

Programme d'échange et congrès de l'European Network of
Trainees in Obstetrics and Gynecology (ENTOG),
Copenhague 2006.

ENTOG exchange program and meeting, Copenhagen 2006.

Antoine Bourret (Interne au CHU de Caen), Olivier Pape (Interne au CHU de Nantes), Jacky
Nizard (EBCOG)

Pour correspondance :

Jacky Nizard
Service de Gynécologie Obstétrique
CHI Poissy-St-Germain-en-Laye
10 rue du Champ Gaillard
78300 Poissy
Tel : +33-1-39-27-40-50
Fax : +33-1-39-27-44-79
jnizard@gmail.com

Depuis 1992, l'ENTOG (European network of trainees in Obstetrics and Gynecology), organise chaque année un congrès dans une grande ville européenne différente dans le but de réfléchir et d'échanger entre internes européens sur leur formation.

En marge de ce congrès, et afin de prolonger l'idée d'échange, des internes de chaque pays sont invités à passer plusieurs jours au sein d'un service hospitalier du pays organisateur.

Cette année, 47 internes ont participé à l'échange, avec pour la première fois des internes des Etats-Unis.

Le programme d'échange et le congrès étaient organisés par l'association de internes danois en gynécologie-obstétrique.

Deux internes français ont participé à ce programme d'échange, puis au congrès de l'ENTOG donc voici les impressions :

Olivier :

J'ai fait mon échange à Odense, ville de l'île de Fyn (Fionie).

Données générales :

Le staff a lieu tous les matins à 8h avec le Chef de Service, l'interne et le chef de garde pour la nuit, et le reste de l'équipe (médecins, internes, infirmières, sages-femmes) : on ne parle que des dossiers qui posent ou ont posé problème. Le staff dure 15-20 minutes seulement.

Les horaires de travail des internes vont de 8h à 15h environ (sauf pour celui qui reste de garde). Ils ont le repos de sécurité en lendemain de garde.

Les internes ont 35-40 ans en moyenne, du fait du parcours un peu différent pour accéder à la spécialité (système de points à acquérir, spécialité très demandée). L'Internat dure 5 ans, comme en France.

La vie dans les services est très agréable, avec de nombreuses salles de repos, ouvertes à tous (ASH, aides-soignantes, infirmières, internes, médecins mangent tous ensemble autour de la même table, sans discrimination). Il n'y a pas de véritable repas à midi, mais plutôt des collations nombreuses, avec toujours 3 ou 4 cafetières et théières remplies et à manger pour tout le monde (pain, fromage, confiture, gâteaux traditionnels...). Ceci peut expliquer le surpoids, voire l'obésité qui guette l'île de Fyn (Fionie) et bientôt tout le Danemark !

Après le travail, tout le monde rentre chez soi car il fait nuit à 16h. Les danois se déplacent en vélo, car les familles ne possèdent en général qu'une seule voiture. L'essence est à peu près au même prix qu'en France, mais les voitures coûtent deux fois plus chères.

Gynécologie :

Tenues de bloc semblables, mais les chaussettes font partie de l'équipement ! Pas de masque pour les personnes qui ne s'habillent pas au bloc, juste le chapeau : serait-ce parce qu'ils n'ont pas de SARM ? A ce propos, théoriquement certificat obligatoire de non portage de SARM avant d'entrer dans les blocs du Danemark (prélèvement nasal bilatéral et gorge OU périnée (j'ai choisi la gorge). Mais en pratique, ils ne m'ont rien demandé.

Petite collation pour les chirurgiens en cours d'intervention : jus de pomme à la paille en plein Wertheim...sympa. Sinon, ça reste de la chirurgie classique : laparotomie, voie basse, cœlioscopie...

Huit salles de chirurgie au bloc, dont une pour les césariennes, et toutes tournent avec 8 internes et autant de chirurgiens. Il y a de nombreuses interventions où le chirurgien opère sans interne. Les internes opèrent également facilement seuls (du fait de leur âge et leurs expériences dans d'autres spécialités chirurgicales), mais toujours avec un chef dans la salle. Comptes-rendus opératoires et PMSI danois sont fait également par les internes.

Obstétrique :

L'hôpital d'Odense accueille entre 3500 et 4000 naissances par an. La salle de naissance possède 10 blocs et 4 chambres d'expectative. Ce sont les sages-femmes qui font les accouchements eutociques, et comme chez nous, appellent l'équipe de garde en cas de problème ou de dystocie. L'ambiance en salle est très détendue avec musique de fond, bougies allumées un peu partout dans le service, et...café et thé à volonté en permanence. Les sages-femmes travaillent par garde de huit heures.

Les pratiques obstétricales sont semblables aux nôtres, avec à peu près les mêmes protocoles concernant les grossesses pathologiques, et les mêmes indications d'extractions instrumentales. En revanche, le taux de césarienne semble plus élevé qu'en France avec un taux aux alentours de 25 %. L'utilisation du Stan (ECG fœtal) pour la surveillance du travail est pratique courante dans cette maternité.

Concernant le suivi de grossesse, il est réalisé par les sages-femmes ou les médecins en ville. Comme en France, aucune échographie n'est obligatoire. Cependant, ces dernières sont fréquemment réalisées par des sages-femmes ou des infirmières, avec un peu moins de « précision » que chez nous : la majorité des organes sont recherchés et visualisés, mais de

manière bien moins rigoureuse qu'en France (pas de véritable échographie morphologique à 22 SA).

En post-partum, les femmes restent rarement longtemps à l'hôpital : en moyenne 3 jours pour un accouchement voie basse.

Infertilité - PMA :

Les pratiques sont encore une fois très proches des conduites françaises, sur tous les plans : stimulation, échographie folliculaire, ponction ovarienne, transfert... Une fois enceinte, les patientes ne sont plus suivies à l'hôpital, mais doivent retourner voir leur médecin pour la suite de la grossesse.

Antoine :

J'ai fait mon échange à Esbjerg, ville portuaire de la mer du Nord, à 300 km de Copenhague.

J'étais avec une interne britannique venant de Nottingham.

Les points qui m'ont marqué au cours de ces trois jours, quant à l'organisation des soins en général et quant aux soins en particulier sont les suivants :

Présentation du service

Esbjerg est le plus important port danois sur la mer du Nord. Située sur la grande île danoise du Jutland, elle compte une population de plus de 80 000 habitants. Son hôpital polyvalent est doté d'une maternité de type III, réalisant environ 2300 accouchements par an. La maternité est intégrée au service de gynécologie obstétrique qui possède une activité de chirurgie urogynécologique avec une unité autonome de chirurgie ambulatoire. La cancérologie gynécologique n'y est pas réalisée (centres de références autres au Danemark).

Organisation générale

Le service de gynécologie obstétrique est dirigé par le Dr Henning Kvist Poulsen. Il est à la tête d'une équipe composée de près de 18 médecins seniors. Cette nombreuse équipe est complétée par 3 internes de spécialité et 4 internes en médecine générale.

Tout le monde travail 37 heures par semaine (gardes incluses). La journée débute par un staff à 8 h d'une durée de 20 minutes. L'équipe se retrouve à 10 h en salle de staff pour une pause café et échanges sur des dossiers. Nouvelle réunion à 13 h après le déjeuner. 15 h fin de la journée, début de la garde.

Internat

Il est long, les internes finissent leur formation aux alentours de 35 ans. Après les études de médecine, 1,5 années sont consacrées à une formation générale pour tous les internes : un semestre en médecine générale, un semestre en chirurgie et un semestre en médecine. Il s'en

suit une période d'un an où l'interne choisit sa spécialité mais peut encore revenir sur sa décision. A l'issue de cette année d'introduction à la spécialité choisie, la spécialisation se poursuit pendant 48 mois.

Gynécologie

J'ai pu assister à deux cures de cystocèle par voie vaginale sans hystérectomie.

Obstétrique

Une des premières questions qui m'a été posée dès mon arrivée dans le service était le taux de césariennes en France. C'est aussi une préoccupation majeure au Danemark car leur taux avoisine les 20 %. Le taux d'analgésies péridurales est élevé dans le service pour un centre scandinave (autour de 80 %). Les épisiotomies ne sont pratiquées qu'assez rarement, au cas par cas. Pour la tocolyse, les AINS sont largement utilisés, avec beaucoup moins d'inquiétudes qu'en France.

La listériose n'est pas redoutée comme en France. La gestion des termes dépassées se déroule sur une plus longue période : déclenchement ou maturation (prostaglandines d'action rapide) à 42 SA. En cas de maturation, première dose de prostine à 42 + 1 puis, si besoin, double dose à 42 + 2, puis double dose à 42 + 3. Si échec césarienne.

Les échographies obstétricales de dépistage ne sont pratiquées qu'à 22 SA et sont réalisées par des infirmières spécialisées. A ce dépistage de masse s'est ajoutée il y a 2 ans la mesure de la clarté nucale à 11 SA (pas de morphologie lors de cette échographie). Cette mesure complète le dosage des marqueurs sériques réalisés au premier trimestre.

Orthogénie

La limite légale des IVG est à 12 SA. La méthode employée est l'aspiration.

Commentaires généraux

L'impression globale qui se dégage à l'issue de cet échange est la similitude générale dans l'exercice de notre métier. Même si ma collègue britannique et moi-même avons été très surpris quant au rythme de travail danois et par les très nombreuses réunions quotidiennes, sur le plan médical les points communs sont de loin plus nombreux que les différences.

Nous avons pu nous apercevoir en effet que les grandes questions qui animent notre discipline sont les mêmes au Royaume Uni, au Danemark et en France (taux de césariennes, prise en charge des présentations pelviennes...). Les manières de les appréhender sont elles aussi très proches. Ma sensation a été la même que celle de ma collègue de Nottingham : tout cela est rassurant. La vision de la spécialité est bien européenne voire occidentale et nous travaillons tous dans la même direction.

La durée de l'internat est plus longue, mais avec une durée hebdomadaire de travail si courte, n'est-ce pas logique afin d'acquérir un savoir faire minimal ?

Au bloc opératoire, lorsque j'ai montré ma surprise quant à un choix conservateur pour la prise en charge des prolapsus auxquels j'ai assisté, les chirurgiens m'ont fait part, non sans un sourire, de la réputation française d'effectuer de nombreuses hystérectomies. Quel est le taux local ? Est-il comparable au taux national danois ? Il semble selon mes interlocuteurs qu'il soit plus faible qu'en France.

La gestion des termes dépassés tolère des termes plus élevés que chez nous. Le taux de mortalité danois est-il plus élevé en contre partie ? Je n'ai pas obtenu de réponse claire à ce sujet.

Les échographies obstétricales de dépistage n'ont lieu qu'à 22 SA et sont beaucoup plus sommaires. La pression autour du dépistage semble beaucoup plus faible au Danemark. La réalisation de la majeure partie des échographies par des infirmières fait poser la question de la fréquence de la pratique des échographies par les médecins qui ne donnent que des avis de seconde intention et pratiquent donc en proportion assez peu d'échographie. Comment les internes peuvent se former efficacement à l'échographie dans ce contexte ?

Conclusion

Cette échange a constitué une expérience extrêmement enrichissante tant sur le plan personnel que professionnel. Il est franchement rassurant de voir qu'en échangeant nos expériences entre trois internes de pays différents qu'il y a beaucoup plus de points communs entre nos pratiques que de différences.

Quant aux différences, même si elles sont mineures, il est difficile de tirer des conclusions sur tout un pays en se basant sur l'exercice d'une seule équipe.

Il est de toute manière évident que l'intérêt de ce genre d'échange ne souffre aucune contestation aux vues de la curiosité et de la volonté de tous, hôtes comme invités, de partager ses points de vues, ses pratiques, ses expériences, bref d'échanger tout simplement.

Compte-rendu du congrès de l'ENTOG

Ce 16^{ème} congrès européen des internes en gynécologie-obstétrique est une véritable occasion d'échange et de communication avec nos confrères des pays voisins. Cette année, pas moins de 23 pays étaient représentés, dont la France par l'intermédiaire des trois auteurs. Les deux

thèmes de l'édition 2006 du congrès de l'ENTOG étaient la recherche et l'évaluation des compétences des internes en gynécologie obstétrique.

Cette rencontre s'est déroulée au Ferring International Pharma Science Center, à Copenhague, le 30 novembre 2006.

Bilan des échanges

La première partie du congrès a été l'occasion de faire le bilan des 4 jours passés dans les divers hôpitaux danois, par les internes intéressés. Nous avons ainsi pu mesurer les différences existantes entre notre cursus médical, nos pratiques quotidiennes, nos privilèges et inconvénients de travailler en France par rapport à certains pays européens. Après l'exemple portugais assez proche du modèle français, il fut intéressant d'apprendre qu'en Estonie, on ne compte que 30 internes en formation pour tout le pays, et que le bistouri électrique est une denrée rare ! Les différences étaient également frappantes concernant certaines pratiques en République Tchèque ou en Lituanie. Mais par la même occasion, il apparaît une harmonie entre les pays, par exemple concernant l'évaluation du nombre de gestes chirurgicaux ou obstétricaux à effectuer avant de les qualifier comme acquis.

Faire de la recherche au cours de l'internat

La recherche pour les internes de gynécologie-obstétrique doit-elle être obligatoire ou non ?

L'exemple danois est intéressant car il est prévu pour tous les internes une période de recherche de trois mois. En pratique, cette approche de la recherche est très sommaire et la période se limite souvent au final à 10 jours et consiste plus en une initiation à l'evidence based medicine. Par ailleurs, de nombreux internes sont déjà Physician Doctor (thésés en sciences), avant même la fin, voire le début de leur internat en GO. Leur cursus étant fondé sur l'acquisition de points pour incorporer la filière gynéco-obstétricale, il n'est pas rare que ces étudiants effectuent leurs années-recherche assez tôt dans leur parcours universitaire. La recherche sert donc à faciliter l'inscription en formation de spécialité mais peu continuent par la suite. La motivation est donc la progression de carrière et non la recherche en elle-même. En France nous connaissons la même situation avec une période de recherche non obligatoire, non intégrée à l'internat mais s'y ajoutant. Les motivations des internes sont variables mais souvent guidées par des projets de carrière hospitalière plus que par un goût avéré pour la recherche en elle-même.

Pour le Portugal, une période de recherche est obligatoire au cours de l'internat selon les textes de loi. En pratique, sa réalisation est en fait plutôt anecdotique et de toute manière d'ampleur très différente selon les motivations personnelles des internes concernés.

En conclusion des exemples danois, français et portugais, il apparaît les mêmes difficultés pour les internes à se lancer dans la recherche, à savoir le temps, l'argent... et la motivation. Par la suite, le débat fut complété d'une manière remarquable par le Pr Holzgreve, gynécologue-obstétricien et chercheur suisse, qui argumenta avec brio sur la nécessité de la recherche et surtout des internes dans les laboratoires... Une note d'espoir et d'encouragement.

Pour lui, la recherche est indispensable au cours de l'internat afin d'avoir une médecine de qualité. De nombreux articles sont publiés de part le monde et ce, malgré une qualité scientifique parfois mauvaise. Pour que la qualité de notre exercice s'améliore, les connaissances en recherche des futurs internes doivent être solides.

Les internes dans la recherche sont assez peu nombreux et, en outre, leurs motivations sont bien souvent liées à leur avancement professionnel. La présence des internes dans la recherche est limitée par le faible nombre de mentors, c'est-à-dire de chefs de recherche de qualité. De plus, l'investissement en temps est souvent peu compatible avec une activité clinique effectuée en parallèle ainsi qu'avec une vie de famille (féminisation importante de la profession).

L'après-midi fut consacré tout d'abord à discuter du rôle de l'interne de gynécologie-obstétrique dans la recherche appliquée à la clinique, avec un exemple européen, en l'occurrence celui de la Norvège, et l'exemple américain, en Alabama.

Evaluation des compétences

La seconde partie fut l'occasion d'un débat animé sur l'évaluation des compétences de l'interne par les équipes soignantes avec lesquelles il travaille. La base du « questionnaire d'évaluation » fut présentée selon le modèle anglais de l'Université de Sheffield en Grande-Bretagne, et selon le modèle danois de l'hôpital Université de Skejby, au Danemark. Cet outil d'appréciation des qualités humaines et professionnelles de l'interne est censé le faire progresser par des remarques en principe constructives sur son travail dans le service. Des

internes des ces deux pays ayant « bénéficié » de ces systèmes de notation « muti-source » nous ont fait part de leurs expériences personnelles, à priori positives.

Les expériences sont très similaires au Danemark et au Royaume Uni et consistent en l'évaluation des internes par l'équipe soignante. L'interne choisit un nombre défini d'évaluateurs parmi ses co-internes, les médecins seniors, les sages-femmes, les infirmières... Les critères ne sont pas médicaux mais concernent plutôt le comportement de l'interne, son savoir être au sein de l'équipe.

Les résultats annoncés sont idylliques avec une satisfaction globale très élevée, autant de la part des évalués que des évaluateurs.

N'est-il pas dommage de ne pas évaluer les compétences techniques ? Pourquoi ne pas demander aussi aux premières intéressées, les patientes, d'évaluer les qualités humaines des internes ? En discutant avec les internes britanniques ayant expérimenté cette méthode d'évaluation, le constat est beaucoup moins rose avec des souvenirs douloureux pour certains, voire très douloureux, même si l'interne a la possibilité de choisir ses évaluateurs...

La soirée fut l'occasion de converser et de partager nos diverses expériences vécues avec nos nouvelles connaissances au cours d'un dîner.

Conclusion

Il semble qu'il existe une certaine uniformité au sein des pays européens interrogés concernant la recherche et les internes. Elle reste encore peu développée, soit en qualité, soit en nombre d'internes concernés, soit les deux. Une prise de conscience est évidente avec la nécessité d'associer plus systématiquement les internes aux projets de recherche et de leur donner des motivations autres que leur avancement professionnel.

Tout le monde semble prêt à s'accorder sur la nécessité d'évaluer les internes en cours de formation. Les deux méthodes danoise et britannique, très proches, semblent intéressantes mais nécessitent probablement d'être améliorées et complétées par d'autres, en particulier afin d'évaluer les compétences techniques. L'intérêt du *log-book* existant au Danemark et du *livret de l'interne* en France paraît évident pour assurer cette partie de l'évaluation de la formation des internes.