

LE CORDON ROUGE

Association des Gynécologues
Obstétriciens en Formation

AGOF

ACCOUCHEMENT ET SYNDROME
D'EHLERS DANLOS
Conseils pratiques

RÉFORME DU TROISIÈME CYCLE
Où en est-on ?

VALIDATION DU DES
État des lieux selon les régions

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES
Comment les dépister ?

BURN OUT
Évaluation de la qualité de vie
des chirurgiens en gynécologie

DE JADIS À NAGUÈRE
Histoire du clitoris

REVUE POUR LES INTERNES DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

N°19
Août 2020

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

ÉDITORIAL | LE MOT DE LA PRÉSIDENTE P 01**ACCOUCHEMENTS ET SYNDROME D'EHLERS-DANLOS** P 02
Conseils pratiques**RÉFORME DU TROISIÈME CYCLE** P 06
Où en est-on ?**VALIDATION DU DES** P 08
État des lieux selon les régions**VIOLENCES FAITES AUX FEMMES** P 09
Comment les dépister ?**CORONA MEMORIES** P 12
L'AGOF pendant le confinement**BURN OUT** P 13
Évaluation de la qualité de vie des chirurgiens en gynécologie**DE JADIS À NAGUÈRE** P 16
Histoire du clitoris**MASTER CLASS AGOF À PAU** P 20**LA PÉRIPHÉRIE ?** P 23
Bienvenue à Langon**ANNONCES DE RECRUTEMENT** P 24**Rédacteur en chef :**
Alexane Tournier**Rédacteurs de ce numéro :**
Pr Claude HAMONET, Océane PÉCHEUX, Maryame EL GANI, Alice CATHELAIN, Margaux MERLIER,
Dr Jean-Philippe ESTRASSE, Pr Pierre COLLINET, Dr Helene TISSOT.**Editeur :**
Réseau Pro Santé
6, avenue de Choisy | 75013 Paris |
M. TABTAB Kamel, Directeur
reseauprosante.fr | contact@reseauprosante.fr**AGOF**
12 rue Mermoz | 59000 Lille
secreteriat.agof@gmail.com
Tél : +33 (0) 6 59 66 81 48**Composition du bureau**
Présidente : Océane PÉCHEUX
Vice-présidente : Claire CARDAILLAC
Secrétaire générale : Alexandre BOYER DE LATOUR
Trésorier : Rayan HAMADMAD
Responsable du Cordon Rouge et Infogyn : Alexane TOURNIER
Responsable des partenariats : Louise BENOIT et Léa DESCOUVRIERES
Responsable communication : Maryame ELGANI

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

Editorial

Bonjour à tous !

C'est avec plaisir que je prends la suite de Xavier AH-KIT en tant que rédactrice du Cordon Rouge. Je m'engage à vous dénicher des articles aussi diversifiants qu'intéressants.

Dans cette 19^{ème} édition nous réalisons une mise au point sur la réforme et sur les conditions de validation de DES. On se méfie du burn out qui guette les gynécologues. Le Pr Hamonet nous fait l'honneur de nous donner ses conseils pratiques pour la prise en charge des patientes Ehlers Danlos. Et j'ai tenu à vous rappeler l'histoire du clitoris, dont l'anatomie était malheureusement absente de mes cours lors de mes études !

Ce semestre, l'AGOF a été particulièrement dynamique. L'AGOF c'est des petites mains d'internes aux quatre coins de la France qui travaillent ensemble pour améliorer votre formation. L'AGOF c'est donc pour vous, mais c'est surtout vous tous. Rejoignez-nous. Je suis persuadée qu'à plusieurs nous pouvons mener d'énormes projets.

Bonne lecture !

Alexane Tournier
Rédactrice en chef**LE MOT DE LA PRÉSIDENTE***Encore une belle édition de notre semestriel national, le Cordon Rouge, que voilà !*

Après un semestre riche en émotions, où le coronavirus a été dans toutes les bouches. On espère que vous et vos proches vous portez bien. Cette période n'a pas été de tout repos pour le Bureau de l'AGOF, qui est fier de vous présenter son application pour smartphone sur 360 medics, une offre sans frais pour le super congrès Infogyn à Pau en octobre, les résultats d'un sondage sur les modalités de validation du mémoire de DES à travers le pays et aussi une mise au point tant attendue sur la réforme du 3^{ème} cycle, enfin ce qu'on en sait jusque-là.

Nous sommes également très contents d'avoir accueilli deux nouveaux membres : Laura Puroski de Rouen et Frédéric Glicenstein de Paris, bienvenus !

A bientôt pour de nouvelles aventures.

Océane Pécheux,
Présidente de l'AGOF
Centre Hospitalier de Douai
Pour le bureau AGOF



Accouchements et syndrome d'Ehlers-Danlos : Conseils pratiques

Professeur Claude Hamonet. MPR, Université Paris-Est-Créteil, ex expert international à l'OMS (Genève), Consultation Ehlers-Danlos, Centre ELLAsanté, 29bis rue d'Astorg, 75008 Paris et Integrative systemic medicine, Boulogne-Billancourt 92100.

Le flou qui continue à exister autour de la maladie d'Ehlers-Danlos, malgré les avancées considérables de son diagnostic (1) sur un ensemble de signes cliniques et la mise en évidence, par la seule clinique (existence d'autres cas identiques dans la famille), du caractère héréditaire, contribue à créer autour de l'accouchement, des peurs infondées de la part des futures parturientes avec une maladie d'Ehlers-Danlos, mais aussi des obstétriciens, des sages-femmes et des anesthésistes. Elles sont souvent basées sur des descriptions inquiétantes retrouvées sur Internet ou diffusées par des réseaux sociaux. Certes, l'accouchement doit faire l'objet d'attentions particulières chez ces personnes aux tissus fragiles (possibilités de déchirures périnéales, d'hémorragies) avec des réactions utérines particulières du fait des désordres proprioceptifs, incluant la majoration des douleurs par hypersensorialité. Mais, si certaines précautions sont respectées, ces accouchements se déroulent sans conséquence fâcheuse pour la maman, comme pour l'enfant. Il est important de la dépister car elle est fréquente avec 17 millions de cas en Europe selon Brad Tinkle et Grahame (2) mais jamais diagnostiquée ou très tardivement, exposant ces patientes à de multiples complications, notamment lors des grossesses et des accouchements.

La dyspareunie est fréquente (1) souvent par hyperesthésie vaginale souvent bien corrigée par le gel de Xylocaïne.

Fécondation. Elle est difficile. Les fausses couches sont plus fréquentes que dans la population générale (1). Les grossesses extra-utérines sont fréquemment rencontrées, sans avoir été chiffrées, dans notre cohorte de 5.700 patients, parfois à l'origine de complications sévères (hémorragie).

Durant la grossesse, une amélioration des symptômes (douleurs, fatigue, contrôle moteur) de la maladie d'Ehlers-Danlos peut s'observer, elle pourra se poursuivre au-delà de l'accouchement s'il y a allaitement. Ailleurs, c'est le contraire, avec accentuation des signes (dysautonomie, nausées, vertiges, troubles gastro-intestinaux). Des contractions utérines peuvent survenir avant le terme, nécessitant la mise au repos.

Le port d'une ceinture adaptée et des vêtements compressifs spéciaux pour Ehlers-Danlos sont fortement recommandés.

Au moment de l'accouchement, un grand nombre de patientes nous ont relaté la **dissociation entre la survenue de contractions utérines, souvent très douloureuses, et l'absence de dilatation du col.** Ceci peut s'expliquer par les troubles proprioceptifs qui constituent la base du raisonnement physiopathologique dans cette maladie. La synchronisation entre contractions utérines est ouverture du col étant déficiente ou absente du fait de la déformation des signaux envoyés aux centres régulateurs. Cette situation est extrêmement pénible et peut se prolonger en l'absence d'action locale et/ou de prescription médicamenteuse facilitant l'ouverture du col utérin. Il apparaît que ce point assez particulier aux femmes avec un syndrome d'Ehlers-Danlos ne soit pas assez connu dans le monde de l'obstétrique.

L'instabilité articulaire et les syndromes de compression positionnels pendant l'accouchement. Du fait de l'imprégnation hormonale liée à la grossesse, les tissus déjà, souples, déformables, lâches et fragiles le sont davantage. Les risques de désordres articulaires habituels (blocages, subluxations, luxations) sont majorés. Ceci implique des précautions d'installation sur la table obstétricale, en mobilisant et positionnant les membres inférieurs avec précautions pour éviter un déplacement articulaire des hanches ou des genoux, ou des épaules. Si cela se produit, une remise en place de l'articulation est généralement facile à réaliser, au besoin après injection intramusculaires des muscles périarticulaires par de la Xylocaïne pour les relâcher. Pour les mêmes raisons, des compressions ou étirements de troncs nerveux superficiels (cubital/ulnaire au coude, sciatique poplitée externe/fibulaire commun aux genoux), sont possibles,

il faut donc protéger ces zones. L'étirement du plexus brachial (pseudo-syndrome des scapulaires) s'observe aussi, par laxité musculaire, compression et étirement. Là aussi la position des membres supérieurs, surtout s'il y a perfusions, doit être assurée en évitant les positions à risque. La notion de ces subluxations, y compris au niveau des hanches, ne nous paraît pas être un argument pour décider une césarienne.

Les hémorragies. Elles représentent le risque majeur. Elles sont la conséquence de la fragilité des petits vaisseaux et de leurs difficultés à se contracter pour faire cesser le saignement. Les plaquettes peuvent aussi être en cause lors de la formation du clou plaquettaire. Elles accompagnent les déchirures périnéales et les césariennes. Elles peuvent être tardives et parfois importantes en cas de rétention placentaire, impliquant une révision utérine de qualité et une surveillance du post-partum. Leur risque implique de disposer de possibilités de compensation sanguine.

La péridurale. Des avis alarmistes ont propagé l'idée qu'elle était formellement contre-indiquée à cause du risque de brèche méningée (durale). Ce risque est très faible et quasiment inexistant dans l'histoire des parturientes avec un SED que nous avons suivies. Il est considérablement réduit si on utilise des aiguilles fines non tranchantes en procédant avec douceur. En cas de brèche durale, elle peut être colmatée par la technique du "blood patch" qui consiste à introduire du sang dans le liquide céphalo-rachidien. Elle sera préférée à l'attitude d'attente d'une guérison spontanée qui est l'évolution habituelle (50 %) de ces brèches dans la population générale. Étant donnée la configuration des tissus dans le SED, nous estimons que la technique du "blood patch" doit être systématique si cet incident se produit.



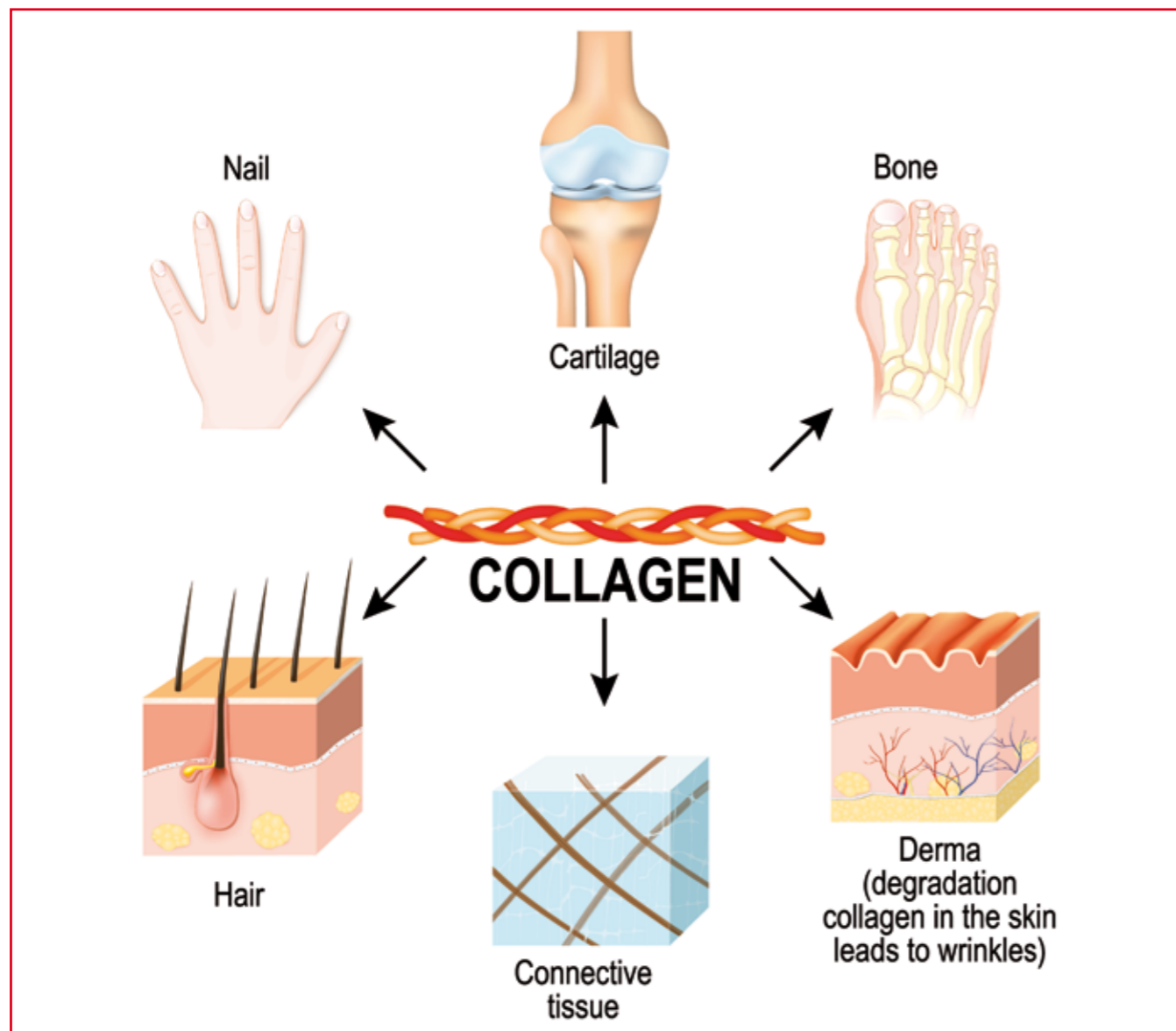
Les effets anesthésiants de la péridurale sont parfois absents ou incomplets (hémianesthésie par exemple), probablement par diffusion trop rapide du produit dans des tissus très "souples". La solution est de réinjecter davantage de produit. L'importance des douleurs qui peuvent être considérables lors du travail, parfois plus long, chez ces femmes hyperalgiques, impose le recours à la péridurale. Des phénomènes de cause probablement analogue (diffusion trop rapide), s'observent dans les anesthésies générales : retard à l'induction, réveils précoces.

La césarienne. Elle a été trop facilement et inutilement pratiquée par des obstétriciens préoccupés, à tort, de risque utérins majeurs dans le SED, risques attribués à des formes estimées comme étant très rares de cette maladie. En fait, dans la quasi totalité des cas, la césarienne est contre-indiquée, en l'absence de dystocie. Les saignements, la fragilité des tissus, la persistance fréquente de douleurs cicatricielles et son inutilité obstétricale la font rejeter.

Les déchirures périnéales doivent être réparées avec des fils non résorbables, laissés en place suffisamment longtemps (déchirures possible).

Le danger des anticoagulants. Le risque hémorragique, généralisé à tous les organes, est très important chez ces patientes. L'indication habituelle est la phlébite dont le diagnostic peut être difficile chez une personne avec un syndrome d'Ehlers-Danlos, du fait de la fréquence des douleurs des mollets et la possibilité d'œdèmes des membres inférieurs et des images difficiles à interpréter à l'échographie. Si une décision de traitement anticoagulant est prise, elle doit être adaptée de façon à pouvoir être interrompue rapidement.

Les mobilisation du nouveau-né doivent se faire avec douceur, l'épaule, la hanche peuvent se luxer, un pied-bot n'est pas exceptionnel, les sutures crâniennes sont fragiles et les manœuvres ostéopathiques ne nous semblent pas indiquées ici. Si sa mère est atteinte, il est nécessairement atteint et son système osseux aussi. Si la mère n'a pas pris de Vitamine D en prévention, des fractures (côtes, humérus) peuvent se produire pour des contraintes minimales. Ceci doit être connu, car il n'est pas rare que les parents soient dénoncés au juge pour violences (4) par les médecins ou les travailleurs sociaux et que les enfants soient retirés aux parents.



Références

- 1- Claude Hamonet, Ehlers-Danlos la maladie oubliée par la médecine, 2^{ème} édition 2019 l'Harmattan Paris.
- 2- Brad Tinkle, Marco Castori, Britta Berglund, Helen Cohen, Rodney Grahame, Hanadi Kazkaz, Howard Levy, Hypermobile Ehlers-Danlos syndrome (a.k.a. Ehlers-Danlos type III and Ehlers-Danlos syndrome hypermobility type), clinical description and natural history, American Journal of Medical Genetics Part 4 (Seminar sin Medical Genetics syndrome) (2017).
- 3- Justine Hugon-Rodin, Géraldine Lebègue, Stéphanie Becourt, Claude Hamonet, Anne Gompel, Gynecologic symptoms and the influence on reproductive life in 386 women with hypermobility type Ehlers-Danlos syndrome: a cohort study. Orphanet Journal of rRre Diseaes (2016) 11:24 DOI 10.1186:s 13023-016-0511-2.
- 4- Claude Hamonet, Marie de Jouvenel, Daniel Manicourt, Michael Holick, Ehlers-Danlos et fausses accusations de maltraitance, Gazette du Palais, 5 mars 2019, 139^e année, n°9, pp19-21.

Pr Claude HAMONET
pr.hamonet@wanadoo.fr
www.claude.hamonet.free.fr



La R3C, les FST... Où en est-on ?

L'AGOF s'efforce de vous représenter au mieux au niveau national, et surtout de défendre les intérêts des internes de Gynécologie Obstétrique en termes de formation. Nous aurions souhaité communiquer davantage concernant la R3C (Réforme du 3^{ème} cycle), néanmoins, bien que l'AGOF soit représentée à chaque réunion, souvent beaucoup de points sont « discutés » mais loin d'être « décidés », et nous ne souhaitons pas colporter d'informations incomplètes ou surtout inexactes. Le temps passant, nous avons quand même pris parti de faire de notre mieux pour vous faire un état des lieux. Beaucoup de choses sont « en cours », ainsi est-ce !

CHRU obligatoire pendant la 1^{ère} année ? (Phase socle)

Déjà, nous pouvons vous informer que concernant la phase socle, dans certaines villes, le CHRU n'est plus obligatoire, ou il est possible à l'inverse de

passer toute la première année au CHRU. Il s'agit d'accords locaux qui ont été (bien) négociés avec les ARS.

Prise en compte des congés de paternité et des années de Master 2 dans le calcul de l'ancienneté des internes

Aussi, le Décret n° 2019-1331 du 9 décembre 2019 paru au *Journal officiel* a prévu des "mesures d'ajustements" au Code de l'éducation pour faire évoluer le troisième cycle des études de médecine et de pharmacie. À compter de ce 12 décembre, l'année de recherche et les stages non validés pour raison de congé de paternité ou d'adoption seront désormais pris en compte dans le calcul de l'ancienneté des étudiants de troisième cycle de médecine.

Le décret explicite en outre le délai au terme duquel les trois phases de formation doivent être validées. Cette validation devra survenir "dans un délai correspondant à deux fois la durée réglementaire de chacune de ces phases prévue dans la maquette de formation suivie". Le texte propose également que le contrat de formation ne soit plus conclu à l'issue de la validation de la phase socle mais au cours de cette phase socle.

Réunion du CEGO (Collège des Enseignants de Gynécologie Obstétrique) du 29/04/20

Augmentation du nombre d'internes en GO ?

Partant du constat que la démographie de la Gynécologie Obstétrique est vieillissante et qu'il y a une diminution du nombre de GO disponibles pour assurer des gardes dans certaines maternités, un état des lieux est en cours dans les différentes régions françaises en vue de prévoir une augmentation documentée du nombre d'internes à moyen terme.

Que deviennent les inter-CHRU avec la R3C ?

Les inter-CHRU resteraient « en surnombre », et réalisables même en phase 3. Par contre les internes en inter-CHRU n'auront accès qu'aux stages auxquels les internes de la ville d'accueil de même semestre auraient accès.

Il n'est pas encore clair si l'inter-CHRU sera financé par le CHRU de départ, comme auparavant, et comme revendiqué à juste titre par l'ISNI, ou par le CHRU d'accueil. De même, les inter-CHRU pourraient devenir possible vers des Hôpitaux périphériques, néanmoins à l'AGOF on espère que cela resterait sur demande de l'interne - et pas pour résoudre un problème démographique d'internes.

Proposition du CEGO pour la phase 3 : diviser la première année en 2 semestres (plutôt orientés chirurgie pour tout le monde) puis une année entière sur le même terrain de stage.



Réunion du Conseil National des Jeunes Chirurgiens (CNJC) du 03/05/20

Quid de la FST Cancérologie

Le message principal : si vous voulez faire de la chirurgie oncologique en Gynécologie, pour l'instant la FST n'est pas obligatoire. Peut-être que dans le futur cette FST sera nécessaire, par exemple pour prescrire les thérapies ciblées du cancer du sein.

L'AGOF comme le CNJC se positionnent en faveur de l'instauration d'une FST « onco chir », plus adaptée à notre spécialité qu'une FST « Oncologie » comprenant un an sans chirurgie (chimio, radiothérapie, etc.), ce qui n'est pas adapté à notre maquette... D'autant que dans certaines villes les GO n'ont pas accès à la FST « Oncologie ».

Les chirurgiens pratiquant déjà la chirurgie oncologique ne sont pas menacés non plus. Difficile d'en dire davantage pour l'instant...

Validation du DES de Gynécologie Obstétrique à travers la France, en 2020

Merci à tous les référents AGOF régionaux d'avoir répondu à la question suivante en mai 2020 : « Dans votre CHRU, pour valider le DES de Gynécologie Obstétrique, faut-il avoir publié ou soumis un article, ou aucune de ces 2 propositions ? ».

Publication d'un article obligatoire pour valider le DES : Strasbourg, Montpellier-Nîmes, Amiens, Besançon, Paris, Reims.

Soumission obligatoire : Lille, Angers, « Paris, nouveau régime ».

Aucune de ces 2 propositions : Toulouse, Guadeloupe, Clermont-Ferrand, Nantes, Lyon, Nice, Bordeaux, Marseille, Poitiers.

En fait, jusque-là les disparités inter-régionales étaient importantes... Néanmoins, avec la réforme du 3^{ème} cycle, nous devrions constater une harmonisation nationale.

L'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômés d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômés et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine précise que pour valider la phase de consolidation, et donc le DES, le critère par rapport au mémoire est : **soumission d'au moins un article dans une revue à comité de lecture et présentation orale d'un travail de recherche.**

La soumission peut donc vous être imposée par votre coordonnateur...

N'oubliez pas que les Associations d'internes, l'AGOF, le CNJC (Conseil National des Jeunes Chirurgiens, l'ISNI, sont des recours pour poser vos questions concernant vos droits et vos obligations, ou servir de porte-parole en cas de difficultés avec vos coordonnateurs- tout cela restant complètement anonyme bien entendu.



Océane PÉCHEUX
Présidente de l'AGOF

L'interne de gynécologie : Un rôle essentiel dans le dépistage des violences faites aux femmes

L'interne de gynécologie est un soignant en première ligne du dépistage des violences faites aux femmes. La situation de confinement générée par la pandémie de Covid-19 a gravement accru la prévalence des violences faites aux femmes.

Les urgences gynécologiques, accessibles H24 et 7j/7 et avec un nombre de passages importants, sont un lieu de dépistage majeurs. La consultation de gynécologie de part son caractère intime est un moment sensible et propice à la communication. Néanmoins les internes de gynécologie sont soumis à des contraintes de taille : la cadence du nombre des consultations qui s'enchaînent, et le manque de temps.

Ceci est un ensemble de propositions pour intégrer le dépistage des violences faites aux femmes à votre consultation de façon simple.

Bien définir son rôle

Le rôle de l'interne, et il faut bien le souligner, est le dépistage des femmes victimes de violences et l'orientation après avis de son sénior référent. **Il est médecin et il ne peut pas prétendre à remplacer un travailleur social ou un psychologue.**

Il amène la patiente à se livrer en créant une **atmosphère de confiance** le temps d'une consultation en urgence : ce qui est un vrai challenge !

Quels sont les signes devant faire penser à rechercher des violences domestiques ?

Un dépistage systématique devrait être fait, car parfois les apparences sont trompeuses : même chez la dame qui consulte pour une mycose à 4H du matin...

Mais certains signes doivent alarmer.

- Les **contractions utérines**, et les **menaces d'accouchement prématuré** doivent bénéficier d'un dépistage systématique des violences domestiques.

- Les patientes qui consultent de façon répétées aux urgences, particulièrement pour des **troubles fonctionnels** et sans causes somatiques retrouvées.
- La mise en évidence de **lésions cutanées** lors de l'examen clinique (excoriation, ecchymoses).
- L'aspect de la patiente peut être divers : les violences domestiques touchent autant les **milieux défavorisés que les milieux bourgeois**.



Qui sont les auteurs ?

Ce sont majoritairement les hommes de l'entourage qui sont auteurs des violences : la plupart des féminicides sont commis par les conjoints. On retrouve une **relation de pouvoir et d'emprise sur la**

Quels sont les situations à risque de violences ?

Nous ne saurions rappeler qu'il faut être particulièrement vigilant lors de **la grossesse**. La période de **confinement en période d'épidémie de COVID-19** est une période tout simplement explosive en termes

Proposition d'approche lors de l'examen clinique

Vous avez peut-être déjà votre façon de mener un interrogatoire mais nous nous permettons de vous soumettre des idées de questions ouvertes qui pourraient vous inspirer. Ces questions peuvent être le moyen d'introduire le sujet des violences domestiques.

« Comment cela se passe à la maison ? Comment cela se passe avec votre conjoint ? ».

Pour une meilleure communication, il est souhaitable de formuler des **questions ouvertes** pour ne pas suggérer la réponse à la patiente, mais **la laisser libre**. Elles peuvent être posées lors de l'interrogatoire ou pendant l'examen clinique, l'échographie... Il est important de rappeler le caractère **strictement confidentiel** de cette discussion à la patiente.

Faire attention à soi !

Nous ne pouvons ignorer qu'exposés à ses situations aussi difficiles et soumis à un rythme de travail pour le moins soutenu, **les internes de gynécologie sont particulièrement exposés** aux risques psychosociaux et notamment au **burn out** et au **stress post-traumatique**. Nous pouvons parfois nous sentir impuissant face à des dames

patiente avec parfois des hommes qui insistent pour être présents à la consultation, parlent à la place de leur compagne. Encore une fois, tous les milieux sociaux sont touchés.

de prévalence des violences faites aux femmes. Notons que **la prise de toxiques** favorise le passage à l'acte, aussi plus de 90 % des violences domestiques auraient lieu sous l'emprise de l'alcool.

Si la patiente décrit des violences à la maison, **il faut en faire part à votre sénior**. En fonction, une hospitalisation pour l'éloigner en urgence peut être proposée à la patiente. Elle pourra si elle le souhaite, **rencontrer les psychologues et les assistantes sociales** du service pour la suite de la prise en charge.

Si la patiente vous dit que tout va bien, il faut tout de même l'informer que vous êtes à sa disposition pour l'aider en cas de besoin. Il faut **informer, et conseiller sans rien imposer**. Elle doit au minimum connaître les **numéros de téléphone d'urgence (3919, 114, 17)**.

L'important n'est pas forcément que la patiente se livre, mais qu'au moins elle sache qu'à l'hôpital, **avec vous, elle est en sécurité et que vous êtes une aide bienveillante**.

qui nous confient des situations tragiques et nous demandent de garder le secret. Nous sommes parfois témoins de situations dramatiques qui n'ont pas pu être évitées.

Il est essentiel de **débriefer ces situations difficiles avec vos séniors et vos co-internes**. **Le soutien entre pairs** revêt ici un rôle primordial.

Ceci est d'autant plus important si vous avez du mal à penser à autre chose, ou si vous faites des cauchemars. Le stress post-traumatique est probablement sous-estimé chez les internes de gynécologie.

Enfin, en tant que co-internes, **il est de notre devoir de nous soutenir les uns les autres**. Nous ne saurions qu'insister sur l'éminence de la communication, et le partage de ses expériences entre collègues.

Vous êtes des colosses, mais ensemble vous serez plus forts pour affronter ces situations difficiles !

Maryame EL GANI
Interne au CHRU de Tours



Références

Dépistage des violences faites aux femmes R. HENRION* (Paris) : recommandations du CNGOF de 2004.

Intimate partner violence. Committee Opinion No. 518. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2012; 119:412-7.

A prevalence survey of abuse and screening for abuse in urgent care patients, Obstetrics and Gynecology, 91(4), p. 511-514. MCLEOD, A., BAKER, D. et M.

Reproductive coercion and co-occurring intimate partner violence in obstetrics and gynecology patients. Clark LE1, Allen RH2, Goyal V2, Raker C3, Gottlieb AS2. Am J Obstet Gynecol. 2014 Jan;210(1):42.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2013.09.019. Epub 2013 Sep 18.

Martini, S., Arfken, C.L., Churchill, A. et al. Burnout Comparison Among Residents in Different Medical Specialties. Acad Psychiatry 28, 240-242 (2004).

Stress symptoms and burnout in obstetric and gynaecology residents. Castelo-Branco C1, Figueras F, Eixarch E, Quereda F, Cancelo MJ, González S, Balasch J. BJOG. 2007 Jan;114(1):94-8.



L'AGOF pendant le confinement : Les internes et jeunes chefs de GO, pendant la crise sanitaire COVID-19

Les internes et jeunes chefs de GO se mobilisent !!

Partageons ensemble un post « Corona memories ».

Voici quelques retours des expériences actuelles du bureau de l'AGOF



Alexandre Boyer de Latour (Nancy), a proposé son aide volontaire à la Pitié Salpêtrière pour aider aux transferts de patients d'un hôpital à un autre, et pour placer les patients en décubitus ventral.



Maryame El Gani (Orleans), apprenti en logistique commande réceptionne et livre les masques easybreath Décathlon en réanimation



Imane Ben M'Barek au Kremlin Bicêtre, en tenue Covid19. Mène des démarches pour se procurer des surblouses.

Une PUPH se cache sur la photo...



Océane Pécheux (Lille) a organisé une collecte de masques en tissus pour la maternité de Douai où elle travaille, et les remerciements qui vont avec.

BURN OUT : Evaluation de la qualité de vie des chirurgiens en gynécologie, une enquête nationale

Contexte et justification

A l'heure où l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle est devenue une priorité, j'ai été amenée à élaborer une enquête sur la qualité de vie des chirurgiens gynécologues. Les résultats ont été présentés lors du congrès de la Société de Chirurgie Gynécologique Pelvienne, à Lille, en septembre 2019 lors d'une session plénière dédiée à ce thème.

Le bien-être et la qualité de vie au travail sont devenus une priorité pour l'ensemble des professionnels. Différents questionnements peuvent se faire sur l'équilibre entre vie privée et vie professionnelle : balance entre contraintes et plaisirs professionnels mais aussi personnels et familiaux, aspirations de carrière, existence de discrimination pour accéder aux postes souhaités, satisfaction vis-à-vis de la rémunération.

Plusieurs études récentes, relayées par les médias, s'intéressent à faire un état des lieux du fonctionnement hospitalier, et à décrire la place des femmes dans les postes à responsabilité au sein de la communauté médicale. L'étude réalisée en France au début de l'année 2019 au sein de l'APHP, qui était intitulée " Hommes et Femmes à l'hôpital public : comment conciliez-vous vie professionnelle et vie personnelle ? » en est un exemple. Il s'agit d'une enquête alliant le thème du burnout des médecins et la place des femmes dans les Centres Hospitaliers français. Parmi les 3135 répondants, 54 % déclaraient être en épuisement chronique au travail. L'étude proposait différentes pistes de changement et d'amélioration des conditions de travail telles qu'une meilleure rémunération ou une possibilité de moduler sa carrière lors de moments de vie sans que ce soit pénalisant. (1)

Objectif principal

Nous avons donc voulu sonder, au cœur de notre profession, le ressenti des chirurgiens gynécologues sur ces différentes thématiques.

Méthodes

A partir de janvier 2019, nous avons élaboré avec l'aide d'internes en gynécologie-obstétrique et de chirurgiens gynécologues (PH, PUPH et exerçant en privé) un questionnaire de 74 questions regroupant différents thèmes : informations générales (sexe, âge, établissement), type d'activité (oncologie, enseignement, recherche, gardes et astreintes), charge de travail, reconnaissance et discriminations, charge émotionnelle liée au travail, statut et vie familiale (nombre d'enfants, profession du conjoint), vie extra-professionnelle (pratique de

sport, d'activités artistiques), satisfaction globale professionnelle. Ce questionnaire était destiné aux chirurgiens gynécologues exerçant actuellement en France et ayant conservé ou non une activité obstétricale de garde, que ce soit en milieu hospitalier ou en clinique privée. Il a été diffusé par mail, sur la base du volontariat (chaque médecin était invité à diffuser ce questionnaire à ses collègues, dans toutes les régions) et était également disponible en ligne sur le site de la SCGP.



Les résultats principaux de notre enquête étaient les suivants

253 réponses ont été collectées entre février et juin 2019. 41,8 % des répondants étaient des femmes, 58,50 % des hommes. L'âge moyen était de 45,87 ans : 40,47 ans chez les femmes, 49,70 ans chez les hommes. 36,0 % d'entre eux exerçaient en clinique, 39,9 % en milieu hospitalier et 24,1 % en milieu hospitalo-universitaire.

90,90 % des chirurgiens étaient en couple ou (re)-mariés et 84,9 % avaient un ou plusieurs enfants. Les femmes chirurgiennes avaient en moyenne moins d'enfants que les hommes.

Le temps de travail déclaré par semaine était de 50 à 75h pour 69,6 % des chirurgiens, avec des horaires contraignants pour beaucoup d'entre eux. La grande majorité estimait d'ailleurs leur charge de travail importante et 23,7 % la considéraient comme difficilement gérable.

La majorité des praticiens étaient concernés par le stress et le retentissement liés à l'activité professionnelle. 32,4 % déclaraient avoir déjà présenté un épisode de burn out ou de dépression.

Ce chiffre semble énorme, mais correspond à la littérature sur le sujet.

Concernant la **satisfaction professionnelle**, sur une échelle de 0 à 10 la moyenne était de 6,92. Malgré ces chiffres, 73,5 % des chirurgiens interrogés referaient le même choix de carrière si c'était à refaire.

L'autre versant de cette enquête étaient les inégalités hommes/femmes : on retrouvait un taux de discriminations liées au genre pour 51,8 % des femmes versus 18,2 % des hommes ($p < 0,001$). Les femmes se sentaient moins reconnues par leurs pairs que leurs confrères de sexe masculin. Elles occupaient moins de postes à responsabilités, mais n'envisageaient pas non plus de postuler à ces postes. Elles étaient également moins satisfaites de leur salaire. Cependant, les femmes travaillaient moins en clinique ou en secteur privé que leurs homologues masculins, probablement en rapport avec les avantages d'être salariée en milieu hospitalier.

Conclusion

L'état des lieux réalisé auprès des chirurgiens gynécologues montre un impact de la charge de travail sur le temps accordé à soi, à sa vie familiale et sociale ainsi que des différences liées au genre marquées. La profession est stressante, en lien avec les pathologies prises en charge, impliquant un retentissement psychologique notable et un taux de burn out est important, bien qu'en accord avec la littérature. Cependant, malgré quelques changements souhaitables, les gynécologues montrent une satisfaction professionnelle certaine puisque les trois quarts referaient la même carrière si c'était à refaire. Enfin, devant la féminisation de la spécialité, il est important que la place des femmes chirurgiens gynécologues continue de progresser afin d'obtenir une égalité professionnelle et salariale.

Les perspectives et les suites de cette enquête

Cette enquête était nationale, et ne concernait pas les internes. Cependant, face à ces constatations, il semble primordial de prendre les devants avec les nouvelles générations de médecins, c'est-à-dire les internes en cours de formation.

A Lille, nous souhaitons mettre en place rapidement des groupes de parole et de partage dans le but d'échanger sur certaines difficultés auxquelles nous sommes confrontés au quotidien dans l'exercice de notre profession (annonce d'une mauvaise nouvelle, complication obstétricale ou chirurgicale, urgence grave, décès...) afin de détecter au plus tôt les internes à risque d'épuisement professionnel, de dépression ou de burn out.

Cette enquête n'avait pas pour vocation initiale de dépister le burn out, puisqu'il n'y avait qu'une seule question qui était la suivante « avez-vous déjà présenté un épisode de dépression ou de burn out ? ».

Il serait donc intéressant de réaliser d'autres enquêtes avec des questionnaires validés comme le Test d'Inventaire de Burnout de Maslach. En effet, le burn out semble être le mal du soignant du 21^{ème} siècle et il semble primordial de le dépister.



Premiers résultats de l'enquête "Hommes et Femmes à l'hôpital public : comment conciliez-vous vie professionnelle et vie personnelle ?" disponible sur :

<https://snphare.fr/fr/blog/posts/premiers-resultats-de-lenquete--hommes-et-femmes-a-lhopital-public--comment-conciliez-vous-vie-professionnelle-et-vie-personnelle--->

Auteurs :

Article en cours de soumission

Alice CATHELAIN, CHU Lille, Hôpital Jeanne de Flandre - Service de chirurgie gynécologique - Lille, France

Margaux MERLIER, CHU Lille, Hôpital Jeanne de Flandre - Service de chirurgie gynécologique - Lille, France

Dr Jean-Philippe ESTRADE, Clinique Bouchard - Chirurgie gynécologique - Marseille, France

Pr Pierre COLLINET, CHU Lille, Hôpital Jeanne de Flandre - Service de chirurgie gynécologique - Lille, France





Histoire du clitoris

Une antique découverte

On ne trouve pas de description des organes génitaux féminins externes dans tout le corpus hippocratique et ni dans les traités biologiques d'Aristote ou de Platon. Néanmoins Hippocrate et plus tard Galien insisteront sur le plaisir qui favorise la conception, sans pour autant l'attribuer à un organe¹. Si l'anatomie génitale externe est peu décrite, la nymphotomie (réduction des petites lèvres et du clitoris) pour hypertrophie des organes génitaux externes est régulièrement détaillée.

Au II^e siècle ap JC, Rufus, auteur *Du nom des parties du corps*, l'appellera : *nympe, myrte, hypodermis ou clitoris*. Il sera le premier à lui attribuer le plaisir érotique.

Ensuite, les médecins du Moyen Âge s'appuient sur les corpus hippocratique et galénique. C'est à ce titre que les trois grandes religions tolèrent le plaisir, voire le recommandent pour la conception (dans le seul cadre du mariage).

Renaissance du clitoris

À la Renaissance, l'usage fréquent de la dissection humaine, la relecture plus critique des auteurs anciens, la diffusion du savoir par l'imprimerie et les traductions autorisent de grands progrès dans la médecine, surtout dans l'anatomie.

Realdo Colombo (1559) prétend avoir découvert le siège du plaisir féminin, qu'il nomme *Amor veneris*. Il pose une homologie fonctionnelle avec la verge : « si vous le touchez, vous le verrez devenir un peu plus dur et oblong au point qu'on dirait alors un genre de membre viril » et, poursuit-il : « frottez-le vigoureusement avec un pénis, ou même touchez-le avec le petit doigt, la semence jaillit de la sorte plus rapide que l'air, et cela à cause du plaisir, même à leur corps défendant »².

L'habitude de voir les organes génitaux féminins comme de pâles imitations de ceux des hommes perdurera. Le clitoris, à peine découvert, est immédiatement conçu comme une petite verge.

En 1564, Gabriel Fallope s'appropriera cette découverte et le nom qu'il lui donne – *Kleititoris* – fera en tout cas florès³. Il passe sous silence ses fonctions érogènes. A la même époque, l'anatomiste Vésale dit qu'il ne peut s'agir que d'une malformation d'hermaphrodisme.

Mais les anatomistes du XVII^e siècle, tels Bartholin, De Graaff ou Riolan, font avancer sa connaissance. Ils imposent la dénomination du clitoris en tant qu'organe du plaisir. Cette conception se diffuse dans un large lectorat par le biais des manuels conjugaux. « La vraie histoire des parties génitales de la femme n'a jusqu'à présent été jamais bien connue et a toujours été traitée par les anatomistes avec beaucoup de négligence et fort peu de fidélité. » considère Jean Riolan⁴. Pour autant, cela ne semble pas s'accompagner d'une interrogation nouvelle sur la nymphotomie.

Lumière sur le clitoris

Au XVIII^e et XIX^e siècle, avec le progrès des sciences naturelles, il devient évident que les femmes peuvent concevoir sans orgasme. Dès lors, le clitoris n'est plus associé à la conception ; uniquement assujéti au plaisir, il suscite quelques inquiétudes. On le nomme d'ailleurs « mépris de l'homme ». Dès lors, le débat portera sur l'utilité de l'orgasme féminin, voire sur sa nocivité : s'il ne favorise pas la conception, ne lui serait-il pas nuisible ?

Ceci concorde avec le grand débat de la fin du XIX^e siècle : celui de l'hystérie, une maladie mystérieuse féminine dont la multitude de symptômes ne repose sur aucune lésion anatomique (Charcot, 1882). Certains pensent qu'elle prend naissance dans l'utérus, d'autres dans le clitoris. En 1865, le Dr Baker Brown, président de la respectable « British Medical Society », préconise l'excision, pour « traiter l'hystérie, l'épilepsie, l'homosexualité, et d'autres formes de "folies féminines" ».

En France, elle n'a jamais été banalisée et les sociétés savantes (la Société de chirurgie en 1864 et la Société médico-psychiatrique en 1869) la considèrent comme la dernière solution après accord de la patiente et après échec de toutes les autres tentatives (surveillance continue, bains froids, contention nocturne, etc.)⁵.

Machine arrière

Au tournant du XX^e siècle, l'orgasme féminin devient tabou, lié aux maladies mentales. Cette régression est en grande partie liée à la psychanalyse de Freud. Pour lui, la sexualité féminine se façonne autour de la frustration de l'absence de pénis. Le clitoris, pénis miniature, est investi par la petite fille en compensation, en attendant sa vraie sexualité, révélée par la pénétration masculine ; « le vagin prend valeur comme logis du pénis » (1905). Ce n'est donc qu'avec le renoncement à son orgasme clitoridien, infantile et immature, que la femme peut tardivement accéder à sa sexualité adulte, en obtenant enfin un orgasme vaginal, preuve de sa féminité⁷. Dès 1905, le Larousse a retiré de ses

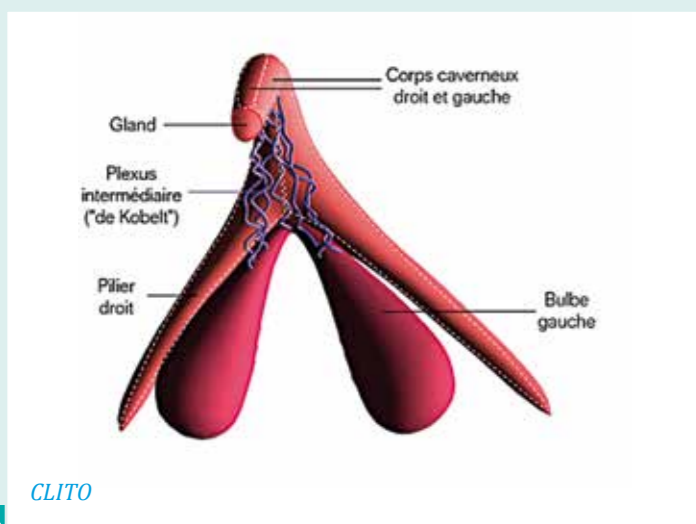


Illustration par Pauline Roland pour Marine Gasc

Il existe un tout autre courant médical, partisan au contraire de la masturbation pour traiter l'hystérie. Le massage génital est d'ailleurs recommandé par de nombreux thérapeutes, depuis Galien, pour soigner diverses maladies féminines⁶. Et la fin du XIX^e siècle connaîtra un développement sans précédent de l'usage médicalisé des vibromasseurs. C'est dans cet esprit thérapeutique qu'en 1869, apparaît le premier vibromasseur à vapeur. Ils figureront à l'exposition universelle de 1900, comme tous premiers objets à être électrisés après l'ampoule, la machine à coudre et le grille-pain.

pages le mot clitoris. Freud impacta tout le XX^e siècle médical, qui effaça de ses enseignements et des manuels d'anatomie la réalité du clitoris.

Mais dans les années 60, d'autres scientifiques que les psychiatres vont s'intéresser à l'orgasme. En 1966, Masters et Johnson, observeront 10,000 orgasmes chez 694 sujets, de l'adolescente à la femme de 70 ans et défendront l'idée qu'il n'existe qu'une seule forme d'orgasme à point de départ clitoridien et à extension vaginale. Mais à la même époque, selon le traité de Moore (1964) qui fera autorité longtemps en matière de sexualité : une femme frigide est une femme qui n'a pas d'orgasme vaginal⁸.



CLITO



Libération sexuelle ?

Dans les années 1960, le combat pour l'égalité des sexes passera aussi par la reconnaissance d'une jouissance propre à la femme, celle du clitoris. Il faudra une vingtaine d'années pour que les hostilités envers les hommes diminuent, et que les femmes puissent à nouveau investir leur vagin comme zone de plaisir. Dans les années 1980, le point de Gräfenberg sera le nouveau symbole d'une sexualité féminine. Le phénomène médiatique et de mode qu'il suscite (encore aujourd'hui) vont renforcer les controverses sur la dualité orgasmique. L'idée que la féminité doit passer par la découverte de son point G induira un grand nombre de difficultés sexuelles⁸.

Un obscurantisme organisé ?

L'Histoire a décidément eu la mémoire courte. Pourquoi a-t-il fallu redécouvrir de si nombreuses fois le même organe ? En 2016, en France, le Haut conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes nous annonçait qu'une adolescente de 15 ans sur quatre ne sait pas qu'elle a un clitoris et que 84 % des filles de treize ans ne savent pas représenter leur sexe mais 53 % savent représenter le sexe masculin⁹. De fait, les manuels scolaires sont encore bien avariés en informations. *Pouvons-nous parler d'une anatomie politique du clitoris sous domination masculine ?* Ainsi, toujours en 2016, la ville de Paris fit retirer de ses écoles « Le dictionnaire fou du corps », un dictionnaire du corps humain aux définitions drôles et poétiques, récompensé par de nombreux prix. *Motif ? « Des vignettes qui peuvent choquer ».* En effet, on trouve « vagin » et « clitoris » : "n.m Petit organe précieux au pied de la colline, dominant

Les modèles actuels semblent être en rupture avec la traditionnelle dualité entre orgasme vaginal et clitoridien. Ils nous orientent vers le concept plus large d'une unité anatomophysiologique unique¹⁰ (ce fameux point G !?), constituée du clitoris, solidaire de la paroi antérieure du vagin et du fascia de Halban. Sa sensibilité est liée à son ampliation lors des mouvements de va et lors du gonflement des corps caverneux du clitoris¹¹. On doit cette nouvelle (re)découverte à Helen O'Connell, urologue australienne, qui est considérée comme la première à avoir décrit l'anatomie complète du clitoris en 1998.

la vulve et les petites lèvres. Plus discret et plus petit que le gland de l'homme, il fait pourtant le maximum. La femme en a tout d'abord la jouissance¹²."



Illustration par Alex Martin

Alexane TOURNIER

Rédactrice en chef du Cordon Rouge

Références

1. Sylvie Chaperon, « *Le trône des plaisirs et des voluptés* » : *anatomie politique du clitoris, de l'Antiquité à la fin du XIX^e siècle*, *Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique*, 118 | 2012, p. 41-60.
2. Thomas Laqueur, *La fabrique du sexe*, p. 90 et 91.
3. Gabriel Fallope, *Observationum anatomicarum Gabrielis Fallopii examen*, 1564.
4. Jean Riolan, *Les œuvres anatomiques de M. Jean Riolan*, p. 412.
5. Sylvie Chaperon, *Les origines de la sexologie 1850-1900*, 2012, p. 151-154.
6. Rachel Maines, *Technologies de l'orgasme. Le vibromasseur, l'hystérie et la satisfaction sexuelle des femmes*, 2009, p. 74-109.
7. Sigmund Freud, *Trois essais sur la théorie de la sexualité*, 1905.
8. Marie Hélène Colson, *L'orgasme des femmes, mythes, défis et controverses*, 2009. Doi :10.1016/J.sexol.2009.11.003
9. Annie Sauvet, « *Etat des lieux des connaissances, représentations et pratiques sexuelles des jeunes adolescents. Enquête auprès des 316 élèves de 4^e et 3^e d'un collège du Nord de Montpellier* », Mémoire de DU de Sexologie, Faculté de Médecine Montpellier-Nîmes, 2009, p20.
10. Helen O'Connell, « *Anatomical relationship between urethra and clitoris* », *The Journal of Urology*, 1998, pp. 1982-1987. Doi:10.1097/00005392-199806000-00031
11. P Foldes, O Buisson, *Reviews: the clitoral complex: a dynamic sonographic study*, *The journal of sexual medicine*, 2009. Doi:10.1111/j.1743-6109.2009.01231.x
12. Katy Couprie, *Le dictionnaire fou du corps*, 2012, p52.

- https://www.levif.be/actualite/sciences/l-extraordinaire-histoire-du-clitoris/article-normal-625309.html?cookie_check=1587289097
- <https://journals.openedition.org/chrhc/2483#ftn42>
- <http://www.racontemoilhistoire.com/2015/04/clitoris-au-fil-siecles-decouverte-mauvaise-reputation/>



SIMULATION MasterClass à Pau

Cette année à lieu la deuxième 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 de rencontrer le Dr Denis Mukwage, prix nobel de la paix en 2018.



Jardin public du Palais Beaumont à Pau

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 puis annoncerez votre diagnostic de malformation. Tout ceci grâce à Simecholé, une association composée de gynécologues dont l'objectif est la formation par la simulation. En partenariat avec la SCGP, nous organisons aussi des ateliers de simulation en coelioscopie 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
Rédactrice en chef du
Cordon Rouge



EDITORIAL

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

Ce Master Class sera articulé 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 lieux le vendredi 2 après midi et le samedi 3 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 2 octobre	14h30-18h : Groupe A atelier échographie / Groupe B atelier coelioscopie
	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 3 octobre	9h-12h30 : Groupe A atelier coelioscopie / Groupe B atelier échographie
	15h-18h : Activité découverte à Pau

CHIRURGIE COELIOSCOPIQUE (Dr Vincent Villefranque)	
Théorie	- Ergonomie du coeliochirurgien - Les énergies électriques
Pratique	Exercices et formation gestuelle en coelioscopie sur Pelvitainers
ECHOGRAPHIE FŒTALE NORMALE ET PATHOLOGIQUE (Dr Alexandra Gueneuc, Dr Cergika Velupillai, Dr Eve Mousty, Dr Gihad Chalouhi)	
Théorie	- Trucs et astuces en échographie morphologique et en simulation - Annonce d'une malformation découverte à l'échographie
Pratique	Simulation en échographie obstétricale : des coupes obligatoires au diagnostic de malformations Atelier annonce d'une malformation

INFORMATIONS GENERALES

Accès au congrès Infogyn gratuit du Jeudi 1 octobre au samedi 3 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



BULLETIN D'INSCRIPTION

INSCRIPTION GRATUITE MAIS OBLIGATOIRE, PLACES LIMITEES

M. Mme Nom Prénom

Date de naissance

Email Tél

CHU d'origine SEMESTRE

Adresse

Code postal Ville

SPÉCIALITÉ Gynéco-obstétrique Autre (préciser)

FORMATION DES DFMS Autre (préciser)

JE SOUHAITE PARTICIPER AU MASTER CLASS D'INFOGYN A PAU LES 2 ET 3 OCTOBRE 2020.

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 2 OCTOBRE 2020

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/> (charge personnelle de 20 euros/personne)

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



A tous les internes !

A vous tous... les jeunes !

Je m'adresse à vous car je ne comprends pas, je ne comprends pas pourquoi vous si dynamiques (oui car jeunes...), si ambitieux (oui, je suis passée par là moi aussi...), parfois capables de répondre à des défis parmi les plus fous (je le sais, j'ai des enfants de votre âge...) pourquoi vous vous refusez à accepter le défi de travailler dans des maternités d'hôpitaux de périphérie ?

Moi qui ai choisi cette voie depuis 29 ans je m'en félicite toujours autant ; quel gâchis, vous ne voyez pas à côté de quoi vous passez : des patientes qui vous adorent comme leur propre famille, qui vous vouent une éternelle reconnaissance : vous les avez sauvées ! Oui en périphérie ça se voit ! Vous êtes le maître des lieux ; les équipes sont dynamiques, motivées, battantes (cf. épidémie de corona virus...) car elles sont attachées à leur hôpital, leur service, l'ambiance est sympa !

En attendant les résultats du concours vous auriez donné n'importe quoi pour être enfin à cette place, vous médecin, PH, responsable, sans sénior au-dessus de vous pour vous « piquer » les pathologies intéressantes, en périphérie en effet on ne redoute pas, à la différence de certains autres secteurs, de manquer d'activité au point de se contorsionner le cerveau pour savoir si on a bien « essoré » la cotation... Vous êtes enfin aux premières loges pour réaliser les actes intéressants et variés, alors que pendant des années vous étiez sur la pointe des pieds pour tenter de voir comment on suture correctement une épisiotomie, vous ne voyiez rien

derrière le dos du patron qui réalise une hystérectomie voie basse et donc vous n'y compreniez rien... (obligé d'aller voir les tutos...).

Fin (ou presque) de passer des journées entières à relire les bibliographies pour les publications propos d'un cas rarissime, non nous ici c'est du concret, fini aussi de s'endormir dans les staffs interminables, en périphérie, en 20 minutes c'est plié, on a donc même le temps de boire un café et tchatcher avec les collègues.

Ne me dites pas que l'appât du gain vous aveugle déjà au point de rentrer dans le jeu des chantages ignobles de remplacer à des prix exorbitants là où il manque des praticiens et où les équipes se meurent...

Et puis souvent, petit à petit alors qu'on croyait qu'on ne resterait qu'un an ou deux, on apprend à connaître les gens, le territoire, on se prend à avoir des idées pour améliorer les prise en charge, on est écouté..., on monte vite en grade, on se retrouve chef de service : la chefferie de service c'est passionnant, c'est un peu comme être le maire d'un petit village aimé de ses administrés.

Alors là, oui le sentiment de prestige peut vous gagner, mais il est légitime, et cela vaut tout l'or du monde !

Donc allez-y, faites ces expériences, vous ne serez pas déçu(e)s !

Dr Hélène TISSOT

helene.tissot@ch-sudgironde.fr



PS : il y a un poste pour vous à Langon, sud-ouest, Maternité de 700 accouchements (juste ce qu'il faut...), chirurgie : TOUTES pathologies gynécologiques dont cancérologie du pelvis et du sein (le service possède les 2 autorisations).

Langon : ville agréable (non covid...) proche des Pyrénées pour le ski, proche de l'océan pour le surf, proche de Bordeaux, 40 km, pour les soirées « proutprout », mais très bonnes tables sur place (famille Darroze) et possibilité de se constituer une belle cave...

Un Chef de clinique assistant en Gynécologie-Obstétrique

DESRIPTIF

Le service de Gynécologie Obstétrique a 52 lits, et assure annuellement le suivi et l'accouchement de 2500 femmes. Il comporte une unité de Grossesses à Haut Risque et une unité de Chirurgie Gynécologique & Sénologique.

Il est universitaire et accueille des internes, externes, Chefs de Clinique-Assistants. Le CCA recruté aura une activité socle, avec des consultations de gynécologie, d'obstétrique, une participation au tableau de gardes, une activité en salle de naissance, bloc opératoire et possibilité d'une formation plus spécialisée en chirurgie ou échographie, Diagnostic Prénatal.

Le centre périnatal est de type IIB, avec un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal, et participe avec l'unité de Chirurgie et d'Anesthésie Ambulatoire, le service de Médecine de la Reproduction et le laboratoire de Biologie de la Reproduction-Cytogénétique au fonctionnement du Centre d'AMP.

Professeur Lionel CARBILLON, *Chef de Service Gynécologie Obstétrique*
 Unité de Chirurgie et Anesthésie Ambulatoire – Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
 UFR Sciences Médecine Biologie Humaine – Université Sorbonne Paris Nord
 Tél. : 01 48 02 67 96 – E-mail : lionel.carbillon@aphp.fr



CH MÉTROPOLE SAVOIE (CHAMBÉRY)

Proposition de poste de

PRATICIEN HOSPITALIER AMP/OBSTÉTRIQUE



PRÉSENTATION DE LA STRUCTURE

CH Maternité niveau 3, référent du réseau périnatal des 2 Savoie et du GHT, env. 3250 accouchements/an.
Gardes : 1 praticien + 1 interne de spécialité sur place + 1 externe et une astreinte de sécurité. Activité chirurgicale variée (dont chirurgie de la fertilité, cancérologie et robotique).
 Activité d'AMP (dont collaboration avec CHU de Grenoble pour les FIV).
 Équipe de 12 PH + 4 assistants de GO + 1 assistant de gynéco médicale.



PROFIL DE CANDIDAT RECHERCHÉ

Candidat(e) détenteur(trice) d'un DES de gynécologie Obstétrique + DESC de Médecine de la reproduction et/ou ayant une expérience en centre d'AMP. DU d'échographie GO nécessaire.

PROFIL DU POSTE IDÉALEMENT 75 % AMP / 25 % OBSTÉTRIQUE

Activité d'AMP (consultations de couple, mise en route et suivi des IJU (sup. à 100 par an) - FIV (environ 200 par an), échographies de surveillance de stim, participation aux staffs en visioconférence avec le CHU de Grenoble pour l'activité FIV).

ACTIVITÉ D'OBSTÉTRIQUE

Participation à l'activité d'obstétrique (consultation, +/- échographies) et aux gardes, 2 à 3 gardes par mois.

Possibilité d'activité chirurgicale dans le cadre des patientes prises en charge pour infertilité.

④ Pour d'éventuelles candidatures ou renseignements complémentaires, veuillez contacter la chef de service caroline.deyrolle@ch-metropole-savoie.fr



FÉDÉRATION INTERHOSPITALIÈRE DE PÉRINATALITÉ AVEC LE CHU DE POITIERS



POSTE PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN DE GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN

Service de Gynécologie Obstétrique au sein du CH de Châtelleraut

Centre hospitalier public récent à 35 min du CHU de Poitiers (86), autoroute A10, Gare TGV ligne Paris/ Bordeaux.

1) Maternité

- Maternité de Niveau I (2^e maternité publique du département).
- 950 accouchements par an, 4 salles de naissance dont une salle nature, 2 lits de pré-travail, bloc opératoire à proximité de la salle de naissance.
- 16 lits de maternité (et 4 lits en chirurgie en cas de suractivité), 3 boxes dédiés à l'HDJ de diabétologie et activité de planning familial.
- Dossier informatisé.

2) Gynécologie

- Activité de consultation - 6 salles de consultations - Avis spécialisé en gynécologie et obstétrique, AMP, Planning familial, CEGGID.
- Echographie (2 échographes Voluson) : Examen échographique obstétrical de dépistage et suivi des grossesses pathologiques, pathologie gynécologique, AMP.
- Service de chirurgie polyvalente : Bloc commun à l'établissement, équipement de qualité, activité chirurgicale gynécologique développée depuis 11 ans.

GHNV

1) CH de Châtelleraut :

- Secteur urgences générales, 5 lits de soins intensifs.
- Secteur chirurgie polyvalente (Chirurgie orthopédique, viscérale, urologique, gynécologique, plastique et réparatrice, dentaire) et une unité de chirurgie ambulatoire.
- Secteur Bloc opératoire : 7 salles d'intervention. Salle de pré-anesthésie et Salle de réveil.
- Secteur médecine polyvalente, médecine cardiologique, hôpital de jour médecine, SSR.
- Service de radiologie : Mammographie / Échographie, scanner et IRM.

2) CH de Loudun :

- Centre de périnatalité, urgences générales, service de médecine polyvalente.

Site de Poitiers

- Centre Hospitalo-Universitaire de Poitiers.
- Maternité de niveau III, SMUR Pédiatrique.
- Centre de Diagnostic anténatal de référence, Centre D'AMP, Centre régional multidisciplinaire spécialisé de l'endométriase, Chirurgie gynécologique oncologique, robotique et de recours.

Activité en réseau :

Fédération de maternité inter-hospitalière et de périnatalité

- Organisation de l'activité partagé bi-site depuis 11 ans GHNV/CHU Poitiers (fusion prévue au 1^{er} janvier 2021).
- Staff sur site de Châtelleraut de grossesse pathologique - Staff hebdomadaire en Visio-conférence de diagnostic anténatal, et de Médecine interne et grossesse.
- Staff oncologique et sénologique (Réseau Onco Poitou Charentes), staff endométriose (centre régional multidisciplinaire spécialisé de l'endométriase) et staff multidisciplinaire de pelvi-périnéologie en visio-conférence.

Effectifs de gynécologie obstétrique du service

- 1 PH temps plein sur site et 3 PH temps partagés et 1 Assistant spécialiste en temps partagés, 1 praticien attaché.
- 1 Interne de spécialité gynécologie obstétrique.
- 2 Internes de médecine générale.
- Permanence des soins sur place, assurée par les effectifs du service et 2 Praticiens du CHU.
- Permanence des soins sur place en pédiatrie et anesthésie également.
- Personnel IADE/ IBODE/ AS en astreinte.

Compétences requises et formation

- Titre obligatoire : Diplôme d'État de Docteur en médecine, DES de Gynécologie Obstétrique, Inscription au conseil de l'Ordre des médecins en France.
- Titres requis :
 - DIU d'échographie gynécologique et Obstétricale.
- Qualités requises :
 - Savoir travailler en équipe / en réseau.
 - Esprit d'initiative, dynamisme, disponibilité.
 - Capacité d'adaptation.
 - Savoir conduire un projet dans son domaine de compétence.

Mission du PH

- Participation à l'activité de gynécologie et obstétrique d'urgence, assurer conjointement la continuité des soins et staff du service du GHNV.
- Activité d'échographie obstétricale et de consultation de suivi de grossesse pathologique.
- Activité chirurgicale gynécologique, et du planning familial.
- Participation à la permanence des soins selon les obligations du service.
- Activité partagée envisageable.
- Engagement dans les instances de l'établissement et dans les responsabilités du service.
- Encadrement des internes.



CONTACT

Dr Caroline CARLIER GUERIN : caroline.carlier-guerin@ghnv.fr • Dr Alain Godard : alain.godard@ghnv.fr

LE CENTRE
HOSPITALIER

RECHERCHE

1 à 2 GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS

pour renforcer son équipe.

(Statuts proposés : PH, Praticien contractuel, Assistant, Clinicien).

établissement support du G.H.T de la Dordogne, hôpital de référence du département, situé dans un cadre agréable, à 1h15 de Bordeaux (autoroute), offrant de nombreux avantages (politique d'établissement dynamique, crèche du personnel, immobilier attractif...).

L'équipe est composée de 5 PH en Gynécologie-obstétrique, 2 PH et 1 Assistant en gynécologie médicale.

Maternité de niveau 2B, enregistrant 1550 naissances en 2019. La maternité du Centre Hospitalier de Périgueux est la plus importante de Dordogne. Le service est engagé dans une démarche en santé environnementale, initiative Hôpital Ami des bébés et bénéficie du label ARS maternité.

Au niveau structurel, le service compte 23 lits suites de couches, 15 lits grossesses et suites de couches pathologiques, 4 lits mère-enfant (néonatalogie), une activité de PMA, une activité d'orthogénie et une démarche en santé.

ACTIVITÉ

- Une activité obstétricale de dépistage (consultation, échographie...).
- Une activité chirurgicale polyvalente.
- Le centre d'AMP.
- Une activité d'orthogénie.

PROFIL

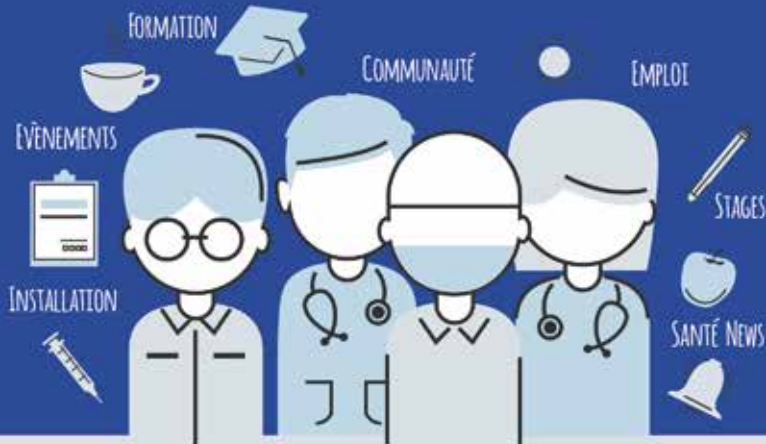
Obstétrical et/ou chirurgical avec participation aux gardes de gynécologie-obstétrique.



Contacts

Au plan médical : Dr May-Lise BOUVET, *Chef de service de Gynécologie Obstétrique* - may-lise.bouvet@ch-perigueux.fr

Au plan administratif : La Direction des Affaires Médicales da.am@ch-perigueux.fr - 05 53 45 25 58



Réseau
PRO
Santé

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



RENDEZ-VOUS SUR WWW.RESEAUPROSANTE.FR
INSCRIPTION GRATUITE

resah.idf
Réseau des Acteurs Hospitaliers de l'Île de France

pôle emploi

UniHA

FEHAP
Fédération Française des Associations de Professionnels de la Santé Privés Non Lucratifs

01 53 09 90 05

CONTACT@RESEAUPROSANTE.FR

www.reseauprosante.fr est un site Internet certifié HONcode

