



COLLÈGE
DE GYNÉCOLOGIE
DE NORMANDIE

La Lettre du Collège

N° 15 - juin 1999



Sommaire

2/3 Éditorial • Humeur **4/5** Informatique : l'Internet • Nouvelles de la FNCGM **6** Conduite à tenir devant un frottis anormal du col **7** Décret sur la sécurité périnatale **8/11** Compte-rendu du congrès du 14/11/1999 **12** À propos des IAC **13** Séminaire sur les violences sexuelles **14** Annonces **15-16** Littérature.

Chers amis,

Nous aurons bientôt l'occasion de nous retrouver puisque le collège de Gynécologie de Normandie organise le **samedi 19 juin 1999 à Deauville** une journée scientifique ayant pour thème « Les infections en pratique gynécologique et hygiène au cabinet », enseignement à la fois médical et pratique. Comme vous le savez, une nouvelle réglementation sur nos obligations en matière de stérilisation de notre matériel et élimination des déchets est à l'étude et son application devrait se faire pour la fin de cette année.

Cette journée se terminera par une soirée dansante afin de se détendre, de se rencontrer et de poursuivre les discussions de toutes sortes. Je compte beaucoup sur votre présence.

Le samedi 20 novembre à Deauville, nous parlerons de la douleur en gynécologie.

Nous poursuivons notre enseignement sous forme d'ateliers à Rouen et à Caen avec quelques nouveautés : Colposcopie et stages pratiques, stérilité avec 6 soirées réparties sur deux ans et un programme pré-établi permettant une mise à jour de nos connaissances. N'oublions pas que nous devons prouver notre intérêt pour cette spécialité qui risque de nous échapper.

Le dépistage du cancer du col est également une de nos préoccupations en matière de santé publique. Nous poursuivons nos recherches pour permettre une meilleure information sur l'importance de ce dépistage auprès de des 20 % de femmes actuellement non suivies dans notre région.

L'EPUNG (enseignement post-universitaire en gynécologie) connaît un grand succès, mais trop peu de normands y participent ! Les 2^e et 3^e sessions seront consacrées à l'hormonologie les 22 et 23 octobre 1999 et au conseil préconceptionnel, diagnostic anténatal et gynécologie de l'enfance et de l'adolescence les 27 et 28 janvier 2000.

En collaboration avec la FNCGM, le CGN poursuit son action pour la défense de notre profession. La réforme des études médicales semble enfin s'orienter vers une reprise de l'enseignement de la gynécologie médicale au sein d'un internat qualifiant en 5 ans, avec 30 à 70 spécialistes formés par an ?

Je vous ai fait part de la lettre de Monsieur le Docteur Kouchner précisant sa décision de laisser la gynécologie hors des filières de soins.

Quoi qu'il en soit, restons vigilants et unis.

Bien amicalement.

LA PRÉSIDENTE
BRIGITTE OUVRY-NEVEU

HUMEUR

Depuis la parution de la dernière Lettre du Collège, plusieurs événements importants ont eu lieu :

- **La renonciation par les pouvoirs publics** à faire reverser des honoraires aux médecins, procédé jugé non conforme aux principes constitutionnels de notre pays. L'action unitaire et puissante engagée par l'ensemble des spécialistes et d'une partie des généralistes, cessant toute activité en fin d'année 98 a donné un coup d'arrêt à ce projet, n'en doutons pas.
- **Concernant plus spécifiquement la Gynécologie Médicale (GM)**, la réponse écrite, positive, de B. Kouchner à une question d'un député au sujet de la décision de laisser la gynécologie en dehors des filières et de permettre aux patientes l'accès direct aux gynécologues. Mais ceci reste à garantir par un texte officiel. On en est loin.
- **Les péripéties entourant l'éventuelle ouverture** de discussions entre les pouvoirs publics et les divers partenaires concernés, sur la survie de la GM. Cela constitue plutôt un « non-événement » puisque nous sommes revenus à la case départ. Rien n'est joué pour mettre fin au naufrage de notre spécialité doublement sinistrée, d'abord comme l'ensemble du corps médical, ensuite dans notre spécificité même, puisque sous le prétexte fallacieux de normalisation européenne, nous sommes voués à une disparition programmée depuis 1986.

L'annonce de cette décision avait suscité quelques remous et grognements en son temps, mais fort curieusement, faute de trouver une parade efficace, (l'éternelle histoire du pot de terre contre le pot de fer), l'ensemble des gynécologues était resté dans un état de sidération et de résignation quiescentes. On démantelait la gynécologie comme on le faisait de la sidérurgie dans le Nord ! Nous étions nés des mains des gynécologues obstétriciens en 1965, nous devions disparaître de la même façon suite aux décisions d'un quarteron de professeurs – forts éminents pour certains d'entre eux certes – mais sans aucune considération pour le corps professionnel que nous étions devenus, sans avoir eu le moindre souci de nous consulter. Il fallait nous soumettre au fait des princes. Nous étions jetables. L'absence de toute concertation avec les GM que nous sommes, est fort instructive. Quel mépris à notre égard ! Quel mépris pour la santé des femmes !

En quoi l'existence même de la gynécologie médicale dérange ? Et pour quelles raisons énoncées clairement ? Sur quelles données objectives ? **En quoi avons-nous démerité au point de disparaître ?** Par quel jeu « démocratique », quelles tractations de couloirs certains prétendent – et à quel titre ? – savoir mieux que d'autres et que nous-mêmes ce qui est bon pour nous, pour la gynécologie et pour les femmes de ce pays ? N'oublions pas que nos partenaires européens nous envient la GM. Si l'on doit accorder un quelconque crédit à l'argument de la normalisation européenne, celle-ci pourrait être autre chose qu'une réduction au plus grand commun multiple aboutissant à la disparition des originalités et des particularités de chaque pays. Cet argument ne tient pas. L'absence de réelles explications sur les raisons de notre disparition nous laisse le goût amer de l'arbitraire.

Dénigrés sur la validité de leur fonction, déstabilisés par des propos qui laissent entendre qu'ils sont sur la touche en matière de résultats en ce qui concerne la santé publique, les gynécologues n'ont pourtant pas à rougir de honte de leur contribution à la qualité des soins

On ne sépare pas une équipe qui gagne...



*Voir article "Touche pas à mon gynéco" La Lettre du Collège n°14.

J.-L. SIMENEL

Cette plate-forme de propositions semble rallier la SFG, le CNGOF et le Comité de Défense de la Gynécologie. Le Dr Clara Péliissier fut proposée par G. Lévy comme personne servant de contact et d'intermédiaire entre tous et les pouvoirs publics. Une réunion devait avoir lieu le 21 mai 99. Elle fut unilatéralement annulée, – ce que nous déplorons – « en raison des prises de position de certains... » par G. Lévy. On est loin de l'esprit de la lettre du 15 février 99, écrite d'une main de velours par M^{me} M. Aubry et M. B. Kouchner se voulant une ouverture au dialogue. N'était-ce que pour trêve électorale ?

N'y a-t-il donc aucune sensibilisation à notre cause de la part des pouvoirs publics ? Ceux-ci ne semblent tenir compte que de la pression de l'opinion publique – talon d'Achille des politiciens – et des actions comme celle menée avec courage et détermination par notre consœur le Dr Malvy et le Comité de Défense de la Gynécologie médicale. Une pétition de 150 000 femmes (à la mi-mai) à laquelle s'ajoutent 1 000 signatures par jour. Même le journal « Le Monde » – devant l'ampleur du mouvement – en parle après que la presse féminine se soit fait l'écho de ce mouvement et crie fort son étonnement devant des mesures discrètement et efficacement étouffées jusque-là.

En rompant toute négociation avant même qu'elle ait lieu, nous poussant ainsi à manifester sur la place publique, les pouvoirs publics misent certainement sur l'épuisement de cette campagne d'information et ainsi clôt ce dossier.

La FNCGM apporte son soutien total à l'action menée par le Dr Malvy ! À l'évidence, nous ne pourrions imposer aux pouvoirs publics une véritable négociation qu'avec le levier que constituent les femmes de ce pays. Il nous reste à amplifier ce mouvement en soutenant plus que jamais l'action de défense de la gynécologie médicale de M^{me} Malvy !

Comité de Défense de la Gynécologie Médicale
Association Loi 1901
3, rue de Genève 81000 ALBI
Tél : 05 63 54 26 07 - Fax : 05 63 54 82 48
Sur l'Internet : <http://www.ilink.fr/asterise/>
mél: dmalv@ilink.fr

dans ce pays. Sans leur attribuer l'exclusivité de la bonne position qu'occupe la France en Europe en matière de survie à 5 ans des femmes atteintes de cancer du col et du corps utérins, du cancer des ovaires et du cancer du sein (pour ce dernier, la survie à 5 ans est de 13 % supérieure en France comparée aux autres pays européens), on peut penser tout de même que le sérieux de leur travail et leur compétence y sont pour quelque chose. Je vous renvoie à l'article publié dans l'*European Journal of Cancer* Vol 34, N° 14, pp 2218-2225 et pp 2204-2211, 1998 par respectivement G. Gatta et M.J. Quinn et l'*EUROCARE Working Group*. Que nos fossoyeurs interrogent leur conscience.

La FNCGM, ne négligeant aucun contact a choisi en priorité et par principe la voie du dialogue avec les pouvoirs publics. Les représentants des différents Collèges de France et le Président de la Fédération – le Dr David Serfaty – dépensent sans compter leur temps et leur énergie pour sauver la GM. La Fédération réclame avec insistance :

a) la formation d'un nombre suffisant

de GM correctement formés pour faire face aux besoins de la population et assurant une qualité de soins analogue à l'actuelle ;

b) la participation de nos Collèges à l'enseignement de GM dans le cadre du DES de GO restructuré ;

c) l'accès direct aux gynécologues à garantir par un texte officiel ;

d) le refus d'une capacité en GM, mais le désir de participer à la formation des généralistes à la gynécologie.

La FNCGM propose :

Un DES unique de gynécologie-obstétrique constitué :

a) d'une formation de base de quatre semestres en gynécologie obstétrique ;

b) d'une formation spécifique, au sein de cette spécialité unique

1. soit vers la gynécologie obstétrique, oncologie, chirurgie (quatre semestres obligatoires + deux semestres libres) ;

2. soit vers la GM et médecine de la reproduction (quatre semestres obligatoires + deux semestres libres) ;

3. aboutissant à un DES de GO et à un DES de GO/ option gynécologie médicale et médecine de la reproduction.

Qu'est-ce-que l'Internet ?

L'Internet est l'ensemble des machines (ordinateurs, micro-ordinateurs) interconnectées. Ces machines contenant des informations diverses (Texte, images, son, vidéos...) réparties dans le monde entier sont accessibles via le réseau.

Ces machines mettant à disposition tout cet ensemble de ressources s'appellent des serveurs. Le réseau ainsi tissé constitue une véritable toile d'araignée (le Web).

Du texte simple vers le multi-média

Ce réseau utilisé au départ par l'armée, les chercheurs et les informaticiens demandait une certaine maîtrise de l'informatique.

L'évolution majeure et la popularisation de l'Internet sont liées à l'apport graphique (Multimédia) et à la simplification des accès aux serveurs (navigation). Cette partie de l'Internet s'appelle le WEB. Ce formidable développement a vu naître de nombreux services en grande partie gratuits. C'est avant tout un outil de communication et d'échange. Aujourd'hui, l'Internet permet le partage des ressources suivantes :

texte, image, son (musique, voix ...), vidéo, visioconférence, télétravail, ...

Les services de l'Internet

Dans les différents outils disponibles nous pouvons distinguer les grandes familles suivantes :

Le mail – courrier électronique

La messagerie électronique appelée E-Mail est une des premières applications du réseau. Elle permet d'envoyer et de recevoir des messages du monde entier pour le prix d'un appel local.

Il est nécessaire pour cela de posséder une adresse E-Mail délivrée généralement par votre fournisseur d'accès.

L'adresse : toto@trucmuche.fr

Elle signifie : toto est chez (@ se dit « at ») Trucmuche dont le serveur est en France.

La B.A.L : c'est la Boîte aux Lettres. Elle est localisée chez votre fournisseur d'accès. Pour accéder aux nouveaux messages, vous devez vous connecter afin de les rapatrier sur votre micro-ordinateur.

Envoi de documents : lorsqu'un message est envoyé, il est transmis instantanément dans la B.A.L. de votre correspondant.

L'envoi de message peut être accompagné d'un fichier informatique (du type Word ou Excel...). Ce document pourra ainsi être repris et retravaillé par le correspondant.

Envoi simultané à une liste de diffusion

Une des fonctionnalités première de l'informatique est de permettre facilement la copie. La messagerie électronique en est une application évidente. Ainsi il est possible d'envoyer un message à plusieurs correspondants. Dans le même ordre d'idée la réponse à un message se fait par un simple clic de souris.

Les newsgroups

Groupes de discussion

Ce sont des groupes de discussions traitant de tous les thèmes et sujets possibles et imaginables. Gratuits et ouverts, il est possible de lire les articles et d'y répondre afin d'enrichir le serveur.



Les forums

Ils permettent de discuter autour d'un thème donné. Animés ou non par un médiateur, le principe rejoint celui des newsgroups mais les forums peuvent être ouverts à tous ou fermés.

Les serveurs de fichiers

Ils permettent le téléchargement de fichiers. Appelés serveurs FTP (File Transfert Protocole), ces serveurs mettent à votre disposition des fichiers classés et organisés que vous pouvez télécharger. Ces fichiers peuvent contenir :

- du texte
- des images (basse ou haute résolution...)
- des applications (programmes en tous genres)
- des drivers (drivers d'imprimante, ou autres périphériques...)
- des utilitaires (anti-virus...)
- ...

Les WWW

Le World Wide Web

Partie de l'Internet, sa caractéristique première est son aspect multimédia. Un serveur ou un site WEB est présenté en Pages structurées (html) avec des présentations alliant le texte, l'image, le son et même les animations et la vidéo.

La seconde caractéristique est l'utilisation des liens hypertextes, qui permettent de naviguer de pages en pages et de sites en sites. Le WWW représente le plus gros développement aujourd'hui sur le réseau de l'Internet.

La navigation Hypertexte

Il s'agit d'un lien caché le plus souvent sous un mot caractérisé par sa présentation soulignée et italique. Les liens Hypertexte permettent ainsi de renvoyer vers d'autres pages du site (page suivante...), mais également vers d'autres sites, vers d'autres serveurs partout dans le monde, tout cela par un simple clic de souris et de manière totalement transparente.

L'Hypertexte est à l'origine du développement de l'Internet et du World Wide Web.

Les avantages de l'Internet

La tarification

Le coût des communications

Le premier avantage visible de l'Internet est son coût. Pour le prix d'une taxe téléphonique locale, il est possible de naviguer sur des serveurs situés à l'autre bout du monde.

Accès direct aux informations

Il est possible de trouver une quantité incroyable d'informations allant des plus fantaisistes aux plus sérieuses. Ces informations sont le plus souvent gratuites et à la disposition de qui voudra bien les lire.

L'échange, le partage et la diffusion de l'information

L'Internet est un formidable outil de diffusion de l'information, permettant l'échange et le partage de données, à condition que ces données soient issues ou distribuées ... par un ordinateur. Dans la grande majorité des cas, ces données sont gratuites et libres d'accès.

Source infinie...

Enfin, pour conclure, l'immensité et le nombre toujours croissant des sites et de serveurs.



L'accès à L'Internet

Pour accéder à l'Internet, il est nécessaire aujourd'hui de posséder les éléments suivants :

Un équipement informatique

- Un micro ordinateur Macintosh (Power PC) ou Compatible PC (Pentium) (avec à titre indicatif 16 à 32 Mo de mémoire vive et un disque dur d'au moins 1 Go...)
- De préférence multimédia (avec CD-Rom, carte Son, vidéo performante...)
- Un modem (modulateur-démodulateur) 33,6 Kbps (KiloBauds) ou supérieur
- Un accès chez un Provider (fournisseur accès). Le fournisseur accès vous ouvre les portes de l'Internet. Le coût est d'environ 50 à 150 F par mois en fonction des prestations demandées.
- Le kit logiciel. Il s'agit des logiciels minimum pour se connecter (Logiciels et utilitaires de connexion, Navigateur, Mail, FTP). Ce kit est généralement fourni par le fournisseur accès.
- Une ligne téléphonique ordinaire (RTC) ou Numeris.

Le provider

Pour choisir son fournisseur accès, il est essentiel de s'informer sur les éléments suivants :

- La proximité il s'agit du critère principal
- Le service assistance, recherches, ...
- L'hébergement proposition de d'hébergement de site
- La qualité du réseau disponibilité des lignes accès

La navigation sur L'Internet

Les moteurs de recherche

Étant donné le nombre impressionnant des sites et de serveurs disponibles sur Internet, il est essentiel de connaître au moins une adresse : celle d'un moteur de recherche. Il permet de retrouver l'adresse d'un site soit par son nom, ou par mot clé.

L'adresse du moteur le plus connu est :
<http://www.Yahoo.com>

Les sites de référence et les Liens sur les serveurs à thèmes

Les sites comportent souvent une ou plusieurs pages contenant des liens vers d'autres sites et permettent ainsi de naviguer par thème.

Les Logiciels

Eudora, Netscape,...

QUELQUES NOUVELLES DE LA FÉDÉRATION NATIONALE DES COLLÈGES DE GYNÉCOLOGIE MÉDICALE.

Le 27 mars dernier a eu lieu le Conseil d'Administration de la FNCGM à Paris.

Les 11 collèges régionaux étaient représentés.

Le trésorier (H. Lardenois) nous a présenté les comptes : nous sommes 2324 cotisants, soit 140 de plus que l'an passé !

Les collèges sont bien dynamiques, chaque région a rapporté ses activités. Des idées sont à retenir : évaluation de nos pratiques, organisation de réseaux en cancérologie, en périnatalité, une plus large diffusion de nos activités par l'élaboration d'une plaquette sur notre FMC.

Le bureau a été réélu dans sa totalité, c'est-à-dire : le président David SERFATY, le secrétaire général Pia DE REILHAC, le secrétaire adjoint Catherine CABANIS, le trésorier Hugues LARDENOIS, le trésorier adjoint Marie Claire GUIRAL.

Ensuite le point a été fait sur **l'avenir de la Gynécologie** (quelle lutte !).

Le 7 avril 1999, s'est tenue une réunion sur le sujet de la reprise éventuelle de l'enseignement de la Gynécologie médicale, provoquée par G. Lévy mandatant C. Péliissier pour jouer le rôle d'interface entre la FNCGM, le Comité de Défense de la Gynécologie, la SFG. Un absent pourtant invité, le CNGOF manifestant ainsi son désaccord sur l'existence d'un tronc commun entre étudiant en gynéco-obstétrique et gynéco médicaux réclamé par notre fédération. La situation est donc bloquée.

Un de nos points forts est l'enseignement post-universitaire : **l'EPUNG**, où de plus en plus de gynécologues viennent se recycler, la qualité de l'enseignement y étant remarquable. Trop peu de normands ont déjà participé à cet enseignement. Les prochaines sessions auront lieu le 22 et 23 octobre sur l'hormonologie et le 27 janvier 2000 sur le conseil préconceptionnel et le diagnostic anténatal, le 28 janvier 2000 sur la gynécologie de l'enfance et de l'adolescence.

Un nouvel annuaire est en cours d'édition, j'espère que vous avez renvoyé le questionnaire.

En ce qui concerne les questionnaires, il y en a eu un sur nos pratiques d'induction de l'ovulation, auquel aussi, peu de gynécologues normands ont répondu. Les résultats de cette étude sont très intéressants à plusieurs niveaux, d'abord son originalité, aucune enquête similaire n'a été faite au plan national ; le pourcentage de grossesses est élevé, il y a peu d'hyperstimulation, peu de grossesses multiples et peu d'abandon. Dans la continuité de cette enquête, une étude de cohorte de l'induction de l'ovulation va être effectuée, un sondage téléphonique des médecins intéressés va permettre un tirage au sort. Merci d'y répondre.

Le dépistage du cancer du col fait l'objet de recommandations précises du Haut Comité de la Santé Publique et de la Conférence Nationale de Santé. Une commission au sein de la FNCGM réfléchit aux différents dépistages proposés, les conclusions provisoires de cette commission sont les suivantes :

- les gynécologues doivent continuer à assurer un dépistage du cancer du col, en faisant des frottis de qualité, dans le respect des bonnes pratiques, en informant les patientes de l'intérêt de la prévention et du dépistage pour elles-mêmes, leurs filles et leur mère... En participant à des EPU de formation des généralistes sur l'intérêt des frottis et sur leur réalisation.

Les gynécologues doivent s'intégrer dans la réalisation du dépistage de masse en participant de façon active à l'élaboration des projets régionaux (URCAM, Unions Professionnelles).

Les différents projets varient en fonction des régions, chaque collège doit prendre part à ces projets, la Fédération quant à elle peut avoir un rôle dans la diffusion de l'information venant de chaque collège et en gardant un groupe de réflexion.

Conduite à tenir devant un frottis anormal du col

En 1998, l'ANAES, ex ANDEM, a réuni un groupe de travail chargé d'élaborer des recommandations sur la conduite à tenir, tant diagnostique que thérapeutique, après un frottis cervical de dépistage anormal. J'ai eu le plaisir de faire partie de ce groupe et c'est à ce titre que je pense utile de faire connaître dans ces pages le texte des conclusions auxquelles nous sommes parvenus.

Après une année de travail, comportant des réunions à Paris, une fouille approfondie de la littérature internationale et un consensus entre spécialistes tenant compte des pratiques françaises, et de notre contexte d'exercice les recommandations suivantes ont été formulées. L'argumentaire est disponible à l'ANAES (159 rue Nationale-75640 Paris) sous forme d'un gros fascicule « Conduite à tenir en cas de frottis anormal du col de l'utérus ». Je regrette qu'il ne soit pas adressé par l'ANAES à tous les gynécologues et c'est pourquoi nous avons pensé publier les conclusions dans la lettre du Collège.

Il ne s'agit aucunement de RMO ou de préalable à une RMO, celles-ci ne dépendent pas de ce groupe de travail. Il s'agit de recommandations de bonne pratique clinique comme il en existe dans tous les domaines de la pathologie. Elles participent à un effort de développement des critères de qualité de notre pratique, que nous avons intérêt à développer nous-même si nous ne voulons pas nous les voir imposés par des technocrates non médecins.

Si des RMO devaient être formulées elles le seraient par une commission syndicats/CNAM extérieurement à ce travail. À ma connaissance, il n'en est pas question actuellement.

Certains d'entre vous, comme de nombreux gynécologues praticiens dans toute la France, ont fait partie des lecteurs de notre travail en cours d'élaboration. Ils ont pu donner leur avis et nous les avons tous écoutés. Si d'autres veulent réagir à ces textes, les colonnes de la lettre du Collège de Normandie leur sont ouvertes.

La terminologie dite de Bethesda (1988-91) a été retenue pour la lecture des frottis. Elle n'est pas encore pratiquée par tous les laboratoires. N'hésitez pas à en discuter avec votre cytologiste.

Conduite à tenir après une cytologie évoquant une lésion de Haut grade (Bethesda) :

Après le diagnostic cytologique évoquant une lésion de "haut grade" (HG) il est recommandé de faire un examen colposcopique d'emblée.

Il est inutile et dangereux de refaire un second frottis à cause du risque de méconnaître une lésion plus grave et de la laisser évoluer vers l'invasion.

L'examen colposcopique permet de repérer les lésions et d'orienter les prélèvements qui doivent être de bonne qualité. Lorsque la colposcopie ne permet pas de repérer l'intégralité des lésions cervicales, notamment vers le canal endocervical elle est considérée comme non satisfaisante, chez ces patientes (HG) une exérèse à visée diagnostique est indiquée.

Conduite à tenir après une cytologie évoquant une lésion de Bas grade et ASCUS (Bethesda) :

Un frottis évocateur d'une lésion de bas

grade (BG) ou des atypies malpighiennes d'origine indéterminées (ASCUS) correspond dans un certain nombre de cas à une lésion histologique de CIN2 ou 3 ou à un cancer invasif.

C'est pour cette raison qu'il est recommandé devant un tel frottis de proposer à la patiente :

- soit une colposcopie d'emblée ;
- soit un frottis de contrôle dans les six mois.

Si au cours de ce frottis de contrôle six mois plus tard les anomalies persistent une colposcopie est préconisée.

Si les anomalies ont régressé et à cause du risque d'apparition d'un cancer secondairement, une surveillance régulière est justifiée, en exigeant deux frottis normaux à des intervalles de douze mois.

Si au cours de cette surveillance des anomalies cytologiques réapparaissent une colposcopie est impérative quels que soient leur sévérité et leur délai d'apparition.

La colposcopie n'est pas performante lorsqu'elle est utilisée pour préciser la sévérité des lésions. En revanche, elle est indispensable pour aboutir au diagnostic histologique en permettant de diriger les biopsies.

La colposcopie est considérée comme satisfaisante si la totalité de la zone de jonction pavimento-cylindrique ou d'une zone suspecte est explorée et permet de diriger correctement la biopsie. Elle est dite non satisfaisante dans le cas contraire et une conisation à visée diagnostique peut être envisagée.

À l'heure actuelle il n'y a pas d'arguments pour recommander l'association d'un typage HPV à un second frottis à la place de la colposcopie d'emblée.

Une commission de travail entre gynécologues, généralistes, médecins scolaires, médecins du travail, cytologistes, cancérologues du Centre Henri Becquerel et la CPAM de Rouen travaille à Rouen à la mise en place d'une campagne d'information sur le dépistage du cancer du col visant les populations ne se rendant pas spontanément chez un médecin, soit 20 % des femmes dans notre région. Le Collège de Gynécologie y participe activement.



Un décret qui bouger les maternités fait ou fera

1. Le décret

Le décret sur la sécurité périnatale a paru au journal officiel du 9 octobre 1998. Il était en préparation et donc déjà connu des obstétriciens depuis 1997. Ce décret soumet les services d'obstétrique à autorisation comme les centres de fécondation in vitro.

Il fixe des règles très strictes de fonctionnement avec des normes de personnel et de locaux. Il classe en fonction de la pathologie les maternités en trois niveaux qui doivent obligatoirement fonctionner en réseau.

Les maternités qui font moins de 300 accouchements par an ne verront pas leur autorisation d'exploitation renouvelée. Elles devront, qu'elles soient publiques ou privées, rapidement fermer.

Dans les maternités qui font plus de 1 500 accouchements par an, les obstétriciens et les anesthésistes devront être de garde sur place, les pédiatres d'astreinte rapprochés. Si la maternité fait plus de 2 000 accouchements, l'anesthésiste devra être de garde exclusivement sur la maternité. Le nombre de sages-femmes est fixé à la hausse. La salle d'intervention pour les césariennes doit être située à l'intérieur du bloc obstétrical et pas seulement dans le même établissement.

Le décret impose la révision du SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) avec obligation pour les maternités de s'organiser en réseau de soins et d'orienter la femme enceinte préalablement à son accouchement, en fonction du risque décelé pour elle et pour son enfant. L'association à l'unité d'obstétrique d'un service de néonatalogie et/ou d'un service de réanimation néonatale classe les maternités en trois niveaux :

- niveau I : grossesse et accouchement sans risque décelé,
- niveau II : grossesse et accouchement avec ou sans pathologie,
- niveau III : grossesse et accouchement où le pronostic vital peut être en cause.

Le service de néonatalogie, d'un nombre minimum de 6 lits, doit justifier d'un taux de remplissage suffisant. De ce fait, pour être de niveau II, une maternité doit faire au moins 2 500 accouchements par an si

elle n'a pas un recrutement particulier.

Être une maternité de niveau I signifie qu'il ne sera plus possible de traiter dans cet établissement la pathologie obstétricale pour laquelle nous, gynéco-obstétriciens, sommes formés.

Pour les maternités de plus de 1 500 accouchements, une équipe de garde sur place en anesthésie et obstétrique impose que les équipes médicales soient nombreuses.

2. Ce qu'il va se passer

Un certain nombre de maternités isolées resteront de niveau I. On y évitera d'atteindre le seuil des 1 500 accouchements et les praticiens se résoudront à ne plus s'occuper que des grossesses et accouchements normaux et à orienter toutes les pathologies vers les maternités de niveau II ou III.

Mais la plupart des maternités privées ou publiques vont chercher à se regrouper afin d'atteindre un potentiel annuel d'accouchements permettant de constituer des équipes suffisantes en nombre pour assurer des gardes sur place et à prétendre à une unité de néonatalogie de 6 lits pour avoir un niveau II et donc la pratique d'une obstétrique complète.

3. Ce que j'en pense

Il paraît que la France se situe au 12^e rang des pays de l'OCDE pour la mortalité maternelle et la mortalité et morbidité des nouveau-nés. Il faut donc chercher les causes et trouver des solutions.

Par ailleurs, la réorganisation des maternités fait partie de la politique générale d'organisation en réseau de soins.

Il y a une dizaine d'années, j'étais chef de service d'une maternité typiquement de niveau I, à Barentin (76). Cette petite maternité n'acceptait que les accouchements normaux, et je faisais avec soin la sélection lors des visites de grossesse. Les femmes sans pathologie qui pouvaient y accoucher étaient bien entourées, dans une ambiance propice à l'instauration d'une bonne relation mère-enfant, et le travail en équipe avec les services sociaux permettait une excellente prévention des risques de maltraitance ou de distorsion de la relation

parents-enfant. Mais si je n'avais eu que cette activité, j'aurais vite perdu la pratique de la pathologie. Cela est très dangereux, car en obstétrique, l'accident imprévisible est rare mais grave. Il faudrait donc que le personnel médical, sages-femmes et obstétriciens des maternités de niveau I puisse permuter régulièrement avec les praticiens des maternités de niveau II et III. Cela paraît bien difficile à réaliser dans notre fonctionnement.

De plus, les femmes préféreront s'inscrire directement dans une maternité de niveau II, à priori plus sécurisante, plutôt que de prendre le risque d'un transfert dans l'urgence, d'où une désaffection à craindre pour ces maternités de niveau I.

Dans les grosses maternités, de plus de 2 500 ou 3 000 accouchements, la déshumanisation guette. Pour les couples, la venue au monde d'un enfant est un moment exceptionnel, empreint d'humanité. Ces dimensions seront-elles préservées ? Dans ces usines à bébés, saurons-nous encore privilégier le côté humain, saurons-nous assurer efficacement mais avec discrétion et respect la sécurité, afin de laisser au couple la possibilité de vivre pleinement la naissance de leur enfant, avec toute son émotion ? Au dixième accouchement de la journée, saurons-nous encore être humains ?

D'autre part, les risques d'épidémies m'inquiètent malgré des mesures d'hygiène et d'aspepsie draconiennes mais déshumanisantes.

À Rouen, nous allons renoncer à notre maternité Saint-Romain, qui avec 1 700 accouchements par an, est un bon compromis entre l'humain et la sécurité (garde sur place pour les accoucheurs et pratique régulière de la pathologie). Nous travaillons au regroupement des trois cliniques privées de Rouen pour 2001, sur un site unique qui a vocation de faire 3 000 accouchements par an, d'avoir un niveau II avec un service de néonatalogie. Nous ferons tout notre possible pour garder le côté humain propre à chacun des trois établissements. J'espère que nos patientes, nos équipes et nous-mêmes, les 9 obstétriciens, y trouverons leur bonheur. Il faut aller dans le sens de l'histoire, je travaille beaucoup à ce projet.

“Actualités en cancérologie gynécologique”

Journée de formation médicale continue
du 14 novembre 1998



Accueil et mot d'ouverture de notre présidente Brigitte OUVRY-NEVEU ont inauguré cette journée importante pour les gynécologues normands puisque nombreux, et très participants aux questions et commentaires de la salle.

La matinée a été partagée entre :

I. L'actualité fondamentale de l'apport de la consultation d'oncogénétique

par le Professeur Thierry FREBOURG de Rouen qui nous a enseigné l'importance et les modes de calcul des bases génétiques dans les formes héréditaires de cancer. A la question : Le cancer est-il une maladie génétique ?, il répond : "oui, au sens moléculaire du terme, par altération du patrimoine génétique, restreinte à la cellule tumorale. L'altération se fait nécessairement sur plusieurs gènes, de façon multiséquentielle. Tous les gènes impliqués dans la carcinogénèse sont sur les autosomes.

La transmission héréditaire est de 5 % des cas de cancers, se faisant sur le mode autosomique dominant (pénétrance proche de 100 %), donne donc au porteur un risque de 1 sur 2 de développer la maladie. Et de toute façon, même si la maladie ne se développe pas, il y a transmission du gène.

La prévalence du cancer du sein étant de 1 pour 11, la prévalence du cancer du sein héréditaire est donc de 1/220.

Toute forme familiale de cancer n'est pas forcément héréditaire ; la consultation d'oncogénétique recherche donc les éléments en faveur d'une forme héréditaire de cancer :

- présentation autosomique dominante, d'où établir l'arbre généalogique ;
- âge inférieur à 50 ans : dans l'histoire familiale, la mutation d'origine peut être datée : mutation de novo ;
- cancers primitifs multiples : au moins 1/3 des personnes.

Dans la deuxième partie de sa conférence, le Pr Frébourg nous donne des exemples pratiques de cette recherche oncogénétique :

- Pour le sein, le gène BRCA1, identifié en 94, est retrouvé dans 45 % des cancers héréditaires du sein seul, et dans 70 % de l'association cancer du sein et ovarien.

- Le gène BRCA2, identifié en décembre 94, plus fréquent dans le cancer du sein de l'homme est retrouvé dans 25 à 35 % des cas de cancer du sein seul.

En ce qui concerne le bénéfice familial, il faut savoir que la fiabilité des résultats est incomplète, n'étant pas de 100 % en cas de réponse négative.

Prise en charge du risque mammaire : (expertise INSERM)

- examen clinique recommandé biannuel dès 20 ans ;
- mammographie recommandée : annuelle dès 30 ans, diagnostique, complétée si besoin par une échographie ;
- mammectomie prophylactique proposée ?

Prise en charge du risque ovarien :

- examen pelvien biannuel dès 35 ans ;
- échographie pelvienne annuelle dès 35 ans, transvaginale et avec Doppler pulsé ;
- Ovariectomie prophylactique ?

Surveillance :

- du colon dès 25 ans ;

- de l'endomètre dès 30 à 35 ans ;

- de l'estomac et des voies urinaires si présence dans la famille : tous les 1 à 2 ans.

En Normandie, des consultations d'Oncogénétique sont assurées :

- à Caen : par le Dr Pascaline BERTHET du centre François Baclès ;

- à Rouen : par les docteurs CHEVINIE et ROSSI pour le sein et l'ovaire et le Professeur FREBOURG pour le colon et l'endomètre à Charles Nicolle.

II. La politique de dépistage des cancers du sein et du col utérin.

Le bilan actuel du dépistage du cancer du sein a été présenté par Béatrice GUIGUES pour le Calvados et par Hugues LARDENOIS pour la Seine-Maritime.

Dans le Calvados, la campagne de dépistage est prise en charge par l'Association Mathilde (loi de 1901) créée en 94 et a débuté en juillet 96 pour tenter de dépister les femmes de 50 à 69 ans soit 60 000 femmes. La 1^{re} vague se fait sur 30 mois, le recrutement se faisant soit par les médecins soit par envoi direct aux femmes d'une proposition d'examen. Il est pratiqué un cliché bilatéral, une 1^{re} lecture par le radiologue qui les pratique, une 2^e lecture par un radiologue d'un autre cabinet et en cas de discordance une 3^e lecture par un comité d'experts du centre H. Baclesses. La femme doit être prévenue qu'elle ne verra pas le radiologue et recevra le résultat par écrit 15 jours plus tard. L'intérêt est la double lecture des clichés et le contrôle de qualité (++) du matériel radiologique.

Un cahier des charges national pour les campagnes de dépistage a été établi en 1995. L'évaluation des normes de qualité est :

- taux de couverture de la population $\geq 60\%$ (résultats Mathilde au 12/10 : 42 %, mais si on ajoute le dépistage individuel $> 60\%$) ;
- taux de mammos suspectes $\leq 5\%$ (5,5 % soit 1,1 % de l'ensemble des mammos) avec ratio malin ≥ 1 bénin ;

- taux des interventions chirurgicales $\leq 1\%$;
- taux des cancers dépistés $\geq 0,5\%$ (0,5 % de l'ensemble des mammos ; quelques femmes sont encore en exploration).

La campagne Mathilde entre dans les normes européennes, ce qui est un critère de qualité.

Le Budget est de 5 MF par an, dont 3 250 000 pour les mammos et 1 700 000 pour le fonctionnement (1 300 000 par le Conseil Général et le reste par la CRAM).

Les perspectives : la 2^e vague dans 6 mois, le passage à 2 clichés en fonction du coût, abaisser l'âge du recrutement à 45 ans (intérêt du 2^e cliché pour les 45-50 ans), l'association des 3 dépistages (sein, col et colon) est une perspective du ministère de la santé.

L'association Mathilde répond donc aux normes de qualité, a permis l'amélioration des clichés et de la performance des radiologues et a l'espoir de toucher davantage de femmes.

En Seine-Maritime, le dépistage n'est pas encore mis en place, mais la décision en est prise avec la constitution de l'association EMMA, loi de 1901. En effet il a été recensé 843 cas annuels de cancer du sein et dans 2 cas sur 3 chez des femmes de moins de 65 ans avec une surmortalité de 8 %, et de 10 % chez les femmes de plus de 65 ans.

EMMA comme MATHILDE, cherche à dépister les femmes de 50 à 69 ans soit 123 000 femmes, tous les 3 ans.

Le budget est double de celui du Calvados dont 3/4 fourni par la CRAM et le reste par le Conseil Général.

Madame le Docteur Christine BERGERON nous a révélé **les nouvelles techniques et les stratégies de dépistage du cancer du col en 1998** :

Celui-ci n'est pas organisé en France, en raison d'une faible motivation du ministère par rapport au dépistage du cancer du sein et du colon. En effet le dépistage "sauvage" que nous pratiquons actuellement a permis d'en réduire l'incidence annuelle ; au lieu des 500 cas/an donnés habituellement, les derniers chiffres d'il y a 6 mois donnent approximativement

3 270 nouveaux cas en 1995 et 1 630 décès. Ces chiffres nous placent à mi-rang des pays européens, mais il faut savoir qu'il n'y a pas de registre national. Le cancer du col est au 6^e rang des cancers les plus fréquents ;

Si l'épithélioma est bien dépisté, le dépistage de l'adénocarcinome par contre n'est pas efficace : il représente 10 à 15 % des cancers du col.

Si le dépistage fonctionne, il nécessite quand même, pour atteindre le but recherché, un contrôle de qualité en raison d'un certain nombre de tests imparfaits. Ils sont dus :

- à des erreurs de lecture qui sont le fait du laboratoire ;

- à des erreurs d'échantillonnage qui sont le fait du médecin préleveur et nous concernent donc : 1 % de l'ensemble des frottis sont non interprétables ou limites par paucicellularité, hémorragie, retard de fixation, absence de cellules endocervicales (témoins du prélèvement bien situé au niveau de la zone de jonction pavimento-cylindrique), les ASCUS retrouvés surtout dans les prélèvements de femmes ménopausées qu'il faudra refaire après traitement œstrogénique local.

De nouvelles techniques sont donc en cours d'apparition :

- la technique de monocouche où le préleveur n'est responsable que du prélèvement mais plus de l'étalement des cellules ; c'est le laboratoire qui le pratique après centrifugation du liquide de prélèvement reçu. Il existe actuellement 2 techniques industrielles nécessitant 6 mois de formation et qui sont en cours d'évaluation dans quelques laboratoires en France ;

- le typage viral qui ne peut pas remplacer le frottis ; en effet sur 100 000 femmes dépistées qui seront positives, seules 100 présenteront un CIN3 ou un cancer.

En conclusion, il est indispensable que le contrôle de qualité du dépistage actuel soit mis en place pour diminuer l'incidence du cancer du col et surtout celle des 1 630 morts annuelles.

III. La place du gynécologue dans la surveillance des cancers

Les Docteurs Patrick ALLAIN et Séverine

GARNIERI nous ont exposé **l'organisation des réseaux de soins en oncologie gynécologique** :

En cancérologie, dans un grand nombre de situations, les relations entre établissements ou professionnels existent déjà, mais ne constituent pas pour autant des réseaux aux yeux du code de la santé publique. Il faudra donc formaliser ces collaborations. La circulaire DGS/DHH /AFS N° 98-213 du 24 mars 1998 (non parue au J.O.) indique les principes pour l'organisation des soins en cancérologie. Elle distingue :

- la phase de définition des stratégies diagnostiques et thérapeutiques par une concertation pluridisciplinaire, avec établissement d'un schéma inséré dans le dossier du patient ;

- la phase de mise en œuvre thérapeutique faisant appel à différents types de structures :

- les sites de référence en cancérologie : fournissant les soins de haute technicité, avec unité de recherche clinique épidémiologique et participant à l'enseignement universitaire,
- les sites orientés vers la cancérologie sans mission d'enseignement ni recherche,
- les établissements de proximité, en liaison avec l'un des deux précédents qui constituent les "nœuds de réseau".

Toutes ces structures constituant les réseaux de soins, en relation les unes avec les autres par la rédaction d'un protocole commun et la coordination de la prise en charge des patients, demandent des moyens de communication développés, et la mise en place de conventions écrites en vue de l'accréditation et de l'évaluation.

Il est important que les praticiens adhèrent à titre individuel à un ou plusieurs réseaux afin de participer à l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins.

L'Assemblée Générale de notre Collège a suivi cette matinée déjà bien remplie et a vu l'élection d'un nouveau membre au conseil d'administration : le docteur Juan BERROCAL de Rouen. Le repas bienfaiteur nous a ensuite permis de regonfler nos énergies pour la suite de ce programme dense.

L'après-midi nous a donc permis de suivre 3 types de sujets :

I. Hormones et cancers

Madame le Docteur Catherine LHOMME de Villejuif nous a entretenu, avec son brio habituel, de la "Stimulation de l'ovulation et risque de cancer de l'ovaire."

Les effets immédiats sont bien connus depuis l'utilisation des inducteurs de l'ovulation à partir de 1960. Les effets à long terme sur sein et ovaires nécessitent des études cas témoins. La 1^{re} étude ayant soulevé la question du risque de cancer de l'ovaire est très critiquable mais a attiré l'attention sur les doutes qui existaient déjà, en l'occurrence par la connaissance des risques physiopathologiques de l'hyperœstrogénie sur l'ovaire, le doute sur l'action des gonadotrophines dans la cancérogenèse, les connaissances épidémiologiques en ce qui concerne la protection ovarienne (multiparité, allaitement, CO) par la mise au repos des ovaires.

8 études cas-témoins, bien qu'avec des effectifs faibles, ont permis de constater un risque augmenté en cas de stérilité ovulatoire seule, si le Clomid a été utilisé plus de 12 mois (moins évident pour les autres inducteurs), si le traitement n'est pas efficace (protection retrouvée quand il aboutit à une ou des grossesses), avec essentiellement des tumeurs border-line. D'où les recommandations suivantes qui nous sont faites :

- vérifier si les ovaires sont normaux avant tout traitement inducteur,
- toujours moins d'un an de Clomid,
- éviter les polyovulations,
- attention s'il s'agit d'une stérilité ovulatoire, ou s'il y a une histoire familiale de cancer ovarien ; demander éventuellement une consultation d'oncogénétique,
- informer les patientes du risque de tumeur border-line,
- répéter les examens cliniques et les échographies ovariennes.

Deux questions se posent :

- l'annexectomie prophylactique ? : aucune raison de la proposer, sauf éventuellement si gène BRCA1 ou 2 ?
- stimulation chez une femme ayant eu un cancer de l'ovaire et stérile ?



Une étude cas-témoins des femmes atteintes de cancer de l'ovaire, sous le contrôle de l'INSERM est en cours.

"Le traitement hormonal substitutif de la ménopause (OP,PG,THS) après cancer du sein" nous a ensuite été commenté par le Docteur Jean-Yves GENOT cancérologue au centre Baclesse de Caen, en nous soumettant le point actuel le plus récent, qui n'est malgré tout pas très avancé : *"Un antécédent de cancer du sein est une contre-indication médico-légale au THS."* Mais :

- le nombre de femmes ménopausées avec antécédent de cancer du sein augmente car :
 - on fait de plus en plus de chimiothérapie adjuvante, entraînant une ménopause définitive dans 100 % des cas après 45 ans, dans 1 cas sur 2 avant 45 ans ;
 - les cancers sont dépistés de plus en plus tôt chez des femmes jeunes, avec un bon pronostic, (70 % de rémissions prolongées) d'où de plus en plus de femmes ménopausées avec perturbation de la qualité de vie ce qui entraîne une augmentation des demandes.

La question posée est donc : "les THS comportant des œstrogènes augmentent-ils le risque de récurrence locale, métastatique, et contralatérale après cancer du sein et/ou diminue-t-il le délai de leur apparition ? Après traitement d'un cancer du sein, le bénéfice global d'un THS sera-t-il supérieur au risque encouru ? A-t-on toujours le droit de

toujours refuser ce traitement à toutes les femmes aux antécédents de cancer du sein et qui le réclament ?"

Après avoir passé en revue les effets in vitro et in vivo sur la cellule mammaire des œstrogènes et des progestatifs, les alternatives actuelles au THS (œstrogènes locaux, biphosphonates, Tamoxifène et Raloxifène pour l'ensemble des troubles de la ménopause), les différentes études cas témoins en cours (suédoise et américaines), le Docteur GENOT répond : en pratique pas de réponse nette à cette demande, mais on peut avoir deux attitudes :

- attendre que les connaissances et les thérapeutiques évoluent ;
- inclure la patiente dans une étude randomisée ou non (proposition a été faite récemment d'un essai multicentrique non randomisé pour les femmes avec antécédent de cancer intracanalair pur, avec 5 ou 7 ans de recul sans récurrence). Mais actuellement la conclusion est la contre-indication du THS.

Le Professeur René GABRIEL, de Reims, nous a fait part de **"l'incidence du cancer du sein sous traitement hormonal substitutif de la ménopause (THS)"**.

Le risque de cancer du sein sous THS reste actuellement un problème non résolu et les divergences entre les avis persistent. Le Dr Gabriel nous a donc présenté :

- les biais méthodologiques nombreux pouvant expliquer les divergences entre les différentes études :
 - biais d'inclusion : population sous THS différente, importance de la consommation d'alcool ;
 - biais de détection : femmes sous THS mieux surveillées que les autres ;
 - biais selon le type d'étude : études de cohorte ou études cas-témoins dans lesquels les témoins peuvent être pris dans la population générale ou dans la population hospitalière, ce qui change les résultats.
- les résultats des méta-analyses. La technique de la méta-analyse a été conçue pour surmonter le handicap du nombre insuffisant. Elle apporte une réponse précise à la question posée lorsqu'elle combine des études aux résultats convergents, mais en cas d'études aux

résultats très divergents elle ne donne qu'une moyenne arithmétique sans signification médicale réelle. Or l'étude du risque de cancer du sein sous THS nous place clairement dans la seconde situation.

- la mortalité par cancer du sein sous THS : toutes les études ont conclu soit à l'absence de modification du risque soit à sa réduction. En conclusion, malgré l'absence de preuves formelles, il existe actuellement une tendance à admettre l'existence d'un surcroît de risque de cancer du sein sous THS, surtout après 10 à 15 ans de traitement qui serait de l'ordre de 25 à 30 %. Elle disparaît après l'arrêt du THS. Trois faits doivent être soulignés :

- la mortalité est inchangée ou réduite,
- l'effet-dose a été peu étudié, les THS à faible dose n'ayant jamais été évalués,
- ces résultats doivent être replacés dans une perspective risques-bénéfices, ces derniers étant bien démontrés et nombreux.

II. Qualité de vie après cancer

La conférence de Madame le Docteur Michèle BONAL sur la "place du gynécologue" a été très émouvante par la narration des cas qu'elle nous a rapporté

dans cet accompagnement de vie qu'elle a donné, et que nous pouvons donner à nos patientes dans le suivi de leur maladie.

III. Flashs d'information sur les actualités oncologiques

ont terminé cette journée :

- en chirurgie par le Docteur Jean-Paul DAUCE de Rouen, qui nous a parlé en ce qui concerne le sein :

- des différentes techniques de biopsies classiques sous AG après repérage ou sous anesthésie locale ;

- de la nécessité du curage axillaire : mise en évidence du ganglion sentinelle par des méthodes colorimétriques ou isotopiques pour limiter l'intervention ;

- du traitement conservateur : actuellement basé sur la notion de marge de sécurité en tissu sain de 10 mm et des techniques de chirurgie plastique immédiate, pour combler en cas de perte de substance trop importante.

- en radiothérapie et chimiothérapie par le Docteur Laurent BASTIT :

- le cancer de l'ovaire : 6 000 nouveaux cas par an en augmentation en stade avancé, mais les taux de guérison sont en légère progression grâce à la chirurgie diagnostique et de réduction, suivie

de chimiothérapie en première ligne par association de Taxol-Platine ou Taxol-Carboplatine (qui permet une meilleure qualité de vie). Mais problème du coût ;

- le cancer du sein : 28 000 nouveaux cas par an, plutôt de fin d'activité hormonale. Diminution de la mortalité grâce au dépistage précoce et aux traitements adjuvants qui augmentent les chances de survie, jusqu'à 70 ans, de 5 à 10 %, en particulier la chimiothérapie adjuvante intensifiée chez les femmes de plus de 65 avec cancer de mauvais pronostic.

- la prévention du cancer du sein : 2 études :

- NSABP : Tamoxifène 20 mg versus placebo chez les femmes à risque ;

- More : chez les femmes à risque de fracture osseuse sans risque élevé de cancer du sein : Raloxifène 160 et 80 versus placebo.

La journée s'est joyeusement terminée aux "Haras de Boutemont" où nous avons tenté d'apprendre à danser la salsa, pour nous débarrasser des fourmis qu'une journée, si dense pour notre intellect, avait fait naître dans nos membres inférieurs.

J o u r n é e

scientifique

- Infections en pratique gynécologique
- Hygiène du cabinet médical
- Obligations légales

Notre prochain congrès aura lieu au Casino de Deauville le samedi 19 juin 1999.

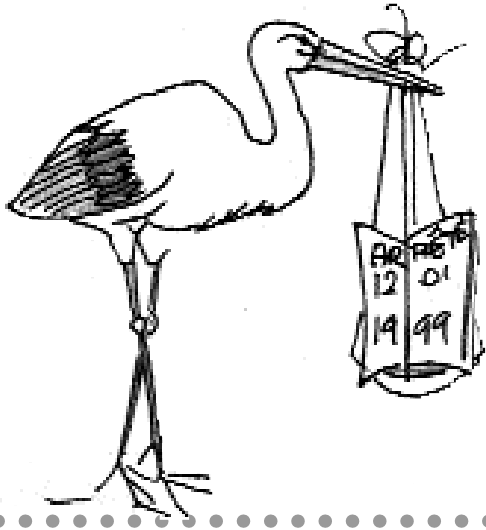
Il sera suivi d'une soirée dansante avec l'orchestre « Indigo sextet » à la Galerie de Tourgeville.

V E N E Z N O M B R E U X !



À propos des IAC...

Nouvelles règles pour le jeu du Dr L'Oie (spécialiste générique)



**Un parcours
de plus en
plus complexe
et dissuasif où
« plus et plus
= moins »**

- Les tests de sécurité virale, (hépatite B, hépatite C, HIV, BW et chlamydiae) pour chaque membre du couple et datant de moins d'un an.
- La photocopie d'une pièce d'identité ainsi que du livret de famille ou du justificatif de deux ans de vie commune.
- Un consentement signé par les deux membres du couple et renouvelé à chaque tentative.
- Un résumé du dossier et des indications concernant le cycle d'induction de l'ovulation.

Un arrêté du 12 janvier 1999 relatif aux règles de bonnes pratiques cliniques et biologiques en assistance médicale à la procréation est paru au Journal Officiel du 28 février 1999.

Il est précisé que toute Assistance Médicale à la Procréation c'est-à-dire toute insémination ou toute fécondation in vitro doit être préalablement discutée en staff multidisciplinaire par le clinicien et le biologiste. Par ailleurs le biologiste doit impérativement avoir vu le

couple avant que les inséminations ne soient débutées. Il n'est donc plus possible de réaliser des IAC sans que le couple n'ait auparavant consulté le biologiste agréé. Par ailleurs aucune insémination ne doit être pratiquée sans un test de survie préalable qui montre un nombre de spermatozoïdes mobiles supérieur à 500 000.

Voici la liste des pièces qui doivent figurer dans chaque dossier clinique et biologique :

Chacun doit par ailleurs tenir un registre des assistances médicales à la procréation qu'il est amené à pratiquer. Sur ce registre doit figurer la date du début de la stimulation, les causes d'arrêt éventuelles, la date de l'insémination, le résultat de la tentative et l'issue de la grossesse.

Il s'agit là bien sûr des obligations légales auxquelles s'ajoutent les modalités administratives : entente préalable pour le test de migration survie puis pour les IAC elles-mêmes, prise en charge à 100 % pour chaque membre du couple. Il n'y a pas de limitation stricte du nombre de tentatives prises en charge mais il est recommandé de ne pas aller au delà de six.

Par ailleurs, la loi dite de bioéthique doit être prochainement révisée. Il est peu probable que des changements notables interviennent pour ce qui concerne les inséminations.

CONSEIL D'ADMINISTRATION

Après les élections de novembre 1998, nous avons le plaisir d'accueillir parmi les membres du Conseil d'Administration du Collège, un nouvel élu, le Dr Juan BERROCAL, Chirurgien à la Clinique de l'Europe à Rouen.

PRÉSIDENTE Brigitte OUVRY-NEVEU

VICE-PRÉSIDENTE Béatrice GUIGES

SECRÉTAIRE Jean-Pierre BILHAUT

TRÉSORIER

Jean-Louis SIMENEL

Membres titulaires

Catherine AVRIL, Juan BERROCAL, Jacques CONSTANT, Catherine FOHET, Anne-Marie LE HENAFF, Catherine PONSAR, Jacques ROUGEULLE, Jacques VILLIERE.

Membres associés

Jacqueline MADELINE, Sylvie PAUTHIER.

Membres honoraires

Daniel ANGER, Yves BESTAUX, Jean-Pierre BLANCHERE, Hugues LARDENOIS.

Siège Social : 35, rue Jean Lecanuet 76000 ROUEN

Adresse postale : 35, rue Malherbe 76100 ROUEN

Tél : 02.35.73.07.78 - Fax : 02.35.03.37.45

E.mail : b.ouvry@cocilog.com

Ce papier manque de fantaisie, mais l'accumulation paperassière que le décret nous impose est venue à bout de notre sens de l'humour !!!

Du silence à la parole

Le 23 avril dernier a eu lieu à la Préfecture de Rouen, organisé à l'initiative de Madame MAUPAS (déléguée régionale aux droits des femmes) un séminaire de travail auquel vous avez été tou(te)s conviés sur le thème de la maltraitance sexuelle sur mineurs « du silence à la parole ».

Le collège de gynécologie a été sollicité à participer à l'élaboration de ce séminaire à la suite de notre congrès de novembre 96 sur les violences sexuelles et le gynécologue.

L'intérêt de ce travail a été dans la rencontre avec les autres professionnels concernés, c'est-à-dire l'inspection académique, le Conseil général, la DDASS, les experts en milieu hospitalier, les psychothérapeutes, la police, la gendarmerie, le parquet, les avocats et les associations.

Mandatée par la présidente du Collège, le Dr B. OUVRY-NEVEU, le Dr Catherine FOHET a participé à la mise en place de ce colloque et a traité des séquelles sexuelles, psychologiques et psychosomatiques des abus sexuels.

Résumé de l'intervention du Docteur Catherine FOHET

« Le gynécologue est de plus en plus souvent confronté aux violences sexuelles. C'est probablement la médiatisation importante des cas de pédophilie et d'inceste qui a permis à certaines victimes de pouvoir enfin oser en parler.

Le gynécologue est un interlocuteur privilégié puisqu'il est le médecin des femmes, à qui l'on peut se confier et qui peut prendre en charge les « blessures » du corps intime.

Les gynécologues vont être sollicités dans différentes circonstances.

Lors d'une agression récente

– Comme premier interlocuteur, sa mission sera de constater les lésions médicales et le retentissement psychologique mais aussi de s'assurer de l'absence de risques pour autrui. Il pourra avec l'accord de la victime porter à la connaissance du Procureur les indices qui lui permettent de présumer qu'un viol a été commis.

– Il peut être réquisitionné et il aura alors la possibilité de faire tout pour rechercher les preuves de l'agression.

Dans ces deux circonstances l'examen médical doit être méticuleux et le certificat qui en découle très précis. Cf *La Lettre du Collège n° 11*. Des consultations ultérieures seront proposées leur but sera d'évaluer le retentissement somatique et psychique de l'agression et de proposer des aides adaptées.

Les conséquences infectieuses seront vérifiées 6 à 12 semaines après les faits, ainsi qu'une éventuelle grossesse.

Le retentissement psychologique sera réévalué et une prise en charge spécialisée pourra être proposée.

En ce qui concerne le retentissement sexuel, il pourra être évalué dans l'urgence et à distance. Un suivi plus global de la victime voire de son couple dans une approche psychosomatique de la sexualité sera conseillé.

Les séquelles sexuelles, psychologiques et psychosomatiques à l'occasion desquelles une agression sexuelle antérieure peut être découverte.

Tout traumatisme et abus sexuel va provoquer à l'adolescence et aussi à l'âge adulte des séquelles psychosomatiques et sexuelles importantes.

Dans une grande majorité des cas, l'adolescente ne peut pas parler ni dire la souffrance qu'elle a subi : le traumatisme unique ou répété qu'elle a pu subir parfois, pendant des années étant sous la loi du silence imposé. Alors l'adolescente exprimera sa souffrance par des manifestations diverses comme des comportements à risque et aussi par des troubles fonctionnels psychosomatiques et sexuels qu'il faudra décrypter.

La consultation de gynécologie est un moment particulier où le corps, la sexualité peuvent être abordés. Le climat de confiance, la qualité de l'écoute et la qualité de l'affiliation sont nécessaires pour permettre à l'adolescente de s'exprimer. En effet elle ne pourra parler que si elle sent que l'interlocuteur est disponible à l'entendre et à l'écouter.

Parfois, l'adolescente consulte pour un simple contrôle, souvent à la demande de sa mère, c'est alors son attitude qui interroge, la façon dont elle refuse l'examen gynécologique ou au contraire la façon dont elle expose son corps parfois avec un tel détachement que cela paraît paradoxal pour la charge émotionnelle qui est mise dans un premier examen gynécologique.

Le refus de l'examen me questionne toujours. Quand la jeune adolescente s'effondre en larmes lorsque je lui propose de l'examiner, c'est souvent l'expression d'une angoisse d'effraction qui surgit.

Parfois le corps est négligé, l'adolescente ne prend pas soin de lui, il ne doit surtout pas attirer le regard, susciter le désir. L'adolescente installe souvent une sorte de carapace protec-

trice : des vêtements trop grands, des kilos en trop ou parfois une maigreur impressionnante. Les troubles sexuels n'apparaissent pas en premier lieu chez l'adolescente. Elles peuvent avoir souvent un petit copain avec qui elles ont une relation platonique et tout se passe bien. Le problème survient quand celui-ci désire un rapport sexuel. Le dégoût profond, la répulsion voire un rejet de tout contact sexuel ou même corporel va lourdement handicaper la poursuite d'une relation affective et sexuelle.

À l'inverse, à la place de l'évitement sexuel, on retrouve des comportements compulsifs, addictifs que l'on peut assimiler à une sorte de boulimie sexuelle. Ces adolescentes multiplient les partenaires, ne prenant aucune précaution contraceptive ou vis-à-vis des MST. Le corps a été sali, souillé, il va alors être exclu, maltraité. Vont en découler des conduites auto destructrices, de marginalisation : toxicomanie, prostitution, fugues, tentatives de suicide...

Place du gynécologue dans un réseau de soins pour une prise en charge des victimes d'abus sexuels.

La révélation de l'abus

La consultation de gynécologie peut permettre, nous venons de le voir, la révélation d'un traumatisme sexuel. Avoir permis cette révélation ne suffit pas, il faut pouvoir ensuite accompagner l'adolescente dans la gestion de cette révélation, et des conséquences du traumatisme qu'elle a subi.

Cet accompagnement devra se faire d'abord par la personne qui a entendu la révélation, afin de l'amener à une prise en charge psychothérapeutique si le besoin en est exprimé.

Le gynécologue peut favoriser une restructuration de l'image corporelle, en rassurant sur la normalité des organes sexuels.

La consultation d'expertise

Elle pourrait se faire également dans quelques cabinets privés par des gynécologues spécialement formés à ce type de consultation.

En ce qui concerne l'accueil de ces patientes j'aimerais que d'autres gynécologues intéressées se manifestent afin que nous en discutions. Je rappelle mon n° de tél : 02 35 80 36 13. »

NDLR : Ce séminaire de travail a eu le mérite de réunir l'ensemble des professionnels gravitant autour de la question de la maltraitance sexuelle sur mineurs. Les échanges et la connaissance des problèmes rencontrés par chaque corporation ont permis une meilleure tolérance mutuelle et peut-être à l'avenir une meilleure coordination entre les services pour le respect des victimes. Toutefois, ce travail est-il un préliminaire à la constitution d'un réseau dans la pratique ? Auquel cas, comment les gynécologues s'inséreront-ils dans ceux-ci ? avec quelle formation spécifique et dispensée par qui ?

ENQUÊTE INSERM

Le Collège de Gynécologie de Normandie ainsi que 10 autres collèges français, a accepté de participer à la demande de l'INSERM, à une *enquête sur les facteurs de risque d'échec de la contraception par stérilet*. Le protocole de cette étude multicentrique cas-témoins vous sera présentée lors de notre prochaine journée scientifique du 19 juin 1999 à Deauville par Monsieur le Docteur THONNEAU ainsi que par courrier.

Je vous demande de faire un bon accueil à cette étude et de ne pas oublier de remplir les questionnaires qui vous seront adressés si vous constatez, dans votre clientèle, une grossesse sous DIU.

Le CGN remercie le Laboratoire JANSSEN-CILAG de son aide dans la réalisation de ce travail.
Dr Brigitte OUVRY-NEVEU

LECTEURS BI-FENTES

Un groupement pour l'achat en nombre des lecteurs bi-fentes a été créé par le Collège. Une réduction de prix importante sera consentie pour un achat de plus de 50 unités. Prix possible : 1 500 F HT. Actuellement 42 confrères sont intéressés.

SOCIÉTÉ EUROPÉENNE DE GYNÉCOLOGIE (SEG)

La Société Européenne de Gynécologie, actuellement présidée par le Pr A. ALMEIDA SANTOS, vient de décider d'ajouter sur tous les programmes et tous les écrits de la SEG la mention : « ORIENTATION : CLINIQUE, RECHERCHE ET ENSEIGNEMENT EN GYNÉCOLOGIE MÉDICALE. »

Cette orientation devrait, en toute logique, avoir pour conséquences de rapprocher notre Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale de la SEG.

Ce rapprochement ne peut qu'être utile à la défense et à la promotion de la gynécologie médicale non seulement en Europe, mais également en France, ce qui est notre raison d'être.

Cette Société organise son 3^e Congrès à Bruges, Belgique, du 28 au 30 octobre 1999. Le programme scientifique et culturel de ce congrès est très attractif. Par ailleurs, le fait de s'inscrire à ce congrès donne le droit de devenir membre auditeur de la SEG pour les deux années suivantes. Nous vous incitons à vous y rendre. La cotisation à la SEG est de 500 F, à adresser, en précisant votre appartenance au Collège de Gynécologie de Normandie au Dr Jean-Pierre WOLFF, 43, rue la Bruyère, 75009 PARIS. Tél : 01 48 74 67 37 - Fax : 01 42 85 41 65.

Site Web : <http://www.seg-web.org>.

GYNÉCOLOGIE SANS FRONTIÈRE (GSF)

GSF a envoyé depuis le 15 mai 1999 une mission d'aide humanitaire en Albanie dans deux camps de réfugiés et une affectation mobile. Cet organisme, face aux besoins spécifiques rencontrés (femmes violées, enceintes...) fait appel à des gynéco - obstétriciens, des psychologues ou des sages-femmes pour plusieurs missions de 15 à 20 jours qui se succéderont. Contacter Anne, de l'AMI au 01 46 36 04 04 ou par Fax : 01 46 36 66 10 ou E-mail : <mailto:amifrance@wanadoo.fr> amifrance@wanadoo.fr

LIVRES/ LECTURES/ PUBLICATIONS / ECRITS

Vient d'être publié aux Éditions L'Harmattan, sous la direction du Dr Pierre Benghozi un ouvrage intitulé :

ADOLESCENCE et SEXUALITÉ
LIENS et MAILLAGE-RESEAU

Divers spécialistes de plusieurs horizons médicaux, des enseignants, des travailleurs sociaux parlent de leur pratique spécifique auprès des adolescents.

Notre consœur Catherine FOHET s'est chargée de la rédaction de « la consultation gynécologique de l'adolescente ».

ENSEIGNEMENT POST UNIVERSITAIRE NATIONAL DE GYNÉCOLOGIE

3^e Promotion (1999-2001)

FÉDÉRATION NATIONALE des COLLÈGES de GYNÉCOLOGIE MÉDICALE

Président : Dr D. Serfaty - Hôpital Saint-Louis - 1, avenue Claude Vellefaux - 75475 PARIS Cedex 10

2^e SESSION : HORMONOLOGIE : 22 et 23 octobre 1999

L'enseignement sera dispensé (sous réserve de modifications ultérieures précisées dans le programme définitif) à la FACULTE de MEDECINE - Amphithéâtre Lavoisier 3^e étage - 45, rue des Saints Pères 75006 PARIS

Renseignements : Dr. J.P. Gasnault - 2 bis Square Dutilleul - 59800 LILLE

Tél : 03 20 54 66 92 - Fax : 03 20 12 98 73

SESAM VITALE

Démarrage poussif :

3 000 médecins (plus de 4 000 fin mai ?) sont fonctionnels sur le plan national !

620 000 feuilles de soins électroniques traitées au 30 avril 1999. 30 médecins utilisaient SESAM à Rouen à la date du 10 mai.

Les prémisses d'une vocation

CAEN -
6 JUIN 1944



Le printemps avançait dans un cortège de giboulées et d'éclaircies. Juin s'entama sous les averses.

Ce soir là, Marc s'était couché fort tard après sa tranche quotidienne de révision dans la perspective du bac.

Son sommeil de 16 ans fut rompu par un bruit curieux et lancinant.

Un roulement ininterrompu. Un ronronnement dans le lointain, qui montait et qui descendait. D'abord sourd. Plus franc maintenant... Il ouvrit un œil. Sans bouger. Le ciel, derrière les faîtes en tuiles, était clair vers le nord. Inhabituel. La clarté variait au rythme des grondements, s'éteignait ici... se rallumait là-bas... comme un tonnerre paisible hésitant sur sa route.

Marc sauta au bas du lit. Le bourdonnement des avions depuis hier... L'embrassement dans le lointain s'étendait. Il arriva à la fenêtre pour voir la lueur diffuser de tout l'horizon. Les roulements s'amplifiaient. Un train... un gros train... Ah ! des pets secs... en salves... Ces bruits là, il les connaissait : DCA. Mais aujourd'hui, ils paraissaient plus serrés. Nourris... Précipités... Que se passait-il ?

Il se pencha... La tranche de l'avenue de Courseulles qu'il apercevait, semblait calme. Pourtant... Cette aube répandait dans l'air tendre une effluve impalpable. Insolite. Une gabardine sur un pyjama et le concierge du 56, sur le trottoir. Ils discutent, à 4 heures du matin ! Bizarre... ! Les bruits là-bas se déchaînent. Marc descendit l'escalier. Sans se garder de faire du bruit, il était seul. La propriétaire était allée lécher sa fille pendant un mois.

Sur la place : Guillaume à cheval. Normal... Une queue de cinq ou six personnes devant le boulanger de la rue Saint-Martin... Ah ! D'autres qui les rejoignaient ! On les entendait chuchoter... Les voix se faisaient plus fermes, s'enhardissaient : « alors.. ça y est ?... Vous ne croyez pas ? Il fallait bien que ça arrive ! Chez nous toujours dit... : nulle part ailleurs... côte favorable ! »

Les nuages gris couvraient la ville. Le vent n'était pas encore levé. Marc eut l'impression d'une tension qui se relâchait. Cependant rien ne l'avait traduite au cours des jours passés. Rien. Les alertes plus répétées ? Peut-être. La vie n'en avait guère été troublée. Et cette tension-là s'évanouissait, laissait apparaître un contentement mutin. Une bonne farce ! « Ils ne savaient pas où leur mur serait enfoncé ? Eh bien ! ils allaient le savoir ! » Dans les groupes qui s'agglutinaient, chacun prenait un air épanoui. Certains avaient l'air-grave-de-celui-qui-

sait. Mais la joie réservée que répandait l'air ce matin... Marc s'en souviendrait.

A six heures, en bleu, casqué de blanc, un équipier vint sonner. Il trouva Marc prêt à partir. Etait-ce le débarquement ? Un gros coup, en tout cas. Chacun devait rejoindre son poste, attendre les ordres. Dès ce moment là, Marc eut l'impression de devenir quelqu'un. Un homme sérieux. Sur qui l'on comptait. Ceux qu'il croisa pouvaient vaquer à leurs bavardages inutiles. Lui, il ne pouvait pas se permettre... Dans son coup de pédale, une gravité brusquement surgie. Il allait à son poste. Car lui, avait un poste. Prévu à l'avance. Indispensable. Les autres sur le trottoir, dans les boutiques, ne savaient pas où ils se rendaient. Un instant Marc crut qu'il avait, au passage, attiré l'attention par son air important. Il se gonflait. Il déchantait. Un gamin en bleu sur un vélo, un casque blanc, le brassard des équipes avec la croix celtique... un rien. Rue de Geole et rue du Vaugueux, des artilleurs casqués en route pour la côte. Il arriva à l'hôpital. Son rôle : prévenir les équipes chirurgicales, faire la navette entre le QG des équipes et l'hôpital. Marc aimait le vélo. Dans tous les collèges, « les jeunes à Pétain », « les Équipes Nationales », avaient recruté. Agent de liaison ? Il avait été volontaire, avec sa bécanne. Tous les exercices, toutes les répétitions, l'avaient enchanté. Il fut déçu. Il arrivait à Saint-Gilles. Chacun à sa place. On attendait. Mais le premier ballet commença. De la hauteur, on voyait tout, merveilleux ! A 300 mètres, des avions, lourds, calmes, le ventre noir. Des points qui sortent, descendent... tombent... sifflent... hurlent... vite, de plus en plus vite... Le nuage qui monte de la caserne Decaux ?... Le grondement qui arrive... Après... et qui s'éteint... des mouches foncent virent, dessinent... un picotement de machine à coudre... sur quoi ? Ils mitraillent la gare. Marc vivait un spectacle, comme au théâtre, une loge de face. Pas un instant, il n'envisagea qu'il pourrait être sur la scène. Les rumeurs confirmèrent bientôt l'annonce du débarquement. La radio anglaise l'avait dit... Elle demandait aussi paraît-il, à tous les habitants, de se réfugier dans la campagne.

.....▶

Le Collège de Gynécologie de Normandie remercie le **Laboratoire Janssen-Cilag** pour la participation à la réalisation de ce numéro.

À travers les rues, une voiture avec son haut parleur, les invitait au contraire à rentrer chez eux, à ne pas circuler, ni stationner dehors. L'ancien à la retraite... l'exodé de 40 mit l'argenterie dans un sac et sous sa robe, le magistrat enfila deux pantalons. La compagnie des Eaux débitait pour remplir la baignoire et les lessiveuses de la congrégation. Enfin les brideurs s'organisaient pour continuer leur quartette au calme, dans un abri. Ils avaient tous leurs fortunes avec eux. Ceux qui n'avaient rien appris se mirent en route. Marc en croisa un peu partout dans la ville tandis qu'il redescendait au Centre du Lycée Pasteur. L'hôpital qui y logeait avait été évacué en mai par les allemands. L'abri anti-aérien qu'ils avaient construit était vide. Nettoyé, aseptisé. Accueillant, le professeur au sang froid s'y était fait un nid douillet. Il les invitait chez lui : une foule s'y engouffra. À travers la rue, Marc

dent... Les épaules et tout le reste qui tombaient, mous dans la main... Ce drôle de truc bleu qui partait du milieu du ventre... le soupir de soulagement joyeux... Une femme venait d'accoucher. Elle était jeune. Marc, dans une embrasure avait tout vu. Vaguement jusqu'ici il s'était interrogé sur les mystères de la naissance. Sans en être obsédé. La réponse, tout crûment, lui était jetée alors qu'il ne s'y était pas préparé. Il en rêva.

Le réfectoire était bruyant, internes et infirmières commentaient. Étourdi encore de ce qu'il avait vu, Marc mangea peu. Et il but... comme jamais. Il avait goûté ce vin avec plaisir. En boire, comme eux tous, lui parut le geste à faire... Pour s'affirmer. Mais un buveur d'eau depuis sa naissance... s'il apprécie un verre... évidemment, est vulnérable. Plus vulnérable qu'un autre... C'est ce qui lui arriva. Le second suivit... Le troisième au fromage... Marc sentait bien que tout n'allait pas. Pas comme d'habitude. Il se sentait... Bien ! Heureux, à l'aise dans sa peau. Il devenait bavard et drôle.

Les infirmières rigolaient de ses histoires... ça lui allait bien d'être comme ça. Envolé le Marc taciturne ! à partir de maintenant... Il n'était pas saoul. Il put donc s'étonner. Cette transformation ! C'est ce vin ? Oui, c'est sûr, il avait trop bu ! pourtant, trois verres. « Mitrida. tisé.. j'aurai dû me mithrida. tisé. Des petites doses... de temps en temps... » pensa-t-il. Mais il ne pensa pas longtemps. Les bâtiments disposés en râteau... après la dernière dent : une pelouse... des arbres... Idéal pour une sieste... Une petite... Il s'endormit. De là, il dominait le canal. Il aurait donc pu voir.

À 13 heures 30, partout les pierres de Caen repartirent d'où elles étaient venues... Les maisons s'assoupirent. Les rues s'effacèrent. Il se réveilla quand les bombes écrasaient le Château. Mais Marc ne put voir qu'une mer de nuages ocres, de flammes et de poussières noyant la ville.

Trois heures plus tard il connut l'affolement. Le cirque avait recommencé. Marc était dessous... Rien voir... Entendre... Deviner... S'aplatir dans un cratère... « ici aucun danger... pas deux fois au même endroit. » Courir... S'affaler. Buter... Hésiter... Sentir... Repartir ? rester... Rester... ? Il avait trouvé une encoignure de jardin. Une poule blottie sous un géranium. Dès qu'elle le vit, elle sortit à sa rencontre... Marc éprouva alors, physiquement, la terreur de la solitude. De tous les bruits qui l'inondaient, rien ne ressemblait à une voix. Rien ! une voix... une seule voix l'aurait sauvé. Il était perdu. Il pleura.

Quand les yeux secs, il rejoignit le centre, qui aurait pu deviner ? La poussière grise l'engloutait tout entier, des cheveux aux godasses. Les deux grosses tramées noires sur les joues ? Dans un morceau de glace, il ne vit qu'elles. D'un air martial, il revint se joindre aux équipes de déblaiement.



déménagea des chaises et des classeurs. Premier geste utile. Pour lui, finalement, cette autre vie n'avait pas encore de visage très différent. Les odeurs et les sons ? C'était nouveau... Depuis ce matin, sans arrêts, les bruits proches ou lointains... Il s'y habituaient déjà. La poussière, la fumée, le grillé ? oui. L'odeur de la paix, le tintement des heures calmes avait disparu. On s'en accommodait, en somme, facilement. Comment deviner que ce n'était qu'un prélude, un univers de vacarmes et de puanteurs s'annonçait ? Lebisey venait d'être bombardé. Les premiers blessés arrivaient. Marc rejoignit l'hôpital. Ému, bouleversé, il eut alors sa première vision... d'horreur ? Oui, horrible mais touchant. Ces cris... ces gémissements... les deux cuisses ouvertes, béantes... les poils noirs agglomérés sur une bosse, qui grossissait... encore, et encore... la peau rose avec un enduit blanc... du mastic ?... Les cheveux tout seuls... Non ! avec le nez, la tête comme sur un billot.. sans corps... on la tordait... la bouche qui s'ouvre, un cri aigu, stri-