



Sommaire

Nouvelles syndicales • Association S.E.I.N.	2	Le syndrome de l'X fragile	7
États Généraux de la gynécologie • C.E.C.O.S. • Les nouvelles	3	l'adulte • Nouvelle disposition conventionnelle	8
La pratique de l'I.A.C. depuis les lois de bioéthique du 29 juillet 1994	4	Fillins et Réseaux	9
Conditions de prise en charge des actes biologiques qui concernent l'exploration de l'infécondité du couple	5	La soirée spectacle	11
De l'entropie en gynécologie • Annonces	6	Littérature (suite)	12

Fidèle à son rôle, le Collège de Gynécologie de Normandie vous propose cette année deux conférences aux thèmes bien différents.

Deuxième sera encore notre lieu de rencontre, en raison de sa situation géographique et de ses nombreuses salles bien adaptées à nos réunions.

La première conférence se fera le samedi 22 novembre 1997 et permettra à chacun de parfaire ses connaissances "Face au défi informatique".

L'informatisation des cabinets est proche. Chacun se demande ce qu'il va faire.

Monsieur PELAT, directeur de la CPAM de Seine-Maritime et Monsieur DORNE, directeur de la CPAM du Calvados, répondront à toutes vos questions en ce qui concerne le financement de l'informatisation et le cadre légal de démarrage.

La deuxième conférence aura pour thème "La femme et son corps". Retenez dès à présent la date du 16 mai 1998. Nous parlerons du poids, de la peau, de la chirurgie esthétique, etc...

Bref de toutes ces modifications du corps féminin liées à l'âge, aux grossesses, aux variations du cycle hormonal, aux séquelles de la chirurgie pelvienne ou mammaire et au rétroéchauffement que tout ceci entraîne sur le psychisme.

Les États généraux de la FNGGM se sont tenus les 27 et 28 septembre 1997 à Paris. Nous y étions représentés par C. FOHET, H. LARDENOIS et moi-même. J'ai pu constater que la Fédération était très active dans le domaine de la FMC ainsi que pour la défense de notre profession.

Des entretiens ont eu lieu entre la FNGGM et Monsieur DEVYS, conseiller technique auprès du 1^{er} ministre, concernant la mise en place des filières de soins. Nous avons jugé bon de consacrer l'écran de ce numéro un peu austère (veuillez nous en excuser) aux modifications de nos pratiques susceptibles d'être améliorées par l'appellation des lois de bioéthique et de la mise en place des filières et des réseaux.

Je compte sur votre soutien, vos suggestions et vous donne rendez-vous le 22 novembre 1997.

Bien amicalement,

LA PRÉSIDENTE
BRIGITTE OUVRY-NEVEU

L'option conventionnelle a été signede par le Ministère de l'Énergie et de la Solidarité, L'avenant n°1 de la convention a été publié au J.O. le 15 octobre 97.

Le dernier conseil d'administration du 3 décembre a comporté comme d'habitude un compte rendu du Président J.R. Girard et de secrétaire général A. Meyer sur l'actualité syndicale et les multiples démarches faites avec plus ou moins de succès auprès de la C.N.A.M. et des Ministères.

Il est très important que nous continuions à nous investir dans les instances régionales. Des experts gynécologues vont être agréés auprès des Commissions Paritaires Départementales. Leur rôle sera important. Présenter sa candidature aux DDAIS ou au secrétariat de ces commissions.

E. Wolf, de Strasbourg et Pascale Le Fort de Saint-Malo ont fait le point sur la campagne de médiatisation qu'ils ont mené par l'intermédiaire de l'Agence Média, incluant des articles en faveur de notre spécialité, et répondant aux attentes normandaises dont surtout les obstétriciens sont fiers. Ils veulent ainsi développer dans le public l'idée qu'il faudra revoir la façon dont les gynécologues-obstétriciens sont formés et aussi rendre pour les étudiants la spécialité plus attractive.

F. Salty a d'autre part présenté un étude très complète des filières, du point de vue du malade, du généraliste référent et du spécialiste. Seuls les pédiatres ont obtenu la possibilité de devenir référents pour l'enfant jusqu'à 16 ans. Il est hors de question que nous puissions devenir référents pour "La femme". Mais l'organisation de ces filières n'empêche pas l'accès direct au spécialiste (sans aucune péralise hors le fait que le malade ne bénéficiera pas du tiers-payant chez le spécialiste auquel il n'a pas été envoyé par son médecin référent). La majorité du conseil d'administration a pensé qu'en l'état, il vaut mieux se contenter du Statu quo, plutôt que de demander à bénéficier d'un droit particulier (possibilité de pratiquer le tiers-payant même si la péralise est venue directement).

On a beaucoup parlé aussi de la péralisation, des gardes obligatoires sur place pour les obstétriciens, d'Internet...

Surtout retenir que l'Assemblée générale du SNGGF aura lieu le 19 décembre 1997 à 14 heures à la Demos Médica, 60 boulevard Lator, Maubourg, Paris, 84ème arrondissement.

Que ceux qui trouvent le syndicat peu efficace (peut-être plus ?) y viendront nombreux pour s'exprimer.

Association S.E.I.N.

Les membres de l'Association S.E.I.N. (Santé et infomatique de Normandie) qui avait entrepris dans les années 80 une enquête sur la pathologie mammaire, sont informés qu'une assemblée générale de cette association loi 1901 aura lieu le mardi 9 décembre à 20 heures à Rouen, avec pour ordre du jour :

Compte rendu d'activité, bilan financier, dissolution, questions diverses.

Cet avis tient lieu de convocation.

Bien vouloir contacter, si vous pensez venir, Yves Bestaux 69 rue des Capucins 76000 Rouen, téléphone : 02 35 15 23 06, fax : 02 35 15 89 84. Le lieu de l'assemblée sera décidé ultérieurement suivant le nombre de participants.

Bureau du Collège

Président :	B. OUVRY-NEVEU	Fondateur Président Honoraire :	Y. BESTAUX
Vice-Présidents :	R. COIGUIS J.-L. SEMEL	Présidents Honoraires :	D. ANGER J.-F. BLANCHÈRE H. LARDENOIS
Secrétaire Général :	J.-F. DUHAUT		
Treasorier :	Y. BESTAUX		
Conseillers titulaires :	J. CONSTANT C. FOHET J. MADÉLINE C. PONSAR J. ROUCELELE J. VILLIÈRE	
Membres associés :	C. AVRE A.-M. LE HENAFF	Siège Social :	35 rue Lecatier 76000 Rouen
		Adresse postale :	35 rue Malherbe 76100 Rouen
		Tél. :	02 35 73 07 70
		Fax :	02 35 03 37 45

États généraux de la Gynécologie

Pour répondre aux différents problèmes posés à l'exercice de la gynécologie médicale et évaluer l'avenir de notre discipline, le Président de la Fédération, le Docteur David Serfaty a convoqué, les 27 et 28 septembre à Paris, des états généraux de la FNCGM. Ces états généraux regroupaient les membres du bureau de la Fédération et les Présidents des différents collèges non membres de ce bureau.

Les commissions ont travaillé pendant ces deux jours et fourni un travail très important, qui sera repris dans un livre blanc que nous diffuserons.

❶ La première commission a traité de FMC/évaluation en recensant les structures de FMC dans les différents sites d'implantation des collèges, l'évaluation et l'accréditation des docteurs.

❷ La deuxième commission a parlé de déesse professionnelle en évoquant les filières de soins, les relations avec le SNGOF et le CRGOF.

❸ La troisième commission a parlé d'informatique, d'internet, de télé-médecine et de la formation informatique des gynécologues et de leur personnel.



❹ La quatrième commission a eu comme thèmes presse et communication en évoquant le journal de la FNCGM, la collaboration que nous pourrions avoir avec différentes revues de gynécologie et d'obstétrique française et la nécessité d'avoir un service avec attaché de presse et des contacts avec les médias éventuellement.

❺ La cinquième commission a traité de structure et de fonctionnement de la Fédération, en association avec ❻ la sixième commission qui a réglé les problèmes des finances.

Enfin, une commission Europe a évalué la place de la gynécologie médicale en Europe, l'implantation de la FNCGM dans les structures européennes, de son utilité et de l'avenir des gynécologues médicaux français dans l'union européenne.

Le travail a été abondant, très instructif, a donné lieu à de multiples échanges, à des avis et a été colligé, ce qui permettra la mise en forme d'un livre blanc. Ce livre blanc sera certainement très utile comme outil pour répondre aux différents défis posés. L'ambiance a toujours été extrêmement sympathique et conviviale.

C.E.C.O.S. Haute Normandie

Les membres de l'association loi 1901 "Centre d'étude et de conservation des ovules et du sperme humain" C.E.C.O.S. de Haute Normandie sont informés de la tenue d'une assemblée générale ayant pour ordre du jour la dissolution de cette association, sans objet depuis l'intégration hospitalière de la banque de sperme.

Cette dissolution avait été votée lors d'une assemblée générale du 11.4.94, sous la Présidence du Professeur Claude Duval, mais il avait été décidé de différer cette dissolution. Une nouvelle assemblée générale est donc nécessaire pour rendre effective cette dissolution.

Cette assemblée générale aura lieu le mercredi 3 décembre à 20 h 15 dans la salle de réunion du Conseil régional de Haute-Normandie de l'Ordre national des Médecins, 8 rue de la Poënie à Rouen (Espace du Palais). Téléphone sur place 02 35 15 50 12.

Cette annonce tient lieu de convocation.

Le Vice-Président
Dr Yves Bostaux

NOUVELLES... NOUVELLES... NOUVELLES... NOUVELLES

Infection par le VIH et grossesse

L'Académie nationale de médecine a émis les recommandations suivantes à propos de l'infection par le VIH chez la femme enceinte et notamment de l'intérêt du dépistage sérologique précoce :

"Le caractère obligatoire du test de dépistage recommandé dans le rapport de l'Académie de 1992, mal accepté quand la seule solution était une interruption de grossesse, a désormais un tout autre sens et devrait être reconsidéré. La contradiction avec le caractère fermé pour la rubéole, la toxoplasmose et la syphilis devient flagrante et crée l'incohérence.

A tout le moins, il serait nécessaire de rappeler, tant aux médecins qu'aux mères, le très grand intérêt de connaître le statut sérologique VIH de toute femme enceinte dès le début de la grossesse."

Le Conseil National de l'Ordre des médecins a pris connaissance de ce rapport établi le 6 mai 1997 et rappelant l'article L. 154 du Code de la Santé Publique, 3^e alinéa (à n° 93-121 du 27 janvier 1993, art. 48-1) et demande que dans l'intérêt de l'enfant à naître et dans celui de la mère, le dépistage sérologique de l'infection par le VIH de toute femme enceinte devrait être pratiqué dès la première consultation obstétricale et répété ultérieurement si nécessaire.

Enfin, il peut être utile de rechercher le VIH par l'antigène P 24 si, en cours de grossesse, on soupçonne une primo-infection récente.

Communiqué

L'étude ERPAGE, menée depuis quelques mois dans notre région sous l'égide de l'INSERM, se déroule de façon satisfaisante. L'objectif principal, en Haute-Normandie, en 1997, entre 300 et et 400 mères ayant accouché avant 33 semaines d'aménorrhée, sera très certainement atteint. Les enfants, grands prématurés ou témoins seront ensuite suivis régulièrement par un questionnaire adressé aux parents.

Renseignements : Professeur Stéphane MARIET - Service de Médecine Néonatale - Pavillon Mère et Enfant - CHU de Rouen - Tél : 02 32 03 60 97.



La pratique de l'IAC

Cette activité n'est pas soumise à un agrément clinique, mais nécessite un agrément biologique ne tenant pas compte de la carte sanitaire, pour une durée de 5 ans. Du fait du nombre réduit de laboratoires agréés, il existe indirectement une limitation des gynécologues intervenants, le plus souvent à cause de l'éloignement d'un centre autorisé pour le traitement du sperme.

L IAC (Insemination Artificielle avec sperme du Conjoint) faisant partie au même titre que la FIVE de l'AMP (Aide Médicale à la Procréation), a d'après l'article L1523 « pour objet de remédier à l'infertilité dont le caractère pathologique a été médicalement diagnostiqué ».

« L'homme et la femme formant le couple doivent être vivants au moment de l'acte, en âge de procréer, mariés ou en mesure d'apporter la preuve d'une vie commune d'au moins deux ans et consentant préalablement à l'insemination ».

La mise en œuvre de l'AMP doit être précédée d'entretiens avec les membres de l'équipe médicale (art. L15210). Ils doivent notamment :

- vérifier les motivations du couple et leur rappeler les possibilités d'adoptions ;
- les informer des possibilités de réussite, d'échec ainsi que de la périllosité des traitements ;
- leur remettre un dossier guide.

À la fin du bilan et après avoir reçu le dossier guide, le couple devra :

- confirmer sa demande par écrit ;
- après expiration d'un délai de réflexion d'un mois à l'issue du dernier entretien.

L'utilisation de l'AMP est subordonnée à des règles de sécurité sanitaire non encore précises à ce jour mais qui devraient au minimum comprendre HIV et Ag H55 de moins d'un an pour chaque membre du couple.

Il ne paraît pas inutile de vous rappeler que le recueil du sperme au cabinet du gynécologue est interdit (même pour les IAC intra-cervicales).

La loi de bioéthique impose aux laboratoires agréés de bureau les résultats des IAC comme ceux de toutes PMA aux autorités de santé.

Toute demande de préparation de sperme par un gynécologue devrait être accompagnée d'un dossier clinique comportant :

depuis les lois de bioéthique du 29 juillet 94

- des indications générales
 - l'âge, la durée d'infécondité,
 - les paramètres féminins : bilan mécanique et hormonal,
 - les paramètres masculins : spermogramme, spermocytogramme,
 - les traitements déjà utilisés et leurs résultats,
 - l'indication retenue ;
- des informations sur la pratique de l'IAC
 - l'éventuelle stimulation de l'ovulation : inducteur utilisé, doses, durée,
 - le résultat du monitoring de cette ovulation,
 - la date présumée de fécondation et le moyen par lequel elle a été déterminée,
 - le nombre d'injections et leurs dates ;

- les résultats de l'IAC
 - existence d'une grossesse clinique (sac à l'échographie),
 - issue de la grossesse : accouchement, FCS, GEU,
 - nombre d'embryons au début, nombre d'enfants nés,
 - réduction embryonnaire éventuelle,
 - état des enfants à la naissance.

Ce dossier clinique pourrait servir de fiche de liaison qui serait complété du dossier biologique et constituerait ainsi un document complet qui devrait être conservé.

Il faut que nous soyons conscients que dans cette pratique le biologiste ne doit pas être considéré comme un prestataire de service. Il a le devoir légal de fournir ses résultats aux autorités de santé et est responsable au regard de la loi.

Nous proposons, si vous le souhaitez, et à votre demande, de vous adresser un exemplaire :

- du dossier guide ;
 - du consentement du couple ;
 - de l'information sur l'adoption que vous pourrez personnaliser à votre convenance.
- Nous pensons utile, également, de vous rappeler les modalités à accomplir pour que les patients soient remboursés, tous les actes d'AMP étant soumis à entente préalable. Il est bon pour cela en nouvel imprimé CERFA n° 10128*01 - S 3152 qu'il faut vous procurer auprès des caisses. Vous devez remplir le cadre réservé au prescripteur, la partie réservée au laboratoire pouvant être complétée lors de la prise du rendez-vous (si la patiente se déplace), ainsi l'adresser avec l'ordonnance correspondante au laboratoire ou l'examen sera pratiqué.

P. BASTIT

Des précisions à propos des conditions de prise en charge des actes biologiques qui concernent l'exploration de l'infécondité du couple

A l'exception du test post coïtal, du spermogramme, spermocytogramme et de la spermoculture, ils sont tous désormais soumis, sous conditions, à entente préalable¹.

En effet, l'entente préalable doit être adressée au Pharmacien conseil de la caisse impliquée accompagnée de la photocopie du compte rendu du spermogramme et du test de Hilner. Ces deux examens constituent donc les deux premières étapes obligatoires dans l'exploration de l'infécondité de couple.

Le texte de l'arrêté rappelle en particulier (ce qui doit contenir les éléments devant figurer dans le compte rendu du test post coïtal) qui doit être remis à la

patiente : jour du cycle, le délai depuis le coït, le degré de dilution du coït, l'abondance, la filance et la transparence de la glaire, la densité de spermatozoïdes par champs et le pourcentage de spermatozoïdes mobiles progressifs, non progressifs (avec précision du caractère oscillant) et immobiles.

En pratique, il serait idéal que le ou la gynécologue soit en possession de formulaires d'entente préalable (cerfa n° 10128*01 ou référence S 3152 que vous pouvez vous procurer auprès des Caisses) pour remplir et signer la partie prescripteur qui lui est destinée) et puis s'assurer que ses patients sont bien en possession des résultats du sper-

mogramme, du test post coïtal et de la prescription et remplisse bien la partie supérieure.

L'ensemble formulaire, photocopies, examens préalables et prescription pourra être envoyé au laboratoire qui effectuera l'acte.

Ce dernier après avoir apposé son cachet et sa signature, mentionné le numéro de l'acte à 4 chiffres et la notation à la nomenclature correspondante répertoriée sur le Pharmacien conseil de la Caisse primaire d'assurance maladie impliquée pour qu'il puisse statuer sur cette demande. La non réponse sous quinzaine vaut accord.

¹ Arrêté du 25 avril 1995 fixant la nomenclature des actes de biologie médicale.

De l'entropie* ... en gynécologie...



Madame, Monsieur, au vu de ce que j'ai vu de vos explications et de vos conclusions de ce qui s'est passé - et se confirme - lors de votre consultation, je suis également convaincu de vous demander vos papiers... Non, pas les résultats d'examens... vos papiers ? carte d'identité, titre de famille !...

C'est pour être sûr de savoir à quel point l'affaire - Bébé !... même si ce fut dit un jour que je vous vois... Un simple procès de conduite avec une photo suffira - je suis également sûr de vous informer - et vous ne le savez déjà - que d'autres collègues que le recours à l'assistance

Ce qui voit n'est que pure fiction lunaire... toute ressemblance avec des personnages... n'est que fortuite.

médicale à la procréation assistée. D'ailleurs ne dites plus l'AMA, mais AMP ! Je vous invite à parler de l'adoption à propos de laquelle j'ai l'obligation de vous remettre ce dossier-guide. Comment ça "tout est fait pour vous découvrir" ? L'adoption est difficile à réaliser... Ne pensez pas bête.

Vous avez un délai de réflexion obligatoire d'un mois à partir d'aujourd'hui... Que l'adoption si ce fut dit un jour que je vous vois... Pourquoi ?... C'est pour savoir et vous permettre dans la voie quelque peu égoïste et exclusive de vouloir procéder. Juste cela ne pourra pas se poursuivre sans certaines préalables multiples et répétitives tendant à compliquer mais plus performantes toutes les tentatives d'AMP. Non, ce ne sera pas des guides gratuits ! La sécurité sanitaire l'exige. De ce fait, je, "une médecine à deux visages" ? En ce la faire à la fois et si vos spermatozoïdes sont deux fois moins viables que la moyenne nationale.

Soyez raisonnables, réfléchissez bien... Pensez aussi au fait que pour nous, gynécologues, ça devient d'un complexe ! Un immense travail de gros-papiers dans lequel vous nous entraînez de jour en jour, de nos jours après décès, avec inscriptions éphémères ! Nous devenons

présents au point de ne plus voir... le fait susceptible de la dégoûter.

Sachez aussi que vous devez être inscrits au conseil de l'avis ! Ceci sans suspension à votre égard. Malade, vous ne devez pas les dangers auxquels vous vous exposez : soyez à l'hyperinflation, aux prévisions d'hyperinflation... Au fait, avez-vous une vie consistante d'un mois de travail ? Comment vous l'expliquez par le mot "conscience" ? Avez-vous une déclaration de contribution ?... une quittance de l'avis d'hyperinflation ?... Mais être un couple stable ne suffit ? Comment vous ne comprenez pas le terme "stable" ?... Mais n'avez pas le monde par toujours l'AMP... et c'est d'un pénible !

Aller ne faites pas cette idée là ! Je vous renverrai dans un mois avec la complémentation de votre demande d'AMP et votre consentement mutuel à la situation probable ! Il faudra alors que je vous assure au laboratoire agréé, que j'établisse une fiche de liaison détaillée... Qui vous parle d'entropie ?... de l'entropie en gynécologie ? Mais y aller fort ! J'aurai tout essayé !

* entropie : est de désordre croissant d'un système lorsque celui-ci évolue vers un état de désordre accru. (Le Petit Robert)

mes culpa

De la réflexion de la préparation de la précédente "Lettre du Collège", tout préoccupé que j'étais de mener à bien cette nouvelle responsabilité, je n'ai pas eu la présence d'esprit de faire l'éloge - ô combien justifié et sincère - de mon prédécesseur et collègue, notre confrère Daniel Jung, l'un avec d'autant plus de plaisir qu'il m'a quelque peu mis la pitié à l'étrier pour lui succéder. Que celui qui m'a communiqué, voilà vingt-cinq ans, le goût de la gynécologie et de l'obstétrique se rassure et se prenne pas en défaut pour de l'ingratitude. En temps de bouillonnement, sa vive curiosité, son ouverture d'esprit et sa belle et grande culture littéraire, artistique et médicale ont contribué à enrichir la vie du Collège et à donner une certaine tenue - et tenue - à la "Lettre du Collège". Qu'il trouve ici l'expression de ma gratitude pour ce travail accompli bénévolement et mes remerciements pour l'aide et les conseils qu'il continue, amicalement, à m'apporter.

Jean-Louis SIMENEL

• • • ANNONCES • • •

Le docteur Aline DIGUET cherche collaboration CH GO - femme aux horaires flexibles (dispose d'une année sabbatique)
Tél : 01 34 92 44 76 - Fax : 01 34 92 44 95

Calendrier des ateliers

Sont prévus deux ateliers de co-procréation (en décembre 97 et en mai 98), un atelier de stérilité en mars 98 organisé sous l'égide du collège par les Drs. Catherine AVRIL et Jacques VILLIERE. Les dates de ces ateliers vous seront précisées en temps voulu.

Le syndrome de l'X fragile

Introduction

Le syndrome de l'X fragile représente la principale cause de retard mental héréditaire. Elle a été décrite pour la première fois par Lubin, en 1969, qui a décrit des casures localisées dans la portion terminale du chromosome X chez les individus atteints de cette affection. Ce n'est qu'à partir de 1977 que l'importance de ce syndrome a commencé à être reconnue, grâce à la mise au point d'un test cytogénétique mettant en évidence le site fragile en Xq27.3. Cependant, la sensibilité insuffisante de cette technique de diagnostic, ainsi que la variabilité d'expression phénotypique de cette affection rendaient très difficile le diagnostic de syndrome de l'X fragile.

L'identification du gène responsable du syndrome de l'X fragile, en 1993, par l'équipe du Pr JL Mandel (unité Inserm U104, Strasbourg) a ouvert de nouvelles perspectives pour le diagnostic prénatal et post-natal de cette affection, ainsi que pour le diagnostic des formes évolutives. Qui plus est, le syndrome de l'X fragile est le premier membre d'une nouvelle classe de maladies génétiques caractérisées par une mutation dite dynamique, car elle résulte d'expansions du nombre de répétitions d'un trinucleotide au fil des générations. La liste des affections résultant de telles mutations ne cesse de s'allonger, et comprend actuellement la maladie de Kennedy, la maladie de Steinert, la maladie de Huntington et plusieurs ataxies spinocérébelleuses.

Épidémiologie

L'incidence du syndrome de l'X fragile est de 1/5000 chez les garçons et de 1/2500 chez les filles. On estime la population de patients atteints de syndrome de l'X fragile à environ 30 000 en France. Le syndrome de l'X fragile présente un mode très inhabituel de transmission avec augmentation du risque de développer la maladie au cours des générations successives dans une même famille : c'est le phénomène de l'anticipation.

Clinique

Les garçons présentent un retard psychomoteur globalement important, apparent dès la 2^e année de vie, avec troubles du comportement proches de l'autisme. Dix pour cent des enfants autistes seraient atteints du syndrome de l'X fragile. La dysmorphie faciale est facultative : le visage



est allongé, étroit, avec de grandes oreilles décollées et une implantation basse des cheveux sur le front. À l'âge de la puberté, le garçon peut présenter une microorchidie. Sur le plan comportemental, on note surtout l'existence d'une hyperactivité, de stéréotypies manuelles et vocales, de troubles du langage et un certain éblouissement du regard.

Génétique moléculaire du syndrome de l'X fragile

Les mutations de syndrome de l'X fragile sont des expansions instables d'une répétition du trinucleotide CCG localisée dans le premier exon (non traduit) du gène FMR1 (pour Fragile X mental retardation). La répétition est polymorphe dans la population normale ($n = 6 \pm 50$) ; des mutations complètes sont retrouvées chez les patients (homme ou femme) présentant le syndrome de l'X fragile, et correspondent à de larges expansions ($n > 200$ CCG) associées à une méthylation anormale de la répétition CCG et des séquences d'ADN environnantes. La présence d'une mutation complète entraîne un retard mental chez 100 % des hommes et chez environ 60 % des femmes. Les prémutations sont des expansions plus modérées ($n = 50 \pm 200$ CCG) non méthylées, qui sont retrouvées chez les mâles dits normaux transmetteurs (capables de transmettre la prémutation à leur descendance sans qu'ils aient eux-mêmes la maladie) et chez la majorité des femmes transmettrices (qui n'expriment pas la maladie).

La transition de prémutation en mutation complète ne survient que par transmission maternelle avec une probabilité qui dépend de la taille de la prémutation. Ainsi, une femme avec une prémutation de 60 CCG n'a qu'un risque assez faible d'avoir des enfants atteints du syndrome de l'X fragile, alors que ce risque devient très important pour de prémutations supérieures ou égales à 90 CCG.

Au stade mutation complète, les répétitions CCG vont être méthylées de façon anormale, ce qui va perturber la transcription et la traduction du gène FMR1, d'où l'expression phénotypique.

La découverte de la mutation du syndrome de l'X fragile a profondément transformé les possibilités de diagnostic de la maladie et de son conseil génétique, en permettant la détection fiable des personnes à risque de transmettre cette affection et le diagnostic prénatal (le Southern blot, réalisé au laboratoire de génétique moléculaire, est la méthode de référence pour la détection des mutations complètes et des prémutations).

Conclusion

La recherche de la mutation doit être considérée comme un élément systématique de la démarche diagnostique d'un retard mental hérité, d'un retard important de l'acquisition du langage, ou d'une symptomatologie de type autistique. La recherche de la mutation du syndrome de l'X fragile ne doit pas dispenser de demander un caryotype pouvant détecter d'autres anomalies chromosomiques susceptibles de rendre compte d'un retard mental.

LES NOURRITURES AFFECTIVES

de Boris GYRULNIK aux éd. O. Jacob

Il n'en déplaise aux "cartésiens", qui peuvent nous dire que la raison nous mène jusqu'à la dernière voie !

Ce livre nous démontre que les émotions et les sentiments nous façonnent tout autant en faisant un fond de "qui nous sommes". Leur expression est constante et mouvante à la fois. Tout semble commencer très tôt et nous les gynécologues finist avec intérêt et étonnement comment le fœtus pourrait apprendre à "consulter" sa mère le père. De s'en donner un peu, mais c'est bien dit et nous ouvre une multitude de possibilités.

Qu'étonnement passionnant sur : à qui appartient l'enfant ? Les efforts de père cathé (HAD) ou de mère X, réflexions non pas tant d'ordre que d'une autre humanité, ceci n'est bien forcément cela !

C'est une étude d'éthologie tentant de savoir comment le psychisme se crée progressivement en place au travers d'une observation transculturelle qui donne aussi accès à l'être humain qui nous concerne tous.

Alors, toujours le conseil de Dostoïevski : "L'Homme est un mystère. Il faut le découvrir et si tu passes ta vie à le faire, tu dis pas que tu as passé ton temps. L'Indie ne regarde que je veux dire un bouvier".

COMMENT LA NAISSANCE VIENT AUX FEMMES

de M. AKRICH et B. PASVEER aux éd. Mém

Autre livre passionnant pour les Gynécologues :

La grossesse et l'accouchement sont-ils des événements potentiellement normaux ou potentiellement à risques ?

À partir d'une conception "dogmatique" radicalement opposée la France et la Hollande ont construit deux systèmes très différents pour le suivi des grossesses et des accouchements avec les résultats que l'on sait en périnatalité, inversement proportionnels aux moyens mis en œuvre !

Le style du livre, très socio-scientifique peut sembler lourd, mais les auteurs, une Française et une Hollandaise sont passionnantes. La réflexion mérite d'être menée surtout en prenant un angle d'observation différent de celui auquel nous sommes habitués et qui, bien sûr, conditionne notre pensée.

À lire pour se "déranger" les idées, c'est toujours très salutaire !

NOTION DE MEDECINS REFERENTS

H. LARDENOIS

Nouvelle disposition conventionnelle

La dernière convention médicale qui nous a été imposée indique la possibilité d'expériences visant à mieux organiser la distribution des soins sur le territoire national.

Un projet agréé par le gouvernement est en train de se mettre en place sous l'égide du syndicat MG France. Ce projet comporte la notion d'un généraliste référent auquel les patients qui le souhaitent pourraient s'adresser et à qui ils s'adresseraient en priorité pour toute demande de soins. En contrepartie de leur fidélité, les malades bénéficieraient de l'absence d'avance du règlement de la partie des honoraires versée par la caisse, qui sera réglée directement au médecin référent.

En ce qui concerne l'accès au spécialiste, le contrat liant le malade et son médecin généraliste référent n'est que moral et il n'est indiqué nulle part dans les textes que cet accès direct au spécialiste sans passage par le médecin généraliste référent est interdit.

Il s'agit très certainement d'une expérimentation qui est une étape visant dans l'avenir à fidéliser les patients autour d'un médecin généraliste et qui dans un deuxième temps, peut-être, interdira tout accès direct remboursé auprès du spécialiste de son choix. Ceci doit bien entendu attirer notre attention, faire émettre les plus grandes réserves et alerter nos confrères généralistes sur la

lourdeur de ce processus dans lequel les contraintes ne sont pas minces : obligation de permanence des soins, prescription de médicaments génériques, tenue de dossier, paiement direct par les caisses, etc.

NDLR : L'option conventionnelle a été signée par le Ministre de l'emploi et de la solidarité. L'avenant n° 1 de la convention a été publié au J.O. du 18/10/97 : les premiers contrats de confiance médecin-patient pourront être signés dès le 1^{er} décembre 97. L'impact économique et médical de cette option fera l'objet d'une première évaluation fin mars 1998.

Filières et réseaux

Sur la lancée des ordonnances-Juppé d'avril 96, le gouvernement propose un décret "Filières et réseaux de soins expérimentaux" (n° 96-789/11/09/96). Il s'agit de projets d'expérimentation du mode de fonctionnement du système de santé soumis à une demande d'agrément délivrée par les autorités de l'état après avis de la CNAM et du "Conseil d'orientation des filières et réseaux de soins" (COFRSE). Ces décrets touchent essentiellement l'organisation du système de soins des professionnels de ville. (article L. 162-31-1 du code la sécurité sociale). Un décret concernant les réseaux de soins spécifiques aux centres hospitaliers a été promulgué à part (article L. 712-3-2 du code la santé publique).

But commun affiché des filières et des réseaux : l'amélioration de la prise en charge globale du patient et de la qualité des soins qui leur sont délivrés.

Que dit le décret [article L.162-31-1] ?

Il existe des conventions conclues entre les ministres de la santé, de la sécurité sociale et du budget et la CNAM, la CHAMFMS des professionnels non agricoles et la CCFMSA, confère à ces organisations la mission de mettre en œuvre des actions expérimentales de soins. En conséquence "Les cahiers fixent le cadre des charges applicable aux demandeurs d'agrément." Ces demandes, comportant un projet (national, régional ou infra-régional) et ses justifications, sont adressées par les personnes physiques ou morales qui en sont les promoteurs au conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux qui demandera l'avis de la caisse concernée. (Il leur revient de faire pression, mais aussi les menacer ; et : le groupe AXA/UNAP a des moyens.) Le projet reçu au secrétariat et visé par le président du COFRSE est d'abord transmis à la caisse concernée qui juge de l'acceptabilité ou non du projet – sur des critères répondant au cahier des charges – avant de le renvoyer au COFRSE. Les membres du conseil d'orientation émettent à leur tour un avis – après consultation éventuelle du Directeur régional des affaires sanitaires pour les projets dont le champ d'action est régional ou infra-régional et du Directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation – en tenant compte :

1. de l'intérêt économique (notamment au regard de l'objectif de maîtrise des dépenses remboursées par l'assurance maladie.)
2. de l'intérêt médical (organisation, qualité, sécurité et continuité des soins.)
3. des conditions de prise en charge financières des prestataires.
4. de la qualité du système d'information mise en place en vue de l'évaluation du

projet. Le président de la commission transmet ensuite les avis aux ministres compétents pour statuer. Les projets sont agréés par arrêté ministériel.

L'agrément est délivré pour trois ans, renouvelable au plus pour une durée de cinq ans et peut être retiré à tout moment par l'autorité qui l'a délivré après avis du conseil d'orientation ou sans consultation préalable en cas d'urgence.

Les promoteurs sont tenus d'adresser un rapport annuel au conseil d'orientation et aux organismes nationaux d'assurance maladie.

Le COFRSE est composé de 16 membres permanents et de 6 membres associés, tous nommés par arrêté ministériel. On compte parmi les membres permanents, le président, un représentant de chacune des Caisse, un représentant du CNOM, un représentant de chaque syndicat de médecins, un des mutualités, un des assurances et cinq membres qualifiés désignés par les ministres en raison de leur compétence sur des points spécifiques (ex : économie de santé, problèmes médico-légaux etc...) Les membres associés regroupent des professions para-médicales et des fédérations hospitalières publiques ou privées.

Les membres exercent à titre gratuit. Les frais de fonctionnement du secrétariat du COFRSE sont assurés par la direction de la sécurité sociale.

Ce Conseil présidé par M. Soublie Raymond, ancien conseiller social de MM. Barre et Chirac à Matignon a été installé le 30 octobre par le secrétaire d'état à la Santé Bernard Kouchner.

Pour les promoteurs professionnels du privé, trois orientations possibles :

- les filières de soins, chenal de boucle du syndicat MG France ;
- les réseaux de soins autour de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques ;
- tout autre proposition répondant aux objectifs de coordination des soins. (elles fonctionnent voire imaginées.)

LES FILIÈRES

(voir l'article du Dr Lasterois.)

Qu'en dire de plus ? C'est un mode d'organisation verticale de la santé subordonnant les spécialistes aux généralistes. Le Conseil National de l'Ordre, dans son avis du 26 mars 97 sur la nouvelle convention souligne la remise en cause de deux règles déontologiques majeures : le libre choix du malade, l'indépendance du médecin spécialiste dans le système des filières.

LES RÉSEAUX

La notion de réseaux de soins est apparue en France il y a une dizaine d'années.

Il faut distinguer deux types de réseaux se mettant actuellement en place. Les réseaux s'adressant aux professionnels de ville (article L. 162-31-1) à distinguer des réseaux (article L. 70-52) plus spécifiquement hospitaliers (leur ouverture aux réseaux définis à l'article L.162-31-1 oblige à en dire deux mots) et une extension de ce-ci à la notion de communautés d'établissements que nous ne développerons pas.

L'objectif des réseaux s'adressant aux professionnels du privé est pluriel. D'abord, la meilleure coordination possible dans la chaîne des soins à délivrer aux patients (avec dispositions tarifaires spécifiques) et favoriser l'échange et la communication entre les divers intervenants. Également de mieux mobiliser l'ensemble des ressources existantes (ex : un réseau ville-hôpital pour les patients atteints du SIDA, de l'épilepsie C etc...). Ensuite, susciter de nouveaux modes d'organisation et de coopération au bénéfice d'une population particulière (maintien de personnes âgées à domicile, femmes enceintes/nouveaux-nés, malconformes, alcooliques) ou assurer le traitement de certaines pathologies lourdes ou chroniques (cancer, diabète, troubles mentaux, SEP etc...) ou favoriser de certaines activités de soins (urgences, réanimation). Enfin certains domaines d'activité relèvent plus particulièrement d'une logique d'organisation en réseau (par exemple : des activités de soins périnatales, des

urgences, de la cardiologie et de la psychiatrie).

Les avantages seraient une coordination décloisonnée, concertée, le réseau regrouperait l'ensemble des professionnels concernés autour d'un même thème, d'un objectif commun pouvant être un besoin, un patient.

Les inconvénients sont représentés par le dimensionnement (patients et professionnels) pour la validité de son évaluation, l'écartèlement des patients (et des praticiens) en autant de réseaux que de pathologies ou de modes de prise en charge. On risque d'aboutir à une dépendance des valeurs de rétribution des actes en autant de réseaux ou de régions géographiques.

Le patient a le libre choix d'appartenir ou non à un réseau dont la durée de vie est limitée dans le temps.

Le SNMG fait figure de pionnier en matière de réseau de soins et propose d'ores et déjà un réseau global d'exercice baptisé "AVANCEE".

Les objectifs des réseaux de soins concernant le système hospitalier sont différents de ceux qui s'adressent aux professionnels du privé. Leur durée d'action n'est pas limitée dans le temps. Outre qu'ils visent à assurer aux usagers une meilleure orientation du patient, favoriser le maintien ou le retour à proximité de leur lieu de vie les patients atteints de maladie chronique ou invalidantes, assurer une meilleure participation des praticiens libéraux aux besoins spécifiques de certains établissements de santé (gardes, par exemple), leur vocation est l'adaptation du tissu hospitalier afin de favoriser une meilleure insertion des établissements de santé dans leur environnement. Ces réseaux ne s'appliquent pas uniquement aux pathologies lourdes et chroniques, mais couvrent le champ plus étendu des installations en lits, places ou équipements en matériel lourd.

Financement des projets... et rémunération des praticiens

Le financement des projets revêt un caractère primordial puisque il sous-tend le fonctionnement et la pérennité des expérimentations. Les promoteurs insistent le vœu d'établir des partenariats clairs protégeant les intérêts de chacun.

En ce qui concerne les filières, tout le pari économique de la rentabilité repose sur le degré de contrôle imposé au patient et l'intérêt pour ne pas dire l'investissement de praticien à consacrer la demande spontanée de son affilié. Les réseaux « à répar-

ter leur fonctionnement aux Etats-Unis où ils ont été organisés par les assureurs – sont rétribués par le financeur sur le principe du forfait. A Charge pour eux d'en organiser la redistribution à l'intérieur du réseau. La liberté de prescription y est évidemment sévèrement encadrée par des listes positives ou négatives de médicaments. Le réseau n'a d'autre alternative que d'aller lui-même puiser ses propres économies dans la prévention des facteurs d'instabilité. (Avec E-L, pour l'instant, un opérateur "disease management" a pu éviter en moyenne 10 % d'hospitalisation de malades adultes et 25 % en pédiatrie).

La circulaire émanant du ministère de la Santé, adressée aux directeurs d'hôpitaux, aux directeurs d'agences régionales et aux directeurs d'établissements concernant les actions menées au titre de l'article L362-3-1 expose clairement l'intérêt premier de ces expérimentations. Ces actions, outre l'amélioration de la coordination des soins, ont à la fois un caractère expérimental et tarifaire. Elles visent à promouvoir des modes de tarification spécifiques aux nouvelles exigences de prise en charge des patients, notamment dans des domaines où la tarification à l'acte est devenue inadéquate. Ce dispositif expérimental permettra de déroger aux dispositions du code de la sécurité sociale concernant les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux, le paiement direct des honoraires par le malade, les frais couverts par l'assureur malade et la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Inévitables sont les critiques nouvelles de réévaluation des protocoles, d'autant que de nombreux éléments restent flous. L'inquiétant également le fait que certains de nos confrères sont jusqu'à l'idée d'abandonner le paiement direct à l'acte avec le patient (juge de notre indépendance), ou ne le conservent que pour des activités qui n'ont pas de meilleur moyen d'être rétribués... Certains envisagent la capitalisation – ce que veulent les assureurs – et d'autres accepteraient d'être rémunérés à la vacation. Peut-on aller plus loin dans la corrélation ? L'acte médical est pourtant une prestation qui à l'heure actuelle, au regard de celle d'autres professions libérales est loin d'être rémunérée à sa juste valeur.

Remarque qu'aux Etats-Unis, aucun de ces systèmes n'a été la preuve à ce jour, ni de son efficacité économique, ni de son efficacité sanitaire.

Conclusions

Les propositions expérimentales de soins viennent après toute une série de mesures (RMC), plus (appel) visant à une réorganisation complète à plus ou moins longue échéance du système de santé sous des contraintes irréparables et évidentes de coordination, d'amélioration des soins au meilleur profit du malade (qui pourrait être corré ?) mais dont le fond est essentiellement comptable et économique.

Il ressort de ce décret

1. que l'Etat ne reconnaît qu'un interlocuteur direct : les Caisses Nationales. Le corps médical – par ses instances syndicales ou autres – n'est que subalterne.

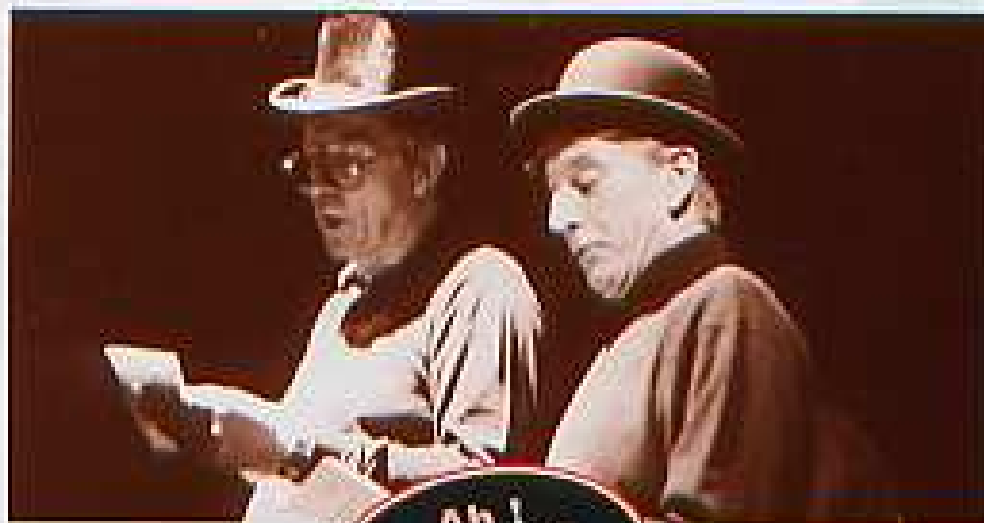
2. qu'il leur donne pour mission d'expérimenter une réorganisation du système de santé.

3. que les caisses sont parties et juges. Elles mettent en action des projets selon des critères qui leur sont avantageux, contrôlent ces actions, les financent en partie et peuvent les faire cesser à tout moment. Tout laisse à penser qu'après quelques rounds d'évaluation les caisses manœuvreront certainement – appuyées par le gouvernement – pour généraliser et imposer comme modèles définitifs les expérimentations les plus rentables économiquement et qu'elles auront la tentation de mettre sous la pathologie en réseau.

4. le COIRSE fait figure de "chambre d'enregistrement", chargé des tâches administratives et de purpont "démocratique" aux caisses.

Il est curieux de constater, pour ce qui concerne l'amélioration de la prise en charge globale du patient et de la qualité des soins qui leur sont délivrés, que le corps médical ne soit pas considéré comme un interlocuteur d'importance au moins égale à celle des caisses. C'est bien la preuve qu'est privilégié l'aspect purement comptable du problème. La participation des médecins soit comme promoteur d'un réseau soit comme "contractuel" d'un réseau, accrédité par avance le bien fondé d'une réorganisation du système de santé sur les seuls critères économiques, avec en perspective, rien d'autre que pas, une fatale baisse de son revenu. En effet, les critères définissent leur indépendance, leur libre arbitre, leur rémunération au sein des réseaux ne sont pas clairement exposés (donc discutés) ou restent vagues. Alors... prudence et malgré l'engouement ou les angoisses de certains confrères, ne nous vendons pas à l'imprimeur quel prix !...

La soirée-spectacle du 20^e anniversaire du collège



Ah !
la soirée-
spectacle !

Devant un public enthousiaste et indulgent, une vingtaine de collègues et quelques-uns de leurs conjoints (double bravo pour eux) ont interprété des sketches touchant de près... ou de moins près, les idées et les satisfactions de notre profession, qui a beaucoup évolué depuis 20 ans.

Franchement, qui a pris le plus de plaisir ce soir-là ? - les spectateurs, parmi lesquels se trouvaient messieurs les professeurs LEVY et VON THÉOBALD de Caen et Monsieur le professeur MARTEAU de Rouen, qui avaient eu la grande gentillesse de venir assister à nos ébats, ou bien nous, les acteurs-chanteurs-danseurs ravis, qui avons mis tout notre cœur et notre bonne volonté à réaliser ce spectacle ?

Ainsi vous avez pu vous faire une idée du fonctionnement des séances du conseil d'administration du Collège et de ses



**Nous recommencerons...
dans cinq ans ???**

Présidents successifs, qui nous ont interprété une imitation magistrale des Frères Jacques, puis vous avez suivi le Fil Rouge à l'humour décapant de François et reconnu les « perles » de nos consultations quotidiennes, admiré les Vamps fécarpobes, vibré à la grande culture d'Erik Satie avec Chochotte, tendu l'oreille à l'accent manchot des vierges de HLM, compris que le donage, dans le fond, ça peut être poutif, pleuré d'émotion avec « paille Michèle » et rythmé les entrecrois de nos élégantes danseuses de French cancan "sans chemise et sans pantalon". Notre jolie présentatrice Anne et son talentueux complice J-P ont su mettre en valeur chacune de ces prestations.

Ce spectacle a pu se faire grâce à la mise en scène, les conseils, oh ! combien précieux, et la participation d'Odile MENANT, comédienne chevronnée, et à l'aide technique de son mari Didier.

Nous avons tous ensemble, ensuite, été d'admiration devant les acrobaties routes en souplesse et en grâce de la troupe des danseurs de rock and roll. Repos suffisant pour pouvoir à notre tour nous lancer sur la piste de danse jusqu'à l'aube.
O U E F F . . .

N'oubliez pas

le 22 novembre 97 au casino de Deauville
Congrès organisé par le collège

**"le gynécologue
face au défi informatique"**

et la soirée antillaise jusqu'à l'aube !

Flaubert psychothérapeute

3^e et dernière partie

Malheureusement, cette thérapie n'est pas valable pour Flaubert ni l'est point pour Marie-Sophie : « Je ne puis prendre pour sujet un malade qui me touche de trop près » lui dit-elle.

Effectivement, elle ne peut transformer en littérature son propre chagrin parce qu'elle est tout à fait incapable de prendre quelques distances par rapport à la mort d'Agathe qui lui rappelle trop vivement celle de sa propre mère dont elle ne peut faire le deuil.

L'écriture qui sera pour Flaubert une raison de vivre, ne sera jamais pour Marie-Sophie une thérapie : elle ne parviendra pas à exprimer ses véritables émotions comme l'écrit avec justesse Julia Kristeva dans "Les nouvelles maladies de l'âme" : « la parole obsessionnelle s'impose, comme une armure impénétrable à un retour affectif ou pulsionnel », c'est la raison pour laquelle la littérature de Marie-Sophie nous paraît si étrange et si fade.

L'aphorisme de Flaubert "Écrire pour ne pas vivre" est finalement assez faux et il le corrigera en disant à Marie-Sophie : « Il ne faut pas jouer le livre contre la vie ; il faut tout dévouer, le livre et la vie ».

Flaubert se révèle un bon psychothérapeute car il écoute les plaintes de Marie-Sophie avec une patience inouïe et une bienveillance pleine de compassion. Il faut imaginer en effet que les lamentations de Marie-Sophie courent des pages et des pages et sont continuellement renouvelées jusqu'à l'obsession et Flaubert compatissant répond à chaque lettre : « Moi aussi, j'ai souffert comme vous ».

Marie-Sophie a peur d'être prise pour une folle et Flaubert lui répond : « Moi aussi,

Lorsque Marie-Sophie perd Agathe, sa nièce tant aimée, elle écrit à Flaubert une longue lettre lui expliquant que ses malheurs sont bien réels et pas seulement imaginaires. « Vous devriez écrire cela, lui dit-il dans son inconnaitance d'homme de lettres, pour qui tout véritablement est prôné à littérature, vous voyez quel soulagement cela ferait en votre cœur et vous tâchiez de joindre cela dans autres, pourquoi ne travaillez-vous pas davantage ? C'est de penser à soi qui rend malheureux »

j'ai souvent senti la folle me venir lors de ma maladie nerveuse qui a duré 10 ans et les hallucinations dont vous souffrez me sont compréhensibles car je les ai senties et vécues comme vous ». On ne peut aller plus loin dans l'empathie. Quant aux remèdes qu'il propose, Flaubert les répliquera et les laissera à Marie-Sophie :

1 - D'abord le travail, un travail intellectuel bien sûr car il ne connaît rien d'autre, « Ne vous ai-je pas assez prêché les mêmes choses : travaillez excessivement longtemps le jour (environ) à un travail dur et long, à un travail régulier et fatigant ».

2 - Après le travail, c'est la lecture des grands auteurs, Shakespeare, Goethe et surtout Montaigne. « Il y a un homme dont vous devriez vous nourrir et qui vous calmerait, c'est Montaigne : étudiez-le à fond, je vous l'ordonne comme médecin ». On croit entendre la parole médicale du Docteur Achille Flaubert, le père de Gustave "le grand patron" rouennais.

3 - Flaubert n'est pas non plus avare de conseils pratiques au sujet de la vie quotidienne de Marie-Sophie : « Abandonnez votre hôpital, lui dit-il, si n'en voulez guère la peine, quittez votre maison... Ce conseil d'égoïste à sa raison est ceci que les autres sont rarement dignes de vous ».

Marie-Sophie ne suit jamais ces conseils et pratique toute sa vie une hospitalité généreuse, car elle est accueillante et bonne. Quant aux interruptions religieuses de Marie-Sophie, Flaubert lui dit qu'elle doit choisir entre Sainte-Thérèse et Voltaire mais que de toute façon, les poètes sont un mal et qu'ils ne peuvent la comprendre : « Notre âme à lui est un milieu clos, la vie

moderne les déborde » et sa conclusion est formelle : « soyez votre propre prêtre » mais bien sûr, là aussi, le conseil ne peut être suivi car ce n'est pas ainsi qu'on guérit une phobie qui dure depuis tant d'années.

En juin 1876, George Sand meurt et Flaubert écrit aussitôt à Marie-Sophie : « Sachez qu'elle a tenu bon jusqu'à la fin : elle n'a pas demandé de pitié ». « Quelle victoire !

Progressivement, notre thérapeute s'aperçoit de ses limites et 7 ans après la 1^{re} lettre de Marie-Sophie en 1863, il ne voit plus à une guérison possible : « Vous êtes arrivée à cet état lamentable où l'on aime sa douleur » lui écrit-il. Il faut avouer que le diagnostic est assez juste.

Flaubert n'est pas loin de trouver Marie-Sophie incurable et 5 ans plus tard, il réécrit : « Mes chagrins me semblent si profonds et si enracinés que je ne vois plus quoi vous conseiller ».

Pourtant la correspondance continue et Marie-Sophie ne se décourage pas : « Pensez un peu à moi et surtout plaignez-moi », lui dit-elle.

Dans le langage analytique, on dirait alors d'hui que Flaubert a provoqué chez elle un amour de transfert grâce auquel Marie-Sophie accède mieux, ses obsessions délaissées et ce sera finalement un succès.

Car après quelques semaines en 1880, Flaubert vient de mourir le 8 mai, le sort de Marie-Sophie est florissant et sa santé peut enfin s'épanouir. « Elle allait au théâtre, au concert, aux expositions de peinture et d'architecture » nous dit Brunnet. « Elle ouvrait sa maison d'Argentan comme autrefois la Lièvre et donnait des soirées pour la jeunesse : elle avait tant souffert toute sa vie, elle était enfin heureuse vers le grand âge ». L'intensité et la force des obsessions avaient sans doute diminué avec l'âge et le docteur en médecine aurait été très heureux d'apprendre la guérison de sa patiente.

FIN

