Podcasts, créer du contenu sur des applications mobiles pour simplifier et améliorer notre quotidien et réfléchir ardemment pour solutionner au mieux la qualité de vie des internes, CCA, assistants, FFI, docteurs juniors ! Ne restons pas seuls !

Je tiens à remercier chaleureusement les membres du bureau de l'AGOF, ainsi que nos partenaires, pour leur dynamisme et leur implication dans les nombreux projets que nous mettons en œuvre afin de proposer aux internes du contenu de qualité.

À bientôt, car l'AGOF vous accueille dans ses rangs avec plaisir !

Frédéric GLICENSTEIN

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 : Weris7554 - www.123rf.com - Gabarits en haut des pages : © bruniewska - www.shutterstock.com



Histoire de la stérilisation en France

Quelques dates

L'Histoire de la stérilisation date du temps d'Hippocrate, quand la stérilisation des femmes était recommandée pour prévenir les maladies mentales héréditaires. James Blundell introduit la stérilisation chirurgicale en 1823 pour la prévention des grossesses à haut risque.

Le terme de « stérilisation féminine » apparaît pour la première fois dans une publication de Kocksen en 1878. La première stérilisation chirurgicale par ligature tubaire est pratiquée par Langrenen en 1881.

À propos de la stérilisation à visée contraceptive, une réflexion s'est poursuivie autour des différentes instances professionnelles représentatives depuis les années 90 et il existait une pratique médicalement justifiée mais entachée d'illégalisme. La loi du 29 juillet 1994 stipulait qu'« il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne ». Une enquête « coeliochirurgie gynécologique en France, instantanée 1996 » menée par la Société Française d'endoscopie gynécologique avait pourtant estimé les stérilisations effectuées chaque année en France, cette année-là, de 30 000 à 40 000 (1).

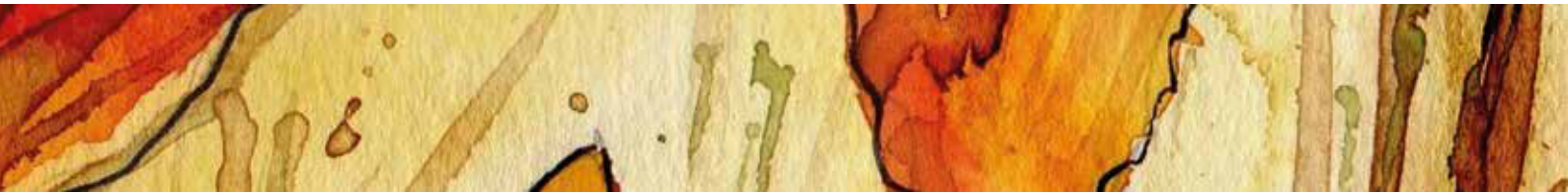
En 1998, un arrêt de la Cour de Cassation retenait quand même le caractère délictueux de la stérilisation tubaire. La cour rappelait que la ligature des trompes à des fins strictement contraceptives en dehors de toute nécessité thérapeutique était prohibée par le code civil. En juillet 1999, les modifications de l'article 16.3 du code civil rendaient admissible l'atteinte à l'intégrité du corps humain en cas de nécessité médicale (et non plus thérapeutique).

Si la stérilisation contraceptive volontaire n'était pas interdite, elle était considérée par le Conseil de l'Ordre des médecins comme une mutilation (2, 3). Les rapports à l'Académie nationale de médecine et au Conseil national de l'Ordre des médecins en avril 2000 constataient donc que bien qu'elle soit « Théoriquement interdite, [elle n'était] pratiquement jamais condamnée depuis longtemps, mais source d'hésitations, de refus et de craintes bien compréhensibles chez les médecins. ». (Pr Sureau).

Le pas vers la légalisation sera franchi par les députés à l'occasion de la refonte de la loi sur l'avortement et la contraception en 2001. Le sénat était opposé à leur proposition de loi et a cherché à en limiter la portée en établissant des conditions d'accès très restrictives.

La stérilisation féminine devient finalement enfin légale en France, à partir du 4 juillet 2001, en harmonie avec les résolutions du Conseil de l'Europe, pour les patientes majeures en faisant une demande écrite, après un délai de réflexion de 4 mois. À noter que le 14 novembre 1975, le comité des Ministres du Conseil de l'Europe recommandait déjà de rendre la stérilisation chirurgicale accessible en tant que service médical.





Les différentes techniques, quelques dates :

- 1890 : Langren : première ligature tubaire par laparotomie (per césarienne).
- 1929 : Technique de Pomeroy.
- 1962 : Palmer, première ligature tubaire par coelioscopie
- 1970' : Clips coelioscopiques.
- 2000' : Essure©

La stérilisation dans le monde

En Belgique, malgré plusieurs propositions de lois, la stérilisation n'est pas reprise dans une législation. Elle est considérée comme du ressort du médecin et non du juge. Le code de déontologie médicale belge (Art. 54, 16/07/1988) précise que « Bien que le plus souvent bénigne, la stérilisation chirurgicale constitue une intervention lourde de conséquences. Dès lors, le médecin ne peut l'exécuter qu'après avoir informé correctement les conjoints ou partenaires sur son déroulement et ses conséquences. La personne qui subira l'intervention devra pouvoir prendre sa décision librement et l'opposition éventuelle du conjoint ou partenaire sera sans effet. » (4).

Selon les données publiées par les Nations Unies sur les pratiques contraceptives (5), la stérilisation féminine apparaît aujourd'hui comme la méthode de contrôle de la fécondité la plus répandue dans le monde : dans l'ensemble, 17 % des femmes en couple et en âge de procréer (définies généralement comme étant les femmes âgées de 15 à 49 ans) ont été stérilisées pour des raisons médicales ou dans un but contraceptif. Si l'on tient compte uniquement des pays en voie de développement, cette valeur s'élève à 20 %. Dans certains de ces pays, la stérilisation féminine concerne un pourcentage très élevé de femmes (République Dominicaine, 39 % ; Corée, 35 % ; Chine, 34 %). Dans beaucoup de pays africains en revanche, le pourcentage est négligeable - entre 1 et 2 %. En effet, les moyens contraceptifs sont, de manière générale, peu répandus dans cette région du monde (ils ne concernent que 18 % des hommes et des femmes en couple et en âge de procréer). Dans les pays développés, le pourcentage des femmes stérilisées en couple et en âge de procréer est de 8 %, mais dans certains pays comme le Canada ou les Etats-Unis, la stérilisation concerne jusqu'à respectivement 31 % et 23 % de ces femmes.

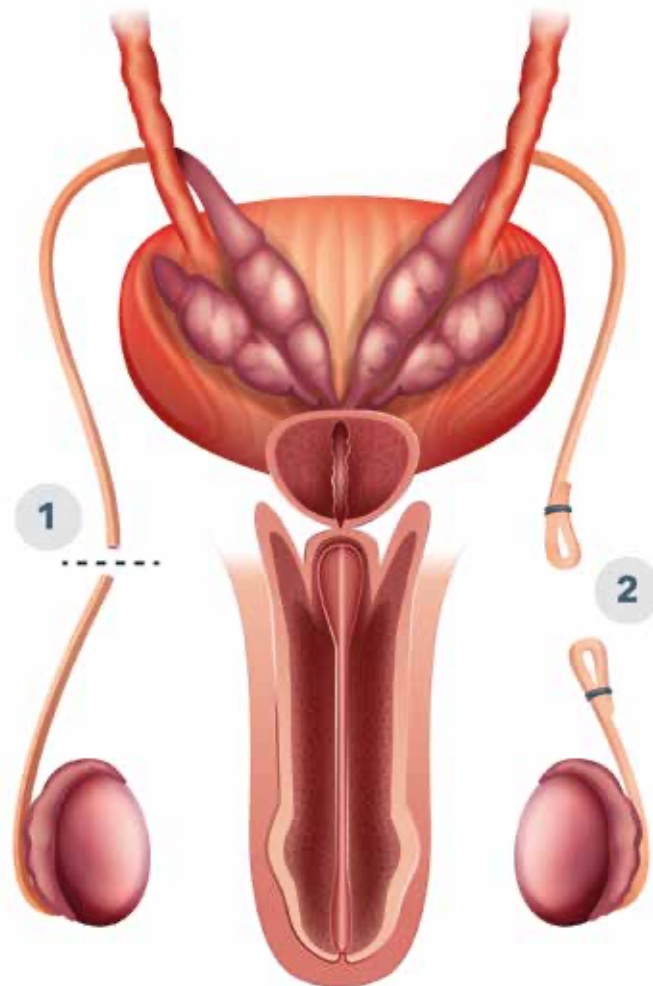


Et les hommes ?

La vasectomie fut effectuée la première fois aux USA à la fin du 19^{ème} siècle, principalement pour « combattre les problèmes héréditaires » (6). La stérilisation masculine à but contraceptif est beaucoup moins répandue dans le monde : elle ne concerne que 5 % des hommes, mais l'écart de fréquence entre les pays développés et en voie de développement est moins frappant (4 % et 5 % respectivement).

La stérilisation masculine apparaît toutefois mieux acceptée dans certains pays développés, tels que le Royaume-Uni où elle peut atteindre 16 % ! En effet, au Royaume-Uni, la limitation des naissances est influencée par des mouvements néomalthusiens et des mouvances eugénistes. La contraception définitive a été intégrée dans le panel contraceptif dès 1960. Les médecins généralistes ont reçu une incitation financière pour orienter les couples vers la vasectomie plutôt que la ligature tubaire, et aujourd'hui des campagnes de promotion de la vasectomie dans les journaux locaux et dans les stades de football portent leurs fruits (7).

En France, des groupes d'hommes pour la vasectomie se sont formés, comme le Groupe d'Action et de Recherche pour la Contraception



masculine (Garçon) ou encore Ardecom (Association pour la Recherche et le Développement de la Contraception Masculine). Ils militent pour faire connaître cette méthode. Alors Messieurs, à quand votre tour ?

Océane PÉCHEUX

Références

1. <http://www.avortementancic.net/spip.php?article58>
2. Nizard 1974
3. Arnoux 1994
4. Julia Lao, FPS : <http://www.femmesprevoyantes.be/wpcontent/uploads/2017/12/Analyse2011-sterilisation.pdf>
5. United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, Population Division, World Contraceptive Use 1994.
6. Br J Urol. 1995 Nov; Ethical issues in male sterilization in developing countries. Cité sur le site <http://childfree.moonfruit.fr/>.
7. Cours DIU Contraception et Orthogénie, Dr Vigoureux, CHU Nantes.



Interview d'expatriés : Nos voisins les Suisses

On se demande de temps en temps comment ça se passe ailleurs ? Est-ce que l'herbe est plus verte ? Ou alors par simple curiosité ! Certains l'ont tenté et d'autres l'ont adopté ! Il s'agit de Maryame EL GANI qui a fait un interCHU en Suisse, d'Océane PÉCHEUX qui fait un clinicat à Genève après un internat à Lille et de Damien GROHAR qui a fait son internat à Lausanne après un externat en France. Ils nous racontent, chacun à leur manière, leur expérience et leur vision de la Suisse.



Maryame EL GANI



Océane PÉCHEUX



Damien GROHAR

À quel moment dans ton parcours es-tu arrivé en Suisse ? Et qu'est-ce qui t'as amené là-bas ?

DAMIEN : J'ai quitté la France en deuxième année d'internat pour la Suisse.

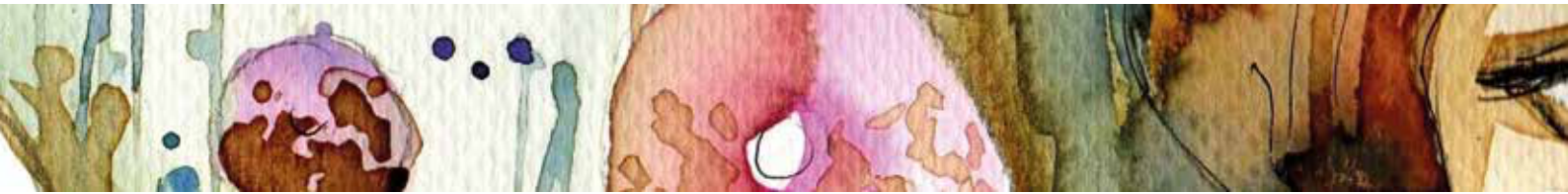
Pourquoi la Suisse ? Un pur hasard, je suis allé avec mon ex à un mariage à Cognac en France (complètement à l'opposé de la Suisse), nous nous sommes arrêtés à une station-service et deux nanas distribuaient de la docu sur la Suisse. Et là, c'était vraiment le coup de cœur ! Le lac, les montagnes, la nature, un truc que je n'avais pas à Lille (hormis les terrils).

Pourquoi partir ? Mon couple battait des ailes, et je n'arrivai pas à dire stop, alors je me suis dit qu'une expérience à l'étranger pouvait me faire du bien !

De retour de ce mariage, j'ai donc postulé en Suisse, plus précisément à Lausanne (je ne connaissais même pas le nom de cette ville, et pensais même que Genève était la capitale !).

J'envoie ma candidature en juin. Puis, en juillet on m'offre un poste pour novembre, tellement rapide. J'ai obtenu exceptionnellement une dispo (j'étais déjà hors délai) pour un remplacement de 6 mois. Et j'ai tellement adoré que j'ai enchaîné sur la deuxième puis troisième puis quatrième puis stop la France ! Et entre-temps, je me suis séparé et j'ai rencontré mon nouveau mec (un Suisse breton).

OCÉANE : L'opportunité d'un clinicat en Obstétrique s'est présentée et j'ai pris mes fonctions en janvier 2022. J'ai donc emménagé en Haute-Savoie. Un grand changement pour moi qui étais née à Lille et y avais passé toutes mes études ! Mais aussi et surtout, une réelle expérience à l'étranger !



Comment s'est déroulé ton arrivée là-bas ? Pas trop dur de s'adapter ?

DAMIEN : On m'avait dit que les Suisses étaient très "sectaires", et qu'il était très difficile de se faire accepter en tant que français ! Mais finalement, pas du tout ! Je pense que tout dépend de ton caractère et ta volonté d'aller vers les autres. Je suis assez extraverti alors je n'ai absolument pas eu de problème pour m'adapter et me faire un cercle d'amis. Le plus dur au début, c'est surtout l'administratif. On te demande une multitude de papiers dont tu ne connais même pas l'existence ! Mais après deux-trois mois, tu t'habitues vite et tu comprends tout le jargon.

D'ailleurs au point de vue administratif, comment ça se passe l'internat là-bas ?

DAMIEN : Une des particularités quand tu postules pour l'internat en Suisse, c'est que tu vas passer par un réseau (celui qui t'engage... ou pas !) Et ce fameux réseau te permet de connaître ton planning pour 5 ans (chaque hôpital dans lequel tu vas bosser). Et ça, c'est chouette ! Tu n'as pas le stress de la repart tous les 6 mois en fonction de ton classement ! Ici cela n'existe pas.

MARYAME : C'est vrai ! Pour la « maquette de stages » des internes, elle est déterminée dès le début de leur internat s'ils sont acceptés en gynécologie. En général, ils ne passent qu'un an en centre universitaire (Lausanne ou Genève pour la Suisse romande). Le reste de leur formation (4 à 5 ans) se déroule dans des hôpitaux périphériques.

Que penses-tu de la médecine Suisse et de son Hôpital ? Quelles sont les grandes différences avec la France que tu as pu observer dans la pratique quotidienne de la gynécologie obstétrique ?

DAMIEN : Ce qui m'a choqué : l'accueil ! En Suisse, quand tu commences dans un hôpital pour ton nouveau *turnus*, tu as un accueil, un vrai.

Petits fours, livre offert sur la spécialité, des goodies, et une vraie formation sur le logiciel patient, le fonctionnement du service... bref un accueil. Puis tu as une véritable identité, ce qui est bizarre au début ! Tout le monde te vouvoie et t'appelle Docteur... (même tes chefs de service). Je trouvais bizarre au début mais finalement c'est assez chouette : tu as une distance sans trop l'avoir.

En Suisse, les examens complémentaires sont faciles à obtenir. Pas besoin de négocier avec ton radiologue pendant des heures pour obtenir un scanner en urgence ! Ici c'est rapide, un coup de fil et le tour est joué. C'est tellement plus agréable. Les équipements sont à la pointe de la technologie. Et tu as une véritable prise en charge de la douleur, par rapport à la France.

OCÉANE : Ici, la gynécologie et l'obstétrique sont 2 mondes distincts, et même en garde les internes de l'un des secteurs ne font pas l'activité de l'autre (ceux des urgences font les *laparoscopies*, ceux d'obstétrique les césariennes en urgence).

Une petite particularité ? À Genève, pas de monitoring en ville. Les sages-femmes libérales s'occupent des bruits du cœur fœtal, des prises de constantes et bien entendu de la clinique, mais n'enregistrent pas les rythmes ; finalement, de manière générale, l'enregistrement du rythme fœtal est beaucoup moins systématique. Et les bébés se portent tout aussi bien ! C'est vraiment intéressant de prendre du recul sur des choses qui pour moi, « ne pouvaient pas être faites autrement ».





Et qu'en est-il de la formation des internes à la Suisse ?

OCÉANE : Les internes ont la main peut-être plus progressivement qu'en France, ou en tout cas qu'à Lille (où on se plaignait, comme tous les internes... mais je dois avouer réaliser maintenant qu'on m'a appris beaucoup de choses). Mais les internes genevois accèdent vraiment beaucoup à la simulation, avec énormément de cours théoriques et pratiques, de mentoring, d'accompagnement individualisé organisé. De nombreux staffs (dits ici « **colloques** ») hebdomadaires, comme dans beaucoup d'hôpitaux universitaires, complètent leur formation théorique (présentation d'articles, revues de rythmes fœtaux, de dossiers maternels complexes).

MARYAME : D'un point de vue théorique, les internes doivent s'inscrire à des cours « **blocs** » qui sont obligatoires pour avoir leur diplôme. Ils sont payants et sanctionnés par deux examens écrits. Il n'y a pas de thèse d'exercice tout comme en Belgique.

D'un point de vue pratique, la Suisse est un petit pays avec un taux de natalité assez bas. Les internes suisses sont confrontés à une difficulté majeure durant leur formation : la validation de leur « **catalogue** ». Il s'agit pour eux de pratiquer un nombre important d'interventions chirurgicales ou obstétricales, comme aide ou comme opérateurs. Le recrutement chirurgical en Suisse est assez faible comparé au nombre d'interventions à faire. La difficulté à obtenir ce catalogue prolonge parfois l'internat. Le taux de natalité étant assez bas, l'activité en salle de naissance est bien moins importante qu'en France.

Après la fin de leur internat, les internes de gynécologie doivent faire un clinicat pouvant aller de 3 à 6 ans. S'ils souhaitent avoir le droit d'opérer durant leur pratique comme sénior, ils doivent aussi passer l'examen du « **FMH opératoire** ».

Il s'agit d'un catalogue d'interventions à réaliser durant le clinicat afin de pouvoir opérer durant sa carrière future. Sans valider cet examen, les gynécologues ne peuvent pas pratiquer d'interventions chirurgicales comme les césariennes par exemple ! Ils ont plutôt une activité de consultation et de suivi en ville. Par contre à l'hôpital, ce sont les internes qui assurent une bonne partie des consultations.

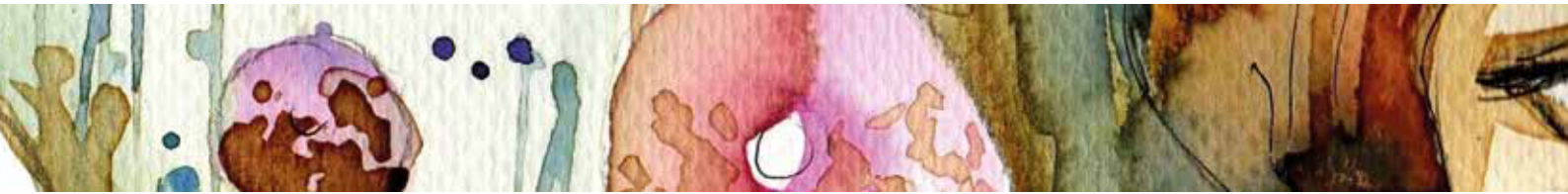
DAMIEN : Je trouve que la formation théorique est top, tu apprends beaucoup sur le terrain.

Par contre, niveau gestes, je dirais que tu es plus vite formé en France. Certains chefs de clinique universitaire n'ont posé qu'un seul forceps voire aucun pendant toute leur carrière d'interne (appelé ici « **assistant** »), et pareil pour les laparoscopies ou hystérectomies complètes...

Donc niveau gestes, on est un peu à la traîne... et si tu veux te former tu dois être pris dans la formation de « **FMH opératoire** ».

Selon toi, existe-t-il de grandes différences culturelles pouvant influencer la pratique ou la relation avec le patient ?

OCÉANE : Bizarrement, de partir en Suisse francophone, je le percevais à peu près comme un inter-CHU : Probablement des protocoles différents à absorber, mais pas beaucoup plus d'adaptations à prévoir. Sauf que finalement, si ! Ici, la mode est assez anglo-saxonne, et cela se ressent dans les guidelines suivies dans les protocoles, mais aussi dans le vocabulaire (on parle de « **laparoscopie** », par exemple). Les conditions de travail sont typiquement suisses, avec un emploi du temps à 50 heures hebdomadaires (officiellement, même 40 !), qui va avec des déclarations d'horaires, un treizième mois de salaire, des temps de consultation à 45 min voire une heure, et des gardes de 12h, qui s'encadrent de jours de repos. Les téléphones utilisés dans l'hôpital sont de vrais smartphones, et l'hôpital



nous fournit nos stylos, et petits carnets ! Mais l'expérience va au-delà de ça. Le CHU de Genève, c'est aussi du « one to one » en salle de naissance (une sage-femme, pour une patiente), avec un plateau de naissance (suivi « Bien naître »), une équipe cosmopolite à l'image de la ville, un dynamisme de recherche facilité par les temps administratifs de travail, plutôt bien respectés. Un féminin qui se respecte en Suisse où on m'appelle désormais « doctresse », étrange au début puis tout-à-fait assimilé avec plaisir. Des taux de césariennes et de déclenchements un peu plus élevés, mais une belle médecine, avec notamment beaucoup de prise en compte du ressenti des patientes, des couples, d'accompagnement personnalisé et global, y compris social.

MARYAME : L'administration en Suisse est très différente de celle en France. Il s'agit d'un pays fédéral (comme les États-Unis). C'est assez difficile de s'adapter quand on vient d'un pays aussi centralisé que le nôtre. Et c'est probablement difficile pour les Suisses de s'habituer eux aussi à notre fonctionnement.

Si on aime les ambiances cosmopolites, le quotidien dans les grandes villes suisses est assez magique. À Genève 60 % de la population est étrangère, à Lausanne c'est 50 %. Durant une demi-journée de consultation, je pouvais parler en français, en anglais, en espagnol, en arabe puis en portugais. La Suisse elle-même est un état fédéral avec quatre langues officielles. Mes collègues venaient de partout à travers le monde, et c'était particulièrement enrichissant comme expérience.

D'un point de vue financier, la vie en Suisse est particulièrement onéreuse même en ayant un salaire suisse. L'accès à la propriété est beaucoup plus difficile qu'en France, et le prix des denrées alimentaires est 2 à 3 fois plus cher.

Le système de santé en Suisse est un système de santé privé avec des aides accordées par les cantons. Les Suisses ont une assurance santé obligatoire qu'ils payent à partir de 400 euros par mois par personne, soit 10 % de leur salaire au minimum. Il s'agit d'une assurance de base couvrant les soins médicaux avec une franchise pouvant aller de 500 à 2500 euros par an. Les consultations à l'hôpital sont facturées aux patientes, y compris les examens complémentaires. Tous doivent être justifiés pour être remboursés par leur assurance. De plus, les assurés peuvent opter pour des régimes d'assurance plus onéreux : Les régimes privés ou semi privés par exemple. Les médicaments sont aussi payés par les patients et sont plus chers qu'en France. Il n'y a pas de transport médicaux pris en charge durant les hospitalisations. Les arrêts maladies sont payés par l'employeur.

DAMIEN : L'ambiance entre internes et chefs de cliniques est top, mais comme France.

Ce qui change de la France, c'est l'absence de gardes de 24h ! Ici tu enchaînes 3-4 gardes de nuit de 20h à 8h/9h puis tu as des repos de garde 2-3 jours en moyenne. C'est chouette, ça te permet de te reposer ! Les horaires sont très souvent respectés ; pas comme en France où tu fais des heures à n'en plus finir.

Et ton salaire te permet de profiter de tes repos ! Tu as beaucoup de charges, mais tu t'en sort plutôt bien ! C'est vrai que si tu regardes le salaire d'un interne de première année à Genève (8600 fr soit plus de 8000 euros) ça fait rêver ! Mais tu dois déduire les impôts, les assurances, l'assurance maladie, et pas mal de frais annexes ...



Peux-tu nous raconter rapidement ton quotidien sur place ?

DAMIEN : La Suisse t'offre un cadre de vie exceptionnel : le lac, les montagnes, les randonnées, l'escalade, les paysages de dingue et la tranquillité. Si tu aimes la nature, la Suisse est faite pour toi.

OCÉANE : Pour ceux qui voudraient tenter eux aussi l'expérience, difficile de parler de Genève sans parler du cadre de vie idyllique du coin, avec les magnifiques paysages suisses (même si voyager là-bas, cela a clairement un coût). Toutes les stations de ski qui se transforment l'été en magnifiques terrains de randonnée et/ou de VTT ! Et l'Italie à une bonne heure de route. La bonne humeur, la braderie et la bière lilloise me manquent un peu... mais la qualité de vie ici est vraiment incroyable.

En conclusion ?

DAMIEN : En bref, je ne regrette pas du tout mon départ à l'étranger. J'ai depuis acheté un appartement en Suisse, j'ai rencontré mon mec avec qui je suis depuis 5 ans, je me mets à la voile, au ski,... La Suisse m'a adopté ou plutôt j'ai adopté la Suisse ! Je repars juste un an en mission à La Réunion en mai 2023 mais je reviens en Suisse un an après !

MARYAME : La Suisse c'est très très différent de la France. J'ai adoré mon séjour chez les Helvètes et j'y ai rencontré des gens formidables !



Alexane TOURNIER, pour l'AGOF
Maryame EL GANI, **Damien GROHAR**,
Océane PÉCHEUX



GYNÉCO MAIS PAS QUE :

Xavier et Mathilde, experts en physiologie et pathologie

Xavier et Mathilde nous racontent leur histoire ! Leur particularité ? Une double casquette car avant d'être gynécos ils étaient sage-femme. Un parcours atypique et surtout une volonté inébranlable.



➔ Mathilde PELISSIE



➔ Xavier AH-KIT

Pouvez-vous nous raconter votre parcours ? et surtout ce qui vous a donné envie de changer de profession ?

MATHILDE : J'ai 38 ans et je suis donc en 9^{ème} semestre d'internat. J'ai exercé en tant que sage-femme pendant 4 ans après les études. Sage-femme (SF) m'a beaucoup plu avec un parcours également exigeant, parfois un peu à l'ancienne. À cette époque, je m'étais beaucoup engagée dans l'associatif, dont une année de présidence de l'ANESF (Association Nationale des Étudiants Sage-Femmes). En fait en arrivant en école de SF, il y avait beaucoup de choses que j'ai eu envie de changer et notamment le fait que sage-femme est une profession médicale mais sans parcours universitaire associé. On s'était battues pour que les 5 ans

d'études soient sanctionnées par un diplôme de Master, que l'on puisse faire de la recherche et être considérées expertes en physiologie. Mais finalement, mon parcours d'étude a été plus centré sur la pathologie, sujet qui m'intéressait beaucoup. Et après mon diplôme, je suis partie faire de la PMA, un peu d'endocrinologie puis de l'échographie et enfin j'ai travaillé à la Pitié dans un service de pathologie maternelle préexistante et grossesse. Puis quitte à faire de la patho, je préférais gérer mes patientes de A à Z et prendre les décisions. J'ai donc repris médecine, le projet n'était pas de faire de la gynéco initialement. Mais lors des stages, je me suis rendue compte que j'avais un truc avec la gynéco. Quand en réa ou rhumato, j'étais toute excitée de prendre en charge des patientes gynécos.



C'était évident ! Et je suis donc partie à Strasbourg faire mon internat. Être de l'autre côté de la barrière, la première année en obstétrique n'était pas toujours simple. En effet, j'avais 10 ans d'expérience d'obstétrique mais pas en tant que chef et ma place n'était pas facile à trouver. Donc, je suis partie vers ce que je ne connaissais pas du tout et me suis orientée vers la chirurgie et l'oncologie. J'ai toujours du plaisir à faire des gardes d'obstétriques mais ce n'est plus du tout mon dada.

XAVIER : Je suis aussi en 9^{ème} semestre d'internat mais à Bordeaux. Pour ma part, j'ai fait mes 5 ans d'étude de sage-femme, puis j'ai travaillé un an. C'est vrai que pendant la formation de sage-femme la pathologie m'attirait énormément. De mon côté, j'ai vite ressenti que mon parcours allait continuer. J'ai donc repassé la PACES et suis reparti dans le parcours pour devenir gynécologue obstétricien. Pour mon choix d'internat, c'est vrai que j'ai hésité entre anesthésie et GO mais au vue de mon parcours antérieur, cela m'a semblé normal de partir en obstétrique. Les premières années au CHU se sont très bien déroulées. Il est vrai que les rapports avec les sages-femmes ne sont pas les mêmes et on aborde les choses un peu différemment. On se rend bien compte du champs de compétence de la sage-femme, de ce que l'on aurait fait nous-même en tant que sage-femme. De mon côté, j'ai trouvé le travail plus aisé quand on connaît les rapports entre sage-femme et obstétricien. En tout cas, j'en garde un très bon souvenir. Après personnellement, j'ai une vision assez mixte de la formation. C'est-à-dire que je garde une casquette à la fois chirurgicale et obstétricale pour pouvoir être le plus omnipotent possible. Et peut-être dans un deuxième temps en post-internat voire pour une surspécialisation. Qu'est-ce qui m'a poussé à recommencer ? C'est les personnes que l'on rencontre à un instant « T ». Je me souviens d'un GO à l'Île de La Réunion qui m'avait dit que je posais beaucoup trop de questions pour un étudiant sage-femme et qui m'a encouragé à recommencer médecine.

Et c'est un peu de là que tout est parti. Et j'ai tout recommencé.

MATHILDE : Ah tu as refait la PACES. De mon côté, je suis passée par la passerelle. Comme j'avais mon diplôme j'ai pu faire une passerelle pour rentrer en 3^{ème} année de médecine.

XAVIER : J'avais entendu dire que si l'on était refusé pour la passerelle, on ne pouvait pas se réinscrire en médecine. Et je préférerais ne pas laisser mon sort dans les mains d'un jury de 12 personnes. Je me suis dit « si je ne suis pas pris, je ne suis pas pris. Je ne pourrai m'en prendre qu'à moi-même. ».

MATHILDE : Cela me faisait hyper peur car j'avais déjà « raté » deux fois médecine. C'était déjà blessant, et c'est vrai que ça a été dur de retenter le coup en prenant le risque d'une nouvelle veste. Mais, je ne voulais rien regretter.

Est-ce que vous avez le sentiment d'intégrer votre pratique d'ancienne sage-femme dans celle de gynécologue ? Si oui, de quelle manière ?

MATHILDE : Je ne serai pas le même médecin sans cela. Je pense que ça m'a apporté plus d'humanité et de lien dans le partage avec les patientes. Et dès le début de l'externat, j'avais déjà les codes de l'hôpital. Cela aide pour comprendre les ressentis.

XAVIER : J'intègre complètement mon ancien métier de sage-femme à celui de ma pratique professionnelle actuelle. Je pense qu'il y a un continuum entre la physiologie et la pathologie. Et c'est vrai que dans l'abord du couple, cela change les choses. De même, on a côtoyé le monde hospitalier très tôt dans la formation de sage-femme avec beaucoup de stages professionnalisant dès la première année et rapidement des responsabilités. Et j'appréhende la relation avec les SF de façon plus sereine car



on connaît bien les compétences de la SF et où elles s'arrêtent. Et d'ailleurs, on peut aussi leur dire quand elles s'arrêtent trop tôt pour qu'elles puissent garder leur autonomie dans la prise en charge. Car c'est bien une profession médicale. C'est donc une chance à la fois dans la relation avec les couples mais aussi dans les relations professionnelles.

Est-ce que vous regrettez de temps en temps ?

MATHILDE : Ça dépend, à deux semaines de ta thèse quand tu as une vie horrible tu te demandes « pour quoi j'ai fait ça ? ». Mais globalement, je suis contente de ce choix ! Même si c'est un sacré engagement ! À 38 ans, être bloquée 6 ans dans une ville sans savoir où tu iras ensuite. En termes d'organisation de vie, c'est peut-être un peu plus difficile à notre âge qu'à 30 ans. Et avec notamment un salaire identique à celui de SF mais pour un travail à 80 heures semaine (vs 35). Mais une fois à l'hôpital je suis hyper contente, les yeux écarquillés ! J'ai aussi hâte d'avoir un peu d'autonomie et mes propres patientes. C'est parfois long de la retrouver alors qu'on l'avait avant. Mais j'adore mon métier et j'ai hâte de me sentir dans une mini routine un peu plus reposée et détendue.

XAVIER : Contrairement à Mathilde, j'ai vite enchaîné et je n'ai pas travaillé 5 ans mais seulement un an. À l'heure d'aujourd'hui, j'ai toujours cette soif d'apprendre, je passe le DU de médecine fœtale et de PMA. Peut-être que ça va se tarir avec l'âge ! Et maintenant, en tant que Docteur Junior on a nos patientes, notre recrutement. Cette transition Interne-Dr junior permet de s'autonomiser et on voit la fin approcher. Mais, je te rejoins sur le fait d'être un peu moins dans le jus des mémoires, articles, thèse et de toujours courir après le temps. Aussi, notre

spécialité demande beaucoup de temps si on veut performer dans ce que l'on fait. Si c'était à refaire, je referais exactement le même parcours.

Qu'est-ce que vous conseillez aux SF qui voudraient également se reconvertir ?

MATHILDE : Je leur conseillerais de pas hésiter plusieurs années ! De bien réfléchir tout de même. Pour moi, le plus dur c'est de se lancer ! Il faut bien y réfléchir mais pas trop longtemps.

XAVIER : Je suis complètement d'accord. Comme dirait mon mentor, « un train ne passe qu'une seule fois donc il faut bien l'attraper au passage et ne pas le rater ». Il ne faut pas voir cette formation de GO comme une formation de 12 ans. Déjà il y a les passerelles ; et ensuite il y a l'internat où l'on est médecin en construction, mais médecin tout de même. Il faut néanmoins avoir un cadre aidant autour de nous ! Car après une indépendance financière, avoir un salaire d'externe, ça demande quelques sacrifices.

MATHILDE : Après il y a quelques combines ! Je n'avais pas trop le choix, je venais d'acheter un appartement sur Paris. Comme j'étais titulaire de la fonction publique, j'ai eu le droit pendant 2 ans à un congés de formation au SMIC, puis j'ai réussi à avoir une bourse/un mécénat de Pasteur Mutualité d'environ 700 euros par mois. Il y a des moyens de se débrouiller, il faut faire des dossiers bétons et demander du soutien pour votre projet. J'ai finalement réussi à continuer de faire mon externat et de rembourser mon appartement. Mais heureusement que j'étais à l'ANESF avant, ça m'a appris d'aller chercher des partenariats !

Autre chose qui vous tienne à cœur ?

MATHILDE : Juste que ce n'est pas obligatoire de faire GO après ! Médecine générale ou gynéco médical c'est très bien également. C'est dommage de se focaliser sur la GO. Il y a plein de possibilités et plein de manières de s'épanouir dans son nouveau métier.

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.

Mathilde PELISSIE
Xavier AH-KIT
Alexane TOURNIER



Le micro des gynéco
LES PODCASTS DE L'AGOF

Ecoutez les podcasts de l'AGOF

SCAN ME



Retour d'enquête et point de vue d'un interne : La formation des internes en médecine fœtale en France en 2022

Actuellement la formation à la médecine fœtale est répartie entre un apprentissage personnel, un apprentissage universitaire et un apprentissage par compagnonnage lors des stages.

L'apprentissage personnel est effectué par la lecture de référentiels, d'articles au sein de revues en ligne, de sessions au cours de congrès ou formations indépendantes.

Concernant le compagnonnage, la proportion d'internes accédant aux stages de médecine prénatale est variable sur le territoire. Et l'accès des internes aux consultations d'échographie est également inégalitaire.

L'apprentissage théorique universitaire au sein du DES Parisien est de 12 heures. De nombreux Diplômes Universitaires (DU) d'échographie et de médecine fœtale sont accessibles au sein du territoire.

La réalisation d'un DU complémentaire d'échographie est quasi systématique pour la majorité des étudiants soit par obligation du coordinateur régional, soit par crainte pour l'exercice futur liée au manque de formation (notamment si souhait d'installation libérale).

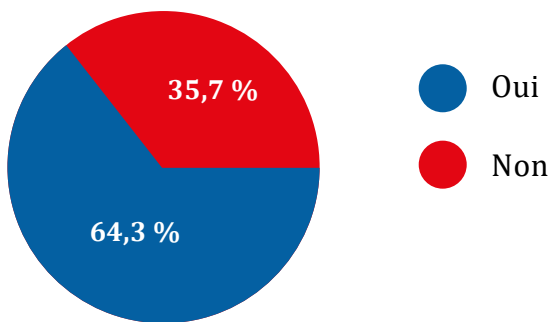
Le DU d'échographie est également effectué par des sages-femmes, des radiologues, des médecins généralistes. Le DIU d'échographie GO est coordonné par Strasbourg et il y a en tout 15 antennes associées : Sorbonne Université (P6), Université d'Aix-Marseille, Université de Bordeaux/Toulouse-III, Université de La Réunion, Université de Lille-Caen-Amiens, Université de Lyon-Clermont, Université de Nantes-Tours, Université de Paris Port Royal (P5), Université de Paris Necker (P5), Université Paris Saclay (P11), Université de Reims, Université de Rouen, Université de Strasbourg. Le nombre d'inscrits était de 803 en 2019-2020 puis 806 en 2020-2021.

La réalisation d'un DU de médecine fœtale est effectuée tous les ans par une centaine d'internes de gynécologie. Ce nombre reste opaque car les résultats sont conservés dans chaque université, et les décomptes ne spécifient pas forcément la spécialité de l'interne. Des internes de pédiatrie, de radiologie ou de génétique, sont parfois inscrits. De même, seul un quart des inscrits semblent être des internes.

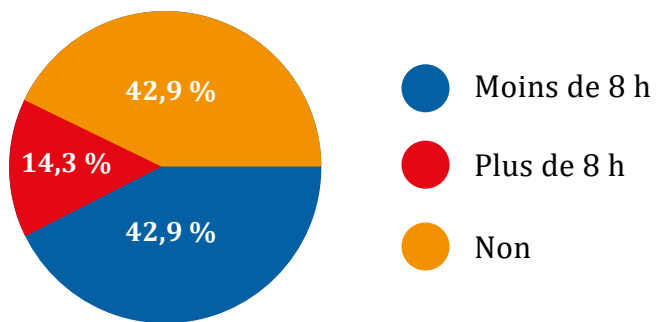


Ce questionnaire a été envoyé aux référents AGOF (internes responsables de leurs promotions dans chaque région) dans un but de recensement (14 réponses) :

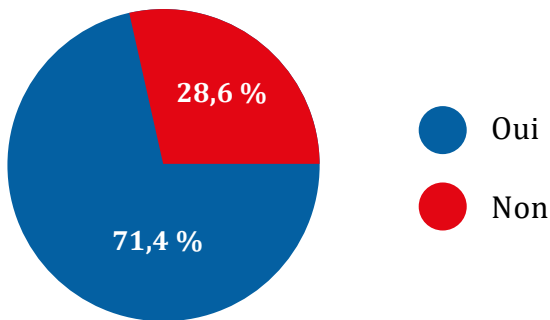
1) Avez-vous un stage disponible dédié à la médecine fœtale au cours de votre internat dans votre CHU ?



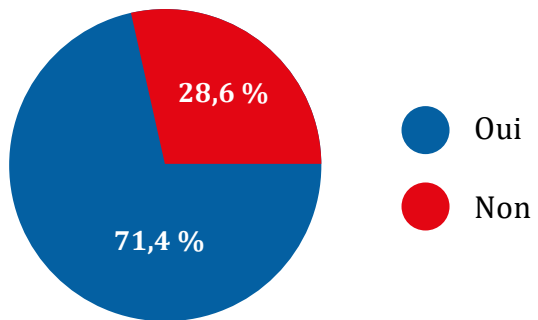
2) Avez-vous des cours dédiés à la médecine fœtale en DES ?



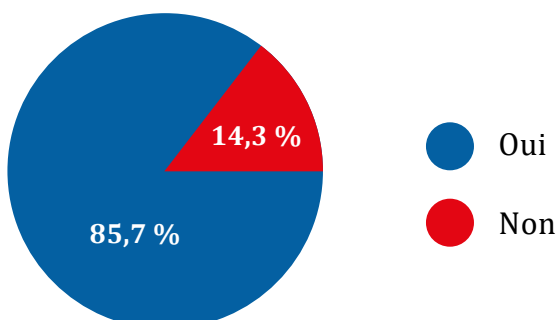
3) Avez-vous déjà assisté à un cours de médecine fœtale à un congrès (en ligne ou non) ?



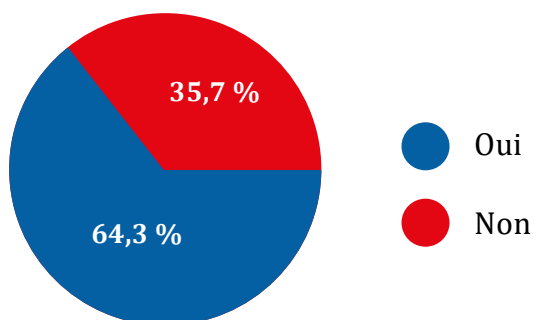
4) Avez-vous une formation théorique dédiée à l'échographie fœtale (DU ou DES) dans votre CHU ?



5) Avez-vous la possibilité en stage d'effectuer des consultations dédiées d'échographie ?



6) Utilisez-vous au sein de la formation des supports en ligne ou connectés pour l'apprentissage de l'échographie fœtale ?





Les supports de l'AGOF pour la formation en échographie fœtale

L'AGOF prévoit dans ce contexte 3 formations pratiques annuelles gratuites pour les internes en échographie fœtale : des Masterclass avec les encadrants de la Simechole lors du congrès Infogyn (à Pau), lors de PSF (à Paris) et prochainement lors de la journée nationale d'échographie de l'AGOF (en septembre à Paris).

Les principaux outils connectés sont :

1/ Les fiches d'échographies sur l'in app 360 medics

The screenshot shows the AGOF app interface. On the left, a menu lists tools for Gynecology and Obstetrics, including obstetric and prenatal ultrasound, and obstetric ultrasound. On the right, a section titled '2^e Temps : Echographie sus-pubienne > Diagnostic de Variété' displays three diagrams of fetal positions: Antérieure, Transverse, and Postérieure. Below these diagrams, 'Repères échographiques' lists key features: eye globe position, median line, and head asynchrony.

AGOF
Tous les outils utiles en Gynécologie Obstétrique

- SONDES EN OBSTÉTRIQUE
- CLICHÉS OBLIGATOIRES EN ÉCHOGRAPHIES OBSTÉTRICALE
- ÉCHOGRAPHIE PRÉNATALE
- ÉCHOGRAPHIE EN SALLE DE NAISSANCE
- ÉCHOGRAPHIE GYNÉCOLOGIQUE
- MÉDICAMENTS REMPLISSANT LA GROSSESSE OU L'ALLAITEMENT

Omni doluptatem aut et qui beatur

In APP 360 medics

2^e Temps : Echographie sus-pubienne > Diagnostic de Variété

- Variété Antérieure
- Variété Transverse
- Variété Postérieure

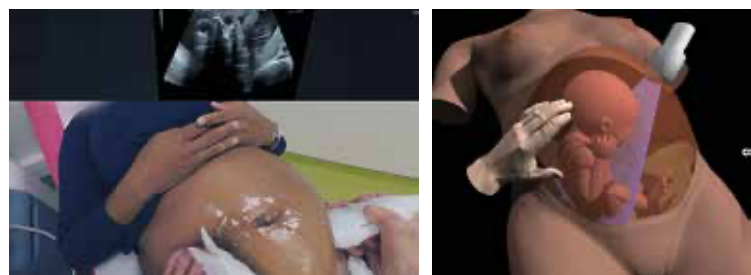
Repères échographiques :

- Positionnement des globes oculaires **O**
- Ligne médiane
- Préciser si asynclitisme de la tête fœtale

Fiche d'échographie sur l'in APP 360 medics

2/ les supports de cours en réalité virtuelle depuis le smartphone

Voici des illustrations d'un tutoriel libre et gratuit sur Smartphone, disponible en simple vidéo et en Réalité Virtuelle sur l'in app AGOF de l'application Revinax Handbook. Dans cet exemple, le Dr Vibert-Guigue, référente en échographie fœtale à la maternité de La Pitié Salpêtrière, nous livre ses astuces pour obtenir des clichés en cas de position fœtale difficile. Les illustrations en trois dimensions du Dr Renner montrent chapitre par chapitre la position de la sonde.



Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter !

Frédéric GLICENSTEIN
Pour l'AGOF



La grossesse des médecins : à risque ?

Le conseil aux femmes enceintes étant notre jour à jour, on est en droit de se poser la question : que se passera-t-il si nous sommes à notre tour enceinte ? Il s'agira effectivement d'un article destiné à la gente féminine des GO, plutôt majoritaire de nos jours. Mais messieurs soyez attentifs car cela pourra sûrement être utile pour une de vos proche ! 3 internes de Nouvelle-Aquitaine se sont posées la question dans leur thèse et ont fait une revue de la littérature¹ : quels sont les facteurs de risques professionnels de la reproduction chez les femmes médecins ? Nous allons décortiquer chaque risque un par un.

Un risque chimique ?

L'exposition au **formol**, qui nous sert à fixer les tissus pour l'analyse histopathologique, est fréquente surtout en laboratoire ou au bloc opératoire. Malgré le respect des normes en vigueur, une étude suggère que cette faible exposition respiratoire serait associée à une légère augmentation de la fréquence d'anomalies cytogénétiques ! Et en population de soignants, une exposition rapprochée aux formaldéhydes, notamment lors des dissections, augmenterait le risque d'avortement spontané et de malformation congénitale². Par contre pour les autres solvants organiques des laboratoire, aucune augmentation de cytogénotoxicité n'a été retrouvée dans les études à ce jour¹.

L'exposition aux **cytostatiques** dans les services d'oncologie et de préparation en pharmacie est fréquente (par voie transcutanée et respiratoire). Les diverses études rapportent l'apparition d'anomalies cytogénétiques chez les IDE exposés aux cytostatiques plus de 9 heures par semaine, et donc un risque pour le personnel fortement exposé (unités d'oncologie). Ce risque diminuerait (voire même disparaîtrait) avec des protections adaptées (gants, hotte à flux vertical). Concernant le risque chez les professionnelles en cours de grossesse, la littérature est hétérogène et ne permet pas de tirer de conclusion³.

Certaines études suggèreraient tout de même une augmentation des avortements spontanés⁴.

Il est difficile d'apprécier l'importance de l'exposition professionnelle aux **gaz anesthésiques** (halogénés et oxyde nitreux) dans les blocs opératoires. On sait que l'exposition sera plus importante en cas d'induction au gaz anesthésique et d'utilisation de masques faciaux ou laryngés (favorisant les fuites), situation fréquente en anesthésie pédiatrique. Il a d'ailleurs été montré à plusieurs reprises qu'en anesthésie pédiatrique les normes réglementaires de gaz résiduel dans la salle sont très difficiles à respecter. Un bon système de ventilation diminuerait tout de même ces expositions. Et il est aussi difficile d'apprécier les conséquences de ces expositions aux gaz ! Le risque accru d'anomalies cytogénétiques est établi pour les hauts niveaux d'exposition. Il pourrait également être présent en cas de faibles niveaux d'exposition mais les résultats sont contradictoires dans ce cas¹. En milieu professionnel, la plupart des études concluent tout de même à une augmentation du risque d'avortement spontané et de malformation congénitale chez les femmes exposées aux gaz anesthésiques sur leurs lieux de travail³.



Qu'en est-il du fameux risque ionisant ?

La Commission Internationale de Protection Radiologique (CIPR) recommande de limiter la dose efficace à 20 mSv (millisievert) par an pour une exposition professionnelle. Une étude de terrain a estimé la répartition des professionnels de santé les plus exposés aux rayonnements ionisants en 2014 à l'AP-HP. Il s'agissait de la médecine nucléaire (0,11 mSv/an en moyenne), suivie par la radiologie (0,07 mSv), la cardiologie notamment interventionnelle (0,06 mSv) et de la radiothérapie (0,02 mSv). Pour rappel, l'exposition naturelle aux rayonnements ionisants est d'environ 2.5mSv/an en France. Néanmoins, plusieurs études indiquent que de faibles doses chroniques de radiations ionisantes peuvent entraîner des dommages génétiques chez

les médecins exposés et cet effet semble être cumulatif dans le temps. Chez le fœtus, les effets des radiations à hautes doses sont connus pour être toxiques. Par contre, les effets d'une exposition à moindre intensité (tels que ceux mesurés sur les lieux de travail) sont discutés. Plusieurs études ont examiné l'exposition fœtale aux rayonnements en portant un dosimètre sur l'abdomen sous un tablier en plomb pendant les procédures et toutes retrouvaient une exposition négligeable du fœtus (proche de 0). Néanmoins, il semblerait qu'une exposition aux rayonnements ionisants pendant la grossesse exposerait les professionnelles de santé à un surrisque d'avortement spontané, à contrebalancer par les biais inhérents à la nature rétrospective des études de la littérature¹.



Mais le principal pourvoyeur de complications ne serait-il pas le risque physique et psycho-social ?

La plupart des études considèrent que les femmes travaillant de nombreuses heures et/ou de nuit ont un excès de risque d'avortement spontané, de menace d'accouchement prématuré et d'accouchement prématuré. Ce terme « nombreuses heures travaillées » est vague, car il est différent selon les études (plus de 80 heures ? Plus de 62 heures ? plus de 40 heures ?). Le CNGOF indique qu'il existe une légère augmentation du risque de prématurité chez les patientes travaillant plus de 40 heures par semaine ou ayant des conditions de travail physiquement éprouvantes. Ce seuil de 40 heures provenait d'une grande étude européenne en population générale à partir duquel un excès de risque modéré d'accouchement prématuré a été observé (OR = 1,33 [1,1 à 1,6])⁵. Deux autres études en population générale montrent que le travail au cours de la grossesse fait diminuer le poids de naissance^{6,7}.

Chez les médecins, la littérature est également en faveur d'une augmentation des complications de grossesse liées notamment aux nombres d'heures travaillées et aux conditions de travail. Une des hypothèses physiopathologiques serait une action concomitante des catécholamines produites lors du stress chronique et de l'altération du flux sanguin utérin lié à la posture debout prolongée⁸. La profession médicale s'associe à des contraintes organisationnelles spécifiques que sont par exemple les gardes de nuit, typiques de l'activité chirurgicale ou de la médecine d'urgence, ainsi que les horaires irréguliers et le travail de week-end. Ce sont des formes de travail particulièrement stressantes exposant à un risque accru de maladies chroniques et à des restrictions sur la vie familiale et sociale. De part ce stress, la profession médicale est associée à une prévalence élevée

d'épuisement professionnel, de dépression et de troubles psychiatriques avec notamment un taux de suicide supérieur à celui d'autres catégories professionnelles. Malheureusement, il existe peu d'études évaluant les risques psychosociaux tels que le stress et l'épuisement professionnel en cours de grossesse ; la plupart se concentrant sur le nombre d'heures travaillées.

Dans une première étude, sur 184 médecins comparées à des employées de banque, les médecins ont significativement plus souvent accouché prématurément (7.4 % vs 4.6 %), eu des bébés de petit poids pour l'âge gestationnel (5.1 % vs 3.8 %), accouché par césarienne (25.7 % vs 9.9 %)⁹. Dans cette étude, plus de 65 % des professionnelles de santé ont continué à travailler de nuit (jusqu'au dernier mois de la grossesse). Au Canada, Behbehani et al.¹⁰, ont interrogé les internes sur leurs conditions de travail et leur grossesse. Le taux de complications obstétricales chez les internes de garde moins de 6 nuits par mois était considérablement inférieur à celui des internes avec plus de 6 gardes de nuit par mois (26,4 % vs 49,3 %, $p < 0,001$). Parmi les internes de chirurgie, le taux de complications était plus élevé si elles cumulaient plus de 8 heures par semaine en salle d'opération (41,7 % vs 8,9 %, $p < 0,001$). Cela pourrait être lié au stress postural et aux exigences physiques élevées des spécialités chirurgicales (positions prolongées statiques parfois défavorables, mouvements répétitifs).

Une cohorte prospective de 7688 infirmières américaines entre 1989 et 2001, observait une augmentation significative du risque de fausse couche précoce et tardive chez les femmes travaillant de nuit exclusivement (RR = 1.6 ; IC 95 % : 1.2-2.8) et chez les femmes travaillant plus de 40 heures (vs 21 à 40 heures) (RR = 1.7 [1.2-2.3])¹¹. Au Japon, sur une cohorte de 939 femmes médecins dont 42 % avec des complications de



grossesse, ces complications étaient significativement associées avec de longues heures de travail (62h vs 50h/semaine)¹². Et leur nombre augmentait significativement à chaque quartile d'heure travaillé par semaine.

Une autre cohorte a comparé la grossesse de 1293 femmes médecins aux grossesses des épouses de leurs confrères masculins¹³.

Elle retrouvait une nette augmentation du nombre d'heures travaillées quel que soit le trimestre (73.5h vs 37.6h pour le 1^{er} trimestre ; 64.4h vs 34.9h pour le 3^e trimestre). Les femmes médecins étaient significativement plus sujettes aux menaces d'accouchement prématurés (11.3 % vs 6 %) et à la prééclampsie (8.8 % vs 3.5 %) que les épouses des médecins. De plus, les femmes travaillant plus de 100 h/semaine avaient plus de risque d'accouchement prématuré.



Qu'en est-il de la reproduction des médecins ?

Ce qui est retrouvé de façon plus certaine dans la littérature c'est l'augmentation de l'utilisation de l'aide médicale à la procréation (AMP) chez les femmes médecins par rapport à la population générale.

Une étude retrouvait un taux d'AMP 10 fois plus élevé chez les femmes urologues que dans la population générale (10,63 % vs 1 %) ¹⁴. Selon Gyórfy et al., Les femmes médecins étaient plus sujettes à un intervalle de grossesse de plus d'un an (18.4 % vs 9.8 ; $p < 0.001$), et avaient plus d'infertilité (8.5 % vs 3.4 % ; $p < 0.001$) ¹⁵.

Ces problèmes de fertilité des femmes médecins peuvent être liés à la durée de leurs études mais aussi aux difficultés en termes de planification familiale. Phillips et al. ont montré que l'âge de la première grossesse des médecins était de 33 ans, contre 23 ans dans la population générale¹⁶. Les femmes chirurgiennes avaient des grossesses plus tardives, moins d'enfants et rapportent plus de problèmes d'infertilité (32 % vs 10.9 % en population générale et 76 % d'AMP). Dans une autre étude chez 619 chirurgiennes thoraciques, 98 % ont reporté leur grossesse au profit de leur carrière professionnelle et elles ont significativement plus utilisé l'AMP par rapport à la population générale (28 % vs 12 %) ¹⁷.

Un grand merci au travail de Rivana Auguste-Virginie, Fanny Lairez, Pauline Mouton dont vous pouvez trouver la thèse en open accès. Elles ont d'ailleurs elle-même étudié ces complications obstétricales chez les médecins de Nouvelle Aquitaine.1 Dans leur étude, elles retrouvaient significativement plus de complication de grossesse en cas de travail libéral, de travail à temps plein, chez les spécialités chirurgicales, en cas de travail pendant les 6 semaines avant terme (donc de non-respect du congé prénatal), et chez les médecins qui se sont senties dépassées ou stressées en cours de grossesse.



Références

1. Rivana Auguste-Virginie, Fanny Lairez, Pauline Mouton. Travail et grossesse dans la profession médicale : revues de la littérature et enquête en Nouvelle-Aquitaine. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02151011.
2. Haffner MJ, Oakes P, Demerdash A, Yammine KC, Watanabe K, Loukas M, et al. Formaldehyde exposure and its effects during pregnancy: Recommendations for laboratory attendance based on available data. *Clin Anat.* nov 2015;28(8):972 9.
3. Warembourg C, Cordier S, Garlantézac R. An update systematic review of fetal death, congenital anomalies, and fertility disorders among health care workers. *Am J Ind Med.* juin 2017;60(6):578 90.
4. Tigha-Bouaziz N, Tourab D, Nezzal A. Exposition professionnelle aux cytostatiques et leurs effets CMR chez le personnel de santé : le point sur la question. *Environnement, Risques & Santé.* 1 sept 2017;16(5):491 502
5. Saurel-Cubizolles MJ, Zeitlin J, Lelong N, Papiernik E, Di Renzo GC, Bréart G, et al. Employment, working conditions, and preterm birth: results from the Europop case-control survey. *J Epidemiol Community Health.* may 2004;58(5):395 401.
6. Richard L. Naeye, Ellen C. Peters. Working During Pregnancy: Effects on the Fetus. *Pediatrics.* juin 1982;69(6).
7. Snijder CA, Brand T, Jaddoe V, Hofman A, Mackenbach JP, Steegers EAP, et al. Physically demanding work, fetal growth and the risk of adverse birth outcomes. The Generation R Study. *Occup Environ Med.* août 2012;69(8):54350.
8. Katz VL, Miller NH, Bowes WA. Pregnancy complications of physicians. *West J Med.* déc 1988;149(6):704 7.
9. Ortaylı N, Ozuğurlu M, Gökçay G. Female health workers: an obstetric risk group. *Int J Gynaecol Obstet.* sept 1996;54(3):263 70.
10. Behbehani S, Tulandi T. Obstetrical Complications in Pregnant Medical and Surgical Residents. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada.* 1 janv 2015;37(1):25 31.
11. Whelan EA, Lawson CC, Grajewski B, Hibert EN, Spiegelman D, Rich-Edwards JW. Work schedule during pregnancy and spontaneous abortion. *Epidemiology.* mai 2007;18(3):350 5.
12. Takeuchi M, Rahman M, Ishiguro A, Nomura K. Long working hours and pregnancy complications: women physicians survey in Japan. *BMC Pregnancy and Childbirth.* 23 juill 2014;14:24.
13. Finch SJ. Pregnancy during residency: a literature review. *Acad Med.* avr 2003;78(4):418 28.
14. Lerner LB, Stolzmann KL, Gulla VD. Birth Trends and Pregnancy Complications among Women Urologists. *Journal of the American College of Surgeons.* 1 févr 2009;208(2):293 7.
15. Győrffy Z, Dweik D, Girasek E. Reproductive health and burn-out among female physicians: nationwide, representative study from Hungary. *BMC Women's Health.* 2 oct 2014;14:121.
16. Phillips EA, Nimeh T, Braga J, Lerner LB. Does a Surgical Career Affect a Woman's Childbearing and Fertility? A Report on Pregnancy and Fertility Trends among Female Surgeons. *Journal of the American College of Surgeons.* 1 nov 2014;219(5):944 50.
17. Pham DT, Stephens EH, Antonoff MB, Colson YL, Dildy GA, Gaur P, et al. Birth trends and factors affecting childbearing among thoracic surgeons. *Ann Thorac Surg.* sept 2014;98(3):890 5.



La santé mentale des internes en gynécologie-obstétriques pendant l'épidémie de Covid 19

Résultats d'une enquête de cohorte observationnelle conjointe avec le Conseil national des jeunes chirurgiens (CNJC)


Introduction

L'épidémie de COVID-19 persiste depuis plus de deux ans maintenant (1). La pandémie de COVID 19 a initialement amplifié le niveau de stress de la population de jeunes chirurgiens, déjà connue pour être plus exposée à l'anxiété et à d'autres symptômes de santé mentale que la population générale (2). Les gynécologues obstétriciens ne font pas exception malgré les particularités de la spécialité. Le taux d'anxiété et de dépression était élevé au début de l'épidémie en Angleterre dans une population de gynécologues confirmés (3). Ceci était principalement dû à un manque d'information spécifique sur la protection contre le COVID-19 selon les auteurs de l'étude. Une enquête menée auprès des internes/Chefs de Cliniques Assistants (CCA) italiens en gynécologie obstétrique a montré une perturbation marquée de l'apprentissage et des changements dans le programme de formation (4). Cependant, la perception en termes de préparation au COVID-19 était plutôt bonne (4). L'ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynecology) confirme le déficit de formation tout en comparant les spécificités européennes (5). Ces données sont disparates et peu représentatives en termes de santé mentale. En France, le CNJC (conseil national des jeunes chirurgiens) a alerté sur la santé mentale des jeunes chirurgiens au début de la pandémie à l'aide de scores reproductibles (6). Nous nous sommes donc intéressés à la santé mentale des internes/CCA/assistants français en gynécologie obstétrique au début de la pandémie COVID 19 afin de rechercher des facteurs de risque associés à la survenue d'anxiété, d'insomnie et de dépression.

Méthodes : Les données ont été recueillies à partir d'une enquête nationale menée par le CNJC (6). Celle-ci comprenait un recueil de données démographiques et de mesures de la santé mentale de 1001 internes et CCA en chirurgie provenant de 18 régions de France, recueillies entre le 10 avril 2020 et le 7 mai 2020. Voici un résumé des résultats pour les gynécologues obstétriciens. La sévérité des symptômes de dépression, d'anxiété et d'insomnie a été évaluée respectivement par la version française du PHQ-9 (7), du GAD-7 (8) et de l'ISI (9).

Nous avons effectué une analyse de régression logistique multivariée afin d'identifier les facteurs de risque associés aux troubles de santé mentale.

Résultats : Dans cette enquête, parmi 1450 jeunes chirurgiens invités à participer, nous avons obtenu 1001 réponses complètes (69 %). Parmi les répondants, 152 étaient gynécologues obstétriciens. Les répondants étaient répartis en fonction de leur ancienneté dans leur service : 36,8 % étaient de jeunes internes, 42,8 % étaient des vieux internes, 20,4 % étaient des CCA. La



proportion de femmes était de 78,3 %. Au moment de l'enquête, 5,9 % ont été testés positifs au COVID-19. L'équipement de protection individuelle fourni par l'hôpital était jugé insuffisant par 38,8 % des répondants et 48,6 % estimaient que leur hôpital ne les avait pas suffisamment formés à la prise en charge des patients atteints du COVID-19. Une majorité (92,7 %) a estimé que l'épidémie de COVID-19 avait eu un impact négatif sur leur formation en chirurgie. Des symptômes d'anxiété, de dépression et d'insomnie ont été ressentis par 44,7 %, 44,7 % et 49,3 % des répondants, respectivement. Notre régression logistique multivariée a identifié 2 facteurs de risque liés aux symptômes d'anxiété, de dépression et d'insomnie. L'effet de la formation dédiée au COVID-19 était statistiquement associé à une diminution des troubles mentaux. Le risque d'anxiété a été réduit de 61 % (aOR, 0,39 ; 95 CI, 0,20-0,75 ; p = 0,005). Le risque de dépression a été réduit de 61 % (aOR, 0,39 ; 95 CI, 0,20-0,75 ; p = 0,005). Le risque d'insomnie a été réduit de 50 % (aOR, 0,50 ; 95 CI, 0,26-0,95 ; p = 0,04). Par ailleurs, les femmes présentaient un risque statistiquement plus élevé d'anxiété (aOR, 3,18 ; 95 CI, 1,38-8,05 ; p <0,001) ; sans qu'un risque excessif de dépression (aOR, 1,56 ; 95 CI, 0,71-3,53 ; p <0,03) ou d'insomnie (1,67 ; 95 CI, 0,77-3,64 ; p <0,2) ne soit statistiquement démarqué.

Les participants dont la consommation d'alcool ou de tabac avait augmenté n'étaient pas significativement plus susceptibles de souffrir de troubles anxieux, de dépression et d'insomnie. À propos du matériel de protection en quantité suffisante, le risque de troubles mentaux n'était pas significativement diminué. Sur les 152 répondants, un (0,7 %) a appelé la cellule d'aide médico-psychologique, et 7 (4,6 %) ont pensé à l'appeler, mais n'ont pas agi.

Discussion : Les jeunes gynécologues ont connu d'importantes perturbations mentales pendant le début de la pandémie. Ceci est confirmé par les taux élevés d'anxiété, de dépression et d'insomnie : 44,7 %, 44,7 % et 49,3 %. La cellule d'appel médico-psychologique a été très peu utilisée. Cette cellule est indépendante, gratuite et facile d'accès et ne devrait peut-être pas être la seule solution considérée par nos instances pour suffire à ce problème. Les répondants qui avaient augmenté leur consommation d'alcool ou de tabac n'étaient pas significativement plus susceptibles de souffrir de troubles anxieux, de dépression et d'insomnie. Cela a probablement été masqué par la petite taille de l'échantillon pour observer cet effet. Le risque de trouble mental n'était pas significativement réduit en cas de matériel de protection suffisant, probablement pour les mêmes raisons que pour la consommation d'alcool. Ces résultats sont retrouvés dans la littérature ainsi que dans la cohorte initiale du CNJC (6). La prévention des troubles mentaux par une formation spécifique au Covid 19 semble apporter un bénéfice sérieux significatif de 61 % sur la dépression et l'anxiété et de 50 % sur le risque d'insomnie. Cette formation par partage des connaissances directe (« officieuse ») au sein de l'hôpital a globalement été jugée insuffisante. Il faut noter qu'un changement de deux mois de formation sur un total de 5 à 6 ans a été perçu comme une perte importante en termes d'apprentissage pour 45,4 % de l'effectif. Ce même résultat se retrouve dans les travaux de l'ENTOG (5) et





des équipes italiennes (4). En Italie, le programme global du DES a même été officiellement réduit. Dans la pratique, cela a été le cas pour de nombreux cours en France. Pour maintenir la formation, l'EBCOG (European board council of obstetric and gynaecology) recommande l'utilisation de la simulation chirurgicale avec les limites que l'on peut facilement imaginer, surtout en cas de confinement (10). Bien entendu, il existe une multitude de matériel d'auto-formation de bonne qualité. Il existe également des alternatives de formation spécifiques comme des tutoriels pour apprendre et réviser les gestes de Covid gratuitement sur son smartphone en réalité virtuelle à travers les yeux de l'opérateur (11). Par ailleurs, l'apprentissage à la première personne en réalité virtuelle semble prometteur pour retenir rapidement des gestes simples (12). Le manque de temps de formation est un facteur de risque de burnout retrouvé dans cette étude sur une population d'internes en urologie (13). Le risque de suicide n'a pas été évalué dans cette étude mais notre population est connue pour avoir un risque accru de suicide (14). Enfin, l'augmentation du risque chez les femmes n'est pas incompatible avec la littérature. La dépression et l'anxiété sont statistiquement plus élevées chez les femmes (15). Malgré la grande proportion de femmes dans cette petite cohorte, ce risque est significatif pour l'anxiété (aOR, 3.81 ; 95 CI, 1.51-10.6 ; p = 0.007). Les résultats sont donc proches de ceux des autres spécialités chirurgicales et le rapport homme/femme différent ne semble pas les modifier (6).

Cette étude basée sur un questionnaire est inévitablement sujette à un biais de réponse. Le taux de réponse de 152 gynécologues obstétriciens en formation représente un peu moins de 10 % de sa population globale. Certains d'entre eux pourraient répondre plus volontairement car ils ont une pathologie psychiatrique sous-jacente. Dans cette série il y avait 7,2 % des répondants qui ont déclaré avoir une pathologie psychiatrique sous-jacente.

Par ailleurs certains répondants ne préfèrent peut-être pas dévoiler un mal-être dans un questionnaire associatif. L'étude de N. Shah (3) a retrouvé dans une population de gynécologues expérimentés dans ce même contexte en Angleterre des taux d'anxiété de 24 % et de dépression de 16 %. Les scores GAD2 et PHQ2 ont été utilisés. Nous n'avons pas d'études antérieures qui ont évalué l'anxiété, la dépression et l'insomnie dans notre population avec ces scores en dehors de la période COVID. Nous savons cependant que le taux de burn out est intimement lié à la formation même en dehors de la pandémie (13). De fait, nous ne savons pas si ces résultats sont fortement liés à l'impact de la crise COVID-19 ou si notre population présentait les mêmes troubles de santé mentale avant cela. Enfin, notre enquête a été partagée pendant une période difficile. En effet, durant cette période, la livraison des équipements de protection individuelle, dont les masques, a été difficile, notamment dans plusieurs régions comme l'Île-de-France ou le Grand Est. Ce problème majeur a pu affecter négativement le ressenti de nos participants.



Conclusion

Dans notre étude, les jeunes gynécologues présentaient un taux élevé de troubles mentaux pendant la pandémie, notamment de l'anxiété, de la dépression et de l'insomnie. La formation sur Covid 19 semble être une variable qui peut influencer positivement le risque de troubles mentaux associés. En ces temps d'hyper connectivité, la promotion de matériel d'apprentissage gratuit par le milieu associatif semble être une option. De ce fait la participation à la formation spécifique à l'aide de podcasts, d'applications de partage de connaissances, ainsi que de supports d'apprentissage en réalité virtuelle sur Smartphone a été débuté par l'AGOF. Bien sûr, il ne faut pas dénigrer la formation pratique et théorique à l'hôpital surtout dans ces situations exceptionnelles. Lors de ces situations, le risque d'augmentation des troubles mentaux associés est élevé. Nous devons donc trouver des solutions à l'argument commun de la "situation exceptionnelle". La création de supports participatifs connectés paraît intéressante pour partager rapidement du contenu de formation et minimiser l'influence des manquements de celle-ci sur la santé mentale des jeunes gynécologues.

Frédéric GLICENSTEIN et Océane PÉCHEUX pour l'AGOF, **Stessy KUTCHUKIAN et Maxime VALLÉE** de l'IAFU, **Sylvain GAUTIER** de l'ISNI, **Gabriel SAIYDOUN** du CNJC

Références

1. <https://www.santepubliquefrance.fr/>
2. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw Open*. 23 mars 2020;3(3):e203976.
3. Shah N, Raheem A, Sideris M, Velauthar L, Saeed F. Mental health amongst obstetrics and gynaecology doctors during the COVID-19 pandemic: Results of a UK-wide study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. oct 2020;253:90-4.
4. Bitonti G, Palumbo AR, Gallo C, Rania E, Saccone G, De Vivo V, et al. Being an obstetrics and gynaecology resident during the COVID-19: Impact of the pandemic on the residency training program. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. oct 2020;253:48-51.
5. Boekhorst F, Khattak H, Topcu EG, Horala A, Gonçalves Henriques M. The influence of the COVID-19 outbreak on European trainees in obstetrics and gynaecology: A survey of the impact on training and trainee. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. juin 2021;261:52-8.
6. Vallée M, Kutchukian S, Pradère B, Verdier E, Durbant È, Ramlugun D, et al. Prospective and observational study of COVID-19's impact on mental health and training of young surgeons in France. *Br J Surg*. 16 sept 2020;107(11):e486-8.
7. Carballeira Y, Dumont P, Borgacci S, Rentsch D, Tonnac N, Archinard M, et al. Criterion validity of the French version of Patient Health Questionnaire (PHQ) in a hospital department of internal medicine. *Psychol Psychother Theory Res Pract*. mars 2007;80(1):69-77.
8. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder: The GAD-7. *Arch Intern Med*. 22 mai 2006;166(10):1092.
9. Bastien C. Validation of the Insomnia Severity Index as an outcome measure for insomnia research. *Sleep Med*. juill 2001;2(4):297-307.
10. Zimmerman E, Martins NN, Verheijen RHM, Mahmood T. EBCOG position statement – Simulation-based training for obstetrics and gynaecology during the COVID-19 pandemic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. mars 2021;258:457-8.
11. Ros Maxime. Increasing global awareness of timely COVID-19 healthcare guidelines through FPV training tutorials: Portable public health crises teaching method.
12. Ros Maxime. Virtual immersive reality. *E-Mem Acad Natle Chir* 2017;164006. 2017;
13. Gas J, Bart S, Michel P, Peyronnet B, Bergerat S, Olivier J, et al. Prevalence of and Predictive Factors for Burnout Among French Urologists in Training. *Eur Urol*. avr 2019;75(4):702-3.
14. Reger MA, Stanley IH, Joiner TE. Suicide Mortality and Coronavirus Disease 2019—A Perfect Storm? *JAMA Psychiatry*. 1 nov 2020;77(11):1093.
15. Dutheil F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, et al. Suicide among physicians and health

LA SANTÉ MENTALE DES GO EN DÉBUT DE PANDÉMIE



Régression logistique des cas sévères de dépression, d'anxiété, d'insomnie en fonction du genre, de l'âge, du niveau d'étude, de la consommation de tabac ou d'alcool, de la formation et de l'accès aux équipements de protection

Variable	Nb. de cas sévères/Nb. de cas totaux (%)	OR ajustés (95% IC)	p-value
PHQ-9, symptômes de dépression			
Genre			
Masculin	12/33 (36.4)	1	
Feminin	56/119 (47.1)	1.39 (0.57, 3.47)	0.47
Age	-	1.23 (1.01, 1.55)	0.06
Niveau d'étude			
Jeune interne	25/56 (44.6)	1	
Interne confirmé	33/65 (50.8)	0.88 (0.32, 2.32)	0.79
Chef de Clinique ou Assistant	10/31 (32.3)	0.28 (0.06, 1.17)	0.09
Consommation d'alcool ou de tabac			
Non	47/114 (41.2)	1	
Oui	21/38 (55.3)	1.88 (0.84, 4.26)	0.13
Formation suffisante			
Non	39/68 (57.4)	1	
Oui	29/84 (34.5)	0.45 (0.21, 0.95)	0.04
Equipped de protection suffisant			
Non	31/59 (52.5)	1	
Oui	37/93 (39.8)	0.73 (0.34, 1.57)	0.42
GAD-7, symptômes d'anxiété			
Genre			
Masculin	8/33 (24.2)	1	
Feminin	60/119 (50.4)	3.81 (1.51, 10.6)	0.007
Age	-	1.26 (1.02, 1.60)	0.047
Niveau d'étude			
Jeune interne	27/56 (48.2)	1	
Interne confirmé	28/65 (43.1)	0.45 (0.16, 1.24)	0.132
Chef de Clinique ou Assistant	13/31 (41.9)	0.36 (0.08, 1.55)	0.178
Consommation d'alcool ou de tabac			
Non	47/114 (41.2)	1	
Oui	21/38 (55.3)	1.87 (0.83, 4.30)	0.135
Formation suffisante			
Non	39/68 (57.4)	1	
Oui	29/84 (34.5)	0.43 (0.20, 0.92)	0.031
Equipped de protection suffisant			
Non	29/59 (49.2)	1	
Oui	39/93 (41.9)	1.13 (0.53, 2.46)	0.753
ISI, symptômes d'insomnie			
Genre			
Masculin	13/33 (39.4)	1	
Feminin	62/119 (52.1)	1.72 (0.74, 4.10)	0.21
Age	-	1.09 (0.90, 1.36)	0.40
Niveau d'étude			
Jeune interne	25/56 (44.6)	1	
Interne confirmé	31/65 (47.7)	1.06 (0.39, 2.81)	0.91
Chef de Clinique ou Assistant	19/31 (61.3)	2.06 (0.51, 8.46)	0.31
Consommation d'alcool ou de tabac			
Non	55/114 (48.2)	1	
Oui	20/38 (52.6)	1.12 (0.51, 2.49)	0.78
Formation suffisante			
Non	40/68 (58.8)	1	
Oui	35/84 (41.7)	0.38 (0.17, 0.80)	0.01
Equipped de protection suffisant			
Non	30/59 (50.8)	1	
Oui	45/93 (48.4)	1.37 (0.65, 2.92)	0.41



MASTER CLASS À PAU

Cette année à lieu la quatrième version de notre atelier de formation à Pau lors du Congrès Infogyn. C'est l'occasion de découvrir une ville magnifique entourée de verdure, mais aussi d'assister gratuitement aux conférences du congrès qui sont toujours très pratico-pratiques avec des conseils pour le quotidien du gynéco.

Nous vous y avons préparé des séances de simulation en gynécologie mais également en obstétrique : vous ferrez l'échographie du 2^{ème} trimestre, partirez à la recherche des malformations cardiaques ou cérébrales. Tout ceci grâce à Simechole, une association composée de gynécologues dont l'objectif est la formation par la simulation. Un atelier organisé par General Electric vous permettra de maîtriser parfaitement les échographes et notamment les modes 3D pas toujours faciles à apprivoiser.

En partenariat avec la SCGP, nous organisons aussi des ateliers de simulation en cœlioscopie avec des exercices de difficulté croissante. L'objectif final : des nœuds impeccables et une agilité parfaite.

Ce petit voyage à Pau est possible grâce à Elsan, partenaire privilégié de l'AGOF. En effet, Elsan s'est engagé à vous payer le logement sur place mais également le transport à hauteur de 100 euros. N'hésitez pas et saisissez cette opportunité en envoyant un mail au secrétariat de l'AGOF, accompagné du bulletin d'inscription qui suit !



Alexane TOURNIER
Pour l'AGOF



MASTERCLASS AGOF

INFOGYN à PAU
7 et 8 octobre à Pau

EDITORIAL

Nous sommes très heureux de vous accueillir à la quatrième édition de ce Master Class AGOF.

Cette Masterclass sera articulée en 2 ateliers, alternant un échange de connaissances théoriques et une formation pratique par la simulation. Deux groupes (A/B) se relayeront sur ces ateliers, ayant lieu le vendredi 7 après-midi et le samedi 8 matin. Une soirée, organisée par notre partenaire ELSAN le vendredi soir, sera l'occasion d'échanger sur vos diverses expériences. ELSAN prend en charge le transport des internes à hauteur de 100 euros* ainsi que votre hébergement sur place, vous permettant de profiter de l'ensemble du congrès Infogyn. Alors n'hésitez pas et venez-vous former de manière ludique et innovante.

Alexane Tournier pour l' **AGOF**

PROGRAMME

Vendredi 7 octobre	14h30-18h : Groupe A atelier échographie / Groupe B atelier cœlioscopie
	18h-18h20 : Atelier prise en charge des cicatrice du post partum avec le soutien de La Roche-Posay
	18h30-19h : Jeu concours
	20h30 : repas et soirée des internes organisée par ELSAN
Samedi 8 octobre	9h-12h30 : Groupe A atelier cœlioscopie / Groupe B atelier échographie
	14h-17h : Activité découverte à Pau

CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE (Dr Vincent Villefranque)

Théorie	- Ergonomie du cœliochirurgen - Les énergies électriques
Pratique	Exercices et formation gestuelle en cœlioscopie sur Pelvitainers

ECHOGRAPHIE FŒTALE NORMALE ET PATHOLOGIQUE (Dr Gihad Chalouhi)

Théorie	Trucs et astuces en échographie morphologique
Pratique	- Simulation en échographie obstétricale : des coupes obligatoires au diagnostic de malformations - Atelier échographie 3D par General Electrics

INFORMATIONS GENERALES

Accès au congrès Infogyn gratuit du Jeudi 6 octobre au samedi 8 octobre.

Lieu du congrès : Palais Beaumont, Centre de Congrès Historique, Allée Alfred de Musset 64000 PAU
Accès par voiture / Gare de Pau / Aéroport Pau Pyrénées Uzein (PUF)

Organisation : AGOF Laura Cochain - 12 rue Mermoz – 59000 Lille / secretariat.agof@gmail.com

* sur présentation des titres de transport, facture de péage/essence



BULLETIN D'INSCRIPTION

INSCRIPTION GRATUITE MAIS OBLIGATOIRE, PLACES LIMITÉES

M. Mme Nom Prénom

Date de naissance

Email Tél

CHU d'origine SEMESTRE

Adresse

Code postal Ville

SPÉCIALITÉ Gynéco-obstétrique Autre (préciser)

JE SOUHAITE PARTICIPER AU MASTER CLASS D'INFOGYN A PAU LES 7 ET 8 OCTOBRE 2022.

Politique de prise en charge d'internes nationaux. Hébergement 1 à 3 nuits maximum (du mercredi au vendredi soir). Remboursement des frais de transport (à hauteur de 100 €) pour les adhérents à l'AGOF (sur présentation des titres de transport, facture de péage/essence).

JE SOUHAITE PARTICIPER A LA SOIREE DES INTERNES DU 7 OCTOBRE 2022

JE SOUHAITE PARTICIPER A L'ACTIVITE DU SAMEDI APRES MIDI : Activité (rafting – airboat – hydrospeed - jeu de piste au choix) au Stade d'eaux vives de Pau (conçu par le champion olympique de canoë kayak, Tony Estanguet) <https://www.paupyrenees-stadeeauxvives.fr/>

BULLETIN-RÉPONSE À RETOURNER ACCOMPAGNÉ D'UN CHÈQUE DE CAUTION DE 100 €* à l'ordre de l'AGOF

PAR COURRIER A : Laura Cochain (AGOF) - 12 rue Mermoz – 59000 Lille

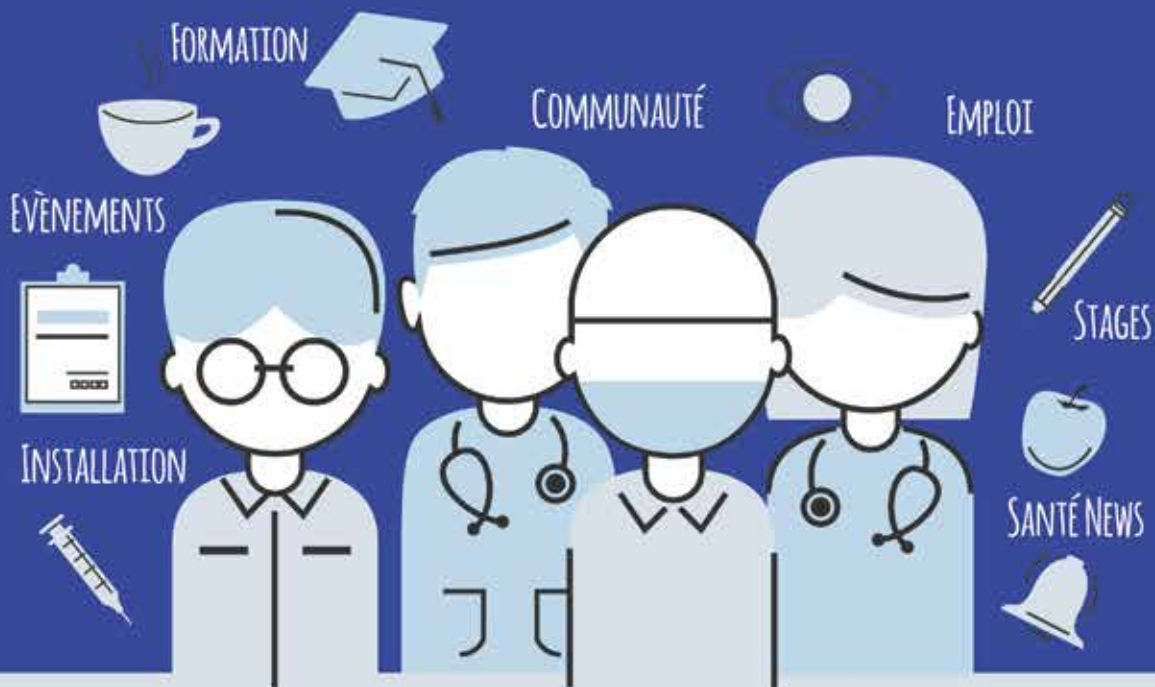
PAR EMAIL A : secretariat.agof@gmail.com

* Aucun chèque ne sera encaissé. Ils seront restitués une fois l'inscription validée sur le site du congrès ou annulée (dans la semaine précédent le Master Class).

À réception de ce bulletin-réponse, nous vous confirmerons votre inscription avec un mail de confirmation.

PARTENAIRES :





RÉSEAU PRO SANTÉ

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE



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

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode



ANNONCES DE RECRUTEMENT

L'HÔPITAL JEAN VERDIER
RECRUTE EN NOVEMBRE 2022



UN CHEF DE CLINIQUE ASSISTANT EN GYNÉCOLOGIE OBSTÉTRIQUE

Formation polyvalente

DESRIPTIF

Le service de Gynécologie Obstétrique a 52 lits et a assuré en 2021 le suivi et l'accouchement de 1840 femmes, avec :

Une unité de Grossesses à Haut Risque, un centre périnatal de type IIB, un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal.

Une unité de Chirurgie Gynécologique & Mammaire, une unité de Chirurgie et d'Anesthésie Ambulatoire, une Réunion de Concertation Pluridisciplinaire hebdomadaire pour l'oncologie Gynécologique & Mammaire

Le service est universitaire et accueille des internes, externes, chefs de clinique-assistants.

Le médecin recruté aura une activité polyvalente, avec des consultations de gynécologie, d'obstétrique, une activité en salle de naissance, au bloc opératoire, et il participera au tableau de gardes. Professeur Lionel Carbillon

Chef de Service Gynécologie Obstétrique
E-mail : lionel.carbillon@aphp.fr
Assistance Publique – Hôpitaux de Paris

UFR Sciences Médecine Biologie Humaine
Université Sorbonne Paris Nord



ÎLE-DE-FRANCE

LE CENTRE HOSPITALIER DE BOURGES

900 lits et places, 2 000 professionnels, service de néonatalogie, plateau technique incluant scanner et IRM, cardiologie interventionnelle et UNV est un établissement pivot du territoire de santé du Cher. Bourges, très belle ville de caractère (agglomération de plus de 100 000 habitants) est idéalement située par autoroute et par train : 2h de Paris, 1h d'Orléans et 2h du Massif Central

NOUS RECHERCHONS H/F (temps plein ou partiel) PRATICIEN HOSPITALIER - PRATICIEN HOSPITALIER CONTRACTUEL - ASSISTANT GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN

- Assurer une activité de consultations gynécologiques et obstétricales + échographies • Assurer une activité programmée de chirurgie gynécologique fonctionnelle ou carcinologique si souhaité • Participer à la permanence des soins (astreintes opérationnelles possiblement sur place et indemnisation du TTA) : salle de naissances et activité chirurgicale gynécologique urgente • Assurer la formation des externes et des internes
- Profil : inscription au Conseil National de l'Ordre des Médecins en France indispensable, DES de Gynécologie Obstétrique ou équivalent, Compétence échographique souhaitée (DIU)



Renseignements : Dr Julien Cirier, Chef de service Gynécologie-Obstétrique - julien.cirier@ch-bourges.fr
Adressez votre candidature à la direction médicale du personnel
magalie.paoletti-bes@ch-bourges.fr - Tél 02.48.48.48.66

www.ch-bourges.fr

CENTRE-VAL DE LOIRE



RECRUTE

UN GYNÉCOLOGUE partageant nos valeurs mutualistes

CONTACT

Mme Lucas, Déléguée Générale
06 08 76 88 10
recrutement@santepourtousdk.fr

L'esprit mutualiste comme moteur

L'humain est au cœur de nos préoccupations et chaque jour nous en faisons plus pour la santé de tous. Pour vous épanouir pleinement au sein de notre structure mutualiste, vous devrez être convaincus que le collectif et l'entraide permettent l'accès du plus grand nombre à la santé et au bien-être.

Un territoire aux multiples facettes

Mettons fin aux idées reçues : Dunkerque, c'est un nombre d'heures d'ensoleillement plus élevé qu'à Paris ou à Lille. D'ailleurs, il n'est que d'une semaine (à peine) inférieur à celui de Biarritz. De plus, Dunkerque s'est métamorphosée ! La municipalité a, récemment, multiplié les nouveaux équipements : piscine, théâtre, bibliothèque, médiathèque, crèches, maternité, patinoire... N'oublions pas la politique de gratuité des bus et les nombreux projets de végétalisation et de modernisation du centre-ville. Vivre à Dunkerque, c'est bénéficier des équipements et services d'une grande agglomération tout en profitant d'un cadre de vie alliant plaisirs du bord de mer et espaces naturels exceptionnels.

Des conditions de travail optimales

- **Confort** : Une équipe vous délesterait de toute procédure administrative (comptabilité, tiers payant). Notre volonté est de permettre aux professionnels de santé de se concentrer sur leur cœur de métier, le soin !
- **Performance** : Pour assurer une prise en charge idéale de vos patients, vous aurez à disposition du matériel récent et de qualité
- **Flexibilité** : Des plannings optimisés, des horaires aménagés et une organisation modulable
- **Travail en équipe** : Des échanges riches et réguliers avec les différents praticiens présents au centre
- **Rémunération attractive**



RECHERCHE

GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN

À PROPOS DU CH DE SEMUR-EN-AUXOIS

Aujourd'hui, le Centre hospitalier de Semur-en-Auxois constitue un pôle d'équilibre entre le CHU Dijon Bourgogne et les hôpitaux de proximité pour le secteur de l'Auxois-Morvan - Haute Côte-d'Or, (60 000 à 80 000 habitants). Établissement pivot au sein du Groupement Hospitalier de Territoire 21-52, l'établissement bénéficie de bâtiments modernes et d'équipements performants. Les 800 professionnels du CH s'impliquent au quotidien dans une démarche d'amélioration continue visant à garantir aux patients une offre de soins de qualité. Certifié au niveau B, le CH s'adapte aux exigences en matière de qualité et de sécurité des soins, afin d'apporter une réponse pertinente aux attentes des usagers et des professionnels mais aussi des pouvoirs publics. Le CH dispose d'un plateau technique médico-chirurgical diversifié. Engagé dans une période de rénovation s'étalant sur 5 ans, l'Hôpital Général est en pleine mutation. D'ici 2024, c'est l'ensemble de l'hôpital qui sera entièrement modernisé, afin de bénéficier d'un site adapté à l'activité actuelle et à venir, que ce soit en termes d'espace, de confort ou de fonctionnalité.

Pôle : Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO).
Structure interne : Gynécologie Obstétrique.
Spécialité : Gynécologie Médicale et Obstétrique - Maternité de niveau 1 de 12 lits.

LES EFFECTIFS DE LA MATERNITÉ EN 2022

- 2 PH temps plein, 1 PH temps partiel et 1 Praticien Attaché temps partiel en Gynécologie Obstétrique et 2 PH temps plein en Pédiatrie.
- 17 sages-femmes.
- 13 auxiliaires de puériculture.
- 3 ASH.
- 4 secrétaires.
- Et une équipe d'anesthésistes.

EMPLOI À POURVOIR

- **Qualification** : Gynécologie Médicale et Obstétrique et Chirurgie Gynécologique.
- **Poste proposé** : Recrutement sur un poste de Praticien Hospitalier.
- **Expérience acquise** : Exercice en milieu hospitalier.

COMPÉTENCES

- **Médicales** : Obstétrique, chirurgie (cœlioscopie), échographie, oncogynécologie.
- **Divers** : DPI HM, DEMIC.



ORGANISATION DU CENTRE HOSPITALIER

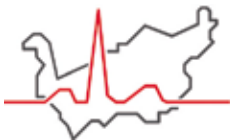
Médecine Chirurgie Obstétrique
Chef de Pôle : Dr Arnaud PATENOTTE
Urgences et Plateau technique
Chef de Pôle : Dr Morgane RIGAUD

Psychiatrie Santé Mentale
Chef de Pôle :
Dr Thomas WALLENHORST
EHPAD de 195 lits



COORDONNÉES DE L'ÉTABLISSEMENT

Centre Hospitalier Semur-en-Auxois : **Marc LE CLANCHE**, Directeur
3 avenue Pasteur 21140 Semur-en-Auxois
Dr Sundé KILIC, Présidente de CME : 06 15 34 14 13 - sunde.kilic@ch-semur.fr
Direction des Ressources Humaines : 03 80 89 64 84
drh.recrutement-medical@ch-semur.fr



Hôpital du Valais
Spital Wallis

1^{er} employeur du canton, l'Hôpital du Valais compte 5'700 collaborateurs-trices. Chaque année, 40'400 patient-e-s sont pris-e-s en charge et près de 680'000 visites ambulatoires sont assurées.

L'Hôpital du Valais cherche pour le Centre Hospitalier du Valais Romand

Un-e Médecin chef-fe de service d'obstétrique à 90-100%

Vos missions

Assurer la prise en charge clinique et chirurgicale des patientes du Pôle d'obstétrique et de gynécologie.

Participer à la gestion et au développement des services de gynécologie et d'obstétrique.

Enseigner aux chefs de clinique, médecins assistants, étudiants et personnel soignant.

Participer aux gardes du service de gynécologie et obstétrique.

Votre profil

Titre fédéral de spécialiste en gynécologie/obstétrique ou formation jugée équivalente.

Formation approfondie en gynécologie/obstétrique opératoire ou formation jugée équivalente
Formation approfondie en médecine fœto-maternelle ou médecine de la reproduction serait un atout.

Plusieurs années d'expérience comme médecin cadre.

Sens de la coopération.

Engagement et disponibilité.

Bilingue (allemand-français) un atout.

Seules les offres répondant au profil seront traitées.

Lieu de travail : Hôpital de Sion.

Entrée en fonction : À convenir.

Délai de postulation : 15 août 2022.

Des renseignements complémentaires peuvent être obtenus auprès du **Dr Daniela Huber**, Médecin cheffe du service de gynécologie et coordinatrice du pôle gynécologie-obstétrique, +41 27 603 87 87, danielaemanuela.huber@hospitalvs.ch



Nous vous invitons à adresser votre dossier de candidature complet exclusivement sur notre site internet à la page www.hospitalvs.ch/emploi



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

