



COLLÈGE  
DE GYNÉCOLOGIE  
DE NORMANDIE

# La Lettre du Collège

N° 17 • novembre 2000



## Sommaire

**2** Éditorial • Annonces **3** Naissance d'une association **4** Actualités **5 à 8** Histoire de l'homéopathie  
**9/10** Humeur : modernisation sociale... **11 à 14** Sénologie **15** Cytologie  
**16/17** Les prothèses TVT **17 à 20** Livre « Naissance » de J.-C. Huret.

L'an 2000 va bientôt se terminer et je souhaite vous retrouver nombreux à nos journées scientifiques des 17 et 18 novembre, ayant pour thème « L'adolescente : une femme en devenir ».

Ces journées sont organisées en collaboration avec le Groupement Français de Gynécologie de l'Enfance et de l'Adolescence (GFGEA) et se tiendront au Palais des Consuls à Rouen.

Votre présence à ces journées témoignera de l'intérêt que vous portez à notre association et au souci de parfaire vos connaissances en Gynécologie médicale.

C'est un devoir pour chaque médecin de poursuivre sa formation médicale au cours de son exercice professionnel pour lui-même, pour le bien-être de ses patients et pour répondre aux impératifs en matière de santé publique.

Ceci est d'autant plus important qu'il s'agit de la Gynécologie médicale, spécialité bien compromise actuellement et pourtant combien importante pour la santé des femmes.

Beaucoup d'incertitudes demeurent quant à la Réforme des Etudes de la Gynécologie médicale. Les arrêtés fixant les modalités du nouveau DES de GO-GM ont été signés par Madame M. Aubry, Monsieur J. Lang et Madame D. Gillot (JO N° 196 du 25 août 2000). Ce nouveau diplôme devait être accessible aux étudiants dès le 1<sup>er</sup> novembre 2000. Mais, la liste des nouveaux services validants pour la GM n'est encore que provisoire et les coordinateurs inter-régionaux de l'option médicale du nouveau DES ne sont pas nommés !!!

Bref, tout ceci conduit à un désintérêt voire même une opposition des internes pour cette réforme, réaction tout à fait compréhensive en considération de ce qui leur est proposé mais qui ne signifie pas un désintérêt des étudiants pour la Gynécologie médicale.

Bref, faut-il continuer à se battre pour ce diplôme qui sous sa forme actuelle déplaît au plus grand nombre ?

Il est certain que ce nouveau DES a été créé dans l'urgence (proposé sans véritable discussion en échange du DESC), sans tenir compte des avis des GO et GM ni des étudiants. Il est inadapté et illogique ! Pour exemples :

- les diplômés en GO-GM option obstétrique pourront exercer la GM, mais l'inverse n'est pas possible. Donc à quoi sert l'option GM ?
- les diplômés GO-GM option GM devront suivre un enseignement théorique et pratique de 3 ans en obstétrique et chirurgie trop long pour une spécialité purement médicale.
- L'option GM sera la seule de toutes les spécialités médicales à avoir une durée de 5 ans au lieu de 4 ans.
- Etc...

Je reste persuadée que la spécialité de Gynécologie médicale doit être enseignée de nouveau : ceci est un point essentiel de santé publique et indispensable pour les femmes dont le rôle dans notre société est si important.

Alors comment doit-on agir pour restaurer cette spécialité ?

- en poursuivant les négociations avec le nouveau ministre comme le suggère la FNCGM : probablement... mais les Collèges de Gynécologie Médicale doivent se mettre d'accord sur une stratégie commune.
- En restant unis au sein de notre profession : certainement.
- En continuant d'informer nos patientes sur l'avenir actuellement incertain de cette spécialité à cause d'une réforme en trompe-l'œil : indispensable.

D'avance je vous remercie de m'adresser vos remarques, vos suggestions au sujet de cette réforme afin de m'aider à mieux défendre notre profession en particulier au sein de la FNCGM où je représente le CGN.

**BRIGITTE OUVRY-NEVEU**  
PRÉSIDENTE DU CGN

**Vendredi 17 et Samedi 18 novembre 2000**

à ROUEN, Palais des Consuls  
Le Collège de Gynécologie de Normandie et le Groupement Français de la Gynécologie de l'Enfance et de l'Adolescence (GFGEA) organisent des Journées scientifiques ayant pour thème

**« L'adolescente : une femme en devenir »**

**VENEZ NOMBREUX !!!**

**N O U V E A U**

La Lettre du Collège de Gynécologie de Normandie pourra être consultée sur le Web à partir de janvier 2001.

Orientez-vous vers le site : [gyneweb.fr](http://gyneweb.fr)

E-mail :

[college-gyneco-normandie@gyneweb.fr](mailto:college-gyneco-normandie@gyneweb.fr)

## Réforme de l'enseignement de la gynécologie médicale

Le Conseil d'administration du Collège de gynécologie de Normandie, réuni le 26 octobre 2000, considérant l'absence de toute concrétisation de la réforme de l'enseignement de la Gynécologie médicale et l'impuissance du comité de suivi à mettre en application les arrêtés prévus à cet effet et parus au J. O. n° 196 le 25 août 2000, demande une convocation d'urgence d'une assemblée générale extraordinaire de la FNCGM.

### CONSEIL D'ADMINISTRATION

#### MEMBRES TITULAIRES

Composant le Bureau : Présidente : Brigitte OUVRY-NEVEU ; Vice-Présidente : Béatrice GUIGUES ; Secrétaire : Anne-Marie LE HENAFF ; Trésorier : Jean-Louis SIMENEL.

Catherine AVRIL, Juan BERROCAL, Jean-Pierre BILHAUT, Jacques CONSTANT, Catherine FOHET, Jacques ROUGEULLE, Bernard THOBOIS, Jacques VILLIERE.

#### MEMBRES COOPTÉS

Sylvie PAUTHIER et Evelyne RIVIERE.

#### 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](mailto:b.ouvry@cocilog.com)

# Association "réseaux périnatalité en Haute-Normandie"

**Le 10 mars 2000 l'association « réseaux périnatalité en Haute-Normandie » tenait son assemblée constitutive et élit les 15 membres du Conseil d'Administration.**

Émanation de la Commission régionale de la naissance, cette association régie par la loi de juillet 1901 dont le siège est fixé à l'Inspection Régionale de la Santé de la DRASS, 31 rue Malouet BP 2061 - 76040 Rouen Cedex, a pour objet de contribuer dans un souci de qualité, de sécurité, de respect des spécificités des différentes structures, au fonctionnement et à la promotion du réseau régional de soins en périnatalité aussi bien en amont qu'en aval de la naissance. Il s'agit d'un réseau de professionnels exerçant dans le domaine de la médecine de soins périnataux et dont le but recherché est une prise en charge globale, préventive, curative, sociale et psychologique des femmes et des nouveau-nés dans le cadre d'une démarche de santé publique. Un certain nombre de projets sont à l'étude :

- Lutter contre le tabagisme chez les femmes enceintes ;
- Alcool et grossesse ;
- Mise en place du réseau périn@t avec dossier médical commun partagé ;

- Formation des professionnels participants au suivi des grossesses ;
- Établir un registre régional des malformations fœtales ;
- Enquête sur le suivi des enfants sortis de néonatalogie et des enfants ayant des handicaps ;
- Télémontoring à domicile des grossesses à risque ;
- Rencontre des cadres de maternité.

Cette association a et doit avoir des buts très pratiques et concrets dans le domaine de la périnatalité. C'est pourquoi l'implication et la coordination de tous les acteurs œuvrant dans ce domaine de la périnatalité au niveau régional est indispensable à la réussite de ces actions. Gynécologues, Obstétriciens, nous sommes tous concernés, et c'est pourquoi je pense que le Collège de Gynécologie de Normandie se doit d'être partie prenante des actions de l'association et que ses membres doivent en tant que personnes physiques y adhérer.

En effet le Collège représente un nombre important des acteurs du suivi des

femmes enceintes, aussi bien privé que public, et que son implication au sein d'une telle structure est nécessaire.

Je vous invite donc à adhérer le plus massivement possible à l'association en adressant vos demandes d'adhésion à : M. le Docteur BRUEL Henri, trésorier de l'association réseaux périnatalité, Médecine néonatale, Centre Hospitalier du Havre, B.P. 24 - 76083 LE HAVRE Cedex, mentionnant vos nom, prénom, adresse, fonction et téléphone, en y joignant le montant de la cotisation fixé à 50 francs.

La réunion des adhérents est prévue le 9 novembre 2000 à 14 h 30, Amphithéâtre LECAT au CHU Charles Nicolle.

Membres du CA : Drs BRUEL Henri, CHABROLLE Jean-Pierre, COL Jean-Yves, DUCROTTE Sylvie, EURIN Danielle, HENOCQ Alain, HUGUET Pierre, JEANNOT Emmanuel, LEVAVASSEUR François, LIBERT Alain, Pr MARPEAU Loïc, Pr MARRET Stéphane, Dr PELLERIN Marie-Andrée, Mme PITETTE Claire, Dr THOBOIS Bernard.  
Membres du Bureau : Dr PELLERIN Marie-Andrée, Présidente. Dr THOBOIS Bernard, Vice président. Dr HUGUET Pierre, Secrétaire. Dr DUCROTTE Sylvie, Secrétaire adjointe. Dr BRUEL Henri, Trésorier. Mme PITETTE Claire, Trésorière adjointe.

## EPUNING

les 26 et 27 janvier 2001 à Paris  
L'EPUNING par l'intermédiaire du Collège de Bordeaux Sud-Ouest  
Organise sa V<sup>e</sup> session d'enseignement

Thème :

### La Cancérologie

Les 19 et 20 octobre 2001, à Paris  
L'EPUNING par l'intermédiaire du Collège de Gynécologie de Normandie  
Organise sa VI<sup>e</sup> session d'enseignement

Thème :

### Stérilité et contraception

Pour tous renseignements contacter le Dr. J.-P. Gasnault  
2 bis, Square Dutilleul - 59800 Lille  
Tél. : 03 20 54 66 92 - Fax : 03 20 12 98 73

### Le jeudi 23 novembre 2000 à CAEN

Hôtel Mercure, Place Courtonne  
Le Collège de Gynécologie de Normandie, en collaboration avec l'Association Normande des Biologistes de la Reproduction Humaine  
Organise

### Une Soirée « Stérilité »

### Les 5 et 6 avril 2001 à Deauville

L'Université de CAEN-Normandie organise son 7<sup>e</sup> congrès francophone de  
**Cœlio-chirurgie**

### Dates des ATELIERS organisés par le CGN

#### COLPOSCOPIE

à Rouen (Clinique à préciser) :  
Le 13 décembre 2000  
Thème :  
« ZTA2 : séméiologie coloscopique ».

#### SENOLOGIE

à Rouen : en mars 2001  
Thème :  
« Les nodules mammaires ».  
à Caen.

#### STERILITE

à Rouen (Clinique à préciser) en avril 2001, par C. Avril et J. Villière  
« Présentation du logiciel de surveillance des traitements inducteurs »

# On touche à la Loi Veil

**Il y a plus de 25 ans était conquis par les femmes le droit à la liberté de décider de conserver ou non une grossesse.**

La loi « VEIL » voyait le jour après de vives polémiques, des combats acharnés, des luttes militantes de femmes, de médecins, de travailleurs sociaux, de paramédicaux, des procès retentissants. Certains d'entre nous s'en souviennent.

Depuis quelques mois le projet d'allonger le délai légal de réalisation de l'IVG et de ne plus rendre obligatoire l'autorisation parentale pour les mineures crée un vaste débat national. La presse médicale, les grands journaux nationaux, la télévision offrent leurs tribunes aux partisans et opposants de cette transformation.

Pourquoi prolonger le délai de 12 à 14 semaines d'aménorrhée?

Respect de la liberté des femmes ? Harmonisation des législations européennes ? (Angleterre, Espagne, Hollande) 85 % des demandes hors délais se situent entre 12 et 14 SA ? Ne pourrait-on pas penser que nous retrouverons le plus grand pourcentage de demandes hors délai entre 14 et 16 SA une fois la loi modifiée ? Cela semble une évidence, que c'est à proximité des limites que le plus grand nombre de demandes tardives se feront.

Pourquoi avoir tant attendu ?

L'ambivalence est telle que le « choix » devient trop difficile... Drame de la non communication, « l'aveu » impossible de la « faute », peur et isolement psychologique. Difficulté à être prise en charge assez tôt dans un centre d'IVG.

L'autorisation parentale peut-elle être considérée comme un obstacle à l'accès à l'IVG pour les mineures ?

Peut-être dans certaines situations de drames familiaux où l'impossibilité de dire est telle que la formulation de la demande est inenvisageable. Ici la détresse est totale et rien n'est plus possible.

Est-ce fou de penser que dans certains

cas cette demande d'IVG pourrait être le moment de parler et de faire de cet échec personnel, un travail familial de rencontre plus que de lutte ? La prise en compte des aspects humains, sociaux, psychologiques sont à l'honneur de toute personne qui sur un tel sujet parle de respect de la femme dans son « libre » (l'est-il vraiment ?) choix.

Mais sur le plan médical qu'en est-il du geste chirurgical ? En effet de tels délais imposeront une technique différente de l'IVG que nous pratiquons actuellement par aspiration.

Certes nous pratiquons des interruptions tardives dans le cadre des IMG et nous maîtrisons l'utilisation du RU, la maturation du col, les prostaglandines. Bref nous savons faire, mais nous savons aussi que nous doublons la morbidité du geste : de 3 % à 6 % de complications, que nous allongeons le temps de l'hospitalisation, que l'anesthésie générale est nécessaire. Si l'on considère qu'allonger le délai légal de l'accès à l'IVG est la bonne attitude politique face aux problèmes posés, pourquoi se limiter à 14 SA (soit 12 Sem de grossesse) et ne pas aller plus loin ? Les problèmes médicaux de réalisation des IVG n'en seront pas modifiés pour autant, l'acquisition de forme humaine de l'embryon ou du fœtus n'en sera pas très différente, mais la réflexion éthique doit être menée afin que la société se donne les limites qui lui semblent acceptables. Les médecins sont dans le débat éthique mais n'en sont pas les seuls acteurs-décideurs.

## Ne pourrait-on pas imaginer aussi des améliorations à la situation actuelle ?

- Accès plus facile à des centres d'IVG plus nombreux avec plus de participants.

- Très souvent le parcours pour une demande d'IVG est difficile du fait de centres surchargés, de délais longs.
- Information effective auprès des jeunes sur la contraception d'urgence (bravo au norlevo d'accès facile)
- Accueil et environnement médical et psychologique de qualité.

Quoi qu'il en soit ce service rendu aux femmes en détresse qu'est l'IVG effectuée dans le cadre défini par la loi VEIL ne doit pas nous faire oublier qu'il existe des femmes en situations réelles d'âge gestationnel avancé et dans l'impossibilité totale de pouvoir accepter la grossesse, de mineures en grand danger moral, en solitude socio-familiale telle qu'une solution doit pouvoir leur être apportée dans une prise en charge de qualité médicale et humaine.

J'exerce dans un centre privé où l'IVG est pratiquée dans le cadre de l'activité gynécologique par trois médecins gynécobstétriciens et ceci depuis la loi VEIL. La prise en charge s'y déroule dans le cadre légal de la loi avec une approche de l'avant et de l'après IVG tant médical que psychologique. 231 IVG ont été réalisées en 1999. Moins de 10 ont été récusées pour délais dépassés. Ce faible nombre ne permettrait-il pas un aménagement en douceur de la loi, ce qui aurait l'avantage de ne pas mettre en péril la loi existante qui au demeurant a su être un compromis acceptable et accepté au prix de beaucoup de luttes et de difficultés ne l'oublions pas.

Gynécologue Obstétricien, je considère que participer à la pratique des IVG m'incombe aussi dans le cadre de mon éthique professionnelle d'aide aux femmes en détresse : « L'œuvre de dieu, la part du diable » comme l'a si bien écrit IRVING dans ce roman plein d'amour et d'humanité, de respect total de l'autre ou les frontières du bien et du mal, de l'ambivalence, du choix possible ou non sont parfois si proches.

Nous avons appris avec tristesse le décès accidentel de notre confrère Philippe Guézennec, (chef de service de Gynécologie - Obstétrique à l'hôpital de Pont-Audemer) le jour de Pâques 2000. Nous adressons toutes nos condoléances à sa famille.

Le 13 janvier 2001 à PARIS à l'Hôtel Intercontinental  
La FNCGM

organise sa 10<sup>e</sup> journée scientifique

Thème : « gynécologie d'aujourd'hui et de demain »



# Un peu d'histoire de l'homéopathie

La fréquentation des anciens auteurs en Homéopathie nous révèle des réflexions, des attitudes diagnostiques et thérapeutiques proches des nôtres, gynécologues médicaux actuels. L'histoire est un éternel recommencement. Voici en effet les commentaires de Charles DULAC, homéopathe convaincu, dans une plaquette de 1844 présentant ses écrits futurs.

« Aussi, ému jusqu'au fond de l'âme à la vue de toutes les souffrances des femmes, nous nous sommes surtout occupé d'elles. Depuis dix ans que nous avons voué à l'homéopathie notre jeunesse et notre intelligence, elles ont été l'objet constant de nos sollicitudes. Leurs maladies, tant aiguës que chroniques, ont exercé toutes nos méditations et rempli nos veilles. Nous sommes arrivés à d'assez beaux résultats, sur lesquels nous nous étendrons volontiers si nous ne sentions qu'il ne nous convient pas de parler trop de nos succès. En attendant que nous livrions un jour à la publicité un ouvrage beaucoup plus étendu, nous allons mentionner celles d'entre les maladies des femmes où l'homéopathie obtient de brillants avantages (...). Elle a des effets non moins heureux pour favoriser le **travail de l'enfantement**, pour guérir les douleurs qui en sont la suite, la **fièvre de lait**, etc., pour ramener la **secrétion du lait**, supprimée par le manque d'énergie vitale.

La péritonite, cette maladie si fréquente à la suite de couches, et ordinairement mortelle par l'ancienne médecine, guérit par l'homéopathie dans la proportion de 18 à 19 sur 20. Nous avons des remèdes sûrs contre les **pertes sanguines**, la **disposition à l'avortement et la stérilité**. »

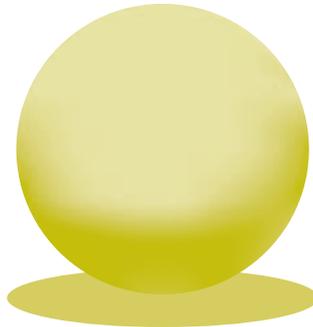
Le satisfecit de Dulac peut nous faire sourire, mais il faut se souvenir, qu'à cette époque, les traitements médicaux modernes n'existaient pas.

Il succédait à de grands médecins, qui, confrontés à la grande morbidité et à la mortalité féminine de cette époque, étaient insatisfaits par les seules thérapeutiques chirurgicales, et s'étaient tournés vers une thérapeutique conservatrice qui satisfaisait plus leur désir d'aider leurs

patientes. Leur sens aigu de l'observation clinique, retrouvé dans leurs écrits, théories pédagogiques comme chez Jahr et Crosério, ou simples dossiers de patientes comme chez Des Guidi, nous fait réfléchir sur notre propre comportement diagnostique, nous enchante et nous fait souvent sourire.

## JAHR Georg Henrich Gottlieb

Né en Saxe le 30 Janvier 1800, il fut l'élève et l'un des plus proches compagnons de Hahnemann, le fondateur de l'homéopathie. Après des études secondaires, il devient professeur dans son collège, en 1825. C'est vers cette époque, en 1834, qu'il rencontre Hahnemann, occupé alors



entièrement par ses études pathogéniques. Jahr devient son collaborateur et pour cela entreprend ses études de Médecine en 1835. Il suit ensuite Hahnemann à Paris, où il pratique, et continue à participer aux travaux de son maître, dont il est un des intimes : il est avec Crosério un des co-signataires de l'acte de décès d'Hahnemann en 1843 et reste ensuite en relation avec sa veuve. Il publie abondamment, dont son « Manuel des médicaments homéopathiques suivi d'un répertoire », largement consulté par les homéopathes du XIX<sup>e</sup> siècle, et de nombreux traités dont le « Traitement des maladies des femmes » (1856).

Jahr, dans la présentation du plan de son ouvrage, prévient qu'il s'agit d'un travail de médecin, et non de chirurgien ou d'obstétricien. Et c'est là tout l'intérêt de cette orientation, puisque la thérapeutique médicale classique des troubles de la maternité est pauvre ou nocive, ce sur quoi Jahr insiste.

« C'est ce qui fait que les articles dont nous aurons à traiter dans cette section seront les suivants : 1) la grossesse en général ; 2) les maladies des

femmes enceintes ; 3) les fausses couches ; 4) l'accouchement régulier ; 5) l'accouchement laborieux ; 6) les couches régulières ; 7) les couches morbides ; 8) l'allaitement ; 9) le sevrage et les métastases laiteuses ; 10) les soins à donner aux nourrissons. Dans tous ces articles, nous nous en tiendrons cependant exclusivement à l'exposition des soins médicamenteux, attendu que dans tout ce qui touche à la partie chirurgicale et opératoire des accouchements, il n'y a rien à ajouter ni à changer aux règles si bien exposées dans tous les ouvrages d'obstétrique (...).

Il y a malheureusement encore beaucoup de femmes qui, induites en erreur par les théories absurdes de l'ancienne école, s'imaginent ne pouvoir se passer d'évacuations sanguines, surtout dans les premiers mois de la grossesse, afin d'éviter par là la prétendue pléthore dont les phénomènes fatiguent quelquefois les femmes enceintes, à partir du troisième mois. Mais il n'y a rien de plus absurde que cette pratique. Tous ces phénomènes de pléthore n'existent qu'en pure apparence, aucune femme enceinte n'a jamais eu une goutte de sang en trop ; tout le sang qu'elle a lui est nécessaire pour la vie et le développement de son enfant ; et ce n'est qu'aux dépens de la constitution de ce dernier que les saignées peuvent être pratiquées. « Saigner une femme grosse », disait un jour le Docteur Crosério, « est un double meurtre, ou tout du moins une tentative de meurtre que les lois devraient punir ; car les saignées tuent souvent l'enfant et quelquefois la mère ». Et ce que nous avons dit des saignées, nous pourrions presque le dire aussi des vomitifs et des purgatifs que l'ancienne école prescrit assez souvent contre les embarras gastriques et la constipation des femmes enceintes. Tout ce qui tend à affaiblir les organes et la constitution, porte, pendant la grossesse surtout, un préjudice énorme à la santé de la femme et à celle de son enfant, et l'usage de ces moyens doit être regardé comme un crime. »

Le docteur CROSERIO Simon, né en 1786, en Savoie, est nommé à 20 ans répétiteur d'anatomie à la faculté de Turin.

Devenu militaire par l'obligation de la conscription, il devient chirurgien assistant, et obtient en 1808 le titre de docteur en chirurgie à l'Université de Turin. Il participe aux nombreuses campagnes de l'armée impériale, est blessé en 1814, puis nommé chirurgien major de la Garde Impériale en 1815. Après la chute de l'empereur, il s'installe à Paris, se marie en 1820, (il n'aura pas d'enfant) et se fait naturaliser français en 1830. Il devient homéopathe en 1833, après avoir assisté à une cure effectuée par Samuel Hahnemann.

Il fait paraître, en 1850, son « Manuel Homéopathique d'obstétrique ou secours que l'art d'accouchement peut tirer de l'homéopathie » dont voici des extraits. Comme JAHR, son condisciple, il s'oppose, et de façon beaucoup plus véhémement, aux pratiques thérapeutiques classiques :

• **Dans le chapitre consacré aux vomissements :**

• « À ces malaises qui rendent la grossesse si pénible pour la plupart des femmes, l'ancienne médecine n'a rien à opposer : que dis-je, rien ? elle oppose la saignée !!! Pauvre humanité !!! Nux vom. a si bien tous ces phénomènes dans ses symptômes primitifs qu'une seule dose 30° dans un verre d'eau, 1 cuil. à café deux ou trois fois par jour, emporte ordinairement, et comme par enchantement tous ces malaises de manière que la femme parcourt ensuite le restant de sa grossesse sans s'en apercevoir.

La description ci-dessous, dans le détail, des hémorragies de la grossesse a de quoi nous surprendre si l'on oublie que la thérapeutique homéopathique est basée sur les signes, locaux, régionaux et plus globalement « mentaux », et que ceux-ci doivent être précis pour que le remède leur corresponde le plus possible : c'est le principe de Similitude, principe de base de l'homéopathie.

• **Hémorragies ou pertes utérines :**

• Si la perte a lieu après un effort musculaire pour soulever ou porter quelque chose, l'extension violente des bras, un faux-pas, une chute ou un coup sur le ventre ou les reins, on donnera **Arnica 12°**. Si l'écoulement de sang est fort, continu et d'une manière uniforme, avec des tranchées au nombril, des efforts violents et pression vers l'utérus et le fondement, avec frissons, froid général, en même temps qu'il monte une chaleur vers la tête, lassitude considérable, disposition à

rester couchée, on donnera **Ipeca 6°**. Si avec ces malaises, il y a des douleurs comme d'enfantement, et qu'après 1/4 d'heure il n'y ait pas d'amélioration, on donnera **Cham**. Quand la femme perd une quantité considérable de sang rouge foncé, avec des douleurs compressives des reins et douleurs de tête surtout aux tempes, on donnera **Bryon**. **Chin**. est très précieux dans les cas graves où il y a déjà pesanteur de tête, vertiges, pertes d'idées, somnolence avec faiblesse et disposition à la défaillance, froid dans les membres, pâleur du visage, secousses autour de la bouche, contractions des yeux, le visage et les mains deviennent bleus, des secousses dans tout le corps (...). **China** est aussi indiqué lorsque le sang coule par bouffées, avec des spasmes, des douleurs de la matrice qui se portent vers le fondement, avec l'augmentation de l'écoulement du sang. Ce médicament convient pareillement lorsqu'il y a des tranchées abdominales, des besoins fréquents d'uriner et une tension douloureuse du bas-ventre. En général il convient toujours lorsqu'il reste quelque indisposition à la suite d'abondantes pertes de sang. **Hyosciamus 30°** conviendra lorsqu'il y aura des douleurs comme pour accoucher, des tiraillements dans les reins et le sacrum, ou dans les membres, chaleur générale avec pouls accéléré ou plein, gonflement des veines du dos de la main ou au visage, grande agitation, vivacité excessive, tremblement dans tout le corps ou engourdissement des membres, absence de sentiment, obscurcissement de la vue, délire, soubresauts des tendons, ou des secousses dans quelques membres alternant avec la roideur des articulations. **Belladonna 30°** lorsque le sang n'est ni très clair, ni noir, avec des efforts vers les parties génitales, comme si la matrice allait sortir, des douleurs violentes au sacrum comme s'il se brisait. **Platina 30°** lorsque le sang est noir, épais, mais non coagulé et en grumeaux, la douleur au sacrum n'est pas comme s'il se brisait, mais plutôt un tiraillement vers le devant jusqu'aux aines et comme si par cette douleur, les parties intérieures étaient pressées vers le bas, en même temps les parties génitales sont excessivement douloureuses au toucher. **Ferrum**

• **6°** lorsque le sang est tantôt noir, tantôt en grumeaux et tantôt liquide avec des douleurs comme pour accoucher, ordinairement avec rougeurs du visage ; après ce médicament, **China** est souvent utile ; si le sang était très noir, grumelé et gluant, on donnerait **Crocus**. **Sabina** est très utile dans les pertes de sang lorsque le sang est d'un rouge vif avec des douleurs vers les aines, augmentant par accès ou bien en caillots. **Secale corn.** lorsque le sang est noir et liquide, et quand son écoulement est surtout excité par les forts mouvements, lorsque la malade est très faible, avec tremblements et douleurs des membres, ou s'il y a des crampes.

• **DES GUIDI Sébastien Gaetan Salvador Maxime, Comte de.** : né

en Italie en 1769. L'histoire du début de sa vie n'est pas très connue. Exilé politique venant de Naples, il arrive à Marseille en 1799. Après une carrière d'enseignant de mathématiques et d'inspecteur d'Université à Lyon, il se fait naturaliser français. Il poursuit des études qui lui permettent d'obtenir le Doctorat en sciences en 1819 puis le Doctorat en médecine en 1820 à Strasbourg. Lors d'un retour en Italie de 1820 à 1828, son épouse tombe gravement malade. Après de nombreux traitements classiques inefficaces, elle est traitée par De Romani, par homéopathie ; celui-ci lui conseille de consulter Hahnemann qui la guérit. Des Guidi, convaincu, devient, après son retour en France, en 1830, à 61 ans, le premier médecin homéopathe français. Il pratique régulièrement jusqu'à 88 ans et crée, en notant ses consultations et correspondances avec malades et médecins, un énorme registre de cas cliniques dans lequel on trouve quelques traitements de femmes enceintes ou en post-partum. En voici quelques uns parmi ceux rapportés par le Docteur Jacques Baur, dont j'ai gardé les commentaires expliquant les cas cliniques cités :

• (...). Il arrivait aussi que le Comte confiât à ses malades une série de remèdes avec les principaux symptômes correspondant à chacun d'eux. En particulier pour l'accouchement et les suites de couches, on trouve à plusieurs reprises de petits Répertoires répondant aux différentes éventualités possibles.

• « *Le 25 Octobre. Je lui laisse pour ses couches qui doivent avoir lieu bientôt les indications suivantes :*

- – Si les douleurs tardent à s'établir Puls. n° 1
- – Si les douleurs s'arrêtent par l'inactivité de la matrice Puls, n° 1
- – Si les douleurs spasmodiques Puls. n° 1
- – Si la délivrance tarde ou s'il y a adhérence du placenta Puls. n° 1
- – Si les douleurs s'arrêtent par accident, frayeur, chagrin Opium n° 2
- – Après les couches s'il y a lésion aux parties, si douleurs consécutives trop longues ou trop vives. Arnica n° 3
- – S'il survient des hémorragies. n° 4 Crocus
- – Si les mamelons excoriés ou gercés. n° 5 Camo. et laver extérieurement 3 ou 4 fois par jour.
- – Si les seins sont durs, engorgés de lait avec rougeur et chaleur. n° 6 Bryon. Les remèdes n° a et b sont Acon et B.D. en cas de fièvre puerpérale »

(...) Voici le cas d'une malade qui fut tour à tour traitée par le Dr Chazal et par Des Guidi. En haut des notes qu'il lui a consacrées, ce dernier, enthousiasmé par le résultat obtenu dans ce cas grave de fièvre puerpérale a inscrit « Miracle de l'Homéopathie ! ».

« **Madame Mollard**, Croix-Rousse, rue du Pavillon No 8, 25 ans. Accouchée depuis 40 jours elle n'a pas eu de retour. Douleur au ventre et aux reins, crache beaucoup, lèvres blanches, maigre, faible, pas d'appétit, constipée. Pendant la grossesse a vomi, mal à l'estomac. Souvent des frissons. Transpire beaucoup. Froid aux pieds. Probablement la gale. Elle a eu de l'humeur au printemps. Le 22 février 1834, elle va en dévoiement, mais reste 2 ou 3 jours sans aller du ventre. Pieds froids. Camo.

Le 24 février un peu mieux. B.D.  
Le 28 février, elle se sent mieux, dort mieux, ne va que deux fois par jour, et le jour qu'elle a pris B.D. a eu des écoulements jaunâtres qui la soulagent. barrements autour du bas ventre. Elle transpire moins. Ac. 3 Mars.

Le 4 mars, la diarrhée qui commençait à revenir augmente d'intensité et va de mal en pis. Fièvre avec délire. CHAZAL donna Cam.

Le 7 mars, elle est un peu mieux, transpire de faiblesse va toujours en dévoiement et ne peut pas se lever. Coloq.

Le 14 mars, elle a été beaucoup mieux mais depuis hier au soir a pris une douleur au côté droit de l'abdomen. 0  
Le 17 mars, elle n'est pas plus mal, mais le point au ventre, a vomi un peu hier. Bryo.

Le 22 mars, le ventre lui fait mal en le touchant, ne peut pas manger, faiblesse extrême. N.V.

Le 28 mars, elle tousse moins, transpire à peine, est endormie, B.D.

Le 3 avril, mal de ventre presque fini, son appétit va régulièrement mais les jambes sont enflées, la parole ferme et plus gaie. Quina.

Le 8 avril, les jambes sont désenflées, elle va beaucoup mieux. 0

Le 17 avril, toujours gaie malgré les événements derniers, mais l'enflure aux jambes reparait et un peu de bouffissure aux joues o-o.

Le 25 avril, voilà l'hydropisie arrêtée, elle n'est plus bouffie, les jambes sont désenflées, l'appétit est bon, les forces reviennent toujours, elle se propose de venir me voir la semaine prochaine. Si ses retours venaient, tout serait fini. 0  
Le 30 avril, l'enflure menace le ventre et les jambes. Bon courage. B.D.

Le 7 Mai, elle est venue me voir. Bon teint, bon appétit et sommeil bon. Le ventre encore un peu gros - fourmillements aux jambes. Beaucoup de taches de rousseur par la face et au front, éphélides, et pour le 15 o-o.

Le 10 novembre 1835, avec beaucoup de remerciements, a donné 50 F pour la guérison de sa femme qui ne s'est jamais mieux portée. Maltraîtée par le Dr Perine ».

Autre cas clinique rapporté avec autant d'enthousiasme :

• **Mme Pignet**, Augusta, 25 ans. Enceinte de 3 mois environ. Elle avait des maux d'estomac, je lui fis prendre l'ipéca. Elle fut mieux mais aujourd'hui 22 janvier 1843, elle a perdu un peu en rouge, c'est la seconde fois à l'époque menstruelle, un peu plus que la première, et des maux de tête intolérables du côté droit de la tête. A mouché du sang, elle a fait des efforts pour vomir. N.V. .../x dans un verre d'eau, une cuill. d'heure en heure.

Le 12 mai. Toussotement, 6 mois de grossesse. Camo. 6 cuill. de 3 en 3.

Le 10 août. Il y a 12 jours qu'elle est couchée. Hier elle a fait une indigestion d'une soupe au lait ! Borborygmes, coliques ! ... etc. Chelid.

• 8 cuill. d'heure en heure.

Le 15 août. Il paraît qu'une fièvre puerpérale s'est déclarée. Sangsues, dépuratoires ! ! mais frissons, douleur au bas ventre et pesanteur.

Dr Pignet ; surtout du côté gauche. Acon. ..../24 n.b. Elle a accouché Il y a 17 jours. Il y a 5 jours qu'elle a commencé à souffrir.

Le 16 août. Mieux !B.D. 6 cuill. de 2 heures en 2 heures.

Le 17 août. Elle n'a plus eu de fièvre aujourd'hui ! ! quel bonheur ! Mais urine fréquemment et des vents foireux. Sueur abondante ce soir et potages.

Le 18 août. Le mieux est progressif. Elle n'a plus eu de fièvre depuis avant hier ! Son père veut faire de l'homéopathie; maintenant elle ne souffre qu'en urinant. Angoisse dans le bas ventre. Arni. .../6 6 cuill. d'heure en heure. n.b. Sueurs.

Le 20 août. Elle est agitée d'une douleur qu'elle a au côté gauche avec beaucoup de vents, pleure, a fait quelques caillots de sang. Camo. 6 cuill de 3 heures en 3 heures.

Le 22 août. Elle a des glaires, maintenant diarrhée abondante. Merc. .../12 6 cuill. 3 p.j.

Le 25 août. La diarrhée a cessé. Elle a été levée hier. Elle veut partir aujourd'hui. Coliques avec envies d'aller du ventre. Ignat. 4 cuill. 2 p.j.

Le 28 août. Des vents, commence d'aller du ventre, soif, yeux cernés, transpire. Quina .../12 4 cuill. 2 p.j.

Le 31 août. Coliques dans le ventre et celles de la matinée remontent et l'étouffent, elle a des pertes en blanc. Pesanteur à la matrice. La marche la fatigue, va en diarrhée plus la nuit que le jour. Sepia .x d'heure en heure, 6 cuill.

Le 2 septembre. Faiblesse. Ne peut faire des mouvements. Le grand air lui fait mal, gonflement du bas ventre, gonflement au col de la matrice. 0

Le 4 septembre. Sepia a fait un miracle. 0"

(...) La prophylaxie ne concernait pas toujours la prévention des maladies infectieuses. Elle pouvait s'appliquer à bien d'autres domaines et en particulier à la prévention des troubles de l'accouchement.

• « **Mme Grogner**, Justine, 28 ans, Le 17 avril 1847. Elle fit une fausse couche le 17 mai 1845, quoique elle ne

fut pas bien douloureuse, les suites et les pertes furent instantanément arrêtées par *Secale* donné de 2 en 2 heures. Elle a été assez bien depuis et les menstrues régulières.

Mais depuis le 24 mars, le flux a à peine paru. Depuis, maux de cœur, vomissements avec efforts, a pris de l'appétit, maux dans les reins et des pertes continuelles, de couleur jaunâtre et en se levant le matin la perte est plus abondante, moins âcre et la soulage. *N.V.* 6 cuill. 2 de suite et une de 3 en 3 heures.

Le 21 avril. Moins de maux de cœur, pertes plus rares, moins âcres. Elle tousse un peu, un peu de mal aux reins, inquiétude. Sommeil agité, aphtes dans la bouche, gencives qui saignent. Affections gastriques des femmes enceintes. *Ipec.* 4/6 6 cuill. 2 p.j.

Le 29 avril. Par sa lettre datée de Brignais, du 28 Ct, il exprime sa satisfaction pour le rétablissement de sa femme et la cessation complète de la perte.

Le 15 novembre. Son mari dit que Madame est grosse de 8 mois 1/2 à peu près. En cas de couche difficile, ou en cas que l'enfant se présente mal *Puls.* 5/ dans un verre d'eau; dans le cas d'une couche heureuse, quand tout sera arrangé, *Arn.* / dans 6 cuill. dont une d'heure en heure ou de deux en deux heures.

Le 10 décembre. Madame a accouché hier d'une grosse fille, tout a été très bien sous l'action de *Puls*, qui a été donné au commencement des grosses douleurs; elle a pris *Arn.* après ses couches, maintenant elle a probablement la fièvre de lait. n.b. probablement un peu de grippe car elle tousse et crache, un peu de dévoiement.

Le 12 Décembre. On lui a donné du suc de chicorée d'orange! Diarrhée aqueuse qui s'échappe sans pouvoir la retenir. Écorchure aux grandes lèvres. *Hyoscia.* 5/10 10 cuill. d'heure en heure.

Monsieur Grogner. Esquinancie. Fièvre, vomissement, mal à la gorge en avalant, disposition chronique. Le 18 août 1847. No 1 *Aconit* 6 cuill. de 2 en 2 heures. le 20, No 2 *B.D.* 6 cuill. de 3 en 3 heures. le 21.

Le 30 août. Est venu me remercier de lui avoir rendu la santé. Madame se porte bien aussi ».

(...) L'allaitement remédial :

« Jamais on ne donne des médicaments aux enfants eux-mêmes lorsque leur mère les allaite. C'est la mère ou la nourrice qui les prend pour eux; au moyen de son lait ils agissent promptement doucement et efficacement sur le nourrisson ». Cette consigne, donnée par Hahnemann dès 1828 dans la première édition de ses « Maladies Chroniques » fut par la suite constamment suivie par les médecins homéopathes qui purent en apprécier l'opportunité :

• **Mme Laforet, du Port-Neuville.** Son enfant a 9 mois qu'elle nourrit, elle a été fort mal, chagrin.... etc. Elle a repris ses menstrues depuis 3 mois, elle a ordinairement mal à la tête. Elle est dormeuse sommeil pesant avec rêves. Depuis longtemps constipation avec gerçures à l'anus qui se fend de temps en temps. Susceptibilité nerveuse. Le 2 août 1839. *Opium* .../6

• Le 3 août. Elle a été assez bien, mais sommeil lourd, agitation en se couchant, douleur à l'occiput. *Cham.* pour prendre le 3.

• Le 4 août. Son mari me dit qu'elle a pris *Camo.* mais a été agitée hier au soir et un peu inquiète.

• Le 7 août. Voilà 7 à 8 jours que les règles retardent. Elle a eu des glaires au gosier qu'elle n'est pas habituée. *B.D.* ./x

• Le 9 août. Elle n'a pas encore ses règles, elle tousse, elle est inquiète et irritable. *Bryon.* en 3 doses, *Voiture* 3 F.

• Le 10 août. La toux n'a pas cessé. *R.R.* ./x ce soir.

• Le 11 août. Elle a moins toussé, un peu de menstruation a paru *R.R.* n.b. rêves pénibles.

• Le 16 août. Elle est dégoûtée, elle perd un peu en blanc, crevasses à l'anus et des maux de reins. *B.D.* .../8

• Le 19 août. Perte blanche âcre qui écorche précédée de démangeaisons. *Quina* .../12

• Le 23 août. Elle est bien, elle ne se ressent plus de la fissure à l'anus. Elle sent un point de côté en marche 0.

• Le 31 août. A la nourrice *Arnica.*

• Le 2 Septembre. Le petit ne veut pas prendre le sein de la nourrice. *Silic.* ./x !

• Le 3 Septembre. Oh, divine homéopathie ! La nourrice a pris *Silica* à 2 heures et à 3 heures le petit a pris le sein, à 3 heures !! Miracle ! »

De tels cas n'étaient pas exceptionnels et *Silica* est encore considéré de nos jours comme le remède des enfants qui refusent le sein de leur mère. Voici un autre cas du même genre concernant une patiente qui présentait un abcès du sein.

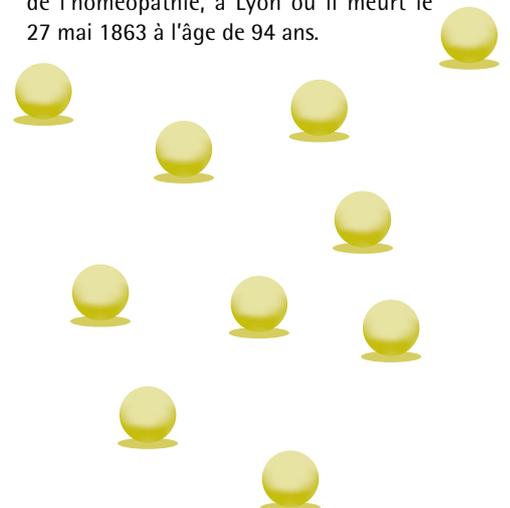
• « **Mme Bonnard-Martorey 31 ans.** Le 26 avril 1843. Le mamelon va mieux, elle n'a point de douleur mais la tumeur existe et pointe vers le haut du sein. Presque point de douleur, un peu de dureté. *Merc.sol.* .../12 6 cuill. de 3 en 3 heures.

• Le 5 mai. Le sein a abcédé sans souffrance le 3 mai. Elle va bien, mais constipée et souffrances hémorroïdes. *Ign.* 6 cuill. de 2 en 2 heures.

• Le 10 mai. L'enfant a refusé le sein quoique elle ait 2 mois, elle tétait déjà le sein malade avec le mamelon artificiel et tétait très bien le sein qui n'a pas été malade. Il y a deux heures qu'elle ne veut plus téter ni l'un ni l'autre. L'enfant fait des excréments verts et urine par petites gouttes. *Silicea./x* à 5 heures du soir ici. n.b. La mère a été un peu fatiguée par le travail, elle souffre des hémorroïdes elle est enrhumée sans souffrir autrement. S'il fallait, *Coffea* ce soir .../x 6 cuill. d'heure en heure pour la petite.

• Le 24 mai. Voilà encore un effet admirable de *Sil.* Dès que la mère est rentrée chez elle la petite a pris le sein, a bien dormi et est assez bien. La mère et l'enfant vont bien ».

La lecture de ces cas cliniques est rendue un peu difficile par les abréviations particulières à Des Guidi, surtout en ce qui concerne les remèdes, mais cela ne nous empêche pas d'apprécier l'enthousiasme et souvent l'humour de ce médecin déjà âgé. Des Guidi a été le grand promoteur de l'homéopathie, à Lyon où il meurt le 27 mai 1863 à l'âge de 94 ans.



## Question

de J.-L. Simenel

L'article d'Anne-Marie Le Hénaff sur l'histoire de l'homéopathie est très intéressant, mais me semble-t-il, ne se dégage pas d'un caractère anecdotique qui laisse perplexe quant à l'efficacité de cette discipline tant sur plan conceptuel que pratique. L'homéopathie apparaît comme une thérapeutique aux sources beaucoup plus empiriques qu'expérimentales. L'établissement d'une théorie scientifique solide sur l'action pharmacologique des hautes dilutions est indispensable pour qu'elle soit reconnue en tant que « fait » scientifique. Cette *notion d'infinitésimalité* – un des trois grands concepts de l'homéopathie avec le *principe de similitude* et celui de *l'individualisation du malade et du médicament* – se heurte à un obstacle majeur : au-delà d'un certain seuil de dilution, la présence de molécules de la substance étudiée devient théoriquement improbable (nombre d'Avogadro égal à  $6,023 \times 10^{23}$  molécules ou atomes par mole).

Les études concernant les caractéristiques physico-chimiques des hautes dilutions (la spécificité moléculaire des constituants, la « dynamisation » et les phénomènes induits – turbulence, cavitation – la température, l'oxygène atmosphérique) sont peu probantes, l'interaction avec les phénomènes électromagnétiques, évoquée, reste inconnue ; je ne ferai que rappeler les travaux concernant la « mémoire » de l'eau d'un certain Benveniste qui furent mis en pièces il y a quelques années. Il est vrai que l'eau – dont toute vie biologique semble issue – aurait eu en ce cas la mémoire de tout, et par conséquent la mémoire élective de rien.

Alors je te pose trois questions. Existe-t-il des travaux expérimentaux menés avec une grande rigueur scientifique (type : études en double-aveugle versus traitement allopathique et versus placebo, concernant des groupes de sujets appariés) ? Existe-t-il des preuves irréfutables démontrant que les effets de l'homéopathie ne sont pas uniquement des effets placebos ? Lesquelles ? En particulier dans le domaine de la Gynécologie ?

# Modernisation sociale...

## Ou l'irrésistible ascension de la tentation totalitaire

Dans « Les œufs de l'autruche », André Roussin\* parlant de la médecine écrivait, avec malice : « *dans la maladie, ce qui sauve c'est la santé* ». Cette maxime percutante et provocatrice se voulait être la marque du peu de crédit que l'auteur accordait à l'efficacité du corps médical. L'aura du médecin s'en trouvait magistralement écornée. Ce trait d'humour est-il toujours d'actualité ?

Depuis, l'exercice de la médecine a bien changé. La connaissance médicale s'est considérablement développée, la technologie a envahi la pratique médicale, bouleversé la précision du diagnostic et rendu de plus en plus performantes les thérapeutiques.

Paradoxalement l'image du médecin ne s'en trouve pas améliorée et c'est plutôt celle du « Diafoirus » qui prévaut. Il faut dire que beaucoup s'ingénient à y contribuer. Cheville ouvrière enviée et redoutée encore certes dans le système de santé, mais de plus en plus dénigré, vilipendé, calomnié, placé sous camisole dans une lutte de pouvoir sans merci au nom d'une prétendue gestion comptable de la médecine pour, à bien y regarder... un trou, un petit trou : le trou de la Sécu : 2 % au maximum de l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie pour le déficit de la branche maladie, à peine 1 % du budget social de la nation, en tout cas inférieure à 1 % du budget global de la nation. Ce n'est donc pas « un trou de première classe ». À vrai dire ce n'est pas un trou, c'est un prétexte !

Et parce que la technocratie pensante et agissante de la CNAMTS se considère comme « un payeur aveugle... lui interdisant d'être un acheteur avisé »\*\* voilà notre « Diafoirus » condamné à 5 ans 1/2 de tarif de consultation au prix d'une coupe de cheveux ! Foin des longues études à rallonge, foin des efforts de formation médicale continue, foin de la conscience professionnelle que chaque médecin s'impose dans l'exercice de son art. Ces beaux Messieurs redresseurs de torts, donneurs de leçons de « *démocratie sanitaire* »\*\* se mêlent de la qualité des soins prodigués et par ce biais, c'est tentant, de la qualité des donneurs de soins eux-mêmes ! Sans aucune concertation,

ils jettent l'anathème sur le corps médical contraint à la re-certification quinquennale (c'est à la mode) et les menacent d'être déconventionnés, ils délivrent des labels de qualité et créent des « *secteurs d'excellence* »\*\* pour d'autres « *sur titre ou sur dossier* »\*\* (toujours les mêmes ?!). « *Il n'y a pas de qualité sans contrainte* »\*\*. Allo ! Messieurs nos professeurs de faculté comment vous nous avez faits ? on n'est pas bon ! Quel enseignement inadapté avons-nous reçu ? Quel mauvais crible nous a permis de poser notre plaque ? Les diplômes universitaires ne sont donc plus cotés à la Bourse de la sécu ? « Aide-toi le ciel t'aidera » ! répondra certainement l'écho.

Peu gênés d'être juges et parties, ces technocrates ! Leur cause est juste, ils prétendent défendre l'assuré dont ils veulent le bonheur plus que pour eux-mêmes. Ils incitent même les usagers à se regrouper au sein d'associations à condition qu'elles soient reconnues « *d'utilité sanitaire* »\*\*. Par qui ? Mais attention, pas de ruades « *il pourra être mis fin à cette décision si l'association cesse de répondre aux conditions requises* »\*\* (notamment la représentativité et l'indépendance). Il s'agit là d'une remise en cause du droit d'association et de la soumission à l'Etat des associations de malades. Souhaitons seulement que cela ne fasse pas jurisprudence. C'est votre bonheur qu'ils veulent, une tête bien faite dans un corps sain... dans « la transparence » bien sûr, c'est-à-dire l'atteinte du secret médical : « *la qualité totale des soins est antinomique avec la préservation absolue de l'intimité* »\*\*... « *les patients doivent être tenus à un minimum de transparence concernant leur consommation de soins* »\*\*. (On a rien sans rien, faut bien quelques contreparties), le rationnement des soins : la CMU qui fait perdre à 6 millions de personnes, (les plus pauvres) la moitié de leur droit au remboursement, le rétablissement du travail de nuit des femmes et plus particulièrement des femmes enceintes, l'ajustement, une meilleure organisation de l'offre (« *excédentaire* »\*\* paraît-il mais à qui la faute ?) et de la demande de soins (vraiment prise en compte) ? Indécrottable « Diafoirus »,

## ... modernisation sanitaire



c'est à cause de l'offre qu'il y a de la demande ! Pas de médecin, pas de malades ! Patients ne cherchez pas à vous rendre malade. Il n'y a plus de médecins, vous êtes guéris ! Un seul objectif : économies. Economies rendant nécessaire la disparition du secteur libéral de spécialistes, sauf les plateaux lourds. Eh oui ! « Diafoirus » médicaux décotés à l'argus vous ne pesez pas bien lourd. Les chirurgiens c'est du sérieux ! Rendez-vous compte si dans l'urgence on n'en trouvait pas un, tous perdus dans l'outré hospitalière ? Non, non le chirurgien ne passera pas à la trappe de l'enveloppe globale (in)hospitalière devenue fourre-tout. Des files d'attente. Quelle file d'attente ? Ce sera impossible avec une médecine à deux vitesses, et c'est bien connu : deux vitesses valent mieux qu'une. Si vous ne comprenez pas, contactez votre médecin référent. Il vous sera imposé même si vous avez voté contre à 79 % ! Ça ne compte pas, c'était pour rire.

Et pour les « diafoirus » mécontents, récalcitrants, gare ! ceux-là seront remis, au besoin, dans les rails par un Ordre réformé – nouvelle mouture – totalement asservi au pouvoir. Quelques « hurluberlus » des conseils départementaux n'ont-ils pas eu – dans un salutaire sursaut de courage que chacun pensait

impossible – l'insolence (ou l'inconscience de se croire indépendants) de prendre parti contre les positions des pouvoirs publics et de la sécurité sociale ! Non mais... le ménage est mal fait ! Dorénavant les présidences des chambres disciplinaires au niveau national et régional seront interdites aux médecins, des juges non médecins clouent les médecins au pilori des droits sacrés du consommateur et amplifieront la psycho-mania procédurière à l'américaine. Faut bien commencer à s'habituer à l'américain pour faire une médecine à l'anglaise. Un bon médecin sera un médecin virtuel totalement informatisé, « débogueur » de son état pour l'essentiel, ayant à sa disposition des arbres décisionnels, des moteurs de recherche, des codes de bonne pratique, des RMO, des traitements standardisés, docile télétranscripteur de soins génériques, conseillé en gestion de panier de soins ! et si possible payé des émoluments prévus au plus juste par nos parlementaires.

Du calme ! du calme, cher confrère, à Sésam... ouvrez-vous, c'est vital ! Allez ! c'est parti, laissez-vous faire, inscrivez trois symptômes dans la case prévue à cet effet, exemple : spleen, idées noires et insomnie, tapez sur « Enter », non pas « enfer », « ENTER » et à votre grand éton-

nement cher confrère vous verrez apparaître le nom de la maladie dont vous êtes atteint et son traitement le moins cher. N'est-ce pas merveilleux ? Vous n'êtes pas convaincu, contactez votre confrère référent. Son nom ? je n'en ai qu'un souvenir approximatif, quelque chose comme Machin Grave Français ou Mac Giver French !

Pour nous défaire du nœud coulant qui nous étrangle, une idée saugrenue quelquefois évoquée me vient – idée pas forcément incompatible avec l'obligation de ne pas faire grève (ce dont abusent à notre encontre des politiciens sans scrupules) et nous évite d'être attaqués pour non assistance à personne en danger – ET SI NOUS NOUS DECONVENTIONNIONS TOUS COMME UN SEUL HOMME ? refusant d'être les otages, les subordonnés de la sécu ? Après tant d'années d'études, une prestation médicale, fait contributif essentiel au bien-être des gens, vaut bien au moins autant sinon plus qu'une heure de dépannage du technicien venu vérifier votre échographe, ou le déplacement d'un plombier ou une consultation souvent très onéreuse et non remboursée chez le vétérinaire pour l'angine du rouge-gorge ou le chat dans la gorge du chat !

Mais je m'emporte et m'égaré ! Que de coquecigrues ! mes propos frisent le délire (l'ordinateur ne s'était pas trompé : « tendance dépressive sur fond de paranoïa ») A moi ! mon sur-moi, au secours !... vite, vite ! un comprimé (de l'Ordinal 2001, je crois) du traitement prescrit par l'élément avancé du dispositif de modernisation des soins de qualité (loi de financement 2001 de la Sécurité Sociale) et déjà une douce accalmie m'envahit, déjà tout rentre dans l'ordre (revu et corrigé), ma pensée, en proie au martèlement des consciences par les médias, s'incline.

Monsieur Roussin, votre maxime n'est plus d'actualité, dans la maladie ce qui sauve, ce n'est pas la santé, c'est la sécurité sociale ! C'est bien là le principal. Amis médecins est-il encore nécessaire de vous en convaincre ? À votre bonne santé tout de même ! Qui vivra, verra.

\* Membre de l'Académie française (1911-1987)  
 \*\* Texte du Conseil d'administration de la CNAMTS du 12 juillet 1999, intitulé « Des soins de qualité pour tous » : refonder le système de soins.

# Les cancers infra-cliniques du sein

Conduite à tenir devant une anomalie mammographique infra-clinique

(Mardi 3 Octobre 2000)  
Intervenant : Dr M. BERRY

**A**u cours de cette soirée réunissant 23 médecins gynécologues en 4 ateliers, le sujet des lésions mammaires infra cliniques a été abordé sous ses divers aspects épidémiologique, diagnostique, voire thérapeutique.

Ainsi, il a été rappelé l'incidence des cancers du sein avec un accroissement progressif de cette maladie sur les 25 dernières années, augmentation de l'incidence de 3 % chaque année de 1975 à 1995. L'analyse de 11 registres du cancer fait apparaître un nombre de 30 000 nouveaux cancers du sein en France pour 1995.

L'incidence cumulée de 1975 à 1995 de 60 % est à confronter à une augmentation durant cette période que de 8 % de la mortalité par cancer du sein, première cause de mortalité par cancer des femmes françaises.

Peut ainsi se résumer cette incidence par le fait qu'une femme sur huit a eu, ou aura, un cancer du sein au cours de son existence.

Les facteurs de risques sont également rappelés (tableaux I - II).

Les difficultés diagnostiques des cancers infra-cliniques sont soulignées.

Les performances des différents moyens de diagnostic sont étudiées sous leur aspect de la sensibilité et de la spécificité, de leur valeur prédictive positive ou négative (VPP/VPN), la mammographie conservant sa prépondérance, restant

actuellement le test de base de détection des cancers infra-cliniques (tableau III).

En situation diagnostique comme en situation de dépistage, un contrôle régulier de la qualité des appareillages est indispensable.

## L'échographie (cf tableau IV)

Les indications de l'échographie sont à moduler en fonction de la densité des seins et de la catégorie ACR de l'anomalie. Les principales indications de l'échographie sont les anomalies ACR 3 et 4 sur des seins denses :

- en cas d'opacités de nature indéterminée : l'échographie permet essentiellement de différencier un kyste d'une structure tissulaire et apporte des arguments supplémentaires de malignité ou de bénignité ;
- en cas de microcalcifications, distortions architecturales, hyperdensités localisées : l'échographie ne sert pas à apprécier directement le degré de suspicion mais à éliminer une lésion radiologique latente associée.

L'échographie est aussi indiquée en cas d'anomalie ACR 5 en apparence unique sur seins denses pour mettre en évidence des lésions multifocales uni ou bilatérales radiologiquement latentes.

L'échographie n'est pas indiquée dans les anomalies ACR 2.

## Les autres techniques d'imagerie

Dans l'état actuel des connaissances, la

mammographie numérique et l'IRM\* ne sont pas indiquées en dehors de protocoles d'évaluation.

Il apparaît clairement que la mammographie reste le moyen le plus fiable du dépistage de masse.

C'est actuellement, en effet, l'investigation qui permet d'observer une réduction importante de la mortalité par cancer du sein, en raison de la précocité du diagnostic.

Il est fait mention d'une communication au Congrès de Bordeaux de juin 2000 sur les mastopathies bénignes, d'un ralentissement de l'incidence du cancer du sein depuis 1993, et même d'une diminution globale de l'incidence en Hollande et en Suède ?

Deux explications sont avancées : d'une part, une stabilisation de l'incidence pour les cohortes les plus jeunes, d'autre part une amélioration des taux de survie pouvant être le fait de meilleurs résultats thérapeutiques et/ou diagnostiques (1).

Enfin, les dernières études statistiques de campagnes de dépistage concernant des cohortes homogènes de femmes font apparaître l'intérêt du dépistage chez les femmes à partir de 40 ans, avec une incidence nette sur la mortalité.

L'A.C.R. (2), constatant l'incidence importante des cancers du sein chez les femmes à partir de 40 ans, propose, dès 1997, un dépistage mammographique sous deux incidences par sein, chez les femmes de

Tableau I

FRANCE

### INCIDENCE

De 1975 à 1995 → + de 60 % de l'incidence → + de 8 % de la mortalité

1995 → 33.867 nouveaux cas → 32 % des K féminins

Sur la durée totale de la vie le risque est de 13 % soit 1 femme sur 8

### RISQUES RELATIFS

|   |  |
|---|--|
| 1 ATCD au 1 <sup>er</sup> degré (à moins de 50 ans) | × 2 à 4  |
| 2 ATCD au 1 <sup>er</sup> degré (à moins de 50 ans) | × 4 à 6  |
| Hyperplasie épithéliale                             | × 2  |
| Hyperplasie épithéliale atypique                    | × 4  |
| K lobulaire in situ                                 | × 6 à 12   |
| K canalaire   | × 2 à 4 pour le sein controlatéral                   |
| Irradiation médiastinale avant 20 ans               | × 20   |
| Gènes BRCA - 1 - 2 (2500 cas /an)                   | 56 % à 87 % de risque (dépistage à partir de 30 ans) |

Tableau II

U.S.A.

### PROBABILITE D'UN K INFILTRANT

|     |           |        |
|-----|-----------|--------|
| Âge | ➤ 20 - 29 | 0,04 % |
|     | ➤ 30 - 39 | 0,40 % |
|     | ➤ 40 - 49 | 1,49 % |
|     | ➤ 50 - 59 | 2,54 % |
|     | ➤ 60 - 69 | 3,43 % |
|     | ➤ 70 - 79 | 4,31 % |

### SURVENUE DE NOUVEAUX K DU SEIN

Répartition pour 100 cancers selon les tranches d'âges.

|     |           |      |
|-----|-----------|------|
| Âge | ➤ 40 - 49 | 18 % |
|     | ➤ 50 - 59 | 18 % |
|     | ➤ 60 - 79 | 24 % |
|     | ➤ 80 → +  | 14 % |

**Tableau III**

Un plus précoce diagnostic permet de contenir la mortalité  
 Mais diagnostic difficile  
 Limiter les intervalles chirurgicales inutiles  
 Prélèvements percutanés (biopsies bénignes 70 à 80 %)

**LA MAMMOGRAPHIE**  
 Test de base  
 Critères de qualités - Appareillage - Technique

**SENSIBILITE 85 à 95 %**  
 Au premier dépistage dans la population générale

|     |          |        |
|-----|----------|--------|
| Âge | 30 - 39  | 77,3 % |
|     | 40 - 49  | 76,7 % |
|     | 50 - 59  | 93,6 % |
|     | 60 - 69  | 94,1 % |
|     | > 70 ans | 91,2 % |

**SPECIFICITE ≠ tous âges**  
 92,6 à 95,2 %  
 VPP × 2 à 3 si 1 ATCD au 1<sup>er</sup> degré  
 Risque de K radio induit négligeable > 35 ans  
 (Bénéfice / Risque)

40 à 70 ans, avec un examen clinique annuel et un auto-examen mensuel (tableau V).

Une importante partie de cette soirée est consacrée à des ateliers pratiques à partir de dossiers ayant présenté des difficultés diagnostiques, voire thérapeutiques.

Ces ateliers permettent de situer la place du cytodagnostic et de la micro-biopsie radio ou écho guidée.

Les nouvelles techniques de biopsies de lésions infra-cliniques sous aspiration à l'aiguille de 11 G, ou par la technique radio chirurgicale ABBI, transforment la démarche diagnostique, permettant d'éviter des interventions plus lourdes pour des anomalies qui vont s'avérer bénignes. Afin de se préserver des effets délétères d'interventions inutiles, et pour parvenir au taux de vérification idéal tel que 50 % de lésions bénignes (LB) / 50 % de lésions malignes (LM), et éviter comme aux U.S.A. 90 % LB / 10 % LM, des critères décisionnels sont établis (tableau VIII).

C'est à partir des anomalies mammographiques, telles que les micro-calcifications selon la classification de Le Gal, ou de toutes les images anormales selon la classification de l'ACR, que sont formulées des recommandations par l'ANAES et l'ACR (tableaux VI, VII, IX, X et XI).

Référence

1 - COLLEMAN MP et Al. - Trends in cancer incidence and mortality. IARC - Scientific Publications, N° 121, Lyon, 1993.

2 - American College of Radiology.

**Tableau IV \***

**L'ÉCHOGRAPHIE Opérateur dépendante**

**Appareillage** sondes hautes fréquences 7,5 à 12 → 20 mghz amélioration résolution spatiale et contraste d'oppler

**Séméiologie** kyste / lésion tissulaire  
 VPP ≠ 100 % / VPN 100 % si anomalie hypoéchogène  
 Caractéristiques des lésions bénignes vs lésions malignes.

**Sensibilité T palpable 98 %** Spécificité 68 %

**LESIONS INFRACLINIQUES**  
**Sensibilité 61 à 64 %** (80 % si les K révélés par microcalcifications sont exclus)  
**Taux de détection** - Taille < 8 mm  
 - Sein graisseux  
 Une ECHO normale n'exclut pas 1 K (K lobulaire étendu)

**RECOMMANDATIONS ACR** - Anomalies classées 2 : pas d'écho  
 - Anomalies classées 3-4 : ECHO

Apport faible de l'ECHO dans la détection du K infracliniques.  
 Mais permet de réduire les biopsies inutiles avec ECHO LB/LM de 1,6/1 sans ECHO LB/LM de 5/1

**Tableau V**

**RECOMMANDATIONS DE L'A.C.R. (1997)**

Le nombre élevé de femmes jeunes (USA)  
 La croissance rapide des lésions chez les femmes  
 L'avance du diagnostic plus courte chez ces femmes « Sojourn Time »\*  
 (nécessité d'un intervalle court entre les deux tests)  
 une petite lésion offrant des choix thérapeutiques (conservateur)  
 L'espoir d'une réduction de mortalité de 25 à 45 % des femmes  
 (Malmö - Gothenborg 1997 : 1 incidence)

**DEPISTAGE MAMMOGRAPHIQUE ANNUEL À PARTIR DE 40 ANS**

- + 1 examen clinique annuel
- + Auto examen mensuel
- Avant 40 ans chez les femmes à risques.

\* « Sojourn Time » (Intervalle lésion infraclinique - lésion palpable)  
 La valeur prédictive positive du test ↑ avec l'âge // à l'↑ de l'incidence.

**Tableau VI :**  
**équivalence entre la classification Le Gal et celle de BI-RADS ACR**

| Type de Le Gal | Equivalence ACR   |
|----------------|---|
| 0              | ACR 2   |
| 1              | si typiquement sédimentées = ACR 2<br>sinon = ACR 3   |
| 2              | si diffuses = ACR 2<br>si groupées en amas = ACR 3  |
| 3              | ACR 3<br>si nombreuses, en amas irrégulier ou étendu sur un territoire canalaire, ou associé à une surdensité = ACR 4 |
| 4              | ACR 4 ou ACR 5<br>selon le nombre, le groupement ou la forme de l'amas  |
| 5              | ACR 5   |

\* L'IRM sera traité dans un prochain numéro avec les nodules mammaires.

Tableau VII

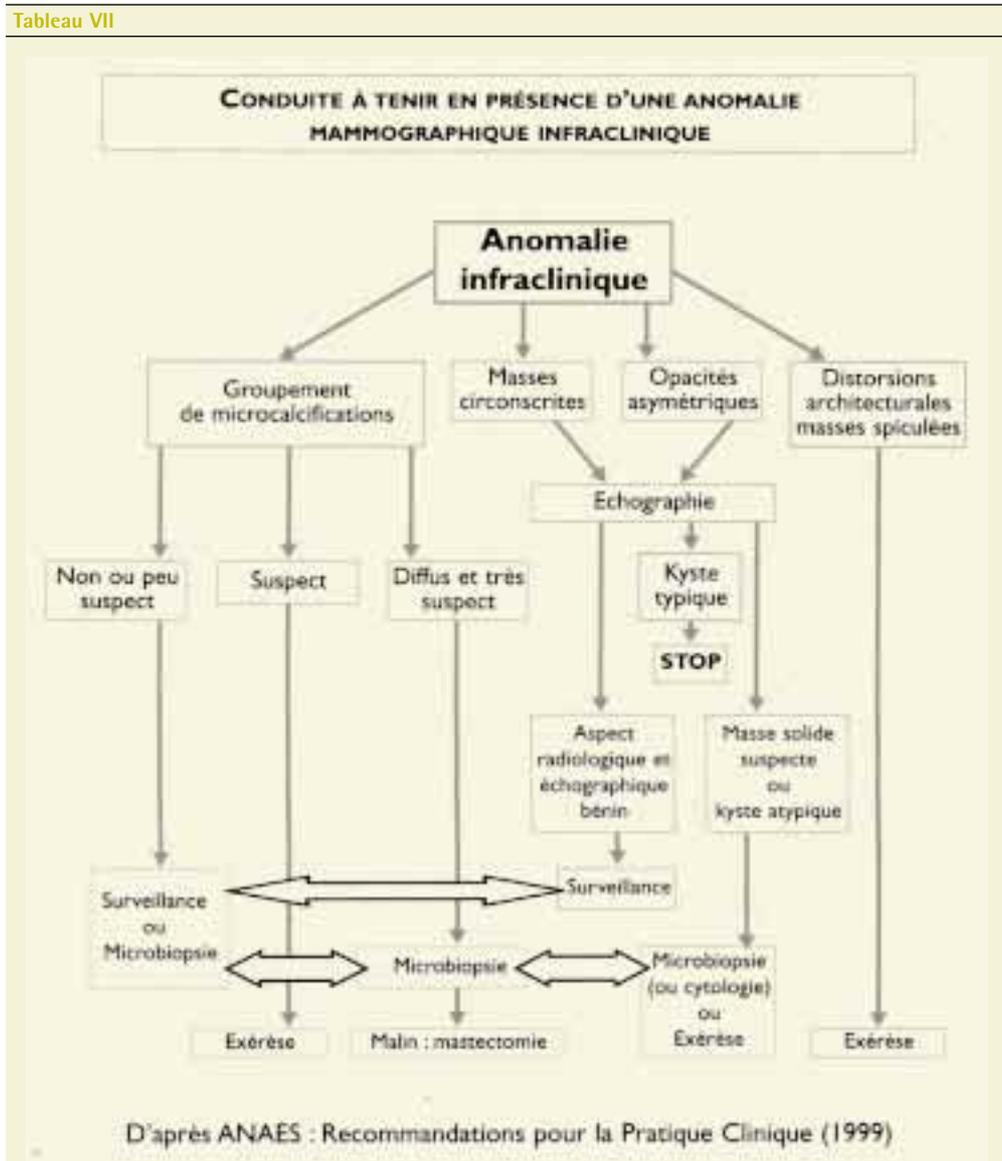
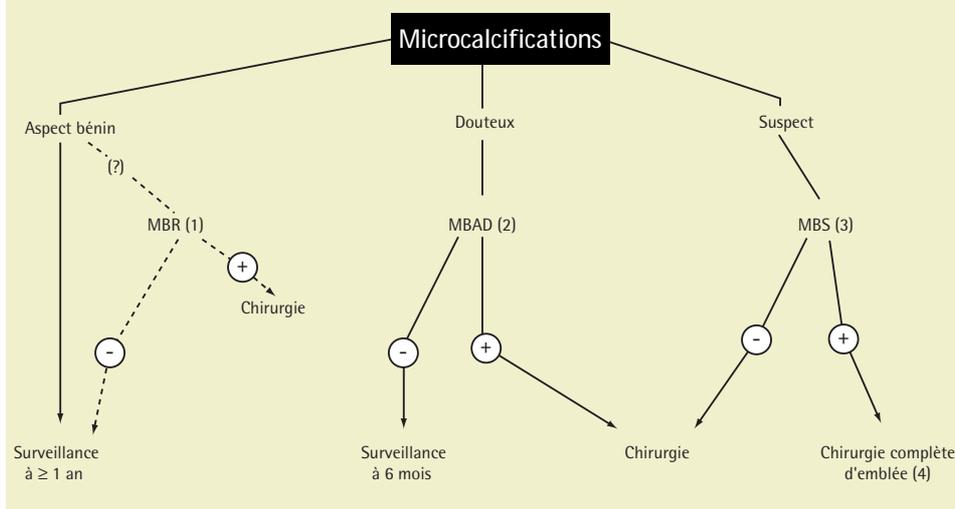


Tableau VIII

Conduite à tenir diagnostique devant une image mammographique infraclinique anormale



- (1) Microbiopsies dites de « rattrapage » évaluées dans certaines indications : antécédent de cancer, cancer controlatéral, chirurgie controlatérale, risque très élevé (génétique ?) etc.
- (2) Microbiopsies dites « d'avance au diagnostic » indiquées dans certains cas de microcalcifications douteuses ou à faible risque (type 2 de Legal) pour lesquelles un résultat positif de la microbiopsie entraînera un gain de temps par rapport à la surveillance radiologique.
- (3) Microbiopsies dites « stratégiques » car permettant un diagnostic histologique préopératoire (qui même s'il est sous-évalué) peut conduire à des gestes curatifs d'emblée (chirurgie complète d'emblée : (4)) tels que curage si invasion ou micro-invasion, voire mastectomie si microbiopsies multiples affirmant le caractère très étendu ou multifocal de la lésion.
- (4) S. Uzan, J.Y. Seror, J. Chopier, M. Antoine et al. (Paris, Département des tumeurs du sein de l'hôpital Tenon, 1996).

Tableau IX

Classification des anomalies mammographiques adaptée d'après celle de l'ACR 2.

**ACR 2**

- Opacités rondes avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste)
- Opacités ovalaires à centre clair (ganglion intramammaire)
- Image de densité grasseuse ou mixte
- Cicatrices connues
- Macrocalcifications isolées
- Microcalcifications de type I d'après Le Gal
- Calcifications vasculaires

**ACR 3**

- Microcalcifications de type 2 d'après Le Gal, en foyers uniques ou multiples ou nombreuses calcifications dispersées groupées au hasard
- Opacités rondes ou ovales, discrètement polycycliques non calcifiées, bien circonscrites

- Asymétries focales de densité à limites concaves et/ou mélangées à de la graisse.

**ACR 4**

- Microcalcifications de type 3 d'après Le Gal ou de type 4 peu nombreuses
- Images spiculées sans centre dense
- Opacités non liquidiennes rondes ou ovales, à contour microlobulé ou masqué
- Distorsions architecturales
- Asymétries ou hyperdensités localisées évolutives ou à limites convexes.

**ACR 5**

- Microcalcifications de type 5 d'après Le Gal ou de type 4 nombreuses et groupées
- Amas de calcification de topographie galactophorique

- Calcifications évolutives ou associées à des anomalies architecturales ou à une opacité
- Opacités mal circonscrites à contours flous et irréguliers
- Opacités spiculées à centre dense.

\*N.B. : L'adaptation de la classification de l'ACR concerne essentiellement la terminologie utilisée pour décrire les anomalies mammographiques, en particulier les microcalcifications. Dans le tableau XI les microcalcifications ont été classées selon la classification morphologique française de Le Gal en tenant compte des équivalences entre cette classification et celle de l'ACR. La description des microcalcifications selon la classification de Le Gal figure dans ce tableau.

Tableau X

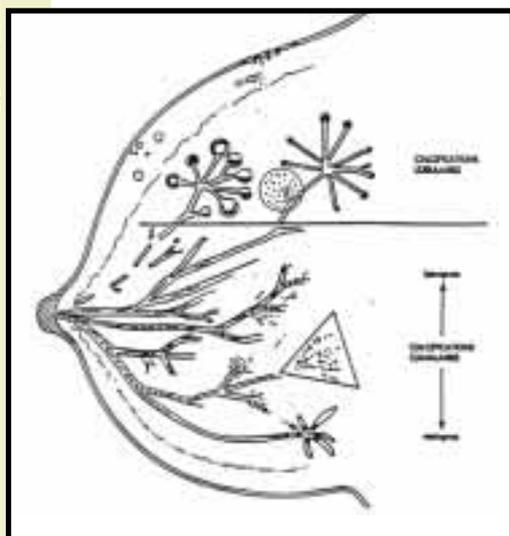
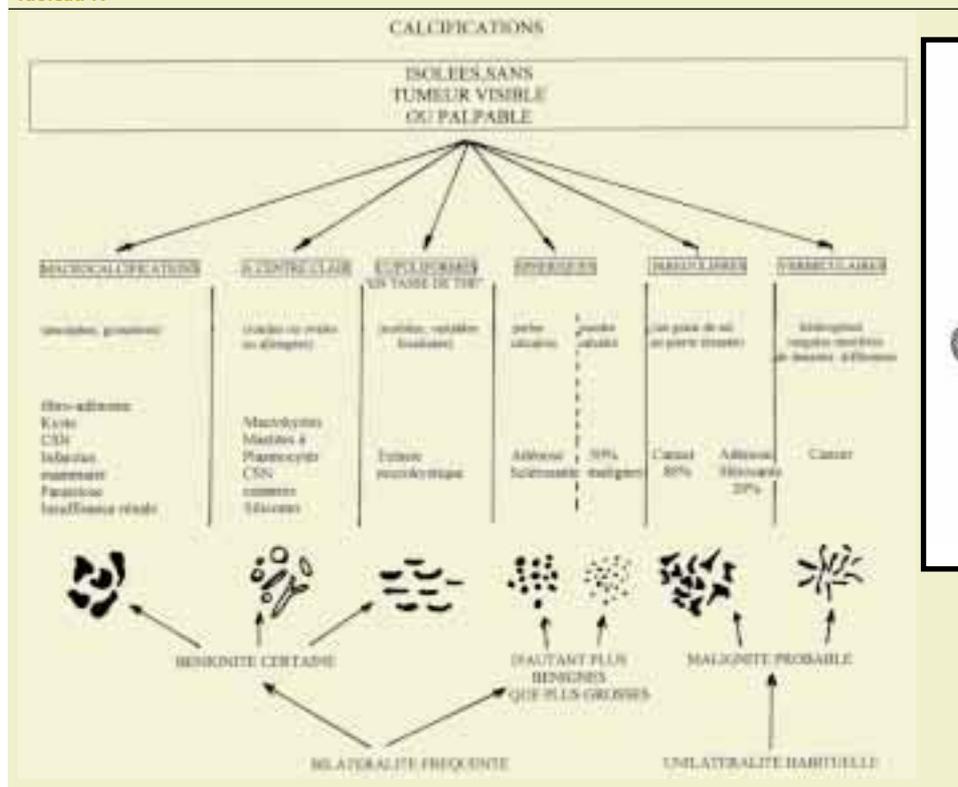
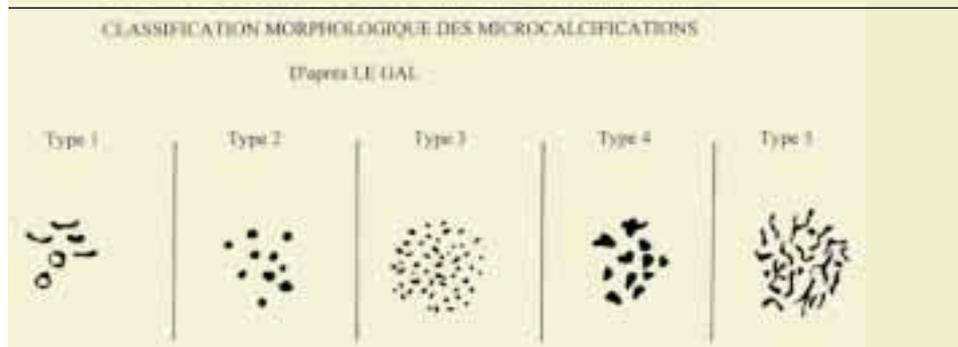


Tableau XI



Classification des microcalcifications de Le Gal modifiée.

- Type Descriptions morphologiques des microcalcifications
- 1 annulaires ou arciformes, horizontales ou semi-lunaires, sédimentées sur le profil, rhomboédriques
  - 2 rondes et régulières
  - 3 poussiéreuses
  - 4 punctiformes, irrégulières, granuleuses contours angulaires, polyédriques
  - 5 vermiculaires ramifiées, en branches, dessinant les lettres V, W, X, Y.

# A propos des frottis ASCUS

## et des lésions de « bas grade » du col utérin

**D**epuis que les femmes ont un col utérin, le même cancer s'y développe mais les mots pour le dire ont changé N fois.

Chaque terminologie nouvelle (OMS puis Richart puis Bethesda) a cherché à gagner en précision, celle de Bethesda tend à déboucher sur des indications utiles pour déterminer la conduite à tenir. Mais la cytologie reste la cytologie avec ses imprécisions et sa subjectivité.

**Les anomalies malpighiennes d'origine indéterminée (ASCUS)** ne sont pas le fourre-tout cytologique des anciennes Classe 3, elles ne doivent pas excéder 3 à 6 % de tous les frottis d'un bon cytologiste. **On y trouve** certes une majorité de lésions bénignes mais **aussi des cancers invasifs et tous les intermédiaires pré-cancéreux** ou CIN. Ainsi dans un lot de frottis ASCUS on trouve :

- 3 à 31 % de Haut Grade (HG) et 0 à 4 % de cancers invasifs

Pour Boulanger (SFCPCV 2000)

- 7,3 % de HG pour Kinney sur 46 000 Cytologies.

- 37 % de cols Normaux - 49 % de CIN1 - 13 % de CIN2 et 3 - 0,5 % DE CANCERS pour Jones

**On notera qu'il y a presque 3 fois plus de cancers derrière un ASCUS qu'en cas de frottis Bas Grade (BG) (0,2 %) qui est plus spécifique.**

**Alors attention, ne laissez pas courir les ASCUS sans les explorer ou les faire explorer par un colposcopiste.**

Pourtant, la « surveillance » cytologique de ces frottis ASCUS ou Bas grade est une des 2 options proposées par les recommandations de l'ANAES n° 98. En effet un contrôle cytologique 6 mois plus tard permet d'observer au moins 50 % de « normalisation » du frottis.

Cependant après une telle régularisation, par faute de sensibilité de la cytologie (qui n'est que de 45 à 55 %) le col de ces patientes présente encore des lésions qui risquent d'être méconnues. Ci-dessous les résultats de l'étude de SLAWSON et JONES montrent ce qu'on trouve en explorant de tels cols malgré une régularisation cytologique :

- **6 à 9 % de CIN 2 et 3 et -25 % de récidives dans les 14 ans**

Pour ces raisons et :

- parce que les patientes perdues de vue représentent au moins 25 % de toutes les séries,

- parce que 53 % des cancers invasifs ont présenté une cyto ASCUS dans les 3 à 10 ans qui ont précédé (Wallin),

- parce que la valeur prédictive négative de la cytologie n'est que de 45 % (Tabarra-1992),

je pense que la surveillance cytologique des frottis ASCUS et BG est une solution pour pays médicalement sous développé ou en restriction budgétaire ou une conduite de Généraliste surchargé.

Elle n'est pas adaptée à la France de l'an 2000 ou l'accès à la Gynécologie et au Colposcopiste est facile et peu coûteuse (scandaleusement peu coûteuse...) Cette attitude ne convient pas à la pratique d'un Gynécologue qui peut faire ou faire faire une colposcopie et des biopsies.

Il n'est pas démontré que cette attitude soit, en France, plus coûteuse que le suivi cytologique des anomalies dites de « bas grade » AVEC TOUS LES ALÉAS QU'ON A VU.

Un proche avenir dira si l'association cytologie + Typage HPV permettra de trier les risques (Wright) et de mieux orienter vers la colposcopie mais aujourd'hui quoi qu'en disent les marchands de typage et de cytologie monocouche qui tiennent « congrès » sur symposiums et ateliers ou on ne parle que de typage et de « thin prep », son intérêt n'est pas encore prouvé en dépistage (Bergeron), il l'est encore moins en termes de coûts.

- En cas de cytologie Bas Grade le typage HPV retrouve :

• 50 % de HPV 6/11

• 30 % de HPV 16/18/33/31

• 20 % de 6/11 et 16/18 mélangés soit **50 % de HPV à risques oncogène.**

**Que dire de la surveillance des lésions de Bas Grade (Condylome et CIN1) ?**

Elle cache souvent une regrettable confusion entre :

- Cytologie évoquant une lésion de BG (et correspondant dans 19 % des cas à un vrai Haut G)

- Authentique lésion de BG diagnostiquée comme telle par Cyto+Colpo+histologie.

Il est évident qu'il s'agit de deux situations différentes et à des niveaux de risques différents aussi :

- une cytologie de Bas Grade peut cacher un vrai HAUT Grade et un cancer.

- une vraie lésion de Bas Grade peut régresser dans 50 % des cas.

**Donc un frottis de Bas Grade ne se surveille pas, il s'explore.**

Une vraie lésion de Bas Grade peut se surveiller 1 an et se traiter si elle n'a pas disparu et si la patiente accepte cette surveillance (en sachant qu'une sur 4 ne reviendra pas)

Confondre une cytologie de BG avec une lésion de BG revient à croire que la spécificité d'une telle cytologie est de 100 %. On sait que c'est faux, les meilleurs cytologistes ont 80 %, les moins bons 40 %.

**En conclusion, il ne me paraît pas en accord avec nos connaissances de « surveiller » une patiente avant de savoir ce qu'elle a, les cytologies ASCUS et Bas Grade sont de vrais signes d'alarme qu'il faut prendre au sérieux et explorer par colposcopie et biopsie.**

### Bibliographie

1- Boulanger JC. Revue de la littérature-Journées annuelles de la sté. Française de Colposcopie-janv 2000. Paris

2- Jones.Arc.Path.lab.Med.-1996;120-523

3- Slawson-J.Fam.Prac.1994;38-387

4- Tabarra-Am.J.Clin.Path.1994;101-647

5- Tabarra-The Bethesda Classification for S.I.L. Obs.Gyn.1992;79-3

6- Fahey.Meta analysis of pap test accuracy. Am. J. Epidemio.1995 ; 141-680

7- Wright.TC et coll. HPV DNA testing of self collected vaginal samples compares with cytologic screening to detect cervical cancer. JAMA.2000;283:81-6

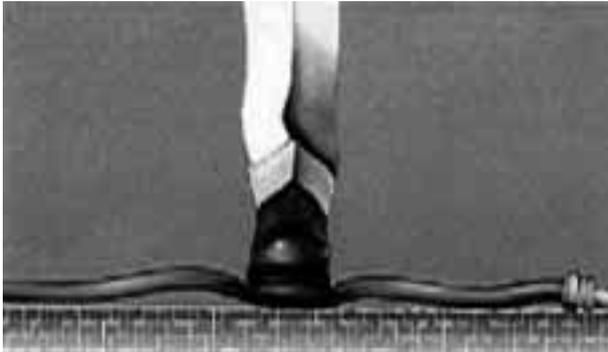
8- Bergeron. Dépistage des cIN : cytologie et recherche dHPV oncogène sont elles complémentaires ..Abstract Gyneco-2000;240:13.

9-ANAES. Conduite à tenir devant un frottis anormal du col de l'uterus.1998 ; 79.

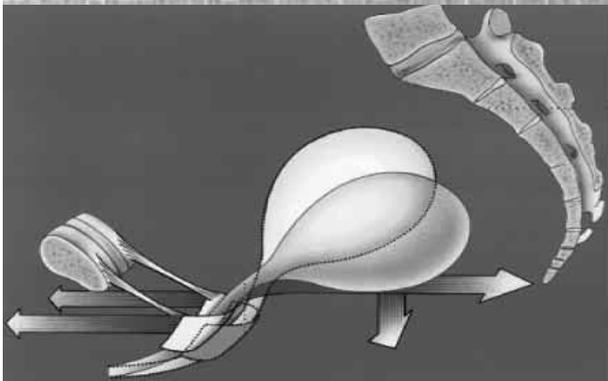


Principe du TVT

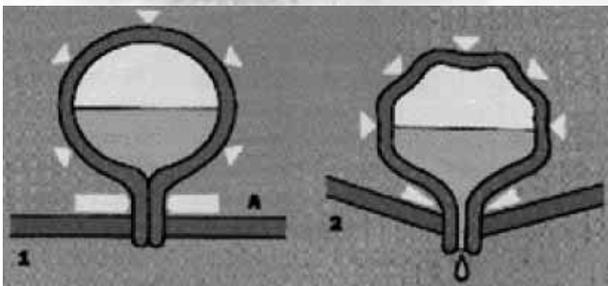
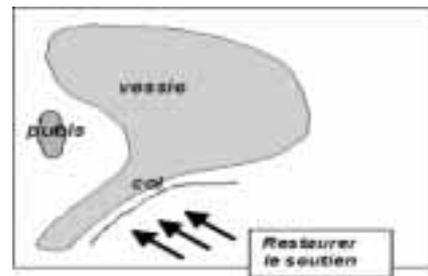
Mise en place d'une bandelette sous urétrale sans tension  
Tension-free Vaginale Tape



Continence grâce à une bandelette sans tension



L'urètre peut être assimilé à un tuyau.  
L'effort peut être assimilé à une pression qui s'exerce sur le tuyau. Si le support du tuyau est résistant, la pression ne provoque pas de fuite.



Si le support du tuyau est faible, la pression entraîne une fuite.  
En plaçant un support résistant sous le tuyau, la fuite peut être stoppée.

Résultats



# Les prothèses TVT

## Quid du TVT

On estime que plus d'un tiers des femmes a été confronté au moins une fois dans sa vie, dans son existence à des fuites urinaires.

Plus d'une femme sur dix subit un réel inconfort qui se répercute sur sa vie intime ou sociale.

L'incontinence urinaire est soit liée à l'effort, soit une hyper-excitabilité vésico-urétrale, soit mixte, enfin dans plus de la moitié des cas, elle est associée à un prolapsus.

## Introduction

L'incontinence urinaire, notamment chez la femme est un réel problème de santé publique.

Le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'efforts a subi plusieurs errances depuis ces dernières décennies et la technique Gold Standard a régulièrement changé de nom.

## Qu'en est il du T.V.T. (Tension free Vaginal Tape ou bandelette vaginale sans tension)

L'opération a été mise au point en Suède par le Professeur ULMSTEM et développée en France depuis environ 4 ans.

Elle consiste en la mise en place d'une bandelette synthétique en Prolène\* sous la partie médiane de l'urètre. Ce hamac sous-urétral n'entre donc en action qu'à l'effort et son rôle consiste à soutenir et comprimer l'urètre lors de ces mouvements périnéaux.

Il s'agit d'une technique micro-invasive nécessitant une incision de 15 mm sur la partie médiane de l'urètre et de deux incisions de 5 mm au ras du pubis.

L'anesthésie locale ou loco-régionale, outre une meilleure récupération post opératoire, permet un réglage fin grâce aux efforts de toux que la patiente exerce pendant l'intervention.

Une sonde urinaire peut être laissée en place pendant 24 heures et l'absence de résidus post-mictionnels est vérifiée avant d'autoriser la sortie le soir même ou le lendemain matin.

Une reprise de l'activité est en générale rapide, au bout de quelques jours, cependant les activités sportives et rapports sexuels sont déconseillés pendant un mois.

Malgré le manque de recul, les premiers résultats sont plus que satisfaisants et déjà nettement supérieurs aux techniques précédentes : dans la plupart des séries plus de 90 % des femmes opérées sont guéries.

L'excellence de ces résultats, le caractère micro-invasif de ces techniques devraient permettre une plus grande extension de la méthode, sous réserve d'une rigueur en respectant les contre-indications que sont les incontinenances urinaires par impériosité et les prolapsus sans incontinence urinaire.

# A propos du livre de Jean-Claude Huret « Naissance »

## Biographie

J-C HURET est ancien chef de clinique de la faculté de médecine de Rouen. Gynécologue-Obstétricien, militant de la première heure pour la création des plannings familiaux (il fut président du planning familial de Rouen) et pour la diffusion de l'accouchement sans douleur (Clinique des Alliés 1957 à 1971), devenu chef de service à la maternité du Belvédère à Mont-Saint-Aignan (Seine-Maritime) de 1975 à 1993. En trente-cinq ans de pratique, il a accueilli des milliers de nouveau-nés.

Il vient de publier aux éditions Desclée de Brouwer un livre intitulé « Naissance », « Paroles d'un obstétricien », préfacé par Bernard This, psychanalyste. Ce livre s'adresse essentiellement aux mères, aux parents concernés ou intéressés par cette singulière aventure de la naissance et les circonstances de l'accouchement, mais présente également un grand intérêt pour tous nos confrères obstétriciens et gynécologues médicaux.

Toutes les phases de la maternité – depuis sa conception dans le mental jusqu'à l'installation concrète de la relation dans le post-partum – sont examinées avec une grande humanité selon l'angle de l'indissociable psychosomatique. Cela nous oblige à porter un certain regard sur ce phénomène et souvent à nous interroger sur notre pratique médicale et donc sur nous-mêmes. Les éléments fondamentaux à retenir dans cet ouvrage sont la considération nouvelle à l'égard du fœtus et du nouveau-né et la communication mère-enfant, père-enfant, couple-enfant, possible à chacune de ces phases. Ce livre est aussi le reflet de l'évolution des techniques et des mentalités concernant la maternité, l'accouchement ces cinquante dernières années. Evolution qui, sous l'impulsion des psychanalystes, dans le prolongement des travaux de Freud, a permis de reconsidérer le vécu de la femme enceinte et de prendre conscience des interactions du fœtus avec son environnement et s'est traduite par l'ASD, puis par l'accouchement sans violence avec le Dr Leboyer et avec Frans Veldman pour l'haptonomie. C'est un livre empreint du respect de la femme, du couple et de tendresse et d'émerveillement pour le nouveau-né.

## QUESTIONS

**Quelles motivations t'ont poussé à écrire ce livre ?**

C'est bien sûr la passion de mon métier d'obstétricien, mais aussi l'intérêt que je porte à la composante psychologique dans les comportements humains. L'influence de ma femme qui était psychanalyste a beaucoup compté. J'ai moi-même fait plusieurs années une psychanalyse. J'ai assez tôt et longtemps travaillé avec un groupe Balint. J'ai toujours été ouvert à ce qui arrivait de l'extérieur. Ces derniers temps, j'étais triste de me retrouver à la retraite – une période où l'on risque de perdre sa curiosité d'esprit : ce que l'on apprend n'a plus à se traduire dans une pratique quotidienne. J'ai été sollicité, ici ou là, à parler de mon expérience, de l'haptonomie. J'ai écrit un premier chapitre pour une conférence, et les autres se sont enchaînés. J'avais surtout un message à transmettre sur l'importance des premiers liens qui s'établissent entre le nouveau-né et ses parents.

**La grossesse est un bouleversement physique, biologique et psychique rendant la femme plus ou moins vulnérable. À ton avis, de quel ordre sont les bouleversements psychiques ?**

Ce sont des bouleversements qui furent révélés par les psychanalystes dans le sillage de Freud. Mais ces vingt dernières années, nos psychanalystes contemporains ont énormément travaillé, en particulier en ce qui concerne le désir de maternité, la grossesse, l'enfantement, l'importance accordée au nouveau-né. On assiste chez la femme enceinte à une plus grande perméabilité de son « moi » aux représentations inconscientes, à une levée des refoulements, des inhibitions livrant tout un matériel infantile abondant, rendant présentes les souffrances du passé. Il existe une résurgence de ce qui a été « engrammé » dans les toutes premières années de la vie et même avant, je veux parler de cette période qui

va déterminer en partie la structure mentale de chacun : il s'agit de l'inconscient des psychanalystes qui correspond à la période de l'amnésie infantile. Une femme enceinte en difficulté dans sa réalité psychique renverra certainement à des souffrances ou des troubles de cette période.

**Tu exprimes, en t'appuyant sur ta grande expérience, les impacts, les retentissements psychosomatiques, psychophysiologiques des tensions psychiques sur le cours de la grossesse.**

Ces tensions psychiques ont en effet des retentissements sur le cours de la grossesse. Cela est vrai de la menace d'accouchement prématuré, de la toxémie gravidique (certainement par le biais du système immunitaire), du retard de croissance intra-utérin. Dans ce cas par exemple, on a assisté à des reprises normales de la croissance fœtale après la formulation d'un trouble psychique et qu'un travail de verbalisation et de thérapie soient faits. Mais une thérapie n'est pas toujours nécessaire, une simple écoute, dans bien des cas, suffit.

**Tu rejoins en cela Bernard THIS qui dit qu'« un bon praticien est un praticien qui écoute ».**

Il n'y a pas de communication sans véritable écoute. Ce qu'il faut, c'est être en empathie avec la femme. On écoute sa souffrance, son malaise. C'est libérateur pour elle : une parole non entendue tombe dans le désert. Il est souvent nécessaire d'aller au devant de cette patiente chez laquelle on ressent ce malaise ; cela peut se faire en posant des questions simples sur sa relation avec sa mère, sur sa petite enfance. L'accoucheur est en cela un interlocuteur privilégié.

**Justement, cet « interlocuteur privilégié » est-il assez formé sur le plan psychologique par la faculté pour assumer ce rôle ?**

Je ne crois pas qu'il soit nécessaire d'être

« psy » pour assumer cette fonction d'écoute. Il faut avoir envie et s'intéresser. Il est vrai qu'avoir travaillé dans un groupe Balint fut pour moi une aide à tenir ce rôle ; Il faut être « sensibilisé ». Nous sommes, en qualité d'accoucheur, aux premières loges, en contact obligé avec la femme et souvent amenés à entendre quelques confidences. La relation qui s'installe entre l'accoucheur et la femme n'a pas besoin pour réussir d'être de la même nature que celle d'un psychanalyste avec son client. Mais elle ne peut pas non plus être réduite à celle du simple accoucheur uniquement technicien.

**Tu plaides pour une « sécurité psychique » pour la parturiente, la considérant d'égale importance à la « sécurité médicale » ; insistant par là sur l'importance de ce versant psychologique trop souvent nié ou négligé par les accoucheurs qui se retranchent – comme barricadés – derrière leur technicité.**

Effectivement, et cela me paraît essentiel. Il n'est pas question cependant de revenir en arrière par rapport à la technique, puisqu'elle assure la sécurité. De plus, en cette période où les obstétriciens sont de plus en plus exposés aux procès, il est normal qu'ils se protègent. Mais il faut adapter cette nécessité et prévenir les femmes et les couples de nos conduites concernant la surveillance de la grossesse et de l'enfantement. C'est un contrat entre la parturiente et l'accoucheur qui nécessite explications et transparence. Il en va ainsi de quelques entorses à certaines attitudes systématiques. Nous devons réfléchir à la façon dont nos propres attitudes vont influencer le vécu de la grossesse ou de l'accouchement. N'oublions pas qu'avant tout il s'agit de « leur » accouchement. Il nous faut donc concilier un accouchement se déroulant dans la sécurité (la technicité) tout en lui conservant son caractère humain, convivial et chaleureux. Doit-on laisser une femme en position allongée durant tout le travail avec un monitoring en continu par crainte du procès ?



Cette polémique devrait pouvoir se trancher en sachant qu'un monitoring en discontinu n'est pas moins efficace – ni plus délétère – qu'un monitoring continu si l'on en croit les travaux qui ont porté sur ce sujet. La solution est peut-être dans le monitoring ambulatoire. Ajoutons à cela que certaines femmes se décontractent mieux dans le bain et que bien souvent elles accoucheront plus facilement si elles peuvent avoir de la mobilité ou changer de position pendant la période de dilatation et d'expulsion. Autre exemple : doit-on faire des épisiotomies systématiques ? On en fait sans doute de trop. La péridurale est une merveilleuse technique. Il ne s'agit pas de revenir au dogme « tu accoucheras dans la douleur ». Cependant son indication ne doit pas être systématique ; il faut que nous puissions travailler cette question avec les femmes, leur laisser la liberté de la choisir, et à un moment donné pendant l'accouchement qui ne soit pas selon la convenance de l'anesthésiste. Les femmes peuvent avoir un autre désir qui, s'il n'est pas réalisé engendre la frustration. La péridurale peut gommer non seulement une douleur, mais aussi tout ce qui se rejoue dans le théâtre de nos représentations

inconscientes au moment de l'accouchement.

**Tu évoques dans ton livre les grands moments que furent la préparation à l'accouchement sans douleur (ASD) qui garde de nos jours tout son intérêt, la prise de conscience à la lumière des réflexions des psychanalystes et dans la pratique de Frédérick Leboyer qu'un nouveau-né (et même le fœtus) est une « personne » mais je voudrais évoquer avec toi une technique plus récente à laquelle tu te dévoues pleinement : l'haptonomie. Est-ce la « quadrature du cercle » en obstétrique ?**

Non ! Il restera toujours la difficulté de mettre son bébé au monde, mais l'haptonomie complète bien les notions de la psychanalyse. On met en pratique la communication avec le fœtus qui est sensoriellement compétent (déjà un bébé). Le bébé perçoit déjà le bien être de la communication, à condition qu'elle soit de qualité. On peut déjà faire un câlin avec un bébé « in-utéro ». Dans ces conditions, il répond en venant dans la

main, comme un petit chat qui s'installe en ronronnant. Le bébé n'est que dans la sensation. On invite les parents à vivre cette expérience. Après la naissance, le bébé sera habitué au plaisir de la communication affective.

**Peut-on réellement parler à son bébé avant l'accouchement comme on lui parle après ?**

Bébé entend les voix de sa mère, de son père, il entend le cœur de sa mère. Il reconnaît la voix de sa mère. C'est déjà de la mémoire, il la retrouve avec plaisir. Le bébé ne reçoit pas la parole de la même façon si on est dans la pensée avec lui. Le bébé – sur le plan sensoriel – reconnaît sa mère à la naissance. Cela lui permet de se rétablir au cours de l'angoissante tourmente qu'est son expulsion dans le milieu aérien, détaché de sa mère, et constitue un véritable drame de l'abandon. Mais sensoriellement il reconnaît sa mère si elle veut bien l'accueillir : il va être « confirmé » dans ses retrouvailles avec sa mère. Dans ces conditions, il ne pleure pas longtemps.

**« Le père est dans la mère » selon l'expression de Françoise Dolto. Au début, « c'est avec la mère que le bébé (fille ou garçon) noue sa première relation au masculin » dis-tu. Quelle est la place du père dans tout cela ?**

On parle beaucoup du père aujourd'hui, parce que le bébé, s'il a besoin d'une mère, a aussi besoin d'un père. On souhaite que le père investisse tôt son enfant. Ainsi son rôle a plusieurs facettes : il accompagne sa compagne dans ce projet de devenir mère (le bon père, disait Françoise Dolto est celui qui rend « Maman » heureuse), il l'accompagne au moment de l'accouchement, s'il le désire, il accueille le bébé avec elle, souvent avec beaucoup d'émotion. Il continuera ensuite, ce qui fait que le bébé prend l'habitude de ne pas vivre seulement avec sa mère, mais entre sa mère et son père, ce qui permettra à celui-ci de jouer son rôle principal : le séparateur ou la réalité du détachement.

Peux-tu nous faire part en conclusion de ce qui te tiens, semble-t-il, le plus à cœur, à savoir l'établissement d'une relation harmonieuse, heureuse d'un nouveau-né avec sa mère, en sachant l'importance capitale des tout premiers moments de la vie et des trois premières années ?

C'est certainement le message le plus important que j'aimerais transmettre. Il donne tout son sens au travail préparatoire à la naissance, à l'établissement d'une « sécurité affective » pour l'enfant qui sera aussi celle de la mère, permettant une sérénité dans le lien. Cela est d'autant plus possible qu'on sait reconnaître que le nouveau-né est une personne, un être dont tous les sens sont en éveil, un être qui a déjà mémorisé des sensations, des expériences, perçu un climat affectif de douceur (ou au contraire de tensions), un être qui participe déjà à son devenir. Ce n'est pas inutile de réfléchir à la réalité des choses et de modifier nos a priori. Il n'y a pas si longtemps, on pensait les bébés aveugles les premiers mois de la vie ; on sait maintenant qu'il n'en est rien et qu'en quelques jours le bébé reconnaît le visage de sa mère et que cela lui provoque du bonheur, manifesté par un sourire. Ce qui est remarquable, c'est la subtilité des compétences du nouveau-né. Il perçoit tout de suite la façon dont on l'accueille. C'est déterminant. Cela ne peut se bien passer que dans la « sécurité affective », concrétisée par la présence des parents. Il est alors dans un élan de vie qui va permettre de grandir harmonieusement. En haptonomie, on a l'habitude de dire que plus l'attachement s'est passé de façon harmonieuse, plus le détachement va se faire facilement, avec l'aide de ses deux parents. Il va confirmer son individualité et acquérir progressivement son autonomie. C'est l'image de l'envol !

## « Technicité et humanisme » sont-ils antinomiques ?

À propos de la publication du livre « Naissance » de Jean-Claude Huret

**O**bstétricienne au Belvédère, j'ai lu avec beaucoup d'intérêt le livre de J. C. HURET. J'y ai retrouvé l'expérience d'un homme qui a vécu une page importante de l'histoire de l'obstétrique :

- amélioration de la sécurité périnatale grâce au développement de l'antibiothérapie, de l'anesthésie, de l'imagerie et des techniques de diagnostic anté-natal, de la réanimation du nouveau-né, mais aussi de la prise en charge sociale de la grossesse.
- développement dans l'après-guerre de l'accouchement sans douleur qui tentait de donner aux femmes le contrôle de leur accouchement mais avec un militantisme qui négligeait d'écouter le couple.
- apparition ensuite d'un courant « humaniste » s'intéressant à la sécurité affective de la mère et de l'enfant, (haptonomie, hypnose, naissance sans violence etc...). Ces techniques enrichies par les apports des psychanalystes, historiens, pédo-psychiatres et sociologues se sont développées à partir des années 70 non sans rencontrer des résistances au changement des habitudes et des comportements qu'elles impliquaient.

Les partisans d'une médecine technique et ceux d'une médecine « humaniste » se sont heurtés violemment avec plus de passion que d'objectivité. Le livre de Jean-Claude HURET reflète bien ces contradictions. J'ai mieux compris à sa lecture les débats qui ont eu lieu autour de la péridurale, véritable révolution technique et culturelle, débat où le vécu de chacun, ses propres représentations de la naissance et de la maternité entraient bien plus en ligne de compte que des véritables arguments scientifiques.

Pourquoi opposer prise en charge du corps et des organes et celle de l'esprit et de l'affectif ? La souffrance interagit bien avec ses deux versants de l'être et les patientes ont besoin que l'on s'intéresse aux deux.

Obstétriciens, nous sommes d'abord des médecins et notre principal objectif doit être évidemment une mère et un enfant en bonne santé.

Cela n'exclut pas le respect de ceux-ci à la lumière des apports du courant « humaniste ».

Nous ne pouvons toutefois nous substituer sans danger aux psychologues, psychanalystes et pédo-psychiatres et les troubles de la relation mère-enfant relèvent de leur com-

pétence. La nôtre se borne à prévenir ce qui peut l'être :

- par une meilleure écoute du couple ;
- par une « asepsie verbale » chère aux échographistes et qui devrait s'étendre au lit de la patiente ;
- par un apprentissage de la communication qui ne devrait pas être le monopole des « psy » ;
- et surtout paradoxalement par une plus grande rigueur technique. Supprimer le caractère « déshumanisant » de notre technicité, ce n'est pas démedicaliser un accouchement, c'est n'imposer au couple que ce qui a été démontré et validé et qui apporte réellement de la sécurité. Apprendre à lire les études et à les critiquer, faire le tri dans nos pratiques entre ce qui relève de la mode du moment, de notre subjectivité ou de notre peur du médico-légal et ce qui est réellement scientifique, voilà le défi.

Comme l'écrivait déjà E. HERBINET en 1988 « tout peut se résumer en deux mots : rigueur et respect ». J'y ajouterais l'émerveillement tant j'ai admiré celui que J.-C. HURET gardait pour le nouveau-né après plus de 30 ans de pratique obstétricale.

