



COLLÈGE
DE GYNÉCOLOGIE
DE NORMANDIE

La Lettre du Collège

N° 18 • novembre 2001



Sommaire

2 Éditorial 3 Réforme de la GM 4 Manifestation du CDGM 6-7 Les interruptions volontaires de grossesse
8 L'hystérectomie 9 à 12 Cotisants : qui êtes-vous ? 13 Dépistage 14-15 Responsabilité médicale
16-17 Annonces 18 à 20 Histoire : le Docteur Théophile Anger.

Chers Amis,

Permettez- moi de vous rappeler un des buts de notre association « Promouvoir l'enseignement de la gynécologie et maintenir l'exercice et la personnalité de cette spécialité »

Le CGN restant fidèle à ses buts, a organisé pour l'année 2001 deux journées scientifiques à Deauville. L'une a eu lieu le 16 juin 2001 « Les ovaires au 3^e millénaire » et l'autre le 17 novembre 2001 aura pour thème « La grossesse : quel suivi médical en 2001 ? ». Nous comptons beaucoup sur votre présence à cette prochaine journée qui sera, j'en suis sûre, d'excellente qualité.

Nos ateliers par petits groupes à Caen et Rouen sont maintenus avec trois thèmes : sénologie, colposcopie et stérilité.

La session de l'EPUNG des 19 et 20 octobre 2001 organisée par le CGN et ayant pour sujet La Stérilité et la Contraception s'est tenue à Paris et a connu un franc succès. Cet enseignement, à la fois fondamental et pratique, permet à chacun une bonne remise à niveau de ses connaissances dans des domaines précis de notre activité.

À la suite de l'assemblée générale du CGN en novembre 2000 le C.A. a accueilli un nouveau membre, Evelyne Rivière gynécologue médicale de Douvres-La-Délivrande qui a remplacé Jacques Rougeulle.

Je tiens à remercier Jacques Rougeulle d'avoir accepté de rester au sein de notre CA comme membre associé. Par son expérience, son efficacité et sa parfaite connaissance des êtres humains, il apporte cette note de pondération, de réflexion et de sérénité indispensables dans nos discussions et décisions.

Je remercie également Michèle Desbordes-Quéré gynécologue médicale de Rouen d'avoir accepté de s'associer à notre conseil.

En mars 2001 un nouveau bureau de la FNCGM a été élu pour 2 ans

Présidente	P. DE REILHAC, Nantes
Secrétaire générale	S. DAT, Toulouse
Secrétaire adjointe	E. LAPLANE-CAILLOL, Marseille
Trésorière	C. FOHET, Rouen
Trésorière adjointe	M.-A. DE CRECY, Paris

Nouveau bureau mais aussi nouvelles orientations, ceci est important en particulier en ce qui concerne la réforme du DES de GO-GM.

Le Bureau de la FNCGM réuni le 23 avril 2001 a adressé quatre recommandations essentielles aux deux représentants de la FNCGM au Comité de Suivi, les docteurs D. Serfaty et E. Aubeny :

- ◆ Rappeler que le gynécologue de demain sera un spécialiste à part entière avec plateau technique (échographie, colposcopie, hystérocopie, électro-résection du col etc...)
- ◆ Exiger la création de postes d'internes et CCA puis PU-PH comme cela était promis au départ.
- ◆ Rester dans la filière GO, en s'ouvrant sur d'autres stages : endocrinologie, cancérologie, sexologie.
- ◆ Régler le problème des coordinateurs interrégionaux.

Que devient cette réforme ? Elle avance à petits pas... Elle piétine... ? Ceci du fait :

- ◆ des pouvoirs publics : notre nouveau ministre, B. Kouchner propose une nouvelle maquette du DES GO/GM dite proposition « annexe ».
- ◆ des gynécologues-obstétriciens et des internes pas vraiment hostiles à cette réforme mais la considérant à juste titre inapplicable en l'état.
- ◆ au Comité de Suivi peu efficace.
- ◆ des divergences entre les gynécologues : certains souhaitent un DES indépendant en 4 ans, d'autres préfèrent rester dans la filière GO en 4 ans... en 5 ans...

Merci de votre fidélité au CGN.
Bien amicalement.

**BRIGITTE OUVRY-NEVEU
PRÉSIDENTE DU CGN**

Extrait du discours de M. B. Kouchner

12^e Journée de la Fédération des Cercles d'Étude des Gynécologues Obstétriciens.

« Le numéris clausus sera relevé de manière significative et pendant une période suffisante pour ne pas aboutir à une diminution trop importante de la densité médicale. Il a déjà augmenté de 250 l'an dernier et de 400 cette année. Le nombre d'étudiants en médecine admis en 2^e année est fixé à 4 700 pour l'année universitaire 2001-2002. Le nombre de spécialistes sera régulé par le concours de l'internat et le nombre de médecins dans chacune des spécialités sera fixé en fonction des besoins. Ce mode de régulation est, d'ores et déjà, en place depuis 1999 pour les disciplines d'anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique et pédiatrie. Le nombre d'internes dans la spécialité de gynécologie-obstétrique et gynécologie médicale qui a d'ores et déjà été augmenté de 80 à 140 et sera porté à 200 en 2002. La création d'une option gynécologie médicale ne porte en rien préjudice au nombre d'obstétriciens formés. En effet, les études démographiques avraient chiffré à 120 et 140 le nombre d'obstétriciens à inscrire en 3^e cycle chaque année. Avec 200 postes d'interne en gynécologie obstétrique et gynécologie médicale, il est évident que 60 postes sont à la disposition des internes qui veulent s'orienter vers l'option gynécologie-médicale. Ces postes ne seront pas prélevés sur ceux réservés à la gynécologie obstétrique comme je l'entends souvent dire. Ils seront autonomisés et fléchés pour la spécialisation en gynécologie médicale. Si cela n'a pas été le cas jusqu'ici, c'est parce que les commissions d'adéquation dysfonctionnent d'une manière globale et non seulement dans la filière de gynécologie obstétrique. C'est pourquoi j'ai chargé l'IGAS d'une mission pour analyser ces dysfonctionnements et proposer des solutions pour y remédier. Le rapport de l'IGAS doit m'être remis avant la fin de l'année. Former les gynécologues médicaux en 4 ans au sein d'un DES de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale ne dévalorise nullement la gynécologie médicale comme certains l'ont écrit. La non connaissance de la gynécologie médicale au sein de l'union européenne n'empêche en rien de l'enseigner en France. Il est par ailleurs dans mes intentions d'intervenir au niveau du Conseil de l'Europe pour que la gynécologie médicale soit reconnue au niveau européen. ce n'est pas mission impossible. Il suffit que deux autres pays en fassent la demande concomitamment avec la France. »

Qu'en est-il de la réforme de la gynécologie médicale ?



Après les propositions de Dominique GILLOT, le Docteur Bernard Kouchner ministre délégué à la santé a réuni à plusieurs reprises le comité de suivi et après mûre réflexion a rédigé une nouvelle maquette du DES de Gynécologie Obstétrique et Gynécologie médicale.

Voici cette nouvelle maquette :

Le diplôme d'études spécialisées de gynécologie obstétrique et de gynécologie médicale débouche sur les deux qualifications :

- Gynécologie obstétrique ;
- Gynécologie médicale.

L'Enseignement : 300 heures environ

- A. Enseignements généraux ;
 B. Enseignements spécifiques
- de base,
 - de gynécologie obstétrique,
 - de gynécologie médicale.

Formation pratique

Tous les internes inscrits au DES de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale devront valider trois semestres dans des services de gynécologie obstétrique ou dans un service d'urgence de gynécologie obstétrique.

Pour obtenir la qualification de gynécologie obstétrique les internes devront avoir validé :

- a) 2 semestres dans les services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale ;
- b) 2 semestres dans les services agréés pour le diplôme d'études spécialisées de chirurgie viscérale et digestive, de chirurgie urologique ou de chirurgie vasculaire ;
- c) 3 semestres libres comportant au plus 2 semestres dans un service agréé pour le diplôme d'études spécialisées de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale.

Pour obtenir la qualification de gynécologie médicale les internes devront avoir validé :

- a) 3 semestres dans un des services agréés
 - pour la formation en gynécologie médicale au sein du DES de gynécologie obstétrique et gynécologie médicale,
 - pour le diplôme d'études spécialisées d'endocrinologie et métabolismes,
 - pour le diplôme d'études spécialisées d'oncologie médicale,
 - pour le diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine de la reproduction.
- b) 2 semestres libres à choisir sur une liste qui sera établie par les coordinateurs de l'enseignement de la gynécologie médicale.

Les internes qui souhaitent obtenir la qualification en gynécologie obstétrique devront avoir validé l'enseignement théorique et la formation pratique de gynécologie obstétrique.

Les internes qui souhaitent obtenir la formation en gynécologie médicale devront avoir validé l'enseignement théorique et la formation pratique de gynécologie médicale.

Pour choisir définitivement la qualification souhaitée l'interne devra pouvoir satisfaire dans les délais impartis aux exigences du programme de la qualification définitivement choisie.

Cette proposition va de nouveau soulever des remarques :

La FNCGM après un sondage en juin 2001 auprès de ses 2 300 membres par les collèges régionaux, s'était prononcée pour un DES GO/GM en 5 ans avec un tronc commun en 2 ans puis 2 options GO ou GM. Par une lettre adressée à B. Kouchner du 1^{er} octobre 2001, elle demande une

modification de cette proposition dite « annexe ». Elle rappelle que le gynécologue de demain doit être un spécialiste à part entière avec un rôle médical mais aussi pouvant pratiquer des actes de petite chirurgie. Elle réclame la création de poste de CCA et de PU-PH. Elle demande que soit bien précisée la proportion d'internes dans la filière GO/GM 1/3 en GM et 2/3 en GO .

La position du CNGOF est ferme : « *la gynécologie obstétrique est une spécialité unique et indivisible. La gynécologie médicale doit être mieux enseignée, mais sa pratique ultérieure ne doit résulter que du libre choix des spécialistes issus d'une formation universitaire unique.* » Bernard Maria, président du CNGOF.

La position du SYNGOF me semble plus nuancée. L'effectif des GM est en déclin mais la population s'est mobilisée pour la renaissance de cette spécialité. « *Chaque femme souhaite avoir accès à un interlocuteur compétent qu'elle peut se choisir* ». C'est le rôle d'un syndicat d'aider à la réalisation de ce choix mais également d'envisager l'avenir en intégrant les progrès de la modernité.

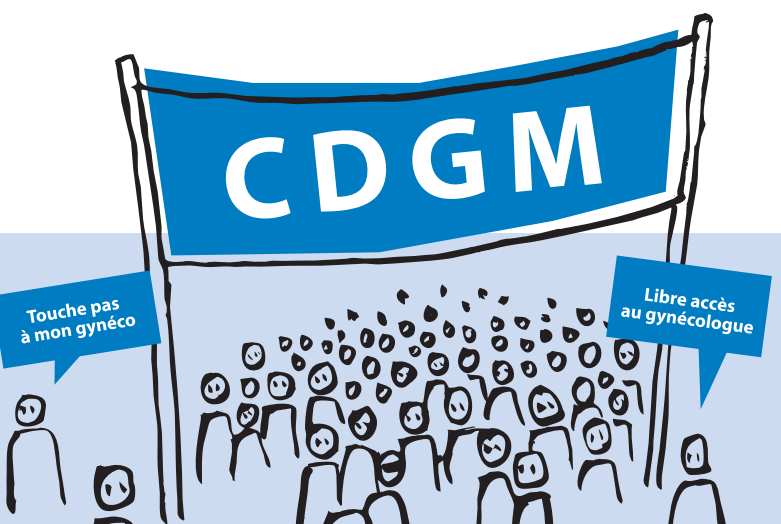
« *Un ou deux diplômes ne doivent sûrement pas être un obstacle au travail en commun pourvu qu'il n'y ait pas d'exclusion dans les exercices. Ce qui nous rapproche doit nous inciter à la tolérance et à l'acceptation d'une gynécologie plurielle.* » Jean Marty, administrateur du SYNGOF.

De nouvelles réunions sont prévues... Espérons qu'un compromis sera enfin trouvé et que rapidement des étudiants pourront choisir sans crainte une filière leur permettant d'être de futurs gynécologues médicaux.

VOUS N'EN AVEZ PEUT-ÊTRE PAS ENTENDU PARLER / VOUS NE L'AVEZ PEUT-ÊTRE PAS VU À LA TÉLÉ / VOUS N'EN AVEZ PEUT-ÊTRE PAS ÉTÉ INFORMÉ PAR VOS JOURNAUX.

Grand succès de la manifestation du CDGM organisée à Paris le 13 octobre 2001

A l'appel du Comité de Défense de la Gynécologie Médicale, 25 000 femmes et hommes de toutes les régions de France sont venus manifester dans les rues de Paris leur volonté de voir rétablie une formation spécifique et autonome de la Gynécologie Médicale ne devant rien à l'arbitraire du lobby des Gynécologues-obstétriciens universitaires et d'entériner par un texte officiel, « le libre accès » au Gynécologue. Plusieurs personnalités et/ou élus, députés et sénateurs étaient présents ou avaient adressé leur soutien à la manifestation.



Les manifestants de tous horizons, de toute obédience politique, conscients que les réformes successives des différents ministres en place n'étaient que des réformes en trompe-l'œil (témoignant de l'absence réelle d'une volonté politique de résoudre le problème) avaient l'espoir d'être reçus par Monsieur Lionel Jospin – Premier Ministre – et lui remettre les

DEUX MILLIONS de signatures, ont été déçus. La délégation n'a eu droit qu'à un dédaigneux et honteux contact par un sous-fifre sur le trottoir et a été éconduite. A Matignon, on reçoit plus facilement les délégations de chasseurs ! Les manifestants ont pris note de ce camouflet et ont promis qu'ils s'en souviendront aux prochaines élections.

Les différents orateurs qui se sont succédés à la tribune ont réaffirmé la continuation de leur mouvement et élargi le débat en mettant l'accent sur le plan gouvernemental délibéré, programmé de démantèlement du système de santé français à de seules fins comptables. (Le fameux « trou de la Sécu » ne serait-il pas, pour l'heure, qu'un prétexte lui aussi ?). Ce projet s'appliquera par la volonté de faire disparaître la médecine de spécialiste en secteur libéral, (économie d'une masse d'actes directement comptables en déviant la demande de soins du secteur libéral vers les hôpitaux publics, transformant l'enveloppe globale en une véritable fourre-tout), par le transfert des tâches, des actes, des responsabilités dévolues aux médecins à des non-médecins, en dévalorisant la fonction et la place du médecin dans la société. Tous les spécialistes sont concernés : obstétriciens du privé, dermatologues, rhumatologues, ophtalmologues, pédiatres, psychiatres et gynécologues médicaux.

Il fut convenu de coordonner les spécialistes entre eux et de structurer les mouvements suscités par les mécontentements et de s'adresser plus largement à l'ensemble de la population pour dénoncer cette scandaleuse politique qui ne peut conduire qu'à une baisse de la qualité des soins et du bon niveau de santé publique.



Le CS à 150 Frs ... 7 ans, ça suffit !!!

Prochaine Journée du Collège le 17 novembre au Casino de Deauville

« la grossesse :
quel suivi
médical ? »

Nous vous proposons en soirée de notre journée scientifique du 17 novembre, un programme théâtral avec deux pièces en un acte d'Eugène Labiche, « Un mouton à l'entresol » écrite en 1875 – c'est l'histoire d'un valet de chambre qui caresse l'idée fixe d'entretenir un mouton dans l'entresol de ses patrons – et « Le misanthrope et l'auvergnat » écrite vingt-trois ans plus tôt, mettant en scène un patron misanthrope qui engage les services d'un auvergnat pure souche, réputé pour sa franchise incorruptible.

Ces deux petites pièces théâtrales, comme toutes les autres œuvres (on en compte plus de 160 !) de cet auteur né à Paris en 1815, décédé en 1888, élu à l'Académie Française en 1880 sont construites à la perfection... « Avec cette mécanique d'écriture parfaitement huilée, mettant à chaque seconde en lumière les contradictions des personnages ».* Labiche avait compris avec un siècle d'avance le conseil que Bertold Brecht produisait aux auteurs : « Au lieu de chercher à donner de l'esprit à vos personnages, placez-les dans une situation qui leur en donne. » D'éclats de rire en éclats de rire, Labiche nous entraîne dans une course effrénée jonchée d'absurde et de quiproquos. « Pas un mot de trop, chaque événement arrive exactement au moment opportun, en souplesse, comme par magie, les éléments du puzzle se mettent en place, entrant en résonance et nous emmènent en douceur vers le dénuement... Du bel ouvrage ! »*

**Venez
nombreux au
Congrès...
soyez nombreux
à rester
au spectacle !**

Les acteurs de la Comédie Errante (Bob Villette*), Catherine Cazola, Agnès Dewitte, Stéphan Jones et Frédéric Seintignan), troupe bien connue depuis 1982 en Haute Normandie enchaînent avec ces deux pièces les situations cocasses et déclenchent le rire avec un professionnalisme sans faille.

Les interruptions volontaires de

Premier volet de l'enquête sur les IVG en Basse-Normandie :

La situation en 1999 à travers les bulletins d'IVG.

Actes des journées de de prénatalité de Basse-Normandie du 20 novembre 2000.

L'étude descriptive des Interruptions Volontaires de Grossesse enregistrées en Basse-Normandie en 1999, a été réalisée par l'Observatoire Régional de la Santé de Basse-Normandie à la demande de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales dans le cadre de sa convention avec l'ORS pour l'année 2000.

Les données analysées dans cette étude proviennent des Bulletins d'Interruption Volontaire de Grossesse (dont le remplissage est légal et obligatoire) adressés par les établissements de soins publics et privés de Basse-Normandie à la DRASS. Il s'agit des IVG déclarées par les établissements et appelées « enregistrées » par opposition à « domiciliées » du fait qu'elles ne se rapportent pas exclusivement à la population résidant en Basse-Normandie.

Le taux de remplissage varie en fonction de l'item.

- Les renseignements relatifs à l'établissement sont très bien remplis : à 100 %, que ce soit dans l'enquête que nous avons réalisée en 1996 ou dans celle de 1999.
- Les renseignements relatifs à la femme sont correctement remplis, avec un taux de 90 % au pire concernant la situation de famille.
- En revanche, certains items ont un taux de remplissage moins bon :
- le nombre total de grossesse antérieures : 64 %,
- la durée de gestation : 76 %,
- en cas de motif thérapeutique, est-ce en raison d'un risque pour la mère ou l'enfant ? : seulement 41 % ;
- les complications per-opératoires ne sont mentionnées par une réponse (oui ou non) que dans la moitié des bulletins.
- Au total la participation globale pour l'ensemble des items peut-être qualifiée de relativement bonne avec 85 %.

Densité des IVG selon les départements

Sur dix interruptions volontaires de grossesse effectuées en Basse-Normandie, six le sont dans le département du Calvados. Si on considère la population féminine en âge de procréer (de 15 à 49 ans) au recensement de 1999 pour chaque département, on observe que :

- le poids des IVG (60 %) dépasse le poids

de la tranche d'âge correspondante dans le Calvados (50 %);

- en revanche, dans la Manche, c'est le contraire (22 % contre 30 % respectivement).

On peut donc dire qu'il y a :

- une sur-représentation des interruptions volontaires de grossesse dans le Calvados ;
- une sous-représentation dans la Manche
- une quasi-égalité dans le département de l'Orne.

Pour ce qui est du taux rapporté à la classe d'âge concernée, pour 1000 femmes, cela donne

- 10,7 pour 1 000 dans le Calvados au maximum, taux qui est supérieur au taux régional moyen (8,7 ‰) ;
 - la Manche a le taux le plus faible avec 6 IVG pour 1 000 femmes ;
 - et l'Orne un taux moyen (8,4) qui se rapproche de celui de la région ;
- Tous ces taux sont inférieurs au taux moyen constaté en France en 1997 qui était de 13,3 ‰. Il faut considérer ces taux avec précaution du fait que la population servant à les calculer (femmes domiciliées) ne correspond pas exactement au phénomène étudié (IVG enregistrées).

Comparativement aux naissances

par ailleurs, on compte une interruption volontaire de grossesse pour six naissances en Basse-Normandie, avec des inégalités importantes entre les départements :

- 1 IVG pour 5 naissances dans le Calvados,
- 1 IVG pour 9 naissances dans la Manche
- 1 IVG pour 6 naissances dans l'Orne.

Le croisement des données

selon le département d'enregistrement et le département de domicile montre que :

- la clientèle la plus captive est celle de la Manche, puisque 97 % des IVG enregistrées dans ce département correspondent à des femmes domiciliées dans la Manche ;
- c'est dans le département de l'Orne, que la proportion d'IVG provenant de départements hors région est la plus forte : 15 % contre 9 % dans le Calvados et 1 % dans la Manche.

La part des établissements publics bas-normands dans l'activité IVG (92 %) est supé-

rieure à la moyenne nationale (60 %) ainsi qu'à la part du secteur public dans les accouchements en Basse-Normandie (73 %).

Par ailleurs, on compte :

- 1 IVG pour 5 accouchements dans le secteur public contre
- 1 pour 20 dans le secteur privé.

Récidives d'IVG

Concernant les récidives, parmi les femmes qui ont eu recours à l'IVG en 1999 :

- 19,3 % en avaient déjà subi une (81 % ou plusieurs (19 %) auparavant.

Au total les IVG itératives ont légèrement diminué depuis 1996 où elles représentaient 20,6 % des IVG enregistrées dans la région.

L'âge moyen des femmes

L'âge moyen des femmes ayant subi une interruption volontaire de grossesse en Basse-Normandie est de 28 ans. Le poids des IVG selon l'âge peut être comparé au poids de la tranche d'âge correspondante dans la population concernée :

- plus d'une IVG sur cinq (22,5 %) sont pratiquées chez les femmes de 20 à 24 ans alors que cette tranche d'âge ne regroupe que 13 % des femmes de 15 à 49 ans ;
- il en va de même pour les tranches d'âge 25-29 et 30-34 ans à un moindre degré ;
- entre 15 et 19 ans et entre 35 et 39 ans le poids des IVG est très proche de celui de la tranche d'âge correspondante (environ 15 %).

Répartition des IVG et récidives

La comparaison de la répartition des IVG et des récidives selon l'âge montre que la pyramide des âges est très différente selon qu'il s'agit d'une première IVG ou d'une récidive :

- les premières IVG présentent un pic entre 20 et 24 ans (23 %) pour diminuer régulièrement ensuite (15 % à 35-39 ans, 7 % à 40-44 ans) ;
- la répartition des récidives est relativement constante entre 20 et 39 ans avec dans chaque tranche quinquennale environ un quart des 570 IVG itératives de l'année 1999.

Notons que 4 % des récidives concernent des femmes de 15 à 19 ans (23 femmes).

grossesse

Les femmes vivant seules

Une autre caractéristique démographique des IVG est la sur-représentation des femmes vivant seules (situation familiale de fait) :

- 50 % des femmes qui ont subi une IVG vivent seules (contre 39 % des femmes de 15 à 49 ans en Basse-Normandie au recensement de 1990) ;
- 50 % vivent en couple (contre 61 % respectivement).

Cela correspond aussi à ce que l'on observe pour la situation légale : deux IVG sur trois sont effectuées chez les femmes célibataires alors que seulement 42 % de la population générale des femmes de 15 à 49 ans est célibataire.

La profession des femmes

Concernant la profession, deux types de situations professionnelles sont davantage représentées parmi les IVG que dans la population des femmes de 15 à 49 ans au recensement de 1999. Ce sont :

- les femmes au chômage : 14 % (contre 11 %) ;
 - les femmes au foyer : 18 % (contre 13 %).
- La part des étudiantes ou élèves est pratiquement la même parmi les IVG (21 %) que dans la population générale des femmes de 15 à 49 ans (20 %) ; et les salariées sont moins représentées dans les IVG (40 %) que dans la population générale (51 %).
Donc les populations à risque sont les femmes au foyer et les femmes au chômage.

La situation professionnelle des femmes

Si on compare maintenant la situation professionnelle selon qu'il s'agit d'une première IVG ou d'une récidive, on constate que deux types de populations sont davantage représentées parmi les récidives :

- les salariées (42 % des récidives contre 39 % des premières IVG) ;
- et surtout les femmes au foyer: 27 % des récidives contre 15 % des premières IVG.

Passons maintenant aux informations médicales contenues dans les bulletins d'interruption de grossesse.

Considérons la durée de gestation pour l'ensemble des établissements:

- plus des deux tiers des IVG (68 %) sont réalisées entre la 8^e et la 12^e semaine d'aménorrhée;
- moins d'un tiers (31 %) le sont avant la 8^e semaine ;

- moins de 1 % (0,9 %) ont été réalisées au-delà de la 12^e semaine légale actuellement, qui correspondent à 19 interruptions thérapeutiques de grossesse.

On ne met pas en évidence de différence significative entre les établissements publics et privés concernant la pratique d'IVG avant ou après le seuil de douze semaines.

Les techniques utilisées

En ce qui concerne les techniques utilisées, sans distinguer le type d'établissement,

- Les techniques chirurgicales représentent 68 % (dont la moitié pour l'aspiration seule) de l'ensemble des techniques utilisées ;
- Les techniques médicamenteuses, 32 % (les 528 administrations de RU 486 représentent 18 % des 2 949 IVG).

- La technique de l'aspiration est deux fois plus souvent pratiquée dans les établissements privés (73 %) que publics (32 %) ;

- En revanche, les techniques médicamenteuses sont davantage utilisées dans les établissements publics (511 prises de RU 486 sur 2 717 IVG, soit 19 %) que privés: (17 prises de RU486 sur 232 IVG soit 7,3 %). La technique diffère évidemment selon la durée de la gestation :

- les prises de médicaments prédominent pour les IVG de moins de huit semaines d'une part, et de plus de douze semaines de l'autre (en association avec une technique instrumentale);
- au contraire, entre huit et douze semaines, les techniques instrumentales prédominent largement.

Le type d'anesthésie

- dans 76 % des cas, l'IVG est réalisée sous anesthésie générale ;

- dans 11 %, sous anesthésie locale ;

- dans 13 % des cas, aucune anesthésie n'est effectuée, ce qui correspond à l'utilisation d'une technique médicamenteuse; ce pourcentage est inférieur à celui des IVG médicamenteuses (32 %) parce que l'item « type d'anesthésie » n'a pas toujours été rempli pour les IVG médicamenteuses, et quelques réponses manquent.

- L'anesthésie générale est utilisée dans plus de neuf cas sur dix pour la technique d'aspiration, avec ou sans contrôle à la curette, et le curetage. Elle accompagne, d'autre part, 78 % des dilatations mécaniques ; les 22 % de ces dilatations mécaniques restantes étant essentiellement associées à l'anesthésie locale.

On peut noter, au chapitre des imperfec-

tions de remplissage :

- pour 9 IVG par aspiration sur 1 602, la mention « aucune anesthésie » figurait sur le bulletin d'IVG, ce qui est certainement une erreur d'inscription.

La durée d'hospitalisation

- plus de 9 femmes sur 10 (94 %) ont eu une durée d'hospitalisation inférieure à 13 heures,

- la durée moyenne d'hospitalisation sur l'ensemble des établissements étant de douze heures.

La durée varie bien sûr avec la technique, les durées les plus longues (plus de 12 heures sans dépasser 4 jours) correspondent aux curetages avec contrôle à la curette.

Quelles sont les femmes qui recourent le plus à l'IVG ?

Enfin, nous avons tenté de caractériser les femmes qui recourent le plus à l'IVG en 1999 :

Les IVG récidivantes correspondent plutôt à des femmes mariées âgées de 35 à 49 ans, vivant au foyer, travaillant à leur compte, et / ou ayant des enfants. Les femmes étrangères, au nombre de 87, constituent aussi une population à risque : 31 % ont déjà eu recours à l'IVG contre 19 % des femmes de nationalité française.

Par ailleurs l'analyse de saisonnalité entre 1996 et 1999 montre que le nombre d'IVG réalisées en Basse-Normandie augmente entre juillet et septembre, contrairement à ce qui se passe en France. On peut donc affirmer que l'accessibilité à l'IVG pendant l'été est bonne dans notre région.

Enfin, concernant la qualité des données, une campagne d'information en direction des médecins pourrait permettre d'améliorer le remplissage de ces bulletins.

M. le Professeur Michel HERLICOVIEZ

« Je ferai juste une courte remarque concernant les IVG pratiquées au-delà de douze semaines : normalement elles ne devraient pas figurer sur le bulletin, parce que ce sont des interruptions médicales de grossesses. Et je pense donc que ce sont des erreurs de codage qui ne peuvent pas être interprétées. A mon avis, c'est comme cela qu'il faut voir les choses. La limite actuelle est fixée à douze semaines d'aménorrhée, en attendant autre chose ; cela constitue donc le délai légal pour une interruption volontaire de grossesse. »

L'hystérectomie et les différentes voies d'abord



L'hystérectomie reste et restera l'acte opératoire de référence, aussi bien quant à sa fréquence qu'à ses implications psychologiques et sociales, dans le cadre de la chirurgie de la femme.

Il est réalisé en France plus de 70 000 hystérectomies pour lésion bénigne par an.

Sans discuter sur les indications de cette intervention, se pose le problème des avantages et inconvénients des différentes voies d'abord.

L'hystérectomie vaginale est historiquement la première voie d'abord. En effet, c'est le français Joseph Récamier qui, en 1829, réalisa la première hystérectomie vaginale « réglée ».

La voie abdominale reste encore la voie la plus fréquemment utilisée, dans plus de 50 % des hystérectomies, voire plus, notamment aux Etats-Unis.

Enfin, à la fin des années des 80 est survenue « la révolution » de la chirurgie coelioscopique et tout naturellement la réalisation de l'hystérectomie fut explorée ; en 1988 Reich en fait la première publication.

Quels sont donc les avantages et inconvénients de chaque méthode ?

Sans vouloir être exhaustif, plusieurs items sont à prendre en considération :

- **la morbidité péri-opératoire :**
 - douleurs, infections, hémorragies per et post-opératoires,
 - accidents thrombo-emboliques, éven-trations ;
- **les séquelles périnéales :**
 - prolapsus, incontinence et séquelles douloureuses ;
- **les séquelles psychologiques :**
 - troubles de la libido, dépression ;
- **le coût économique :**
 - temps opératoire, coût du matériel, coût des complications, durée du séjour et de la convalescence.

Chaque voie d'abord garde ses avantages :

La voie laparotomique :

La voie d'abord laparotomique permet sur le plan technique de faire face à toutes

les situations et permet d'opérer quelque soit la nature des lésions.

Cependant, outre les risques propres à l'hystérectomie s'ajoutent les inconvénients de la laparotomie, c'est-à-dire augmentation de la durée d'intervention, des suites douloureuses, des risques thrombo-emboliques et infectieux sans compter une plus longue période de convalescence.

Un récent article rapporte que la mortalité post-opératoire reste trois fois plus élevée que par la voie vaginale.

La voie vaginale

L'inconvénient de la voie vaginale réside dans le fait qu'elle ne permet pas une exploration complète de la cavité péritonéale.

Cependant, c'est une intervention qui est rapide, simple, souffrant de très peu de morbidité post-opératoire, notamment, douloureuse ; le risque infectieux est actuellement équivalent à celui des autres voies d'abord, grâce à l'antibioprophylaxie per-opératoire.

Elle ne présente pas plus de séquelles, notamment, périnéales, (prolapsus, incontinence urinaire secondaire) que les autres voies d'abord ; mieux, elle permet d'y adjoindre le traitement des prolapsus et incontinences urinaires comme le TVT.

Elle permet surtout de ne pas stigmatiser par une cicatrice abdominale l'ablation d'un organe hautement symbolique.

La voie coelioscopique

Enfin, l'hystérectomie par voie coelioscopique est de développement plus récent et semble combiner les avantages des deux autres méthodes.

Il n'y a pas (ou très peu) d'incision cutanée, elle permet une parfaite exploration de la cavité péritonéale (voire mieux que par laparotomie) ; cependant son inconvénient majeur réside en sa complexité, et l'usage d'un matériel sophistiqué ; quant aux complications vésicales et urétérales,

elles semblent être pour autant, en moyenne, plus importantes qu'en chirurgie traditionnelle.

Le choix des voies d'abord est fonction de nombreux facteurs, comme le volume utérin, la parité, une pathologie annexielle ajoutée, la présence de douleurs inexplicables, l'âge de la patiente, le choix de la patiente et du chirurgien.

C'est depuis l'avènement de la coelioscopie, que se réalisent plus fréquemment les hystérectomies par voie vaginale.

C'est, vraisemblablement, grâce à la coelioscopie que de nombreux chirurgiens ont découvert la voie vaginale, la coelioscopie devient une assistance à la voie vaginale : pouvoir faire par en haut ce qu'il est difficile à faire par en bas et inversement.

La synthèse reste bien mal aisée

Il n'en reste pas moins que l'abord vaginal est, et doit rester, l'abord de prédilection d'une hystérectomie pour lésion bénigne. La coelioscopie améliore l'accessibilité de la voie vaginale.

Sur une série continue personnelle de 950 hystérectomies sur 3 ans pour lésion bénigne, plus de 95 % des hystérectomies ont été réalisées par voie vaginale dont 18 % assistées sous contrôle coelioscopique. Même s'il faut limiter « l'effet chirurgical » quant aux indications de la voie d'abord, il n'est pas question d'imposer des normes dans un domaine où la subjectivité et l'expérience occupent une place très importante.

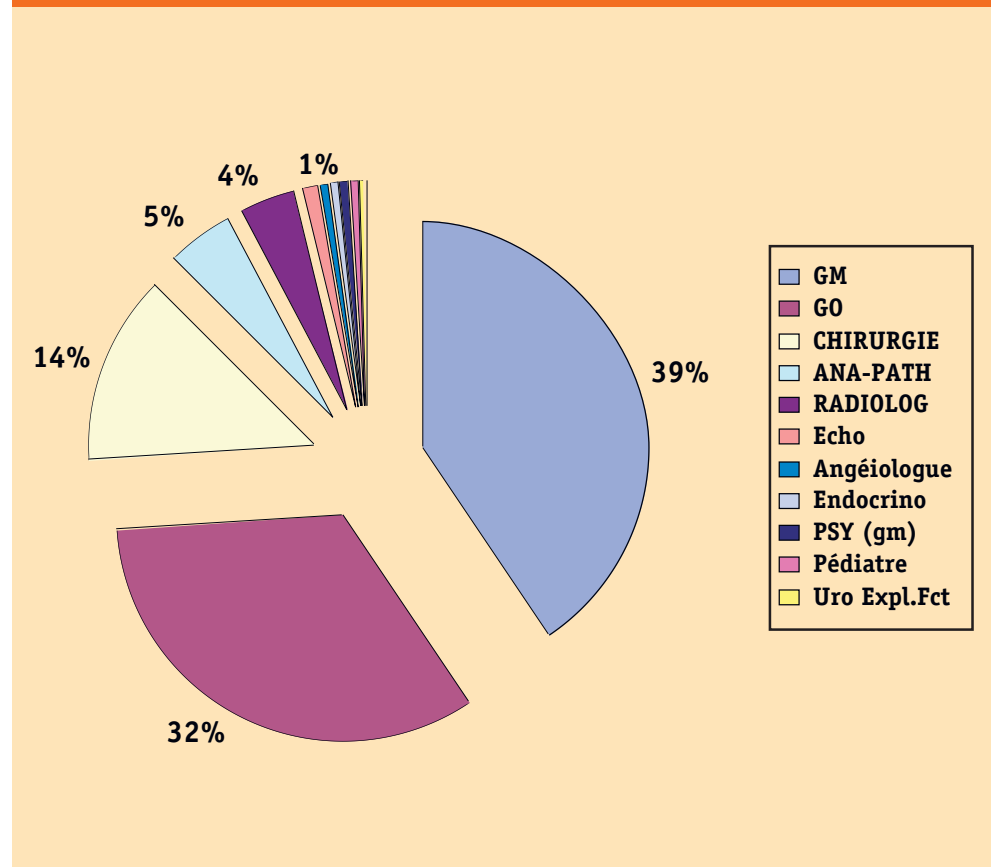
C'est en ayant la maîtrise des différentes voies d'abord de l'hystérectomie, que le chirurgien gynécologue moderne pourra prendre, avec la patiente, et en toute liberté, sa décision ; comme nous l'a enseigné Mayo, « *il faut adapter l'opération à la malade et non la malade à l'opération* ».

Cotisants : qui êtes-vous ?

- Les femmes majoritaires !
- La Gynécologie Médicale : le diplôme (et l'exercice) le plus prisé par les femmes.
- La Chirurgie reste un « métier d'homme ! »
- Une large majorité de cotisants ont une formation en obstétrique.
- De nombreux « sympathisants » venant d'autres spécialités parmi nous !

Quel est le visage du Collège ?

RÉPARTITION DES COTISANTS PAR SPÉCIALITÉS

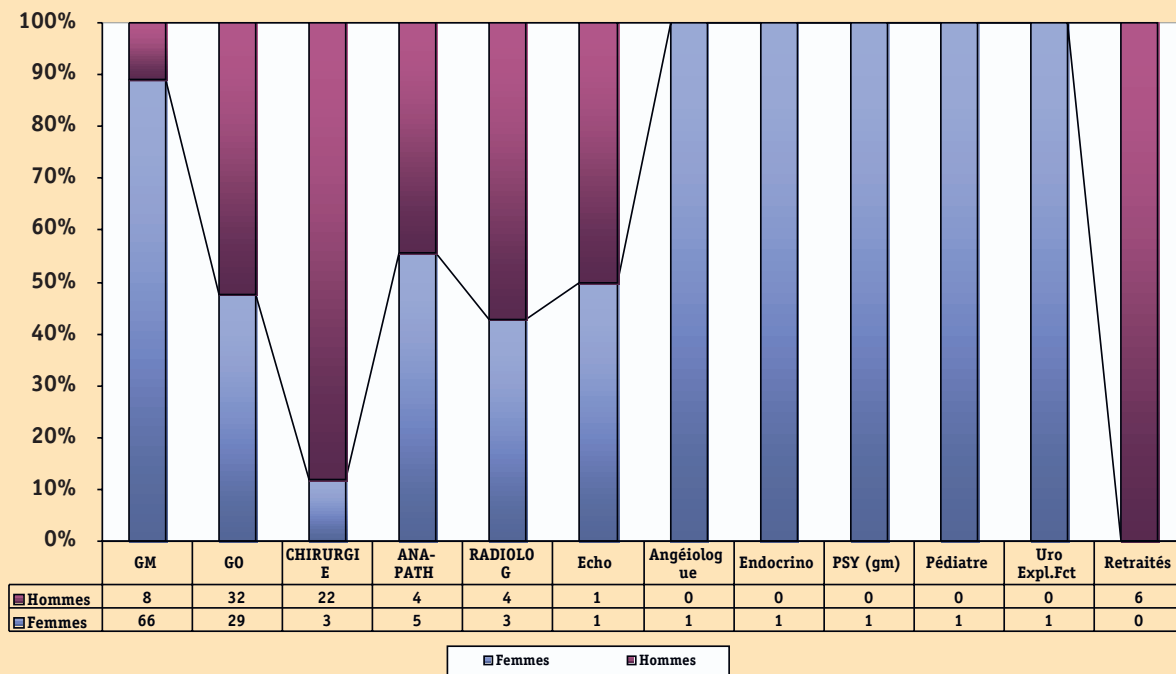


Cette petite étude est réalisée à partir des informations fournies par les 196 cotisants de l'année 2000. Nous avons retenu les membres de droit, non cotisants, écarté les 6 retraités (tous des hommes) et les 7 confrères pour lesquels nous n'avons aucun renseignement. L'étude porte donc sur 183 cotisants en activité. Nous avons pris le parti de prendre en considération l'activité principale (et la plus spécifique) de

chacun. Elle correspond bien souvent au diplôme sanctionnant les études de 3^e cycle. Cependant bon nombre de confrères diplômés en Gynéco-Obstétrique (GO) n'exercent plus qu'en Gynécologie Médicale (GM) dans des proportions difficiles à connaître. Nous nous sommes intéressés à la composition du CGN selon les spécialités, selon les sexes et à la répartition des spécialités entre les sexes et selon les

sexes. Ce premier tableau nous montre que 4 adhérents en activité sur 10 au CGN ont un diplôme de GM pure ; 46 % ont une formation d'obstétricien ! 85 % ont une activité en rapport direct avec la gynécologie médicale. 15 % des cotisants n'exercent pas directement la gynécologie médicale ou l'obstétrique et ont une activité cependant « périphérique » à la gynécologie.

RÉPARTITION DES SPÉCIALITÉS SELON LE SEXE



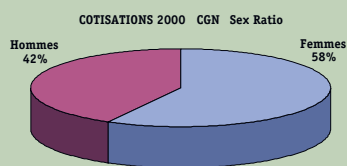
Neuf femmes pour un homme ont un diplôme de GM. Le nombre réel de cotisants exerçant uniquement en GM ne peut être précisé. Il est de toute évidence supérieur au nombre de diplômés en GM. La chirurgie reste un « métier d'hom-

me » avec 22 adhérents contre trois femmes. L'obstétrique est un diplôme autant prisé par les femmes que par les hommes. Parmi les spécialités exercées par les « sympathisants » du CGN, on trouve autant d'hommes que de femmes en

anatomopathologie, en radiologie et en échographie. Par contre, les cinq autres spécialités sont exclusivement pratiquées par des femmes. Nous avons fait figurer dans ce tableau une singulière « spécialité », celle des retraités

parce que nous nous sommes interrogés sur le fait qu'il ne s'agit que d'hommes. Nous ne doutons pas que quelques unes de nos consœurs passent une paisible retraite ; peut-être les hommes ont-ils plus de mal à décrocher ?

LE SEX-RATIO DU CGN

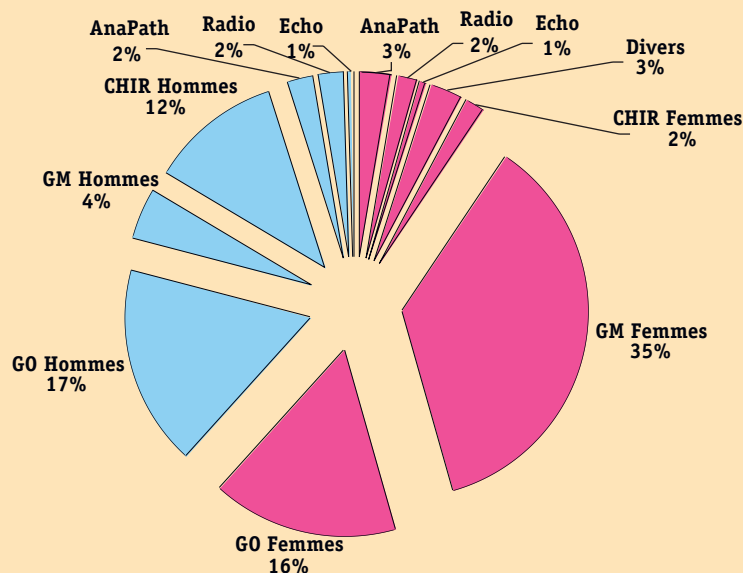


« À tout seigneur, tout honneur ! », les femmes sont majoritaires.

On compte **trois femmes** pour **deux hommes** au sein du Collège. (114 femmes, 82 hommes).

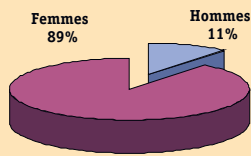
Intéressant ! Non ?

COMPOSITION DU CGN PAR SPÉCIALITÉS ET PAR SEXES

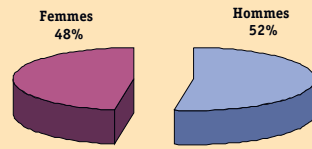


« Les femmes sont les plus nombreuses au sein du CGN. Mais celles d'entre elles qui exercent en GM ne représentent que 35% de l'ensemble des cotisants ».

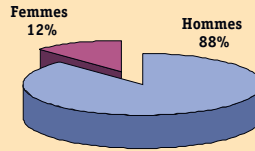
GM, GO, CHIRURGIE SELON LES SEXES



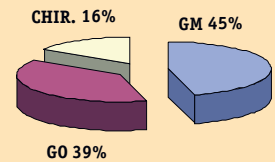
Gynécologie médicale



Gynéco-obstétrique



Chirurgie

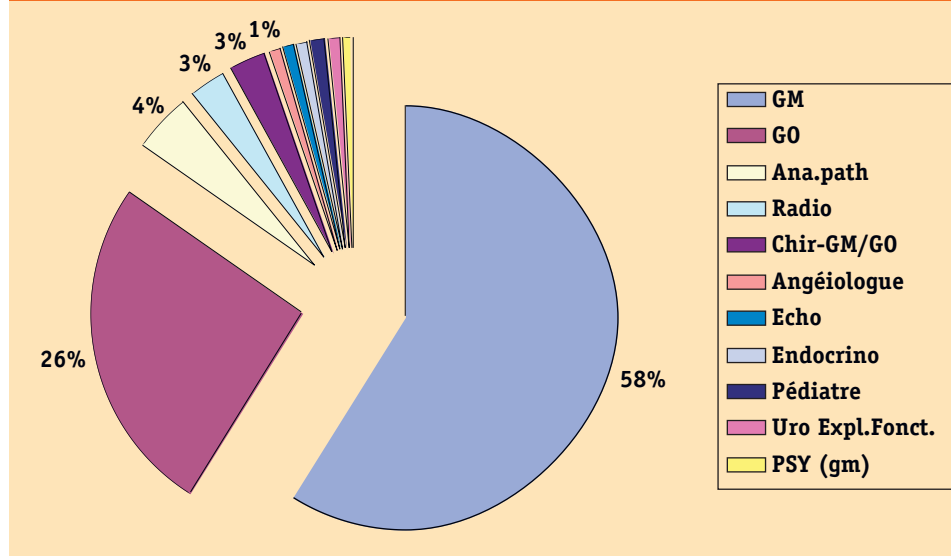


Spécialités d'origine

Cent quatorze femmes ont cotisé au Collège en l'an 2000. Nous manquons de renseignements pour deux d'entre elles ; l'étude porte donc sur 112 adhérentes.

Six femmes sur dix exercent uniquement la Gynécologie Médicale. Un quart d'entre elles est diplômé en Gynéco-Obstétrique. Toutes n'exercent pas l'obstétrique. Peut-être dans une proportion plus importante que pour les hommes ayant le même diplôme ? Nous manquons cependant d'éléments pour être précis et affirmatifs. Par contre il est sûr, de ce fait, qu'en réalité plus de six femmes sur dix exercent en Gynécologie Médicale.

RÉPARTITION DES SPÉCIALITÉS CHEZ LES FEMMES



3 % de nos adhérentes pratiquent la chirurgie.

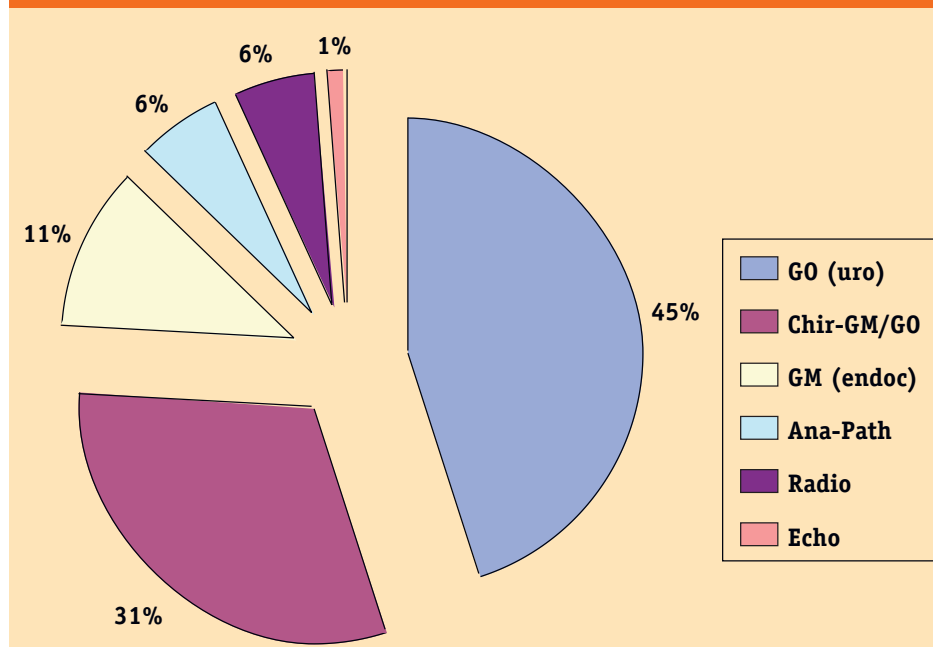
13 % de nos cotisantes sont des « sympathisantes » exerçant

dans des spécialités dites « périphériques » au premier rang desquelles arrive l'anatomopathologie suivie par la radiolo-

gie. Spécialités partagées par les hommes.

Les seuls Psy exerçant la sexologie sont des femmes.

RÉPARTITION DES SPÉCIALITÉS CHEZ LES HOMMES



45 % des 71 cotisants masculins en activité ont une formation en Gynécologie-Obstétrique sans forcément exercer en obstétrique.

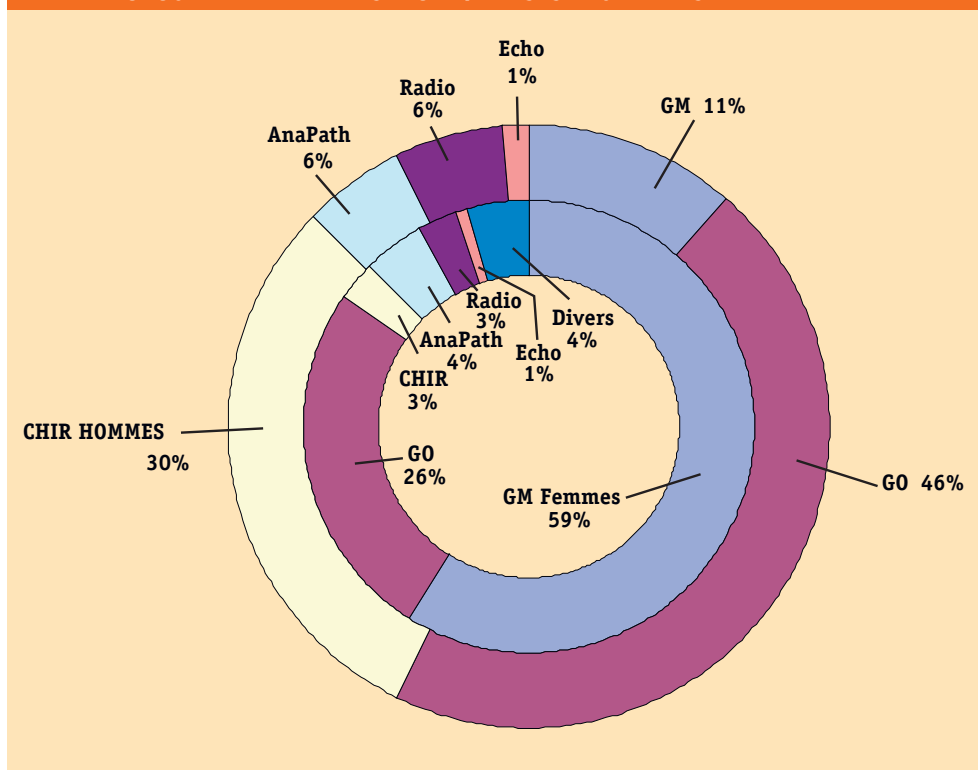
31 % des adhérents sont des chirurgiens.

Seul un homme sur dix est formé à la Gynécologie médicale pure.

Les 13 % de « sympathisants » ne se répartissent que sur trois spécialités.

« Une moins grande variété de spécialités chez nos adhérents masculins au CGN que chez les femmes. »

TABLEAU COMPARATIF DES ACTIVITÉS SELON LE SEXE



Ce tableau met en comparaison les proportions (indépendamment du nombre de cotisants femmes ou hommes) de chaque spécialité selon leur répartition au sein de chaque groupe masculin ou féminin. Il reflète donc, indépendamment

de l'importance des groupes, les tendances au sein de ceux-ci pour les mêmes paramètres. De toute évidence, la GM est l'apanage des femmes ; la GO et la Chirurgie celui des hommes au sein de notre collègue.

On remarque des proportions identiques entre la GM chez les femmes et GO et GM cumulées chez les hommes ; la Chirurgie chez les hommes et GO et Chirurgie réunies chez les femmes.

Conclusions

Cette présentation de la composition du CGN n'apporte pas de grandes révélations si ce n'est une relativisation de l'importance de la GM, à travers notre Collège et confirme un certain conformisme dans la distribution des spécialités.

Nous avons bien conscience qu'il ne s'agit là que du reflet de l'ensemble des cotisants au Collège (environ 1/3 des gynécologues libéraux ne cotisent pas ou irrégulièrement) et non de la réalité de l'exercice de la gynécologie qu'elle soit médicale, chirurgicale ou obstétricale de notre province. Nous n'avons pas intégré à ces données statistiques, ne les possédant pas, celles qui proviendraient du milieu hospitalier public. Notons toutefois qu'en

Normandie, nous pouvons compter 1 gynécologue hospitalier pour 4 gynécologues libéraux et que 18 % des gynécologues travaillant en milieu hospitalier avaient payé en 1998 leur cotisation au Collège.

Cette étude est donc uniquement l'image d'une association, essentiellement privée et libérale, rouage intégré à un système de diagnostics et de soins beaucoup plus large.

Cette petite étude permet néanmoins de mieux nous connaître nous-mêmes, en ayant conscience que nous ne sommes pas « toute la gynécologie » exercée en Normandie.

Jean-Louis SIMENEL

A l'heure du **dépistage de masse**, que reste-t-il du **dépistage individuel** ?

Bernard Kouchner vient d'annoncer la généralisation du dépistage du cancer du sein à toutes les femmes âgées de 50 à 74 ans.

Comme cela se fait déjà dans 30 départements, et en particulier en Basse Normandie où le projet Mathilde est en place depuis plusieurs années. En Haute-Normandie le projet Emma n'a jamais vu le jour à cause de problèmes de financement.

Récemment l'URCAM de Haute-Normandie a diffusé une plaquette auprès des médecins afin de les sensibiliser à améliorer la précocité des diagnostics de cancer du sein. Le cancer du sein est responsable de plus de 10 000 décès chaque année en France.

Voici les résultats d'une étude faite en Haute Normandie. Elle a concerné 307 femmes à qui a été attribué une exonération du ticket modérateur dans les premiers mois de 1998.

La répartition des âges montrait :

- 4 % avant 40 ans,
- 18 % de 40 à 50 ans,
- 62 % de 50 à 74 ans,
- 16 % au delà.

Le stade de gravité du cancer du sein est trop élevé :

dans 53 % la tumeur faisait plus de 2 cm, les ganglions étaient envahis dans 26 % des cas et des métastases étaient présentes dans 6 % des cas.

A signaler que les gynécologues déclaraient des cancers du sein à un stade plus précoce que les généralistes.

Les femmes de 50 à 74 ans

bénéficieront d'une mammographie bilatérale avec 2 incidences et une double lecture et un rappel tous les 2 ans. L'objectif est d'atteindre 60 % de participation. Cette mammographie sera prise en charge à 100 %. En cas d'anomalie le médecin traitant sera contacté.

Il paraît donc important que nos patientes donnent notre nom, si nous voulons avoir un retour.

A coté de ce dépistage de masse, nous devons pour notre part affiner notre diagnostic, notre dépistage individuel devant un diagnostic précoce, et le faire encore plus précocement chez les femmes non concernées par le dépistage de masse, c'est à dire **les femmes de moins**

de 50 ans, et les plus de 74 ans.

Dans ces tranches d'âge, les difficultés diagnostiques sont différentes.

Chez la femme âgée,

le diagnostic est souvent fait très tardivement, devant une tumeur palpable ou une anomalie mamelonnaire. La mammographie est très performante à cet âge, les seins étant radiotransparents. Il est important de noter que les carcinomes lobulaires infiltrants sont plus nombreux que chez les femmes jeunes et l'envahissement ganglionnaire moins fréquent.

Souvent ces patientes ne consultent pas en gynécologie, se sentant trop vieilles pour cela, et puis « pour quoi faire, à leur âge » ? Mais la génération pilule continue de vieillir, et celle ci se fera suivre ; en espérant que la politique de santé ne nous aura pas rayé des cartes, et que les quelques gynécologues restant ne seront pas trop débordés pour assurer un suivi correct des femmes... Les femmes sous traitement hormonal substitutif ont le privilège d'avoir un examen clinique semestriel, et des mammographies régulières, et je pense qu'elles continueront de se faire suivre même après l'arrêt de leur traitement.

Chez les femmes de - de 50 ans

certaines femmes devront être dépistées systématiquement.

Celles qui ont des **ATCD familiaux** du 1^{er} degré, survenus à moins de 50 ans, le risque étant majoré en cas de bilatéralité et de cancers associés (ovaire).

Les femmes porteuses des gènes BRCA 1-2 ont 56 à 87 % de risque de développer un cancer du sein. La surveillance clinique est préconisée dès l'âge de 20 ans, et la surveillance mammographique dès 30 ans.

Les femmes ayant un **ATCD personnel** voient leur risque d'avoir un cancer du sein augmenté :

- par 2 en cas d'hyperplasie,
- par 4 en cas d'hyperplasie atypique,
- par 6 à 12 en cas de CLIS,
- par 2 à 4 en cas de CCI,
- par 20 en cas d'irradiation médiastinale.

Pour les autres, certaines d'entre nous démarrent le dépistage systématique dès 40 ans.

Mais souvent ce sera lors de l'examen gynécologique annuel que l'on pourra découvrir une **anomalie suspecte du sein**. Je ferai un rappel clinique, car ces temps derniers nous avons surtout parler de dépistage mammographique.

Le premier temps de l'examen clinique est celui de l'inspection, en position couchée et assise les bras relevés au dessus de la tête ; un signe du capiton peut apparaître. Il s'agit soit d'une simple ride, d'une dépression ou d'une petite attraction, parfois seulement visible lors de la mobilisation du sein. A un stade plus avancé, on verra une ombilication de la peau ou une rétraction. L'état du mamelon sera apprécié, rétraction, érosion, eczéma et un écoulement sera recherché.

La palpation recherche la dureté ligneuse de la tumeur, sa non limitation et ses connexions à la peau et au plan profond.

La palpation des territoires ganglionnaires sera systématique, à la recherche d'une adénopathie évocatrice, dure, libre et indolore.

Qu'en est il de l'IRM

L'IRM n'a pas sa place comme test de dépistage de masse du fait de ses faux positifs, de l'impossibilité actuelle de faire des biopsies sur une image vue seulement en IRM et de son coût.

Les indications actuelles sont : la recherche d'un cancer occulte, révélé par une adénopathie axillaire ou des métastases (situation relativement rare, 1 %).

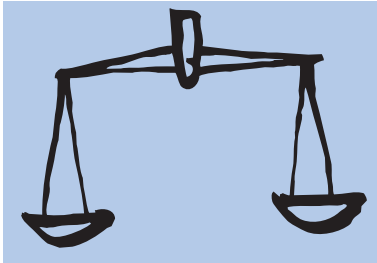
Le bilan d'extension, la recherche d'une multifocalité, le suivi d'un cancer du sein traité. Dans ce cas, un délai de 9 à 18 mois après la fin de l'irradiation doit être respecté. Dans les seins opérés, irradiés, les pathologies bénignes à l'origine de faux positifs ont disparu. Il existe cependant des faux négatifs (carcinomes intracanaux débutants).

Ne sont pas des indications :

- La caractérisation d'une masse ambiguë, de microcalcifications, la biopsie exérèse étant incontournable.
- Le syndrome inflammatoire.

REFERENCES

Dr Boisserie-Lacroix, Imagerie du sein, place de l'IRM, 14^e journées Pyrénéennes de gynécologie.



Responsabilité médicale :

1. Définitions et critères en matière de responsabilité médicale.

La responsabilité médicale résulte d'une démarche qui consiste à placer un cas particulier, c'est-à-dire une personne malade, sous la protection d'une règle ou un ensemble de règles. La prise de décision comporte plusieurs étapes :

- la première est constituée par le pacte de soins entre le malade et le médecin mettant en œuvre son savoir faire professionnel.
- la seconde est la confrontation de ce pacte de soins avec la règle déontologique.
- la troisième est la prise en compte des règles juridiques issues de contraintes législatives réglementaires ou jurisprudentielles.
- la quatrième est de tenir compte des règles socio-économiques.

La décision peut être difficile à prendre dans certains cas lorsque ces règles se trouvent en conflit. Actuellement, les médecins constatent un glissement de la première étape vers la troisième et la quatrième étape c'est-à-dire qu'ils ressentent une forte contrainte juridique et économique. Cette évolution crée un nouvel équilibre dans la relation médecin-patient.

RAPPEL HISTORIQUE : Evolution de la pratique médicale.

Historiquement, on distingue deux périodes, la première qui va de l'Antiquité à 1950 et la seconde période de 1950 à l'aube du 21^e siècle.

Pendant la première période, qui s'étend du temps d'Hippocrate à la première moitié du 20^e siècle, l'information du patient était comprise comme un simple devoir moral et professionnel fondé sur le respect de la personne humaine et imposé au médecin par le code de déontologie médicale. L'éthique de l'exercice médicale était une éthique personnelle : celle du devoir. Elle était encouragée par l'Etat. Les médecins avaient la confiance de tous, ils n'effrayaient ni les malades, ni les économistes, ni les responsables politiques ou les juges. Le médecin établissait avec le

malade un pacte de soins, basé sur une relation de confiance entre le praticien qui « sait » et le malade qui souffre. Cette conception paternaliste de la médecine va être fortement remise en cause et avec elle la « notion de consentement implicite » qui en découle.

Que s'est-il passé dans la deuxième moitié du 20^e siècle ?

En 1950 encore, le Professeur Porte, Président de l'Ordre National des Médecins, déclarait que : « le problème de l'information et du consentement est un mythe », malgré les prémisses d'une évolution forte. Il comparait toujours la relation médicale à une « relation entre l'enfant et sa mère ».

Cependant, un brutal coup de vent d'origine Nord Américaine soufflait depuis la fin de la guerre, en liaison avec les progrès spectaculaires de la technique médicale, importés en Europe dans le cadre du Plan Marshall, et favorisés par les échanges avec les grands centres hospitaliers et universitaires américains. Les mentalités occidentales s'en sont trouvées radicalement modifiées.

Ainsi, en un demi-siècle, les progrès de la médecine, la révolution technologique de la biologie, la maîtrise de la thérapeutique ont bousculé la relation malade-médecin. Les malades informés (surinformés ?) par les médias ont appris à leurs dépens que l'acte médical avait trois caractéristiques :

- la recherche d'efficacité,
- la complexité faisant intervenir plusieurs praticiens et faisant appel à différentes techniques,
- la dangerosité car ces techniques peuvent être source d'accidents thérapeutiques.

Parallèlement, les tribunaux ont rappelé aux médecins qu'ils devaient apporter la preuve de la qualité de leur exercice professionnel en répondant à trois critères : expérience, compétence et prudence. C'est la combinaison de ces trois critères qui fonde les bases du concept de précaution.

Il convient de caractériser ces trois critères car ils sont systématiquement évoqués en pratique expertale en cas de conflit médecin-malade.

Tout d'abord la compétence médicale est le résultat d'une formation adaptée à l'indication, la réalisation et la surveillance d'un acte médical en respectant les données les plus récentes de la science. Paul Valéry évoquait l'intégration dans la pratique médicale de l'état de la science en disant : « l'homme compétent est celui qui se trompe selon les règles ».

Le deuxième critère est l'expérience qui est plus difficile à caractériser. Elle correspond à la capacité du praticien à connaître l'ensemble des risques techniques, pour les maîtriser, et assurer ainsi la sécurité du malade.

C'est à la notion d'expérience que se réfère Dupuytren qui disait : « je me suis trompé mais je me suis trompé moins que les autres ».

Les magistrats aujourd'hui établissent ce qu'ils appellent une « courbe d'apprentissage », avec une causalité directe entre le dommage et l'expérience du praticien : « Jeunes opérateurs, s'abstenir ! »

Le troisième critère est celui de la prudence dans l'exercice médical, qui peut se définir comme l'intuition du risque et la vigilance contre le fait aléatoire.

Le concept de précaution correspond à la combinaison optimale de ces préoccupations. Naturellement, il ne doit pas conduire à l'immobilisme mais vise à réduire les risques pour permettre de rétablir, sur des fondements renouvés, un rapport confiant avec le malade. Dans ce contexte nouveau, la relation de confiance sera basée sur l'explication de la procédure thérapeutique envisagée et les conséquences de l'acte proposé.

Il faut néanmoins observer que cette attitude conduit progressivement en un déni de l'aléa, au sens de l'événement non maîtrisable.

2. La Charte du malade et le droit de la personne malade (loi du 31 juillet 1991 Claude EVIN)

Cette charte du malade précise que le patient est autonome et doit être considéré comme un acteur de la décision

analyse et évolution

médicale. On y relèvera quelques points spécifiques qui sont à l'origine de condamnation de médecins :

- le défaut d'information ou la mauvaise information sont condamnables et doivent donner lieu à une indemnisation.
- Le défaut de consentement éclairé, lorsqu'un acte médical peut porter atteinte à l'intégrité du corps humain peut être considéré comme une infraction pénale.
- Les principes établis par cette charte ont fortement influencé les magistrats et ont servi de fondement à des décisions judiciaires de grande portée ; c'est ainsi que deux arrêts de la Cour de Cassation ont profondément modifiés la relation médecin-malade.

Tout d'abord, l'Arrêt Bianchi (Cour de Cassation 1993) a institué :

- la notion de responsabilité sans culpabilité qui permet d'indemniser le dommage causé par le praticien,
- l'obligation de sécurité dont sont redevables les établissements de santé et comme les praticiens permettant d'indemniser les dommages liés aux infections nosocomiales ou aux accidents thérapeutiques.

Cet arrêt rapproche l'obligation des intervenants de celle de résultat, dépassant largement le cadre de l'obligation de moyens. On assiste progressivement à une dérive sécuritaire ayant pour objectif le « zéro-défait ».

Le deuxième arrêt qui a été le plus commenté est celui de Pierre SARGOS (Cour de Cassation février 1997) qui introduit la notion de « renversement de la charge de la preuve ». En effet, jusqu'à une date récente, le demandeur - le malade - devait apporter la preuve qu'il avait été mal informé. Dorénavant, c'est au médecin d'apporter la preuve qu'il a respecté les termes de l'obligation d'information sur les investigations et soins qu'il lui propose et recueilli le consentement du patient.

Le médecin se trouve de ce fait dans la situation de se prémunir bien davantage.

On considère aujourd'hui que pour être efficace, l'information doit être à la fois écrite et orale. L'information écrite seule n'est pas suffisante : elle doit servir de support à une bonne explication, adap-

tées aux besoins du patient. De plus un délai de réflexion suffisant doit chaque fois que possible être ménagé au profit du patient.

3. L'Aléa ou Accident thérapeutique.

L'aléa thérapeutique est caractérisé par l'aggravation de l'état, comportant un dommage distinct de la pathologie initiale ou de son évolution prévisible, et excédant le simple échec thérapeutique.

Il conduit à considérer que tout acte médical ou chirurgical est potentiellement générateur de mise en cause de la responsabilité du praticien, qu'il y ait ou non faute médicale.

Il faut rappeler que, notre Code Pénal (art. 1382) établit la nécessité d'une relation directe de causalité entre faute et dommage, et c'est ce lien qui seul donne droit à réparation : s'il n'y a pas faute, on ne peut prétendre à une réparation des dommages ; cependant la judiciarisation de notre société a amené les magistrats à établir le concept de « responsable non-coupable » pouvant être amené à indemniser le patient en cas d'aléa thérapeutique.

Cette jurisprudence a permis de se tourner vers les assurances civiles professionnelles des praticiens pour dédommager les victimes d'accidents thérapeutiques sans faute. Cette jurisprudence très favorable aux plaignants aboutit à l'arrêt de 1997 qui précise que « tout fait maladroite engage la responsabilité du praticien » : l'aléa imparable est donc de moins en moins reconnu.

Ainsi si un accident survient au cours d'un acte médico-technique ayant un caractère invasif indiscutable (exemple : endoscopie), les magistrats établissent une causalité directe entre le dommage et l'acte du praticien, faisant ainsi disparaître la notion d'aléa thérapeutique dans un grand nombre de dossiers. Dans le cas d'infection nosocomiale, les juges établissent systématiquement une présomption

de faute : ces infections n'existaient pas avant l'acte, ne sont donc pas aléatoires.

C'est alors que la qualité de l'information délivrée au patient avant l'intervention prend toute son importance, avec le renversement de la charge de la preuve que nous avons évoqué.

Enfin, on note que les magistrats établissent progressivement une sécurité des résultats à la charge du praticien : nous sommes à l'ère sécuritaire du « zéro défaut » : comprenons que l'obligation de résultat s'ajoute à l'obligation de moyens.

On constate donc une évolution de notre société vers la pénalisation croissante de la responsabilité médicale. Cette évolution ouvre la voie à tous les recours, qu'ils soient pénaux ou civils. Il nous semble cependant que la faute médicale avérée doit demeurer le fondement de la responsabilité médicale et que la notion d'aléa ne peut être niée, sans bien entendu que celle-ci ne remette en cause le droit à l'indemnisation des victimes.

On comprend donc, comme le prévoit le projet du Ministre Bernard Kouchner qu'une loi est urgente pour permettre l'indemnisation des victimes d'accidents médicaux non fautifs et qu'il est indispensable pour traiter ces cas de créer un fonds spécial d'indemnisation.

Il paraît souhaitable que la demande d'indemnisation des accidents médicaux non fautifs trouve sa réponse dans l'expression de la Solidarité Nationale et non pas dans la responsabilité professionnelle des médecins.

REFERENCES

Pr Bernard PROUST - CHU de Rouen - Conférence ICARE (Rouen Mai 2001)

Dr Raymond BELAICHE - SYNGOF N° 44 (Décembre 2000)

Pr Pierre VAYRE - Revue « Experts » N°49 (Décembre 2000)

Arrêt SARGOS - Cour de Cassation - 1997.

La frontière entre aléa thérapeutique et faute est extrêmement floue.

Le devoir d'information est rétroactif

Les décisions jurisprudentielles imposent aux médecins depuis 1997, un devoir croissant d'information envers leurs patients. Les gynécologues-obstétriciens qui avaient déjà de quoi être inquiets après l'arrêt Perruche vont pouvoir trembler avec la décision récente de la Cour de cassation qui confère un caractère rétro-

actif à l'obligation de conseil et d'information des patients par les médecins. Elle a admis le principe de la condamnation d'un accoucheur pour des faits ayant eu lieu en janvier 1975. Il est reproché à ce confrère d'avoir préféré un accouchement par voie basse à une césarienne pour un siège et de ne pas avoir informé la mère

des moindres risques, même exceptionnels. L'enfant, handicapé à hauteur de 25 %, devenu majeur a assigné l'accoucheur.

« Un médecin ne peut être dispensé du devoir d'information vis-à-vis du patient, devoir qui trouve son fondement dans l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine. » ont expliqué les magistrats de la Cour de cassation.

EPLING

Le troisième cycle d'enseignement organisé par la FNCGM s'est achevé les 19 et 20 octobre 2001, avec pour thèmes « la Stérilité » et « la Contraception » sous la responsabilité du Collège de Gynécologie de Normandie.

Le 4^e CYCLE D'ENSEIGNEMENT se déroulera sur 3 ans (2002-2003-2004) et sera réactualisé :

- 2 sessions de 2 jours par an (vendredi et samedi)
- le dernier week-end de janvier
- l'avant-dernier week-end d'octobre

1^{re} Session : 25 et 26 janvier 2002

25 JANVIER 2002 :

Gynécologie et appareil cardio-vasculaire

26 JANVIER 2002 :

Gynécologie et appareil ostéo-articulaire

Responsable :

Collège de Paris – Ile de France (Pdt : D. SERFATY)

2^e Session : 18 et 19 octobre 2002

18 OCTOBRE 2002 :

Le Généticien et le Gynécologue

Responsable :

Collège de Marseille (Pdte : E. LAPLANE-CAILLLOL)

19 OCTOBRE 2002 :

Problèmes de métabolisme et nutrition en Gynécologie et Obstétrique

Responsable :

Collège du Sud-Est (Pdte : F. MOUSTEOU)

L'enseignement a lieu à PARIS à l'Ecole Pratique de la Faculté de Médecine, 15/21 rue de l'Ecole de Médecine

APPEL à CANDIDATURES

POUR
LE RENOUELEMENT
DES MEMBRES
DU C.A. DU COLLEGE
DE GYNECOLOGIE
DE NORMANDIE.

Lors de l'assemblée générale qui aura lieu pendant le Congrès de novembre à Deauville, il sera procédé par élection, au renouvellement du 1/3 des membres de notre Conseil d'Administration.

Les personnes intéressées devront le faire savoir

AVANT

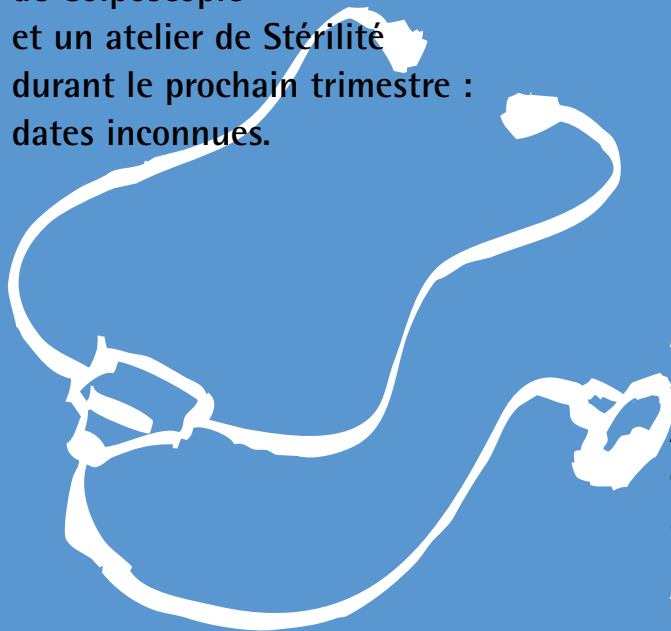
le 11 novembre 2001, en écrivant à notre secrétaire :
Dr. Anne-Marie LE HENAFF
7 rue Saint-Jean
14000 CAEN.

Membres
du Conseil
d'Administration
sortants :
Juan BERROCAL,
Jean-Pierre BILHAUT,
Jacques CONSTANT,
Catherine FOHET.

Ateliers...

À Caen

Sont prévus un atelier de Colposcopie et un atelier de Stérilité durant le prochain trimestre : dates inconnues.



À Rouen

Atelier « Sénologie » :
« Conduite à tenir devant un nodule mammaire radiologique. »
le 08/11/2001 à 20 h 30
à la Clinique de l'Europe.
Animé par Catherine Fohet et Juan Berrocal ;
Intervenant : Dr. Berry

Atelier « stérilité » :
« L'IAC »
Animé par Catherine Avril
en janvier 2002, à 20 h 30
à la clinique Saint-Antoine.

Atelier « Grossesse » :
thème non encore précisé,
Atelier animé par Bernard Thobois
le 28/02/2002
à la Clinique Saint-Romain.

Conseil d'Administration

Membres titulaires :

Présidente : Brigitte OUVRY-NEVEU
Vice-Présidente : Béatrice GUIGUES
Secrétaire : Anne-Marie LE HENAFF
Trésorier : Jean-Louis SIMENEL
Relation avec les Laboratoires : Catherine FOHET,
Catherine AVRIL, Juan BERROCAL, Jean-Pierre BILHAUT, Jacques
CONSTANT, Evelyne RIVIERE, Bernard THOBOIS, Jacques VILLIERE.

Membres Associés : Michèle DESBORDES-QUERE, Jacques ROUGEULLE,

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

Siège Social : 47 bis, 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

**Pour ceux
et celles
qui ne l'ont pas
encore fait,
pensez
à régler votre
cotisation 2001**

(400 F)

Merci

*Nous avons appris avec tristesse le décès de notre confrère et ami
Hubert Perry, chirurgien à la Clinique Saint-Hilaire à Rouen.
Nous adressons à sa femme et à ses enfants nos sincères condoléances.*

Le Docteur Théophile Anger :



Bataille de Sedan (1^{er} septembre 1870)

Daniel Anger nous rapporte dans cet article la maladie de Napoléon III à partir des notes prises au jour le jour sur de petits carnets par son grand-père Théophile Anger, chirurgien chargé par son maître Nélaton de suivre et de soigner l'Empereur dans son dernier parcours, celui de la guerre de 1870.

Il assistera ensuite au Siègne de Paris qui débuta le 19 septembre 1870 et dura 133 jours.

C'est vers l'automne 1864 que furent connues les crises de lithiase vésicale et de coliques violentes et fréquentes dont souffrait Napoléon III. Ces troubles eurent souvent des répercussions sur sa fonction d'empereur ; il n'eut pas toujours la force durant la guerre de 1870 de donner des ordres ou de les faire respecter : par exemple, il ne voulait pas de Bazaine comme chef de la 1^{re} Armée, mais il ne s'est pas opposé à sa nomination. Cette maladie ne le quitta plus jusqu'à la fin de sa vie. C'est d'ailleurs des suites d'une intervention chirurgicale portant sur la vessie¹ qu'il mourra en Angleterre le 9 septembre 1873.

ses souvenirs de la Guerre de 1870 - 1871

La maladie de Napoléon III

Nos racines sont Bas-Normandes et les Anger sont de la terre de Carrouges, nous étions des paysans et je crois des marchands de bestiaux.

Mon grand-père Théophile né en 1836 fait ses études humanitaires, il a appris le latin au grand séminaire de Sées. Il décide de faire ses études de médecine vers l'âge de 20 ans, vient à Paris, c'est l'époque du Second-Empire, la gloire est dans tout son éclat avec la réussite économique, le rayonnement international et les fêtes impériales. Notre Théophile a bien du mal à boucler ses fins de mois étant de famille nombreuse, sa bourse est modeste, il travaille, il bûche ; il décroche l'internat des Hôpitaux de Paris en 1862. Il veut devenir chirurgien et a la chance de rencontrer Nélaton qui devient son maître, célèbre depuis qu'il avait opéré Garibaldi ; il est chirurgien de l'Empereur et de la famille impériale. L'Empire donne des signes de faiblesse au bout de 14 ans de règne. Napoléon III se lance dans une politique libérale ; en 1866, la bataille de Sadowa est un échec². L'Empereur a des problèmes de santé, des crises de goutte et la maladie de la pierre, il refuse le cathétérisme vésical qui est très douloureux et veut cacher son mal à l'opinion.

Quatre ans plus tard en avril 1870, malgré les critiques de sa politique, Napoléon III remporte une nouvelle fois le troisième plébiscite avec une forte majorité. Pourtant, il est épuisé, sa santé est dégradée, les crises vésicales urinaires se rapprochent. L'Impératrice et son entourage demandent l'avis de plusieurs médecins. Cette fameuse consultation³ a lieu le 1^{er} juillet avec son médecin personnel Conneau⁴, Corvisart, le jeune Professeur Germain Sée, Ricord⁵ et son chirurgien Nélaton. Les discussions sont âpres, les médecins concluent qu'il faut sonder puis opérer l'Empereur en faisant une lithotritie⁶, mais Nélaton qui a de l'expérience est prudent étant donné les conséquences politiques d'une intervention chirurgicale non garantie de succès. Ils décident de temporiser en rédigeant un texte de la consultation sans le remettre à l'Empereur, l'enveloppe est cachetée contenant le rapport. André Castelot raconte qu'on a ouvert la lettre après la mort de l'Empereur et qu'on a découvert à l'autopsie un calcul gros comme un œuf de pigeon.

Quelques jours plus tard, le prélude prépare le désastre, Napoléon III reçoit la fameuse dépêche d'Ems de Bismarck le 13 juillet. Il déclare la guerre à l'Allemagne, il prend la tête de l'armée.

Nélaton savait que l'Empereur avait des crises douloureuses, il demande à Théophile Anger, son interne, d'être attaché à l'Etat-Major impérial et de suivre l'Empereur. Il part avec sa trousse chirurgicale, avec bien sûr sa fameuse sonde de Nélaton et rejoint le front à Metz le 28 juillet. Il note dans ses souvenirs le 4 août :

« L'Empereur n'est pas entouré d'un seul homme que je connaisse à la hauteur de la situation. Il ne se laisse pas aborder franchement, c'est plutôt une cour qu'un Quartier Général ».

On sait que l'Empereur avait l'habitude de dissimuler ses pensées. Anger bavarde, « jabote » sur cet excellent Conneau qui est le médecin de l'Empereur très dévoué mais peu efficace. Tous les deux, ils accompagnent souvent l'Empereur et dorment dans sa voiture.

Le 15 août, ils sont à Gravelotte. Rien de plus imposant et de grandiose que le campement de l'armée de Bazaine. Théophile considère qu'il est le seul général « à la hauteur de la situation ». Il était à l'époque populaire. Hélas, l'histoire l'a condamné.

L'Empereur est résolu de se débarrasser d'une partie de ses bagages puis le 19 août :

« Ce matin après le déjeuner, nous raconte Anger, l'Empereur me fait appeler et m'ordonne de retourner à Paris. Deux heures après, je pars. A Paris, Nélaton me conduit aux Tuileries. L'Impératrice régente est très contrariée de mon retour ; elle me prie instamment de retourner près du Quartier Général ; je suis donc reparti et retrouve mon bon ami Conneau avec les mêmes figures. »

« Je raconte mes impressions, nous dit Théophile, j'avoue nettement que de grands succès peuvent seuls sauver l'Empire ».

« La nuit du 29 août, les Turcos des tirailleurs algériens m'ont volé notre caisse de chirurgie, je l'ai enfin retrouvée, défoncée dans un champ. L'Empereur galope à cheval, je dois le suivre et nous arrivons à Sedan deux jours plus tard. L'armée de Mac-Mahon a opéré un mouvement de retraite ; je n'ai rien vu de plus triste que cette retraite ou fuite. Il n'est pas besoin d'être soldat ni même général pour voir que l'armée va être prise dans Sedan ».

« J'accompagne l'Empereur le 31 août qui souffre de la vessie, nous raconte Anger dans un article plus tard⁷, il est manifestement atteint de la pierre. On n'en a pas la preuve, mais les douleurs spéciales, les arrêts brusques de la miction, sa fréquence, les urines sanglantes provoquées par les cahots de la voiture, rien n'y manque.

Je calme les douleurs en injectant dans la vessie toutes les deux heures de la glycérine boratée, c'est la mission dont Nélaton m'a chargé : voici la sonde dont je me sers... Il m'est défendu d'employer la morphine, elle enlève au patient ses dernières forces ; cette injection procure un soulagement de bien courte durée, mais il est appréciable. L'Empereur ne se plaint jamais, mais il souffre et devient pitoyable ».

Anger est fourbu, exténué et ne dort plus.

« Je ne sais où l'Empereur trouve l'énergie nécessaire pour supporter de semblables tortures et pour suivre l'armée qu'il croit servir par sa présence... Nous ne comprenions pas qu'elles pouvaient être les raisons d'état qui privaient le souverain d'un repos et d'une opération qu'on n'eût pas refusé au dernier de ses sujets ».

Sedan le 2 septembre, l'Empereur est fait prisonnier, l'armée est vaincue. Mac-Mahon est blessé d'un éclat d'obus à la région lombo-fessière, Théophile l'aide à monter dans sa chambre et le laisse entre les mains de son médecin personnel, puis il court rejoindre l'Empereur en traversant un champ de carottes, il en arrache une car il a soif, mais un obus éclate à ses pieds en emportant sa botte de carottes.

« Docteur disait Daru, vous voyez bien que ces prunes vous affectionnent, vous allez vous faire tuer si vous restez à nos côtés ».

Mac-Mahon à la suite de sa blessure avait confié le commandement au général Ducrot, mais un contre-ordre du comte Paliko ministre de la guerre désigne en dernier lieu le général Wimpffen ; l'Empereur a abdiqué toute autorité. Qui a vu de près la bataille de Sedan ne peut pas s'imaginer les hésitations, marches et contremarches et finalement débandade. Anger⁸ raconte qu'il n'a pas quitté l'Empereur et qu'il n'a jamais vu donner un seul ordre pendant toute la matinée. Un obus vient éclater sous le nez du cheval du général de Courson qui se cabre puis retombe et renverse le Général qui perd connaissance. Anger le relève et le transporte avec un cacolet siège à deux places.

Après une demi-heure dans les rues de Sedan qui sont jonchées de chevaux tués et de fuyards et où à chaque instant tombent des obus, Théophile arrive à l'ambulance et il examine le général : il a une fracture de l'extrémité inférieure de l'humérus avec broiement du condyle et luxation de la tête du radius ; il le panse avec des coussins que le domes-

tique du général coud. Il soigne une trentaine de blessés dont une vingtaine sont des prussiens.

Napoléon III comprend qu'il faut arrêter le massacre. La plupart des hommes n'ont plus de cartouches. L'Empereur demande d'arborer un drapeau blanc sur les remparts, « j'ai vu ce pauvre Lauriston⁹ pleurer d'amertume ». A 9 heures du soir du 2 septembre, arrive au Quartier un officier supérieur Prussien pour traiter la reddition de l'Empereur.

Le lendemain à 6 heures du matin, l'Empereur est sorti de voiture pour aller rendre son épée au Roi de Prusse Guillaume, laissant aux Généraux le soin de traiter du sort de l'armée.

« Nous sommes humiliés d'entendre les railleries du vainqueur ».

Anger a l'impression de fautes impardonnables de la part de Mac-Mahon la veille de la bataille. Lors de la retraite, il suit à cheval le convoi prussien de l'Empereur en Belgique jusqu'au Bouillon¹⁰. En route, il confie à l'ordonnance du général de Courson qu'il a perdu sa sacoche.

« J'étais habitué à mes instruments, c'était pour ainsi dire des amis pour moi, amis d'autant plus chers qu'ils avaient été éclaboussés à Sedan par un éclat d'obus ; leur perte ne fut pas étrangère à ma résolution subite que je pris de partir le soir même en compagnie du duc de Massa et du marquis de Canisy ».

Il prend congé de Conneau et de Corvisart et il part.

« Le voyage en chemin de fer n'a pas été bien gai. J'arrive à Paris vers 5 heures du matin le 5 septembre. Je trouve les rues désertes mais déjà les murs sont couverts de proclamations républicaines qui confirment la révolution¹¹ ».

Anger a le sentiment que l'Empire s'est effondré plutôt qu'il n'a été renversé.



« Le siège de Paris » fera l'objet d'un prochain article dans la « Lettre du Collège ».

1. L'intervention dite de « la taille » consistait alors en une cystotomie par voie périnéale.
2. Napoléon III laissa battre les Autrichiens par les Prussiens.
3. André Castelot (1974 Napoléon III) raconte la fameuse consultation.
4. Corvisart était le fils ou le neveu de l'Empereur Napoléon.
5. Ricord était célèbre sur la syphilis.
6. La lithotritie broie les calculs de la vessie et les extrait de l'urètre.
7. La déclaration de guerre eut lieu le 17/07/1870. Bismarck avait la volonté de mener une guerre victorieuse contre la France pour cimenter l'unité Allemande avec l'empereur, prussien et protestant. L'impératrice Eugénie voulait assurer l'accession au trône du Prince Impérial alors âgé de 14 ans.
8. Un article dans l'Indépendant a été publié en août 1938.
9. Philippe Seguin cite les notes du Docteur Anger. (1990 Louis Napoléon Le Grand).
10. Lauriston était le fils du maréchal d'Empire.
11. Napoléon III fut interné à Wilhelmshoehe près de Cassel jusqu'au 19 mars 1871.
121. Le 4 septembre 1870, Jules Favre, Gambetta, Jules Ferry (avec le général Trochu gouverneur de Paris) renversèrent la Régente et proclamèrent la République. Le 3 juin 1871, Napoléon III libéré arrive à Douvres et s'établit à Camden Place à Chislehurst, à 20 kilomètres de Londres. Il y mourra le 9 septembre 1873. Il fut enterré le 9 janvier 1888 à Farnborough (Hampshire) dans l'abbaye Saint-Michel construite par Eugénie.