



Sommaire

2 Éditorial 3 De la bisexualité psychique 7 Nouveautés sur les troubles périnéaux de la femme 9 FMC obligatoire 10 Chirurgie et stérilité 12 Dépistage de la trisomie 21 - La FIVE : comment en sortir ? 14 Échographie obstétricale 15 Nouvelles des collectifs 16 Quel avenir pour la GM ? 18 Histoire : le Dr Théophile Anger 20 Annonces.

Le Collège de Gynécologie de Normandie s'achemine vers sa 25^e année d'existence. Il a été créé en 1978 à l'initiative d'Yves BESTAUX et de Daniel ANGER avec pour buts « de promouvoir l'enseignement de la gynécologie médicale », spécialité récente, « et de maintenir l'exercice et la personnalité de cette spécialité ».

Le Collège de Gynécologie de Normandie est resté fidèle à ces buts :

- dans l'enseignement post-universitaire en organisant des ateliers de travail et chaque année deux journées scientifiques à Deauville réunissant une centaine de participants, les thèmes étant variés, à la fois proches de nos préoccupations quotidiennes mais également orientés vers les sciences fondamentales.

- par l'intermédiaire de la FNCGM, le Collège de Gynécologie de Normandie s'est beaucoup investi dans la défense de notre profession gravement menacée depuis 1986. De nombreuses réunions ont été organisées afin de définir un consensus. Bien sûr, les avis étaient partagés entre les défenseurs du DES de gynécologie médicale pure mais spécialité hors normes par rapport à l'Europe et les partisans d'un DES de gynécologie-obstétrique en 5 ans avec 2 options gynécologie médicale ou obstétrique.

Suite à la loi Gillot, ce diplôme de GO-GM avec options a été créé. En 2001, trois étudiants s'y sont inscrits, 1 à Lille, 1 à Bordeaux, 1 à Paris ! Seulement trois alors que la loi prévoit 70 étudiants en 2003 !!!

Puis, discrètement, en quelques lignes, dans le texte de la loi du 4 mars 2002, sur « les droits des malades » nous avons vu apparaître le projet de création d'un DES autonome de gynécologie médicale.

De plus, le 17 juin 2002, le CNESER a voté à l'unanimité le rétablissement de cette spécialité en adoptant la création de ce DES de Gynécologie Médicale autonome, spécifique et distinct de celui de Gynécologie Obstétrique.

Ainsi nous reprenons espoir pour l'avenir de notre spécialité même s'il reste encore bien des étapes à franchir. Je reste persuadée que cette spécialité sera reconnue un jour, non seulement en France, en Europe mais également dans le monde.

Cette spécialité bien particulière, au carrefour des autres spécialités, permet à la femme de ne plus être une juxtaposition d'organes éventuellement malades mais une « entité physique et morale ».

Le temps de ma présidence s'est terminé en juin 2002. Je tiens à remercier toute l'équipe qui m'a aidé dans ce rôle ingrat pendant ces 5 dernières années parfois mouvementées.

J'aurai une pensée émue pour Catherine FOHET qui a préféré le bleu de la Méditerranée aux brumes de la Normandie et qui est partie en février 2002.

Catherine a toujours été très active au sein du Collège, pleine d'idées pour le choix des programmes, des intervenants mais également très préoccupée pour l'avenir de notre spécialité qu'elle défend tout en respectant les sensibilités et susceptibilités de chacun. Elle reste Trésorière de la FNCGM et a été vite admise au sein du Collège de Marseille Provence.

Un nouveau bureau a été élu :

- Jean-Louis SIMENEL notre excellent trésorier depuis des années est devenu notre Président. Je lui adresse toutes mes félicitations pour son élection et lui souhaite beaucoup de courage pour remplir cette charge. Qu'il soit assuré de mon soutien ainsi que celui de tout le Conseil d'Administration.

- Béatrice GUIGUES reste notre Vice-Présidente et notre représentante en Basse-Normandie.

- Anne-Marie LE HENAFF poursuit sa tâche de Secrétaire générale

- Evelyne RIVIERE devient Trésorière.

- Je remplace Catherine FOHET pour le poste « Relations Publiques ».

Qu'il me soit permis de rendre un dernier hommage à notre consœur et amie Dominique MALVY, présidente du CDGM, qui, par ses convictions, son courage, sa ténacité, a sorti de leur torpeur les gynécologues en activité et a informé les femmes françaises du manque probable pour l'avenir de médecins formés en GM.

Notre 2^e réunion Scientifique de 2002 aura lieu à Deauville les 16 et 17 novembre 2002. La première journée a pour thème la Périnéologie et se poursuivra par une grande soirée de détente pour fêter notre 25^e anniversaire. Le comédien Bernard AVRON nous exposera avec le brio qu'on lui connaît sa vision perspicace de cette journée. Un grand moment comique !.. à n'en pas douter. Le lendemain matin se tiendra à l'Amirauté un Symposium sur la Prise en Charge de l'ostéoporose en Gynécologie à l'initiative des Laboratoires Lilly. Notez dès à présent ces dates. Nous comptons sur la présence de tous nos membres et amis à ces journées.

Je vous remercie de votre fidélité au CGN et de votre soutien.

Toutes mes amitiés.

**BRIGITTE OUVRY-NEVEU
EX PRÉSIDENTE DU CGN**

LE ZANNI

**Pensez à régler votre cotisation 2002 : 61 € !
Merci.**

CONSEIL D'ADMINISTRATION

MEMBRES TITULAIRES

Président : Jean-Louis SIMENEL ;
Vice-Présidente :
Béatrice GUIGUES ;
Secrétaire :
Anne-Marie LE HENAFF ;
Trésorière : Evelyne RIVIERE.
Relations Publiques
et avec les Laboratoires :
Brigitte OUVRY-NEVEU
Catherine AVRIL, Juan BERRO-CAL, Jean-Pierre BILHAUT, Jacques CONSTANT, Jacques ROUGEULLE, Bernard THOBOIS, Jacques VILLIERE.

MEMBRES ASSOCIÉS

Michèle TISSIER, Isabelle VERA.

MEMBRES HONORAIRES

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

Siège Social et Adresse Postale :
47 bis , rue Jean Lecanuet
76000 ROUEN
Tél : 02 35 88 08 08
Fax : 02 35 88 00 02
E.mail : jlsimenel001@rss.fr



De la bisexualité psychique. A-t-elle une incidence dans notre pratique ?

QUESTIONS

C'était la fin d'une conférence lors d'un Congrès traitant de la stérilité. Juste devant moi, deux jeunes collègues discutaient, et l'une d'elles relatait à sa voisine le cas d'une de ses patientes relevant du thème qui venait d'être traité. Pendant un court silence, elle semble s'interroger au sujet de cette cliente, puis soudain, placé juste derrière elle, je l'entends formuler sa question d'une étrange façon :

« Finalement, je me demande si je vais lui faire un enfant »

Oh là ! ... À mon tour je m'interroge : Qui parle ?

Est-ce que, ainsi que l'éprouvait Rimbaud, « Je est un autre » ?

Quel est alors cet autre de la femme ? Et, de même, cet autre de l'homme ? Et quelle place prend-il dans la relation gynécologues-patientes ?

PREMIÈRE REMARQUE

Le terme "sexe", auquel se rattachent le substantif *sexuation* et l'adjectif *sexué*, faisant référence, pour distinguer les individus mâles et femelles, à une notion anatomique, il eut été plus juste de présenter notre propos qui concerne, lui, les sentiments, les affects et les comportements, en utilisant le vocable "*genre*" et, partant, le titre "*bipolarité de genre*", ainsi que l'ont fait les anglo-saxons à la suite de Stoller lorsqu'il remit en cause les notions freudiennes sur la différence des sexes, la sexualité féminine et le phallogocentrisme.

Néanmoins, l'expression *bisexualité psychique* étant, et dans le même sens que la précédente, plus couramment utilisé chez nous, c'est elle, par commodité, que je conserverai dans mon texte.

HISTORIQUE SOMMAIRE DU CONCEPT

L'idée, au sens platonicien, de la bisexualité psychique habite depuis toujours l'imaginaire humain.

Les cosmogonies des différentes traditions décrivent un œuf primordial androgyne. Unité bipolaire originelle et hors du temps comme l'énonce le *Texte des Sarcophages* de l'Égypte ancienne : « Ce qui existe, c'est l'éternité masculine et l'éternité féminine. »

Ainsi la *Génèse* expose-t-elle que, en tant que principe, Dieu créa à son image, mâle et femelle, l'adam primordial, avant que ne s'effectue la défusion entre ces deux pôles, *ish* et *ishsha* ; cette dernière étant l'un des cotés, (et non une côte !), de cet adam primordial androgyne.

Différentiation qui est, non pas contradiction, laquelle tend habituellement à la destruction d'un des deux termes et donc à *Thanatos*, mais opposition de deux pôles complémentaires, face à face qui est alors source de tension créatrice, d'*Eros* et de désir.

Le mythe d'Aristophane que relate Platon dans *Le Banquet*, décrit bien ce désir fondateur germé dans la lointaine mémoire de cet "Hermaphrodite des origines", enfant d'Hermès et d'Aphrodite et, par suite, heureux détenteur à la fois de la science initiatique et de la beauté, de la connaissance sacrée et du mystère de l'amour. Opulente androgynie que réactivera, au tournant des deux derniers siècles, l'iconographie du mouvement symboliste, notamment celle de Gustave Moreau, et la littérature, dans des œuvres maintenant oubliées comme *Monsieur Vénus* de Rachilde en 1884, ou *L'Androgyne* de Joseph Peladan en 1891, mais également chez Proust.

Et c'est à la même période, que Freud se réfère à ce mythe d'Aristophane, lorsque il veut rendre compte du concept de *bisexualité originelle*, et l'introduire en psychologie. Tout d'abord influencé par l'enseignement de Carl Claus puis par les thèses de son ami Fliess, il est bientôt conforté à cet égard par les récentes découvertes de l'embryologie.

En effet, durant les deux premiers mois de

notre préhistoire intra-utérine n'avons nous pas, et chacun d'entre nous, vécu cet état d'hermaphrodite originel, avant que la programmation des paires chromosomiques XX ou XY n'active, dans les gonades encore indifférenciées, l'évolution en ovaires ou en testicules dont les sécrétions endocrines induiront la "castration" involutive des canaux de Wolff ou de Müller qui permettra l'accès à notre identité sexuée ? Mais une "castration" qui, notons le, n'est d'ailleurs jamais totale, ainsi qu'en témoignent les résidus embryonnaires des canaux atrophiés.

Parallèlement à ces données biologiques, Freud explicitera l'élaboration de cette bisexualité psychique, le sexe dominant ayant en quelque sorte, énoncé-t-il, « refoulé dans l'inconscient la représentation psychique du sexe vaincu. »

Mais nous savons que le refoulé manque rarement de faire retour et, deux ans avant sa mort, dans *Analyse terminée et analyse interminable*, Freud soulignera clairement l'importance des deux thèmes qui, écrit-il, « donnent bien du travail à l'analyste », à savoir selon lui, pour l'homme le « rejet de sa féminité » (entendons résiduelle), et pour la femme, « l'aspiration à la virilité » (entendons involuée). Ce thème, les problèmes qu'il pose à la subjectivité humaine et, pour la femme en devenir, ses trois modes possibles de solution, seront repris par les successeurs du maître viennois, notamment Ferenczi et Helen Deutsch avec son *feminine core*. Noyau féminin qui sera, d'ailleurs, fort contesté par les associations féministes et, plus récemment, par certains mouvements contestataires qui revendiqueront la valeur "révolutionnaire" de la bisexualité, et attribueront sa différenciation à des facteurs essentiellement sociaux et culturels.

C'est à travers son expérience clinique personnelle et psychiatrique que s'imposera à Jung ce thème de la bisexualité psychique, reflet du fait biologique cité plus haut. L'individu, après l'établissement

du sexe effectif qui marquera sa vie consciente, reste donc porteur des caractères inaccomplis et inconscients de l'autre sexe. Jung conceptualisera ces natures masculine de l'inconscient de la femme, et féminine de l'inconscient de l'homme, à partir des images archétypiques qu'il nomma *animus* et *d'anima*. Deux termes que Bachelard a d'ailleurs repris à sa façon, au lieu de virilité et féminité, dans sa *Poétique de la Rêverie*. C'est sur cette base que je continuerai mon propos car cette approche, qui me paraît la plus opératoire en clinique, me semble l'être également pour répondre à la question posée par notre titre.

MASCULIN ? FÉMININ ?

Mais auparavant, une autre question peut se poser : sur quoi se fonde-t-on pour qualifier ces composantes et ces tendances, de masculines ou de féminines ? Ce couple d'opposés masculin-féminin, autour duquel semble d'ailleurs s'organiser dans l'univers mental humain toutes les oppositions tant symboliques (lumière-ténèbres) que conceptuelles (pair-impair), se figure par des symboles universels, tels que ciel et terre, feu et eau, soleil et lune. Et si les dominantes culturelles d'une époque ou d'un lieu imposent souvent, avec évidence, leurs marques extérieures à ces représentations, il semble bien exister des paires symboliques universellement liées à des valeurs féminines et masculines spécifiques telles que, par exemple, ce qui est creux ou ce qui est pointu, ce qui nourrit ou ce qui féconde, ce qui contient mais peut enfermer ou ce qui ouvre mais peut faire violence, valeurs qui témoignent de structures appartenant au patrimoine phylogénétique humain et antérieures à toute relation d'objet : les *idées* chez Platon, les *fantasmes originaires* et les *résidus archaïques* chez Freud ; et chez Jung, les *archétypes*, c'est à dire les potentialités organisatrices, sur le plan psychique, des représentations et des comportements typiques de l'humain, tout comme le sont, sur le plan biologique, les instincts.

YIN ET YANG : LA RÉFÉRENCE D'UNE AUTRE CULTURE

Mais, afin de dégager l'abord de ces valeurs dites féminines et masculines, des projections souvent passionnelles qui témoignent de l'ignorance de leur dialectique et pour essayer de fonder une certaine objectivité, prenons un certain

recul, par exemple auprès des lumières de l'Orient. Il me semble, en effet, que l'on peut retrouver, épurées de nos propres projections culturelles, une approche assez juste du contenu de ces valeurs dites masculines et féminines, ainsi que de leur dialectique, dans la teneur et l'articulation des notions taoïstes du Yin et du Yang qui continuent de sous-tendre depuis vingt-cinq siècles l'entendement des "choses de la vie" par les milliards d'êtres qui ont vécu et vivent dans leur sphère d'influence.

Selon cette perspective, Yin et Yang sont les deux principes de base de l'univers, la manifestation bipolaire de l'unité originelle représentée par le T'ai-Chi qui ne signifie pas moins que "poutre faîtière" au sens propre, et, symboliquement, l'"Un-suprême".



Le symbole célèbre de ce T'ai-Chi exprime de plusieurs façons cette bipolarité indissociable du Yin et du Yang qui y sont figurés opposés mais intimement unis en tête-bêche, comme deux jumeaux intra-utérins, chaque énergie portant, de plus, en elle-même le germe de son contraire dans lequel elle bascule dès qu'est atteinte son acmé. On peut, en outre, remarquer que la longueur du contour de chacune des deux figures, est égale à celle de la circonférence qui les contient toutes les deux.

La sagesse taoïste enseigne que Yin et Yang sont éprouvés, non comme des contraires, mais comme des opposés complémentaires et inséparables l'un de l'autre, et dont l'alternance cyclique donne vie à l'univers. Constat qui exclut, par conséquent, toute prééminence de l'un ou l'autre principe.

Initialement, Yin désignait le versant nord d'une montagne et Yang, le versant sud. De là, s'est développée une symbolique incluant aussi bien des éléments concrets que conceptuels de l'univers.

Ce détour par la Chine exemplifie, dans leur complexité et derrière une formulation et une empreinte culturelle certes différentes des

nôtres, le contenu et la dynamique de cette notion de bipolarité complémentaire du vivant, que nous pouvons maintenant reprendre dans la conceptualisation qu'en fait la psychologie moderne.

ESSENCE DE L'ANIMUS ET DE L'ANIMA

Les concepts d'anima et d'animus se comprennent comme la personnification des composantes et des tendances, masculines chez la femme, et féminines chez l'homme, composantes qui, dans les rêves comme dans la vie du sujet, se projettent sous les traits d'êtres masculins pour la première, et d'êtres féminins pour le second.

Image de l'Homme dans l'inconscient de la femme. Image de la Femme dans l'inconscient de l'homme.

Noms donnés à de pures notions de l'expérience et de l'observation psychologiques qui rejoignent, on l'a vu, les données biologiques de la bisexualité.

Empreintes de toutes les expériences de la femme concernant l'homme et de l'homme concernant la femme.

Images primordiales (*Urbild*), désignant, en retrait du niveau conscient de l'identité sexuée, une réalité énergétique inconsciente qui anime et conditionne l'imaginaire, le langage et la pensée, les humeurs et les impulsions, l'affectivité et la rencontre interpersonnelle au cours desquelles interviendront inmanquablement leur projection et les aléas de celle-ci. Aussi Jung les désigne-t-il comme des *projection making factors*.

Elie Humbert décrit ainsi comment « chacun rencontre l'autre sexe par la similitude qu'il porte en soi ». Comment, pour

Jung « la femme se fait en rapport avec

l'homme et avec le masculin

qu'elle porte en elle ». Et

l'homme, en rapport

avec la femme et

avec le féminin

qu'il porte en

lui. Comment,

encore entre

l'homme et

le masculin

de la femme

se vit une

confrontation

qui croise celle

de la femme

avec le féminin

de l'homme. » Ainsi,

toute relation est-elle

Ainsi, dans la vision taoïste :

Au Yang correspondent

le soleil, le feu, le rouge, le sud,

au Yin, la lune, l'eau, le noir, le nord.

Au Yin, le féminin, l'intime, l'humide,

au Yang, le masculin, le public, le sec.

Au Yang, le bois, le chaud, le dur,

au Yin, le métal, le froid, le souple.

Au Yin, relation, communauté, spontanéité,

au Yang, différenciation, hiérarchisation, méthode.

Au Yang, le projet, le déterminé,

le matin, l'activité,

au Yin, la disponibilité, l'indéterminé,

le soir, le repos.

Au Yin, l'espace,

au Yang le temps.

un *quaternio* :

Lui	Elle
Anima	Animus

dans lequel elle suivra, selon les cas, les diverses horizontales, verticales ou diagonales qui peuvent s'y dessiner.

DEUXIÈME REMARQUE

Ainsi que l'écrit fort justement le même auteur, cette analyse disjoint donc la problématique de la femme et de l'homme en tant que sujets, et la problématique du féminin et du masculin en tant qu'essences du psychisme.

PHÉNOMÉNOLOGIE DE L'ANIMUS ET DE L'ANIMA

Si ces potentialités, virtuelles, de comportement sont innées, leur actualisation individuelle sera, par contre, déterminées par deux facteurs existentiels qui conféreront figure positive ou négative à ces schèmes préexistants.

C'est, d'un côté, l'expérience, et en particulier les premières expériences, du père et de la mère. Père et mère dont, par ailleurs, la féminité ou la masculinité inconscientes devront être prises en compte dans un affinement de la triangulation œdipienne.

De l'autre, et parce qu'il ne s'agit pas de positions statiques, par la relation établie en réseau entre l'animus, ou l'anima, et les autres composants du psychisme, en premier lieu desquels il faut placer la conscience du moi. L'action de l'animus et de l'anima étant d'autant plus négative qu'ils sont inconscients.

L'inconscience confère, en effet, à l'animus ou à l'anima une autonomie que l'énergie libre des archétypes rend imprévisible, voire destructrice, lorsque, dans une projection massive, elle ajoute à sa propre dynamique celle des pulsions, suscitant alors des passions amoureuses exaltantes, libératrices parfois, mais occultant aussi, bien souvent, l'être réel sous les flots incontrôlés de l'imaginaire, qui annule l'altérité de l'autre, brise parfois les couples constitués et, à l'occasion, les vies. Une telle fascination par l'anima, c'est alors « *Vénus toute entière à sa proie attachée* ». C'est Circé face aux compagnons d'Ulysse. C'est la *femme fatale*. C'est Emma Bovary à propos de qui Flaubert avait reconnu : « *Emma, c'est moi* » et qui, « *rappelait en lui mille désirs évoluant des instincts ou des réminiscences.*

[...] *l'amoureuse de tous les romans, l'héroïne de tous les drames, le vague "elle" de tous les volumes de vers* ». Ainsi surviennent certains passages à l'acte.

Une projection identique de l'animus peut entraîner de semblables fascinations dévastatrices. Parmi les nombreux exemples que nous montrent la littérature, et la vie, citons celui de la jeune Catherine Earnshaw, dont Emily Brontë, dans *Les Hauts de Hurlevent* décrit magistralement l'identification au sombre et mystérieux Heathcliff, de l'animus par lequel Catherine est littéralement possédée : « *Je suis Heathcliff. Il est sans cesse, sans cesse, présent dans mon esprit, non pas comme un plaisir (pas plus que je ne suis toujours un plaisir pour moi-même), mais comme mon être à moi.* » (c'est moi qui souligne).

Plus couramment, heureusement, les effets négatifs de l'animus ou de l'anima inconscients ne déclenchent pas de telles tempêtes. Mais, à l'occasion, ils n'en perturbent pas moins la vie relationnelle par différentes manifestations qui sont de véritables actes manqués, ou lapsus, par lesquels se trahit leur présence.

L'anima, chez l'homme, sous-tend ainsi ressentiments, humeurs vagues ou moroses, susceptibilité, remarques dévalorisantes, rêves chimériques de bonheur maternel, fantasmes érotiques ou timidité brutale aussi bien que gaucherie soumise, face à la femme. Par là, elle prive les enfants de l'effet structurant de la fonction paternelle, et de leur accès à l'identité. Anima du père et non-être.

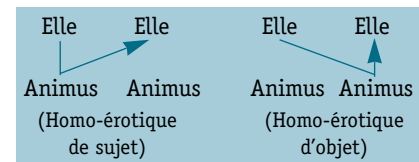
De même, l'animus inconscient peut-il entraîner la femme dans une relation froide, voire sadique, à l'autre, dans des convictions aussi obstinées qu'irréalisables car il ne connaît ni nuances ni exceptions. Volonté de puissance, énoncés péremptoirs de devoirs ou d'interdits, peinture négative du monde et de l'homme en tant que compagnon de vie, tout aussi bien que disqualification de la féminité, qui réduiront le faible père au silence et rogeront les ailes de ses enfants, entravant chez eux le libre exercice de leurs aptitudes et de leur sexualité. Animus de la mère et non-vie.

« Tu n'es qu'une fille » disait cette mère autoritaire en refusant à sa fille les études que le frère aîné suivait brillamment.

Et Electre ne peut accéder à sa féminité tant que se dresse devant elle l'image d'une mère haïe parce que trop virile, Clytemnestre la mangeuse d'hommes dominant son amant efféminé, Égisthe.

En outre, beaucoup de conflits, aussi bien que la plupart des vécus fusionnels, des couples se nourrissent d'une indistinction d'animus-anima dans une *commune inconscience*, où le dialogue se déroule bientôt à son plus bas niveau, dans une atmosphère d'irascibilité pour les premiers, ou d'abusives complaisance émotionnelle, pour les seconds.

D'autre part, dans la clinique de la sexualité, l'identification au genre inconscient explique la physiologie de certaines homosexualités, et la distinction faite par Ferenczy entre *homo-érotique de sujet*, où la femme identifiée à son propre animus entre en relation avec sa partenaire, et *homo-érotique d'objet* où la femme pleinement femme entre en relation avec l'animus de l'autre :



Dans le transexualisme FM (féminin vers le masculin) on peut considérer que c'est l'identification totale à l'animus qui pousse le sujet concerné à un déni, et à une demande d'élimination, des attributs du sexe opposé, dont l'a doté la nature. Comme l'a souligné Colette Chiland, ces personnes ne disent pas « je désire être un homme », mais « je suis un homme. »

De même, au sortir de la phase aiguë, certaines analyses semblent plaider en faveur d'une approche similaire de certaines anorexies mentales.

A l'inverse de ces états de fascination et de véritable possession, ou de ces situations de confusion, l'action positive de l'anima reliée à la conscience amplifie chez l'homme le sens de la communauté, l'aptitude au sentiment, à la connaissance intuitive et à ce que ne peut exprimer la logique commune. « Le féminin a toujours été pour l'homme une source d'information sur des chapitres à propos desquels il n'a ni regard ni discernement » écrit Jung dans le *Commentaire sur le Mystère de la Fleur d'Or*. Par là s'explique la nature féminine des pythies et sybilles comme des vêtements des chamans. Le devin Tirésias d'Homère, était androgyne.

Ainsi l'action de l'anima arrache l'homme à son univers rationnel, au risque, d'ailleurs, d'être parfois ressentie comme un fauteur inquiétant de désordre, apte à susciter des réactions défensives bien connues.

Du père, elle tempèrera la loi.

De plus, si l'anima n'est pas l'éros, elle est couplée à l'éros. Objet de son attente, elle en dessine les traits. Positive, elle prépare un visage au sentiment amoureux de l'homme, elle dégage les sentiers de la rencontre tout en respectant l'altérité de la femme aimée.

Pour la femme, l'action positive de l'animus bien intégré le révèle comme le compagnon intérieur qui jette un pont avec l'inconscient et avec l'inventivité de l'Esprit. Qui soutient la différenciation de la mère et du collectif familial, l'autonomie, l'initiative personnelle, l'objectivité, l'audace créatrice. Qui conforte, par là, l'émergence du sujet et sa relation affective à l'homme sur un plan d'égalité.

De la mère, il allégera l'emprise sur l'enfant dont il facilitera le départ.

DERNIÈRES REMARQUES

Cet exposé ne constitue à l'évidence qu'une approche non exhaustive des différents cas de figures pouvant surgir de cette dynamique de l'animus et de l'anima, dont une étude approfondie dépasserait largement la place disponible ici. Le lecteur intéressé trouvera des réponses à sa curiosité dans de nombreux ouvrages dont quelques-uns sont cités dans la bibliographie.

En outre, il faut rappeler que cette bisexualité psychique est le thème de ces lignes, mais qu'elle ne saurait à elle seule décrire ni expliquer entièrement la complexité subtile de l'âme humaine où interviennent, bien entendu, d'autres facteurs, génétiques, traumatiques, pulsionnels ou archétypiques.

RÉPONSE

La bisexualité psychique a-t-elle une incidence dans notre pratique ? interroge notre titre.

Nous savons que toute relation humaine véhicule des éléments projectifs ou trans-

férentiels. Pourrait-il en être autrement dans celle qui s'établit au cours de la relation médicale, et plus particulièrement peut-être, dans l'exercice de notre spécialité, la seule fondée, précisément, sur l'identité sexuée ?

Il me semble donc que la réponse à notre titre est « oui ».

Certes, la consultation de gynécologie ne saurait être le cadre adéquat d'une action thérapeutique des dysfonctionnements psychologiques liés à l'animus et l'anima. Mais il est utile de savoir qu'ils n'en influencent pas moins le comportement de nos patientes, et le nôtre.

Aussi le but de ce propos est-il de nous sensibiliser à l'incidence possible selon les cas, dans notre exercice gynécologique, de ces instances inconscientes essentielles de la psyché de nos patientes et aussi, ne l'oublions pas, de la nôtre.

Quant aux premières, les données de la psychosomatique nous permettent d'interroger l'action de l'animus inconscient devant des résistances inexplicables à notre thérapeutique ou, au contraire devant des résultats inespérés. Certaines stérilités ou douleurs inexplicables, par exemple, traduisent-elles, dans un conflit entre la féminité du moi et l'animus, le mode de contestation de la première par le second ? Le même conflit peut-il nous permettre d'affiner certains diagnostics étiquetés "fonctionnels" ?

En ce qui concerne la relation gynécologues-patientes, l'animus de ces dernières viendra, en fonction de son actualisation, déterminer le choix du sexe du thérapeute, en même temps que l'harmonie ou, parfois, l'animosité latente qui viennent colorer certaines consultations. Nous avons tous, dans notre expérience clinique, des exemples particuliers qui peuvent être réinterrogés à la lumière des généralités qui viennent d'être exposées.

Et pour nous-mêmes, l'animus des unes ou l'anima des autres n'ont-ils pu, tout

d'abord, participer à notre choix professionnel ? Puis, tout au long de notre exercice, et parallèlement à notre indispensable compétence technique, la prise de conscience de l'animus chez les gynécologues féminines, et de l'anima chez les gynécologues masculins, ne peut-elle nous faire comprendre certaines de nos réactions, et contribuer ainsi à affiner la qualité et la justesse de notre investissement dans l'irremplaçable colloque singulier ?

Ici, la réponse appartient à l'intime et à l'expérience de chacune et de chacun. Aussi, à cet égard, ces lignes ne peuvent-elles aller au delà des questions.

Références bibliographiques

- *La femme et son autre*. (Divers auteurs in « Cahiers Jungiens de psychanalyse » n° 75, Paris 1992).
- *Articles Masculin-Féminin, Symbolisme, Androgyne, Hermaphrodite, Femme - La sexualité féminine, Electre* (Divers auteurs, in « Encyclopaedia Universalis », Paris 1/1994).
- Chiland, Colette : *Homosexualité féminine et identité sexuée* (in « Revue française de psychanalyse », Paris 1/1994).
- Humbert, Élie : *Anima/animus* (in « Cahiers de psychologie jungienne » n° 11, Paris, 1976. Avec d'autres auteurs).
- Humbert, Élie : *Anima-animus* (article in « Vocabulaire des psychothérapies ». Fayard, Paris, 1977).
- Jung, Carl-Gustav ; plusieurs ouvrages dont, notamment : *Les Racines de la Conscience* (Buchet-Chastel, Paris, 1971) *Problèmes de l'âme moderne* (Buchet-Chastel, Paris, 1960) *La Psychologie du transfert* (Albin Michel, Paris, 1980) *Essais sur la symbolique de l'esprit* (Albin Michel, Paris, 1980) *La guérison psychologique* (Georg et Cie, Genève, 1970).
- Von Franz, Marie-Louise : *Le processus d'individuation* (chapitre in « L'homme et ses symboles », (Pont Royal, Paris, 1964).
- Freud, Sigmund : *Analyse terminée et analyse interminable*, in « Revue française de psychanalyse » tome xxxix, PUF, Paris, 1975).
- Laplanche et Pontalis : *Bisexualité* (article in « Dictionnaire de la psychanalyse », Fayard, Paris, 1997).
- Roudinesco, Élisabeth, et Plon, Michel, *Bisexualité, Gender, et Helen Deutsch* (articles in « Dictionnaire de la psychanalyse », Fayard, Paris, 1997).
- Rougeulle, Jacques : *Castration, sacrifice et biologie, ou de la cellule à l'esprit* (article in « Cahiers de psychologie jungienne » n° 25, Paris, 1980).
- Rougeulle, Jacques : *De la notion d'anima chez Jung* (Institut de la SFFA, Paris, 1994, inédit).

LES ATELIERS

A ROUEN

Stérilité : La FIV par Michèle PLACHOT (de l'hôpital de Sèvres) le mardi 19 novembre 2002 à la Clinique Saint-Antoine.

Colposcopie : Intérêt de la détection de l'HPV, le 17 décembre 2002 à la Clinique de l'Europe

Sénologie : Le ganglion sentinelle, le 14 janvier 2003 à la Clinique de L'Europe.

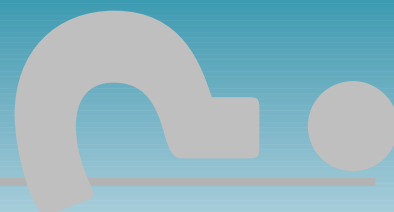
A CAEN

Stérilité : l'hystérocopie dans l'infertilité en novembre 2002.

Sénologie : thème inconnu, en mars 2003.

Connaissez-vous

LE ZANNI ?



Nouveautés sur les troubles périnéaux de la femme

La prise en charge chirurgicale de l'incontinence urinaire de la femme a subi ces derniers mois, depuis l'utilisation – avec grand succès et absence de complication – de prothèses sous urétrales, type TVT, une réelle révolution.

Gâce à l'utilisation de prothèses de matériau équivalent, cumulant la qualité du résultat et l'avantage de la voie vaginale, il en va de même pour la chirurgie des prolapsus périnéaux.

I. PHYSIOPATHOLOGIE DES TROUBLES PÉRINÉAUX



Les troubles de la statique pelvienne font appel à la normalité de positionnement et de fonctionnement et à l'équilibre des forces exercées sur les 3 viscères que sont la vessie, le rectum et l'utérus, susceptibles de se prolaber. Tous ces éléments sont maintenus entre eux par des fascias et s'appuient sur les pourtours du bassin osseux recouvert de muscles et de leur aponévrose.

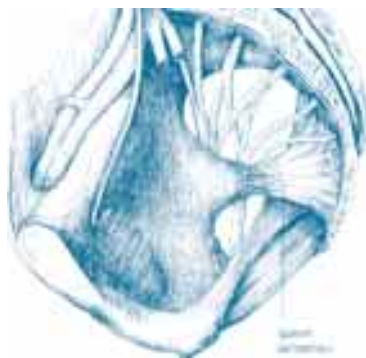
Les troubles périnéaux ont pour origine des lésions nerveuses, musculaires ou conjonctivales plus ou moins associées.

A) LES LÉSIONS DU TISSU CONJONCTIF ET DONC DES FASCIAS se produisent selon des modalités de déchirure ou d'hyperlaxité entraînant des défauts périvaginaux – qu'ils soient médians ou latéraux – éversant le vagin comme un doigt de gant.

B) LES LÉSIONS MUSCULAIRES siègent essentiellement sur le muscle pubo-rectal. Il s'agit soit de déchirures, ou de sclérose réactionnelle, soit de processus atrophiant comme on en rencontre dans certaines

neuropathies traumatiques ou congénitales ; une lésion musculaire entraîne un déficit de tonus de base des muscles pelviens, accentuant le prolapsus mais également le déficit de la force musculaire des sphincters à l'origine des problèmes d'incontinence aussi bien urinaire que fécale.

C) LES LÉSIONS NEUROLOGIQUES se développent surtout aux dépens du nerf pubendal – ou de ses rameaux collatéraux – qui passe par le canal d'Alcock et va innover, principalement le muscle pubo-rectal, le sphincter anal et le sphincter urétral. Il peut être lésé soit de façon directe par sections ou compressions (accouchement long ou traumatisant, par forceps par exemple), ou par étirements chroniques (toux chroniques, efforts de défécation) entraînant le plus souvent, une sclérose péri-neuronale.



II. PHYSIOPATHOLOGIE DE L'INCONTINENCE URINAIRE D'EFFORT.

A la pression exercée sur la vessie, la continence urinaire peut s'établir mécaniquement de plusieurs façons afin d'éviter les fuites.

Premier mécanisme : théorie de Enhorning : une hyperpression exercée au niveau de l'abdomen se transmet au sphincter urétral permettant sa clôture si celui-ci est présent dans l'enceinte manométrique de l'abdomen ; ainsi expliquait-

on jusqu'à ces derniers temps (avant le TVT) les incontinenances urinaires à l'effort par le fameux défaut de transmission.



Deuxième mécanisme : la mise en jeu de la fonction sphinctérienne qui contracte le sphincter urétral.

Troisième mécanisme : la mise en jeu de l'angulation uréthro-vésicale postérieure (réalisant une coudure qui limite l'écoulement d'urine) par la mise en jeu de forces divergentes autour des tissus péri-urétraux.

Quatrième mécanisme : la qualité des tissus de soutien sous urétraux permet un appui de l'urètre mobilisé lors des hyperpressions abdominales limitant ainsi sa mobilité.

En résumé, la physiopathologie actuelle de l'incontinence urinaire fait appel à différents degrés, à un défaut de transmission de pression au niveau de l'angle rétro-vésicale, à une insuffisance sphinctérienne et surtout à une trop grande mobilité cervico-urétrale.

ÉTILOGIE DE CES TROUBLES PÉRINEAUX

On distingue d'une part les étiologies aiguës avec, en premier lieu les accouchements et surtout le premier accouchement : un certain degré de disproportion foeto-pelvienne, des efforts expulsifs trop longs, des manoeuvres instrumentales d'extraction fœtale, entraînant l'étirement des fascias, des muscles et des nerfs ; à un degré moindre intervient bien sûr la multiparité et les grossesses tardives.

Le rôle de l'épisiotomie est, actuellement, très controversée, voire délétère.

Enfin viennent les antécédents de chirurgie pelvienne, qu'elle soit réalisée par voie abdominale ou pelvienne, surtout si une chirurgie réparatrice ne s'est pas intéressée à l'ensemble des trois étages du pelvis (l'hystérectomie en soi n'est pas une étiologie des troubles de la statique pelvienne).

Concernant les étiologies chroniques restent bien sûr, les pathologies musculaires acquises ou congénitales comme les myopathies, les pathologies conjonctivales de type Ehler Danlos, les hyper-pressions abdomino-périnéales fréquentes telles que les toux chroniques, les travaux de force ou les si fréquentes constipations chroniques, et enfin à un degré moindre la carence hormonale en particulier celle de la ménopause installée.

III. EXAMEN CLINIQUE D'UNE FEMME AYANT DES TROUBLES DE LA STATIQUE PELVIENNE

Il doit s'intéresser à tous les symptômes : ceux qui sont exprimés, mais aussi les symptômes masqués, comme, notamment, l'incontinence urinaire « guérie » par la survenue d'un prolapsus.

D'autre part il est fondamental de rechercher l'association à ces troubles urinaires d'une incontinence fécale et enfin de quantifier l'importance de la gêne fonctionnelle et de ses répercussions sur la vie sociale de la patiente.

On s'appliquera à faire décrire avec précision les troubles digestifs.

Savoir différencier l'incontinence à l'effort de celle qui survient par impériosité (« je ne peux me retenir quand j'ai envie ») ou la nuit, nécessite souvent un interrogatoire « policier ».

Les troubles sont très souvent minorés par les femmes ; sachons leur demander si elles font des manœuvres manuelles pour déféquer – ce qui est très fréquent. L'obligation de recourir à ces manœuvres est parfois le résultat d'interventions excessives de la part de certains cliniciens : le fait d'avoir à faire à un simple prolapsus sans aucune gêne fonctionnelle n'est pas obligatoirement l'indication d'une prise en charge chirurgicale. Le chirurgien ne doit pas céder à la tentation de sur-traiter.

Il faut qualifier le type du prolapsus en utilisant les valves des spéculums. Il existe

trois étages et quatre degrés : l'étage antérieur pour le cystocèle, l'étage moyen pour l'hystérocèle ou dôme vaginal ou col restant en cas d'hystérectomie antérieure parfois sub-totale, et l'étage postérieur pour la rectocèle. Cystocèle, hystérocèle et rectocèle sont le plus souvent associées. En cas de cystocèle importante il faut rechercher l'**effet pelote**, c'est-à-dire la révélation de l'incontinence urinaire après réduction de la cystocèle.

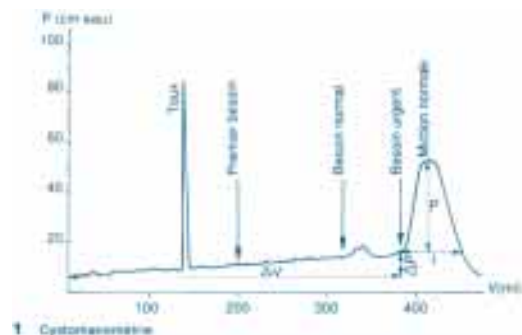


Ensuite il faut coter avec précision la tonicité musculaire : celle des muscles releveurs de l'anus avant tout et rechercher une éventuelle dysnergie abdomino-périnéale.

En cas d'incontinence urinaire, il faut réaliser la **manœuvre de Bonney** : le soulèvement de l'angle uréthro-cervical ramenant le sphincter vésical dans l'enceinte manométrique abdominale réduit l'incontinence urinaire.



Et surtout, effectuer le **test d'Ulmstem** : le *soutien* sous urétral par la pulpe de l'index suffit à empêcher la fuite urinaire. Enfin, on apprécie la béance vulvaire, la trophicité des muqueuses et on s'assure, bien sûr, par un examen gynécologique complet de l'absence ou de l'existence de lésions associées, utérines ou annexielles. Il ne faut pas hésiter à recourir à des examens bactériologique, échotomographique afin de rechercher des pathologies parfois à l'origine des troubles. Bien qu'il montre actuellement ses limites, le bilan urodynamique garde pour autant, certains intérêts dans les troubles périnéaux étriés, surtout en cas d'interrogatoire difficile, d'antécédents chirurgicaux ou neurologiques lourds.



Les tests manométriques ano-rectaux savent révéler des pathologies méconnues.

IV. TRAITEMENT

Le traitement comporte, d'une part une hormonothérapie si la trophicité est insuffisante, un traitement de l'impériosité vésicale souvent associée, en faisant appel, notamment aux anticholinergiques et enfin s'intéressera aux infections subintrantes à l'origine des « cystites » qui sont souvent, d'ailleurs, des infections à germes intracellulaires, en particulier Chlamydiae et Mycoplasmes.

Le deuxième volet du traitement fait le plus souvent appel à la kinésithérapie. Elle a pour étape la prise de conscience du périnée et des éventuelles inversions de commande, pour arriver à l'automatisation de la contraction périnéale et surtout à son anticipation lors de l'effort.

Enfin, le dernier volet est bien sûr, la prévention par l'apprentissage chez la jeune fille ou la femme dans le post-partum de la miction ou de la défécation, sans pousser, en « prenant son temps ».

Malgré l'obtention de bénéfices fréquents et adéquats, la kinésithérapie doit connaître ses limites.

En absence de réponses appropriées et relativement rapides le recours à la chirurgie doit être proposé.

L'incontinence urinaire est souvent (et encore) la gêne la plus exprimée.

En ce qui concerne le prolapsus, la gêne est souvent moindre que ne le laisseraient supposer les constatations de l'examen clinique.

Les indications de la chirurgie sont basées en grande partie sur l'importance de la gêne ressentie par la patiente, tant celle découlant de l'incontinence que celle provoquée par le prolapsus, en tenant compte que cette gêne est parfois minimisée ou dissimulée par la patiente.

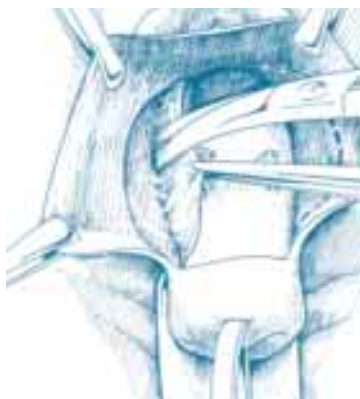
Le traitement chirurgical du prolapsus se fait par voie vaginale ou par voie abdomi-

nale (voie coelioscopique ou laparotomique).

La voie abdominale avait le bénéfice de la pérennité grâce à l'utilisation de prothèses ; l'intervention de référence étant la promonto-fixation avec ou sans hystérectomie. Ainsi la réservait-on plus volontiers aux femmes de moins de 50-60 ans.



A l'heure actuelle, fort du recul concernant la bonne tolérance de la prothèse de prolène* du T.V.T on réalise avec un franc succès la mise en place de prothèses par voie vaginale. Elles s'interposent en arrière des tissus vaginaux en créant des néotissus, aussi bien derrière la vessie que devant le rectum, avec des résultats extrêmement intéressants et là aussi un recul maintenant important.



Ainsi l'utilisation de ces prothèses par voie vaginale permet de concilier les avantages de cette voie d'abord chirurgicale (diminution des complications, reprise rapide de l'activité), et le caractère pérenne et solide des prothèses (utilisées jusqu'alors exclusivement par voie abdominale) ; celles-ci seront à n'en pas douter, encore améliorables jusqu'à voir utiliser dans un futur peut-être proche, des matériaux inducteurs de néo-tissu collagène.

Comment ? Vous ne connaissez pas

LE ZANNI ?

FMC obligatoire et indemnisée Coucou me revoilà

Selon la loi du 4 mars 2002 sur les droits du malade et la qualité du système de santé, la Formation Médicale Continue est rendue obligatoire pour tout médecin tenu de s'inscrire au tableau de l'Ordre.

Ce qui est nouveau, c'est une obligation non seulement pour les libéraux, mais également pour les médecins exerçant à l'hôpital et dans les établissements privés participant au service public et les autres médecins salariés (médecins du travail, des centres de santé...)

Pour chacune de ces trois catégories, sont institués :

Un conseil national de formation continue.
Des conseils régionaux de FMC.

► Art. L 4133

La FMC a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances. Elle constitue une obligation pour tout médecin pour exercer sa pratique.

► Art. 4133-2

Le conseil national de FMC a pour mission de fixer les orientations nationales de FMC, d'agréer les organismes formateurs, d'agréer, après avis de l'ANAES, les organismes aptes à évaluer, d'évaluer la FMC, de donner un avis au ministre sur toutes questions de FMC.

► Art. 4133-3

Les conseils nationaux de FMC comprennent des représentants de l'Ordre des médecins, des unités de formation et de recherche médicale, des syndicats représentatifs, des organismes de Formation, des personnalités qualifiées et un représentant du ministre avec voie consultative.

Les membres du conseil national sont nommés par le ministre de la santé sur proposition des organismes qui les constituent, la durée du mandat est de cinq ans. Un président est nommé au sein de chaque conseil par le ministre parmi les membres du conseil.

Le comité de coordination de la FMC a un rôle d'harmonisation. Il est composé à parts égales de représentants désignés par chacun des conseils nationaux de FMC et par les représentants du ministre de la santé.

► Art. 4133-4

Les conseils régionaux de FMC des médecins libéraux et des médecins salariés non hospitaliers ont pour mission de déterminer les orientations régionales en cohérence avec celles fixées au plan national, de valider tous les cinq ans le respect et l'obligation de formation, de procéder à une conciliation en cas de manquement et

de saisir en cas d'échec la chambre disciplinaire de l'ordre des médecins.

► Art. 4133-5

Les conseils régionaux regroupent pour chaque région, des représentants des mêmes catégories que le national.

Les membres sont nommés par le représentant de l'Etat dans la région sur proposition des organismes.

La durée du mandat est de cinq ans.

Les conseils régionaux peuvent se regrouper en conseils interrégionaux.

► Art. 4133-6

Un Fonds national de la Formation Médicale Continue, doté de la personnalité morale, est placé auprès du ministre chargé de la santé. Ce Fonds reçoit des dotations publiques et participe au financement des conseils nationaux et régionaux.

Il est administré par un conseil composé en nombre égal des délégués des conseils régionaux de FMC, du conseil national et des représentants de l'Etat.

Il est présidé par un représentant du ministre de la santé. A ce jour le décret d'application n'est pas publié, mais un projet a été proposé.

Projet de décret d'application :

Les médecins feraient valider tous les cinq ans leur obligation de FMC

soit en totalisant 150 heures de FMC dispensée par un organisme agréé,

soit en présentant oralement un dossier (supports pédagogiques utilisés, actions de FMC, séminaires, congrès, DU, supports individuels, stages, bilan de compétence, plan personnel de formation, activité de recherche et d'évaluation, activités d'encadrement).

Soit en se soumettant à une procédure d'évaluation des connaissances qui sera réalisée par un organisme agréé.

Comme par le passé, le Collège de Normandie s'est préparé à déposer des dossiers afin d'en faire profiter ses adhérents.

Soyez vigilants et à très bientôt.

Chirurgie et stérilité

La place prise par l'AMP dans le traitement de la stérilité semblait conduire à l'obsolescence quasi complète de la chirurgie de la reproduction.

Les dernières années ont conduit à un rééquilibrage plus raisonnable entre ces deux attitudes sans toutefois les opposer. Cette évolution des idées fait qu'il est quelquefois difficile de s'y retrouver et ce tour d'horizon nous est apparu utile afin de tenter une clarification des conduites à tenir.

1 Les explorations chirurgicales

Quelles sont les investigations invasives que nous avons à notre disposition ?
Lesquelles utiliser et quand y avoir recours ?

LES TECHNIQUES

- l'hystérocopie
- la cœlioscopie
- la fertiloscopie
- la tuboscopie
- etc. ...

Les deux premières sont d'usage habituel, les autres restant encore du domaine expérimental et demandant à être évaluées.

L'HYSTÉROSCOPIE

Permet d'établir et de préciser un diagnostic et d'évaluer les possibilités de traitement.

LA CŒLIOSCOPIE

Permet une étude anatomique des organes génitaux et de leur environnement.

Offre la possibilité d'intervenir dans le même temps opératoire.

PLACE DE L'HYSTÉROSCOPIE

Doit être évaluée par rapport à l'**hystéro-salpingographie** qui reste, malgré toutes ses limites et imperfections, l'**examen indispensable**, permettant seul l'étude associée des trompes.

Peut être demandée si :

- l'HSG date de plus de deux ans et avait montré des trompes normales ;
- il existe un doute sur une anomalie ne nécessitant pas nécessairement un geste chirurgical ;
- échecs inexplicables des traitements des autres causes d'hypofertilité.

PLACE DE LA CŒLIOSCOPIE

Doit se discuter par rapport à l'échographie qui est un examen capital
- pour l'étude des ovaires (taille, structure, follicules, kystes, etc.)

- mais aussi de l'utérus et de sa cavité (myomes, polypes, épaisseur de la muqueuse par rapport à la période du cycle) ;

- son intérêt est par contre beaucoup plus limité pour dépister une pathologie tubaire ou des lésions d'endométriose non ovariennes ;

- c'est pour ces pathologies que la cœlioscopie garde encore tout son intérêt.

EN CONCLUSION

on peut dire que

- l'HSG très décriée reste primordiale ;
- l'échographie dont on ne parle pas assez est indispensable dans tout bilan de stérilité et, si une seule est pratiquée, elle le sera vers le 12^e ou 13^e jour du cycle ;
- ces deux examens devraient ainsi permettre de réduire le recours à l'hystérocopie et surtout à la cœlioscopie.

2 Conduites à tenir

LES HYSTÉROPLASTIES ENDOSCOPIQUES

- peu discutable pour les synéchies ;
- un peu plus pour les malformations à type de cloison ;
- beaucoup plus pour les hypoplasies et notamment celles consécutives à l'imprégnation in utero au distilbène.

• pour :

- il ne s'agit pas d'une hypoplasie vraie mais d'une diminution globale de la cavité utérine par la présence excédentaire de myomètre en particulier dans les éperons latéraux sous cornuaux ;
- technique relativement facile qui a fait preuve de sa faisabilité et de sa reproductibilité ;
- Des résultats anatomiques satisfaisants.

• contre :

- des résultats fonctionnels discutables, ou tout au moins peu interprétables en raison de la petite taille des séries ;
- des complications :
 - ▶ risque spécifique de perforation utérine,
 - ▶ béance cervicale par la dilatation lors de l'hystérocopie qui s'ajoute à l'incompétence cervicale fonctionnelle liée à l'exposition au DES,
 - ▶ risque de rupture utérine lors de la grossesse,
 - ▶ le placenta accreta,
- ne résout pas les autres facteurs d'infertilité ;
 - ▶ insuffisance de glaire,
 - ▶ anomalies tubaires associées,
 - ▶ les troubles de la fonction ovarienne,

▶ l'augmentation des résistances vasculaires utérines.

• prudence dans les indications

Il paraît judicieux de proposer une hystéroplastie d'agrandissement en cas de malformation utérine, en particulier lors :

- ▶ de striction médio cavitaire,
- ▶ de stérilité sans autres causes,
- ▶ de stérilité associée à d'autres causes correctement traitées,
- ▶ de stérilité avec échec sans cause des AMP ;
- de FCS à répétition dont le bilan étiologique est négatif en dehors des anomalies utérines.

LES MYOMES UTÉRINS

Décider de pratiquer une myomectomie

dans le but de traiter une infertilité nécessite de répondre à plusieurs questions :

I. Existe-t-il une relation causale entre les myomes et l'infertilité et quelles sont les caractéristiques des myomes responsables d'une infertilité ?

- responsabilité nettement établie pour les sous muqueux ;
- les sous séreux ne retentissent pas sur le taux d'implantation ;
- pour les interstitiels, plus que la taille c'est la situation du myome par rapport aux différents segments utérins et son degré de pénétration en profondeur du myomètre, qui déterminent le retentissement sur la fertilité.

II. Quels sont les risques chirurgicaux ?

- hémorragiques ;
- les adhérences pelviennes post opératoires qui atteignent les annexes dans 2/3 des cas ;
- la rupture utérine lors de la grossesse ou de l'accouchement (4,5 % = post césarienne).

III. Quels sont les bénéfices attendus ?

Ils dépendent de l'existence d'un ou de plusieurs facteurs d'infertilité associés au myome.

- 70 % en l'absence de facteurs associés ;
- 30 % si un ou plusieurs facteurs associés.

IV. Quelles sont les conséquences potentielles des myomes sur les grossesses futures ?

Augmentation du risque :

- de FCS ;
- d'accouchement prématuré ;
- de rupture prématurée des membranes ;
- de présentations anormales ;
- de césarienne ;
- d'hémorragie du post partum.

V. Quelle stratégie proposer ?

En l'absence de facteurs associés, on peut légitimement proposer une intervention si le myome dominant mesure plus de 4 cm, qu'il est proche de la cavité utérine ou entraîne des ménométrorragies.

S'il existe un facteur majeur associé le problème est encore plus difficile, mais les mêmes critères restent valables.

LES HYDOSALPINX

L'attitude thérapeutique vis-à-vis des hydrosalpinx reste un sujet controversé :

- plastie tubaire ;
- expectative chirurgicale et FIV ;
- salpingectomie avant FIV.

I. Le traitement chirurgical s'adresse préférentiellement :

- aux femmes dont l'âge permet d'observer un délai d'attente de 6 à 12 mois pour la survenue d'une grossesse ;
- aux atteintes tubaires modérées ;

- en l'absence d'état inflammatoire évolutif du pelvis ;

- en l'absence d'autres facteurs de stérilité, notamment spermatiques ;
- aux patientes présentant un déficit ovarien ;
- aux femmes ayant accepté le principe d'un acte chirurgical et anesthésique avec ses risques immédiats, secondaires (GEU) et ses possibilités d'échec (taux de grossesse variant de 18 à 30 %).

II. FIV à l'exclusion de toute chirurgie :

- ce qui représente 50 % des traitements de FIV ;
- taux de grossesse plus faible que chez des patientes ayant eu une ligature de trompes sans lésion inflammatoire ou infectieuse préexistante ;
- risque de grossesse ectopique plus élevé ;
- taux de FCS plus important.

Ces études montrent les conséquences négatives de la présence d'un hydrosalpinx sur les résultats de la FIV.

Pourquoi ?

- par un effet purement mécanique du liquide tubaire qui laverait par hyperpression la cavité utérine empêchant la nidation embryonnaire ;
- par la composition du liquide de sécrétion tubaire qui serait responsable d'une action inflammatoire ou immunitaire toxiques sur l'endomètre et l'embryon ;
- par les effets sur le déroulement du traitement de FIV ;

- confusion avec une image folliculaire à l'échographie ;

- la ponction d'hydrosalpinx peut être source d'infection du milieu de culture ;

- risque de pyosalpinx ou d'abcès annexiel voire de pelvipéritonite.

III. FIV après salpingectomie :

- lors de volumineux hydrosalpinx ;
- lors d'hydrosalpinx récidivant ;
- après échec de FIV sans autre explication que l'hydrosalpinx ;
- lors de problèmes spermatiques majeurs associés ;
- être beaucoup plus réservé chez les patientes

- « mauvaises répondeuses »,

- au bilan hormonal en faveur d'une diminution des réserves ovariennes,

- multiopérées du pelvis en raison d'une possible altération de la vascularisation des ovaires et d'une aggravation de leur mauvais fonctionnement.

L'ENDOMÉTRIOSE

• Les stades I et II :

- les traitements médicaux n'améliorent pas la fertilité ;
- le traitement coelioscopique augmenteraient la fertilité, qui toutefois reste

basse, laissant penser que d'autres facteurs interviennent.

• Les stades III

- traitement coelioscopique suivi d'un traitement correspondant à l'infertilité ;

• Les stades IV

- FIV avec expectative chirurgicale en raison du risque de nocivité sur le capital ovarien.

LES KYSTES OVARIENS

L'indication opératoire n'est pas formelle.

La surveillance simple peut être proposée pour :

- les kystes d'allure fonctionnelle ;
- les dermoïdes de petit volume n'évoluant pas sur plusieurs échographies consécutives ;
- certains endométrïomes de moins de 5 cm de diamètre, asymptomatiques, notamment déjà multiopérés ou dans un contexte très adhérentiel.

Le traitement médical : pas d'indication. La ponction écho guidée : peu d'indication

- endométrïomes récidivants ;
- formation liquide non ovocytaire découverte lors d'une procédure de stimulation pour FIV ;

- poches adhérentielles péri-gonadiques dont on sait la difficulté de prise en charge chez les femmes multi opérées.

La chirurgie

Lorsqu'elle sera indiquée se fera essentiellement par cœlioscopie, en sachant que parfois une kystectomie transpariétale, voire une mini laparotomie sera préférable dans les cas avec dissection particulièrement difficile.

Les effets délétères possibles des kystectomies sur la fertilité :

- risques liés à l'ouverture intra péritonéale du kyste ;
- maladie gélatineuse du péritoine lors de kystes mucineux,
- dissémination endométrïosique,
- péritonite chimique lors de kystes dermoïdes,
- risques d'adhérences péri-ovariennes et péri-tubaires ;
- risques liés à l'étendue de la résection ;
- insuffisante : source de récives et d'interventions à répétition
- excessive : avec réduction de la réserve folliculaire ovarienne .

CONCLUSION

Ce qui frappe c'est qu'il n'existe aucune attitude idéale face à ces pathologies dans le contexte d'une hypofertilité.

D'autre part, il s'agit d'une chirurgie la plupart du temps d'ordre fonctionnelle. Il est donc important de donner une information extrêmement claire à la patiente sur les risques de la chirurgie et sur son bénéfice attendu en terme de grossesse.

Dépistage intégré de la trisomie 21 fœtale au 2^e trimestre

Sous l'impulsion du centre de Poissy de nouveaux scores échographiques ont été établis, source de difficultés auprès des médecins et gynéco-obstétriciens face aux patientes qui arrivent alarmées avec leur résultat échographique. Il faut rappeler que ce score n'a pas été validé et, que d'autre part il n'est pas souhaitable de multiplier les scores biologiques, échographiques... qui aboutissent à l'augmentation du nombre d'amniocentèses.

Ainsi l'URLM soutient une campagne auprès des médecins généralistes, gynécologues, obstétriciens, radiologues, cyto généticiens.

Afin d'améliorer le score biologique existant et d'y intégrer les éléments échographiques.

Il vous est pour cela demandé :

- de bien respecter les dates des prélèvements sanguins ;
- de noter correctement toutes les informations : poids, tabac, date du début de la grossesse ;
- de faire figurer tous les renseignements de l'échographie réalisée entre 11 et 13 semaines d'aménorrhées : BIP et LCC exprimés en mm ; la mesure de la clarté nucale doit être précisée en dixième de mm (l'indication nuque normale ne suffit pas) ;
- de pratiquer le prélèvement sanguin entre 14 et 17 semaines d'aménorrhées même si :

- la patiente a plus de 38 ans,
- la clarté nucale est anormalement épaisse.

Pour les médecins réalisant des échographies il est primordial que la clarté nucale soit mesurée selon la même technique. Pour cela les Dr LARDENOIS et EURIN (radiologues) établiront une fiche de recommandations qui vous sera diffusée ultérieurement par le collège.

En espérant vous avoir convaincu nous comptons sur votre collaboration pour que s'améliore le dépistage et que diminue le nombre d'amniocentèses.

La FIVE : comment en sortir ?

Quelle issue pour un couple qui s'engage dans un parcours d'assistance médicale à la procréation (AMP) ?

Un bébé en bonne santé, c'est bien sûr ce que nous souhaitons pour le maximum de ceux qui nous font confiance pour les aider à réaliser leur désir d'enfant.

Les articles de la grande presse sur les mères de plus de 60 ans et autres dérives réelles ou potentielles pourraient laisser penser que la science maîtrise tout, et que l'infertilité est aujourd'hui vaincue ; le seul problème de société étant la limitation des dérives possibles d'une biologie qui serait toute puissante.

Notre réalité est bien différente et gérer au mieux l'échec est notre quotidien. Un peu plus de la moitié des couples suivis en AMP auront l'enfant tant attendu, mais pour les autres si l'enfant ne paraît pas, quand et comment sortir de l'AMP ?

Encore récemment, l'arbitraire de la prise en charge en vigueur jusque fin 2000 balisait le parcours.

Mais cette routine était-elle vraiment adaptée ?

Nos réflexes en sont pourtant profondément marqués.

Rappelons la brièvement.

Depuis l'inscription des actes d'assistance médicale à la procréation (AMP) à la nomenclature, la prise en charge des fécondations *in vitro* (FIV) s'arrêtait à la 4^e tentative. Après la naissance d'un enfant vivant, 4 tentatives étaient à nouveau prises en charge pour permettre au couple d'avoir un nouvel enfant.

Le journal officiel du 26 janvier 2000 avait conservé la notion de limitation arbitraire du nombre de tentative mais avait exclu de la comptabilité les cycles sans transfert embryonnaire pour éviter un recours trop systématique à l'ICSI. De plus, une nouveauté était introduite : l'arrêt de la prise en charge à 43 ans et cela, en raison des chances extrêmement faibles de réussite après cet âge.

En décembre 2000, le conseil d'état a pris un arrêté cassant cette nomenclature, et désormais une discussion au cas par cas est de mise pour les médecins, les couples et l'assurance maladie.

Prenons quelques exemples qui nous permettront d'évoquer des situations concrètes, même si chaque couple est unique et doit être pris en charge comme tel.

1. Sortir de l'AMP alors que l'on aurait peut-être pas dû y entrer...

FAUT-IL, SI LA PROBABILITÉ D'AVOIR UN ENFANT EST DE QUELQUES POUR CENT ABORDER LA FIV ?

DE TOUTE ÉVIDENCE NON.

Le guide des bonnes pratiques nous oblige à informer le couple des chances de succès avant d'entreprendre une AMP. Cette information ne peut se limiter au taux de succès du centre. L'âge de la femme ; le bilan hormonal (E2, FSH, Inhibine) en début de cycle, l'aspect échographique des ovaires, l'utérus sont les principaux facteurs pronostiques qui seront modulés dans des cas particuliers par d'autres. Le couple doit en être informé et pouvoir décider en connaissance de cause.

NÉANMOINS, CERTAINS COUPLES ONT BESOIN POUR PASSER PLUS SÉRIEUSEMENT À D'AUTRES PROJETS D'« ESSAYER UN TRAITEMENT ».

Cet essai thérapeutique doit être limité car l'acharnement thérapeutique ne peut correspondre qu'à une fuite devant la réalité et le médecin doit intervenir pour permettre au couple d'investir d'autres projets de vie.

L'ADOPTION EST LA PERSPECTIVE LA PLUS SOUVENT ENVISAGÉE.

Et elle permet à de nombreux couples de construire une famille épanouissante. Néanmoins le choix de cette parentalité ne peut pas être systématique. Cette possibilité ne correspond pas d'office à tous les couples pour qui une conception naturelle n'est pas possible.

2. Arrêter l'AMP si elle n'est pas la solution au problème d'infertilité dans l'état actuel de nos moyens thérapeutiques

La FIV qui est un acte thérapeutique permet aussi de préciser les mécanismes de l'infertilité.

La nécessité pour obtenir une induction multifolliculaire d'utiliser des quantités trop importantes de gonadotrophines, le recrutement d'un trop petit nombre de follicules sont des facteurs péjoratifs.

Plus rarement, le pronostic apparaissait au départ favorable mais les données biologiques des premières tentatives laissent peu d'espoir : dysmorphies ovocytaires majeures, qualité embryonnaire, blocage du développement embryonnaire.

Les chances de succès sont faibles et la problématique s'apparente à celle évoquée précédemment.

3. Faire une pose si les difficultés de ce parcours sont difficiles à surmonter

La lourdeur des traitements, l'intrusion de l'équipe médicale dans l'intimité du couple, la séparation de la sexualité et de la procréation sont autant de facteurs qui peuvent être douloureusement vécus.

La vue d'un bébé n'est plus supportée, le sommeil est altéré, la femme déjà forte prend du poids, alors que celle qui était mince en perd ou au contraire des modifications minimales du poids sont dramatisées. Des craintes importantes surgissent : erreur du laboratoire, modification du corps durant la grossesse, risque de grossesse multiple, anesthésie, accouchement.

Le risque psychologique doit être pesé et une prudence toute particulière est recommandée en face de difficultés à répétition ou au contraire de trop grande dépendance dans la relation médecin-patient.

Une prise en charge psychologique est indispensable quelle que soit le choix du couple, elle permettra de reprendre la FIV dans de meilleures conditions ou au contraire de renoncer sans regrets et d'aborder différemment l'avenir.

4. Quid de la situation la plus difficile ? Celle où aucune naissance n'est obtenue après un certain nombre de tentatives (4 dans notre esprit !) alors que le pronostic apparaissait favorable

PLUSIEURS POINTS DOIVENT ÊTRE

PRIS EN COMPTE.

LA LOURDEUR DE L'ACCUMULATION DES DÉCEPTIONS.

Un couple qui a 5 ans d'infertilité a connu environ 60 déceptions auxquelles se sont ajoutées le plus souvent les déceptions « au carré » des échecs de traitement avant FIV et maintenant les déceptions « puissance 10 » des échecs de FIV.

Après chaque échec, la perspective de la tentative suivante entretient l'espoir du succès, et pourquoi s'arrêterait à la numéro 4 plus qu'à la 5 ou à la 6...

LES CHANCES D'OBTENIR UN ENFANT QUI DANS UN CERTAIN NOMBRE DE CAS NE SONT PAS NÉGLIGEABLES AUX TENTATIVES DE RANG 5 ET 6 MÊME SI 4 ÉCHECS SE SONT ACCUMULÉS, C'est ce que montre la plupart des études : le taux de succès par tentative est stable jusqu'à la 4^e tentative, il baisse ensuite vraisemblablement par sélection de cas moins favorables.

Faisons un calcul statistique simple qui permet de poser le problème.

• *Considérons un couple pour lequel le pronostic est très favorable : si l'on estime à environ 25 % par tentatives ses chances d'avoir un enfant, la probabilité d'échec après 4 essais est de 30 %, elle passe à 18 % après 6 tentatives. Dans cette situation favorable 2,73 tentatives en moyenne par couple auront été réalisées si on se limite à 4 tentatives et on passe à 3,15 si on va à 6 tentatives.*

• *Par contre, si on considère un couple dont les chances sont estimées à 15 %, on passe à des probabilités d'échec de 50 et 38 %. Et à des nombres de tentatives de 3,18 et 4,14.*

• *Si on considère des taux estimés à 5 %, les probabilités d'échec sont de 82 et 75 % pour 3,71 et 5,31 tentatives.*

Ces chiffres sont purement mathématiques et ne peuvent correspondre à la complexité d'une réalité humaine, néanmoins ils indiquent clairement qu'il peut être logique de faire un certain nombre de tentatives lorsque les chances pour le couple d'avoir un enfant sont élevées et que par contre si le pronostic n'est pas bon, on s'oriente vers une accumulation de traitement pour une probabilité de désillusion très élevée.

SANS NÉGLIGER DES PISTES POUR MAXIMISER LES CHANCES AUX TENTATIVES ULTÉRIEURES.

Des différences faibles en terme de probabilité de grossesses par tentatives, donnent au bout de plusieurs tentatives des

nombre d'enfants très différents. Aucun « petit plus » ne doit donc être négligé à condition, bien sûr de ne pas multiplier des contraintes excessives pour le couple surtout si le bénéfice n'en a pas été démontré. Quelques voies :

- la correction d'anomalies du comportement alimentaire ;
- l'arrêt du tabagisme ;
- le traitement de volumineux hyposalpinx visualisés à l'échographie ;
- la prise en compte d'éventuelles difficultés du transfert embryonnaire par l'hypnose et la relaxation.

Une relation de confiance avec l'équipe médicale et une consultation après chaque tentative permettant d'exprimer angoisse et déception, de répondre aux interrogations et d'optimiser tous les facteurs.

Si l'on ne peut rien à l'âge d'une femme et à sa réserve ovarienne, le choix et le suivi des traitements font gagner quelques points.

Le travail du laboratoire est bien sûr déterminant, même si beaucoup de questions restent en suspens.

- Y a-t-il un intérêt à faire de l'ICSI après des échecs inexplicables d'implantation embryonnaire en FIV ;

- dans quelles situations est-il préférable de faire un transfert de blastocystes ?

- Le hatching apporte-t-il vraiment un plus ? Il semble donc qu'il soit possible de faire un « bon usage » de la nouvelle liberté qui nous est donnée de moduler au cas par cas le nombre de tentative. Les décisions n'en restent pas moins difficiles.

Est-il humain d'arrêter s'il y a encore des chances importantes, mais est-il humainement vivable de passer des années dans une médicalisation invasive alors que d'autres projets de vie sont possibles et que le succès au bout du chemin ne peut être garanti ?

Conclusion

Ecrire ce petit texte m'a permis de mettre en mots mes difficultés quotidiennes.

Ce fil difficile entre l'espoir raisonnable de voir un projet aussi majeur aboutir et l'anxiété de l'accumulation des échecs et de leurs répercussions.

Accompagner jusqu'à la conception d'un enfant mais aussi permettre de passer de la stérilité de l'homme ou de la femme à la stérilité du couple.

Permettre de dépasser l'impossibilité biologique de procréer et ainsi d'aborder d'autres horizons qui peuvent être le recours à l'aide d'un tiers-donneur ou l'adoption mais aussi le choix d'une vie orientée vers d'autres objectifs.

Peut-on encore faire de l'échographie obstétricale en 2002 ?

La question mérite d'être posée à l'heure où les deux tiers de nos collègues de la région ont cessé cette activité. Qui continue ? Les accoucheurs privés et publics et quelques illuminés, gynécos et radiologues mais pour combien de temps encore ?

Les circuits sont embouteillés là, tandis qu'ailleurs des gynécos suivent les grossesses sans faire d'écho et deviennent peu à peu hémiparétiques alors même que beaucoup d'entre eux avaient pris la peine de se former en investissant dans un coûteux mais nécessaire diplôme universitaire.

Comment en est-on arrivé là ? L'affaire Perruche a soufflé comme un tourbillon en ce début d'année et celui-ci n'est pas terminé. La loi discutée en urgence au parlement en janvier ne règle absolument rien. Elle a surtout eu comme effet de rassurer les usagers et de faire perdre la légitimité du « coup de gueule » que la profession, pour une fois unanime, avait su clamer. Or, rien n'est réglé : la loi est discutée mais pas définitivement adoptée, les décrets sortiront... après la présidentielle, si nos députés n'ont rien de plus urgent à faire.

Le seul mérite, à mes yeux, du mouvement de janvier, est d'avoir fait passer dans l'opinion l'idée que l'écho fœtale n'était pas à 100 % sûre. Il me semble que toutes nos patientes – du moins celles qui sont enceintes actuellement – savent qu'il existe un risque d'erreur. Sans doute nous faudrait-il enfoncer le clou en abordant dès la première écho cette question, en amenant les patientes à réfléchir sur la finalité de l'écho, comme nous avons appris à le faire avec le test de dépistage de la trisomie. Mais je ne sais toujours pas quoi répondre au classique « alors, tout va bien ? » lancé en fin d'examen comme pour conjurer le sort.

La loi proposée au parlement en janvier ne règlera pas cette affaire car elle ne présente pas de solution de fond. Rappelons-nous que si les parents de ce pauvre enfant ont poussé le bouchon si loin, c'est d'une part parce qu'ils s'estimaient objectivement victimes d'une faute mais aussi (et surtout) parce que la société ne prend pas ou peu en charge les handicapés. Il nous faut réfléchir à cela.

Pour les médecins : on sent bien que l'obligation de moyens seule est insuffisante au regard des exigences d'une société moderne, individualiste où ce qui revenait jadis au

destin a de moins en moins de place. On voit bien que l'obligation de résultat n'est pas possible. Alors il nous faudra inventer quelque chose entre les deux, qui pourrait s'appeler l'obligation de compétence. L'obligation morale de se former et le sentiment d'avoir bien fait son travail ne sont plus suffisants. Pour ne pas avoir fait entrer la démarche qualité dans notre pratique nous en payons maintenant le prix. Contrôle de la formation mais aussi contrôle de la pratique pendant et après, de l'acte de soin. Tous les métiers à risque sont contrôlés sauf le nôtre ! Plus la discipline est technique et plus ce serait facile de contrôler. C'est le rôle des sociétés savantes (CFEF, SFAUMB) qui l'ont du reste bien compris et qui œuvrent dans ce sens.

Pour les juristes : il faut redéfinir ce qu'est la responsabilité médicale. Est-ce que toute erreur est une faute dans une discipline non exacte comme la nôtre ? Qui définit la faute ? Est-ce que le contrat tacite, c'est-à-dire verbal, qui constitue le fondement de la relation entre le malade et son médecin est toujours de mise alors qu'il tend à être remplacé par le contrat écrit (consentement, fiche d'information)...

Pour le législateur enfin : comment prend-on en charge le handicap dans notre société ? Pas seulement le handicap qui résulte d'un diagnostic anténatal non fait – l'autiste n'est pas moins handicapé et dépendant que le « mongolien » – mais tous les handicaps survenant à la suite de ce qu'on appelle les aléas médicaux, c'est-à-dire tous ces événements fâcheux en matière de santé, qui arrivent sans être de la faute de quelqu'un ?

Une société civilisée se juge, dit-on, à la manière dont elle prend en charge les éléments les plus faibles. Mais le problème est si énorme que la tentation serait grande de se dire que ceci n'est pas un problème collectif mais que c'est un problème individuel, que chacun doit se protéger comme il le sent contre les aléas de la vie. Les grandes compagnies d'assurance, qui ont vu le vent venir, (AXA) proposent déjà des contrats qui

permettent de faire face à l'arrivée d'un trisomique dans la famille, d'une paraplégie suite à un accident de voiture, de la chute d'un building un jour de 11 septembre... Le risque alors est que cette assurance rendra les citoyens encore plus inégaux dans l'accès aux soins : ceux qui auront cette couverture pourraient avoir une échographie, les autres en seraient privés...

Ne dites pas « ce n'est pas acceptable » ; d'autres pays ont déjà fait ce choix. Alors ça tombe bien : on est justement dans une année électorale...

Pourquoi les obstétriciens tombent-ils les premiers ? Parce qu'ils pratiquent une médecine sur des êtres en devenir, pour lesquels les conséquences d'une erreur sont, bien sûr, plus lourdes que pour d'autres disciplines, parce que nous avons laissé croire que l'échographie était infaillible, quasi magique, enfin parce que nos performances ne sont pas bonnes (1/3 de malformations non vues c'est peut-être exagéré, mais 20 % sûrement). Nous tombons les premiers mais à vrai dire des pans entiers de notre médecine sont concernés.

Qu'allons-nous devenir ? Je pense que notre métier va disparaître dans 18 mois, asphyxié par les contraintes financières. Le système va exploser car les assureurs répercutent mécaniquement le coût de la sinistralité : en 2000 : 1 affaire Perruche, en 2001 : 6 affaires et 800 plaintes déposées pour des affaires similaires. La seule affaire Perruche sans compter les suites (la Sécu ayant attaqué à son tour pour se rembourser des soins médicaux délivrés à l'enfant) représente 3 fois le montant de toutes les cotisations de tous les gynécos de France. A ce tarif là, nous déciderons nous-même d'arrêter. Ceux qui travaillent dans le public seront stoppés, aussi, par leurs employeurs dès qu'ils s'apercevront que le poste financier « assurance des échographistes » s'est envolée de 100 %. Alors ? Pourra-t-on encore faire de l'écho en 2003 ?

La passion dit oui. La raison dit non.

NDLR : Le Professeur Mattéi a promis de trouver une solution avant le 1^{er} janvier 2003.

Nouvelles des collectifs des spécialistes secteur 1

Partout en France se sont constitués sur le modèle des collectifs de défense des intérêts des généralistes, des collectifs départementaux regroupant les spécialistes du secteur 1 (conventionné) afin de faire valoir leurs revendications dont la principale est la revalorisation de leurs honoraires.

Rappelons que les actes effectués par les spécialistes de ce secteur n'ont pas été revalorisés depuis plus de sept ans (mars 1995) quand ils n'ont pas été revus à la baisse ! Ils se considèrent à juste titre dupés et floués, pris en otages par les organismes de tutelles et les caisses à qui ils avaient accordé leur confiance en acceptant d'appliquer les tarifs conventionnés, jouant ainsi le jeu de la solidarité sociale. En échange de quoi, ils se sont heurtés à une attitude cynique et méprisante des caisses qui les a même pénalisés en diminuant la participation de la CNAM à leurs charges sociales depuis 1998. Ils sont de plus séquestrés dans ce secteur depuis 1990. Cet état de fait crée une injustice inadmissible entre les différentes catégories de spécialistes, engendre une paupérisation telle que l'on peut affirmer que certaines spécialités sont quasi sinistrées. Ces faits contreviennent aux principes fondamentaux du droit français et européen de la libre concurrence. Ajoutons que pour toute réponse a surgi l'équation C = CS, pirouette administrative aussi irresponsable que démagogique dont le seul ressort est une vision économique d'une médecine monoprix - miniprix ne tenant nullement compte du fait que les actes des spécialistes ne sont pas les mêmes que ceux des généralistes, ni dans leur contenu, ni dans leur durée. Si l'augmentation du C du généraliste se justifie au regard de l'augmentation du coût de la vie pourquoi celle du spécialiste n'aurait aucune légitimité ? Depuis 10 ans, leurs charges ont augmentées de 3 % par an. Cela est scandaleux. A quand l'ubuesque solution : « plus d'acte de spécialiste du tout » ?

N'ayant plus d'autre perspective que d'entrer en conflit avec les organismes de tutelles pour être entendus, les spécialistes ont formé des collectifs durant le premier semestre 2002 en Haute et Basse-Normandie.

Leurs principales revendications :

Une convention unique / Une représentation syndicale effective / Un statut social et fiscal / La réouverture du secteur 2 / L'alignement du tarif d'autorité / L'absence de poursuite vis à vis des médecins grévistes ayant suivi les mots d'ordre des syndicats et des coordinations / Refus de la codification des actes /

La disparition du système autoritaire de relation avec les caisses / L'arrêt des sanctions financières / La revalorisation des lettres-clés indexées sur l'indice du coût de la vie.

Leurs moyens d'action :

L'arrêt de la télétransmission / Le D.E quasi permanent pour porter la valeur du CS à 28 ou 30 € / L'engagement des confrères à signer une Charte de solidarité informant les caisses de leur intention de se déconventionner massivement en cas de poursuite contre un seul d'entre eux.

Sur ces bases, de nombreux confrères ont rallié les collectifs. Le Collectif 76 (Seine-Maritime) compte actuellement plus de 200 membres. 400 chartes de solidarité ont été signées dans les 3 départements de la Basse-Normandie.

La nécessité d'une coordination nationale s'est rapidement fait sentir. Une réunion des Collectifs s'est tenue à Paris le 29 juin 2002. (80 participants délégués, représentant géographiquement à peu près l'hexagone) et représentant alors environ 5 400 spécialistes.

Plusieurs décisions furent prises lors de cette rencontre :

Le refus de créer des structures officielles pour rester distincts des syndicats. La formule « collectif » semble la mieux adaptée à ce type d'action.

La volonté d'exercer une pression sur les syndicats existants pour qu'ils prennent en compte leurs revendications, et sur les décideurs politiques ignorants (?) pour la plupart les problèmes spécifiques du secteur 1. Certains pensent paraît-il - avec candeur - que c'est un juste purgatoire.

L'organisation des manifestations, notamment la fermeture des cabinets médicaux, à tour de rôle, par spécialités sur l'ensemble du territoire national (On constate à ce niveau une carence de participation des gynécologues médicaux). Ces grèves tournantes se succéderont jusqu'à **la grande journée nationale d'action du 16 octobre**, durant laquelle les spécialistes, (toutes spécialités réunies) sont invités à fermer leur cabinet.

En attendant, la consigne est de continuer d'appliquer largement le D.E sur tous les actes (30 € au total) sauf les personnes relevant de

la CMU (tact et mesure étant de rigueur). Il est conseillé aux confrères qui appliquent une telle consigne de placarder dans leur salle d'attente l'épithète suivante : « Nous tenons à informer notre clientèle qu'un certain nombre d'actes seront facturés au-dessus du remboursement minimal des caisses ». Ils doivent alors informer de leur engagement les responsables du collectif de leur département pour que celui-ci les assure de son soutien. Les collectifs départementaux se chargent ensuite d'adresser aux caisses et aux préfectures les chartes de déconventionnement. De l'avis de responsables du mouvement des Collectifs, les spécialistes ne risquent rien s'ils restent majoritairement solidaires. Les sanctions pour le D.E ne sont pas du ressort des caisses mais d'une commission actuellement dissoute. De plus, les syndicats menacent les caisses d'aller en justice devant la cour de Bruxelles... après épuisement national.

Rien n'est encore acquis. Les grandes orientations pour les cinq ans à venir, vont être prises dans le dernier trimestre de cette année. L'actuel système conventionnel sera caduque le 31 décembre 2002. Des négociations où seuls les représentants des syndicats officiels participent, sont en cours. L'ouverture du secteur 2 est très improbable. On parle de « **consultation à 3 étages** » tarifées à 23, 30 ou à 40 - 50 € suivant des méthodes de calculs dignes des plus complexes « usines à gaz » allant de paire avec la réforme de la nomenclature. C'est d'autant plus inquiétant que les représentants des syndicats verticaux ne sont pas invités ni tenus au courant des réunions. Seuls les hospitaliers, les représentants des sociétés savantes, les syndicats (CGT,CFDT etc.) sont conviés mais ne sont pas au courant ou sont indifférents aux problèmes de la médecine libérale. On parle aussi de la création possible d'un **espace de liberté tarifaire individuelle** dont les contours sont actuellement plus que flous ! C'est l'aveu même que le libéralisme, en matière de santé, a été vidé de sa substance et est plus que moribond.

Les spécialistes engagés dans l'action comptent sur la solidarité de tous leurs confrères (secteurs 1 et 2, généralistes) pour que cette journée du 16 octobre 2002 soit un franc succès.

Et maintenant... quel avenir pour la GM ?

Depuis maintenant quatre ans nous avons assisté à toutes sortes de tours de passe-passe politiques et entendu des déclarations solennelles d'hommes qui faisaient obstacle de tout pour freiner le rétablissement de la Gynécologie Médicale. Que de mirages n'avons-nous pas vus et de sornettes entendues ? « C'est impossible : c'est l'Europe », « le corps professoral des universitaires, "un état dans l'état, craint des politiques" », « l'absence de passerelles entre les deux forteresses que sont les ministères et de la santé et celui de l'Education Nationale rend impossible toute concertation simultanée et nuit à l'avancement de la réforme », un ancien

tables... trop compliquées. Les élections allaient certainement désamorcer les meilleures volontés et ce remue-ménage allait cesser.

Et puis par enchantement, avec l'arrivée du Professeur MATTEI au poste de Ministre de la Santé, les obstacles s'évanouissent, la réhabilitation de la Gynécologie Médicale nous est offerte « sur un plateau ».

Le 17 juin 2002, le CNESER (Conseil National de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche) dont l'avis est consultatif - mais incontournable - approuve et adopte le **Décret portant création d'une discipline d'internat appelée « gynéco-**

logie médicale » (promotions 2000-2001-2002). Cette instruction comporte la liste des services agréés.

Que dit cette circulaire en résumé ?

« Il est impératif de procéder à l'agrément et à la mise au choix en nombre suffisant de services formateurs pour la gynécologie médicale. Tous les internes ayant choisi ou désirant choisir cette option doivent pouvoir effectuer leur cursus. Interclassement des internes à leur rang du concours dans les groupes des disciplines chirurgicales et des disciplines médicales. Préparer l'accueil des internes classés dans la future discipline de gynécologie médicale. »



ministre réveillé par ses amis en pleine nuit pour contre-carrer à l'Assemblée Nationale, un texte susceptible de faire progresser d'un petit pas le dossier, un Comité de Suivi : instrument d'une tactique d'enlèvement de notre cause ?

En trois années de Défense de la Gynécologie Médicale, qu'avons-nous obtenu ?

Au cours de l'examen et du vote de la loi « Droits des malades » (Loi du 4 mars 2002) par un amendement aux termes de l'article 89 de cette loi, fut créé un **diplôme d'études spéciales de gynécologie médicale** dont la mise en fonctionnement paraissait bien grippée.

Miroitement et illusions ! Rien n'était possible... ceux qui s'opposaient à la réhabilitation de GM avaient misé sur l'essoufflement du mouvement, faisaient le gros dos et attendaient en appliquant l'adage « cause toujours » que la vague passe. Les choses paraissaient insurmon-

logie médicale » ouvrant la voie à une formation de spécialité autonome, spécifique et distincte de celle de la Gynécologie-Obstétrique. Ce décret devra recevoir l'avis consultatif favorable du CNSH (Conseil National Supérieur des Hôpitaux) fin septembre, puis l'accord du Conseil d'Etat. (L'actuel ministre de la Santé y est totalement favorable).

La spécificité de la Gynécologie Médicale sera restaurée au sein du cursus des études médicales sous la forme d'une discipline d'internat - la 11^e - à compter de la rentrée 2003.

Les choses sérieuses commencent.

En date du 11 juin 2002, **une circulaire a été adressée aux DRASS**, pour application immédiate, par la Direction Générale de la Santé sous l'impulsion du Pr. Thibault, conseiller technique du Pr. Mattéi. (Circulaire DGS/SD2C- DES N° 2002/341). Elle concerne les internes dési-

Trente postes d'internes supplémentaires créés en janvier 2002 et attribués à la filière Gynécologie Médicale par la Commission Nationale des Études Médicales (CNEM) sommeillaient au fond d'un tiroir. Ces postes sont disponibles dès maintenant.

Les Commissions d'agrément - composées des coordinateurs, des DRASS et des doyens d'Université - outre l'agrément des services aptes à dispenser l'enseignement pratique doivent dorénavant procéder à l'ouverture de postes budgétisés.

La durée de formation en Gynécologie médicale est fixée à 4 ans comme toutes les autres disciplines médicales de spécialité.

La maquette de formation existe, seul fruit du travail du comité de suivi. Elle comporte notamment une formation théorique et trois semestres de formation pratique en obstétrique.

Tout cela a été rondement mené. Ce qui paraissait une montagne balayé par quelques traits de plume ! Un vrai conte de fée. Nous voilà tous à présent au pied du mur ! Les dispositions administratives et politiques sont prises ! Il faut passer aux mesures pratiques ! Il faut se déterminer. et aussi se dévoiler sur le terrain. Là, les choses piétinent. La restauration se heurte à de fortes résistances qui obligent dans certains endroits les préfets à passer outre l'avis de certains chefs de service refusant d'agréer sans motif des services validant. Preuve d'une volonté politique réelle d'un côté... preuve aussi d'une résistance farouche, sans motifs ? de l'autre. L'absence quasi totale de postes proposés dans les services de Gynécologie-Obstétrique Universitaires semble faire l'effet d'une mesure concertée, d'une consigne syndicale. Quelques postes épars, loin des pôles universitaires – non-obstant leur intérêt et la probité de ceux qui les proposent à l'agrément – sont peu attractifs pour les internes et peuvent servir de simulacre. Que dire de l'épineux mais faux problème de la durée des études en 4 ou 5 ans, servant d'alibi pour ne pas aller de l'avant aux partisans d'une « gynécologie une et indivisible » – slogan obsolète, dépassé par l'évolution et le développement même de la gynécologie médicale, refrain des nostalgiques d'une gynécologie médicale ne pouvant exister que par ceux là même qui ne veulent pas qu'elle existe. 4 ans place la GM parmi les spécialités médicales, 5 ans parmi les spécialités chirurgicales... donc obstétricales et l'on retourne à la case départ. « C'est bien pour cela qu'on a demandé l'agrément de services qui justement ne sont pas chirurgicaux » a dit le Pr. Mattéi... Il faudra oser, si nécessaire, quitter le giron des obstétriciens s'ils maintiennent cette position incompréhensible. Cela ne paraît pas invraisemblable à des confrères extérieurs au problème. « Il faut trouver la solution qui vous permette de vous développer le plus, et le plus rapidement, et établir un lien avec la spécialité qui est la plus accueillante. Par nature, l'ensemble G.O./G.M. forme quand même l'ensemble le plus homogène, et l'endocrinologie constitue également une seconde voie intéressante. » Pr. Mattéi.

Et si la gynécologie médicale échappait aux obstétriciens à cause de leur obstina-

tion ? Nul n'aurait à y gagner. En quoi la création d'un diplôme de GM permettant une formation complète, solide et adaptée aux besoins de Santé publique peut-elle nuire au bon fonctionnement des services de GO puisque les étudiants y feront un passage obligatoire de trois semestres ? Cette spécialité n'est pas créée au détriment des obstétriciens ; l'opposition entre GM et GO n'a pas de fondement réel. La très proche pénurie d'obstétriciens est gravement préoccupante. Cependant on ne peut contraindre les étudiants à exercer un métier qu'ils feront à contre-cœur. Mieux vaudrait réfléchir à rendre plus attractifs (par une rémunération décente et à la hauteur des connaissances et des responsabilités mises en jeu et une protection juridique efficace) ces trois métiers à risques que sont la chirurgie, l'anesthésie-réanimation et l'obstétrique.

Les gynécologues médicaux n'ont pas à rougir de ce qu'ils sont. Ils ont tout intérêt à s'affirmer en se mobilisant.

« Ce qui m'ennuie, voyez-vous, c'est que vous n'avez pas l'air d'y croire, alors que vous avez tout : Le CNESER, la maquette, les postes d'internes, les instructions aux DRASS. Il ne vous manque plus que la sous-section du CNU, qui ne peut pas être créée tout de suite, pour les raisons que nous vous avons indiquées. Vous avez tout ce qu'il faut. Maintenant, il faut que vous y alliez, que vous vous bagarriez, ça on ne peut pas le faire à votre place. Mais si vous partez battues... » Pr Mattéi.

Alors, pourquoi ne pas épauler un ministre qui ne pratique pas la langue de bois, qui a parfaitement perçu que la Gynécologie médicale était d'un réel intérêt de santé publique et qui, bien avant les élections, avait à plusieurs reprises pris clairement et courageusement position pour sa réhabilitation ?

Une aubaine à saisir, non ?

Les citations des propos du Professeur MATTEI proviennent du compte-rendu de l'entretien qu'il a accordé avec le Pr. Thibault, à Paris le 12 juin 2002, au Dr. Gisèle Jeanmaire et Mmes Christine Denis et A.M. Michelson, représentant le CDGM, le Dr. Laplane-Cailhol pour le Collège de Gynécologie de Marseille-Provence, et le Pr. Kuttenn Professeur d'Endocrinologie.

Dernière minute : le CNSH vient d'émettre un avis défavorable au décret de création d'une discipline de GM.

Le laboratoire PFIZER met en place une nouvelle étude clinique (de phase III) dénommée **CASHMERE** visant à étudier l'utilisation d'une statine administrée pendant douze mois en association ou non avec une hormonothérapie substitutive chez des femmes ménopausées ayant une hypercholestérolémie modérée. Elle évaluera si les traitements étudiés ont un effet sur l'épaisseur intima-média de l'artère carotide. Cette étude devra inclure 800 patientes environ. Elle est conduite simultanément en France, Italie, Belgique et Pays-bas. Cette étude intéresse particulièrement les hauts-normands puisque l'examen échographique de la carotide (avant inclusion du patient et à la fin du suivi) devra être réalisé au Centre Hospitalier Régional de Bois-Guillaume. Une réunion de présentation du projet aura lieu à l'Hôtel Mercure à Rouen le 24 octobre 2002 à partir de 17 h 45.

L'Institut de Recherches Internationales SERVIER a pour projet de réaliser une Enquête observationnelle nationale dénommée EstrogèNES : Voies d'administration et Observance au Long cours (ENVOL) sous l'égide de l'AFEM, du CNGOF, de la FNCGM, de la SFG et de la Société de Médecine de la Reproduction et en partenariat avec L'Unité INSERM 149. Il s'agit d'une enquête observationnelle de grande ampleur auprès de 2 000 gynécologues français et 10 000 patientes ménopausées qui a pour objectif principal de comparer chez des femmes ménopausées présentant des symptômes du climatère, la durée d'utilisation du THS : – en fonction des 4 voies principales d'administration des estrogènes : nasale, orale percutanée, transdermique – durant une période de 5 ans après une première prescription, – dans les conditions habituelles d'utilisation du THS. Chaque gynécologue devra recruter 5 patientes sur 6 mois. Cette étude – rémunérée – débutera dans quelques semaines et vous serez prochainement contacté par téléphone par la Société Icare, chargée de la mise en place et du suivi de cette enquête, afin d'envisager les modalités de votre participation. Une réunion est prévue en Haute-Normandie à l'Hôtel Mercure le 7 novembre 2002, à 20 h 30.

QUELQUES ÉTUDES CLINIQUES POUVANT INTÉRESSER LES GYNÉCOLOGUES

POUR VOIR ET ENTENDRE LE ZANNI, VENEZ ASSISTER À NOTRE SOIRÉE DU XXV^E ANNIVERSAIRE DU COLLÈGE, LE 16 NOVEMBRE 2002. UN SPECTACLE À NE PAS MANQUER.

Le Docteur Théophile Anger :

ses souvenirs de la Guerre de 1870 - 1871

[SUITE]



Le siège de Paris

Le 2 septembre 1870, après l'abdication de l'Empereur qui est prisonnier, ma mission est terminée et je reviens le 5 septembre à Paris où les murs sont couverts de la proclamation républicaine, la déchéance est prononcée. Je cours chez Nélaton lui raconter les événements que j'ai vécus. Il me demande de prendre la direction d'une ambulance de feu le marquis de Hertford qu'on vient de créer avec les fonds de Sir Richard Wallace : riche philanthrope anglais qui avait créé des ambulances internationales ; il avait été lui-même ambulancier. Comme chirurgien français civil, je m'engage donc à la « Société Internationale » et j'organise une ambulance où j'ai trois voitures avec une litière pour blessés graves. Nous étions en tout 60 personnes, deux chirurgiens, des médecins, des infirmiers, des aides et des sous-aides. Au départ, je fais un petit speech, je réclame dévouement et discipline ; je leur promets d'être le premier à affronter le danger, mais que je punirai impitoyablement les lâches. Nous avons deux aumôniers dont l'un était protestant qui m'a aidé beaucoup car il parlait très bien l'allemand.

Je devais d'abord retrouver l'État-major du 13^e corps d'armée que commandait le général Vinoy qui campait avenue des Champs-Élysées et je décide de passer la première nuit dans l'Arc de Triomphe. Le lendemain, nous installons nos tentes à Neuilly, j'exige que tout le monde vive au bivouac. Nous cherchons du fourrage.

Le 17 septembre, le siège est commencé : nous sommes tous encerclés par l'armée allemande. Paris était un camp retranché, il y avait une ceinture continue de 94 bastions et surtout les 17 forts qui étaient commandés par les marins qui étaient canonniers. Le corps du général Vinoy nous commande d'aller se porter dans la boucle de la Marne autour de Vincennes.

« Anger connaissait Doyère, l'un des médecins qui était un

aide. Il s'était établi en Normandie, il s'était engagé malgré ses 5 enfants : il était triste de voir dans les bois de Saint-Mandé un régiment en désordre, les trainards, les maraudeurs, l'indiscipline. »

Pour le moment, le général Tochu, gouverneur de Paris, était le sauveur, mais il n'avait que 50 000 hommes et la garde nationale, il avait embauché des gardes mobiles, les « moblots », des jeunes inexpérimentés.

Anger reçoit l'avis du Quartier général qui veut tenter une reconnaissance sur Créteil avec deux divisions mais les Prussiens sont en force et le général Vinoy donne l'ordre de la retraite. Je récupère les blessés après la fusillade. Je demande l'avis de mes confrères militaires sur l'opportunité de quelques opérations d'urgence, notamment une amputation du bras et une castration qui furent jugées indispensables. La nuit, nous récupérons cinq blessés presque mourants, mais les uhlands surviennent et nous font prisonniers : heureusement, notre jeune aumônier, Monsieur Foltz, vient et il explique en allemand que nous recueillons nos blessés.

L'ambulance revient à Paris, le QG de notre 13^e Corps s'établit à la gare Montparnasse et j'apprends le désastre de Châtillon avec la déroute. Je décide qu'une partie de l'ambulance ira immédiatement au secours des blessés : nous mettons les chevaux au trot avant la tombée de la nuit. Nous atteignons la porte de Vanves : on ne fit aucune difficulté pour nous laisser sortir avant de franchir le pont-levis. Je rencontre des soldats débâchés, des fuyards, des attroupements, qui font le récit du combat. Les femmes surtout montraient une exaltation patriotique qui se traduisait par de sanglantes injures jetées à la face de ces lâches défenseurs.

Nous atteignons le fort de Vanves. D'épais nuages de fumée succédant aux détonations de l'artillerie s'élèvent au-dessus des remparts : nos chevaux peu habitués à ce bruit strident devenaient de plus en plus difficiles à maintenir. Les obus tombent dru sur la redoute de Chatillon.

On apporte deux blessés prussiens qui ont l'un une fracture de la cuisse et l'autre une fracture du bassin. Le commandant prussien nous oblige à transporter ces blessés dans la litière en qualité « d'ambulance internationale » ; nous prenons la route de Fontenay-les-Roses, nous rencontrons devant une barricade une sentinelle prussienne qui donne l'alarme : une voix formidable crie halte. Notre aumônier n'a que le temps de crier en allemand : « ambulance, ne tirez pas », quelques secondes de plus, nous allions être mitraillés. Il a fallu prendre le parti de passer la nuit avec les Prussiens. Malgré notre répugnance, nous demandons à notre ennemi l'aumône d'un morceau de pain : ils nous donnent une langue de bœuf de 200 g trempée dans de l'eau chaude.

Le lendemain, nous réclamons au capitaine un sauf-conduit, mais personne ne peut rentrer dans Paris, même le général prussien, sauf le Prince royal qui accorde l'autorisation ; le Prince Fritz commandait l'armée allemande, il avait investi Paris dès le 18 septembre, il avait installé son QG à Versailles : c'était là que je devais le rencontrer pour obtenir le fameux laissez-passer si je voulais rentrer dans Paris. « Anger va au QG

du Prince : il sort devant nous à cheval précédé d'une escorte de Uhlans. Nous reconnaissons aisément au milieu de ses officiers deux ou trois correspondants des journaux anglais. En passant devant nos voitures d'ambulance, ils lisent le nom d'Hertford inscrit sur la litière, ils promettent leur appui auprès du Prince ».

Je découvre à Versailles, rue des Réservoirs, le drapeau de la Société de Secours. Je conduis mes blessés au château dont les salles avaient été préparées pour les recevoir. Là, je trouve les Prussiens installés et leur remis les deux blessés que nous avions recueillis en route beaucoup plus pour nous servir de sauvegarde que par commisération pour nos ennemis ! »

Le lendemain, je me présente à l'hôtel de la préfecture de Versailles ; le colonel Goldberg sous-chef d'État-Major du Prince, nous reçoit dans son cabinet, il parle français.

« Je lui explique notre dévouement pour les blessés prussiens. Le certificat que j'avais obtenu à Plessis-le-Piquet parut l'impressionner. J'insistais donc sur la violation de la parole qui nous avait été donnée et j'allais menacer le Colonel d'écrire aux journaux anglais la façon indigne dont on traitait l'ambulance de feu le Marquis de Hertford.

Le Colonel doit en parler au Prince Fritz, il pense que je n'aurai aucun succès. Je m'inquiète car la partie de mon ambulance était restée à Paris avec des blessés. On nous dit de revenir à midi, le Prince était parti visiter des blessés au château. J'attends encore car il y avait un conseil du Prince, les portes s'ouvrent, un cliquetis d'armes se fait entendre et les Officiers généraux sortent et je revois le Colonel qui me tend un papier : le Prince Fritz consent à nous laisser rentrer à Paris, il va donner des ordres pour nous faire reconduire jusqu'aux avant-postes. Enfin, les portes de Paris s'ouvrent et la petite colonne gagne la gare Montparnasse, où se trouvait campée l'autre moitié de l'ambulance. Je recommandais instamment à tout mon personnel de ne rien divulguer de notre séjour au milieu des Prussiens étant donné la neutralité de la Société internationale de secours aux blessés.

Le général Vilnoy décide de reprendre Villejuif avec de l'artillerie : l'opération eut lieu le lendemain 23 septembre : vers minuit, l'artillerie se met en mouvement, puis 60 ou 80 mulets de l'ambulance militaire, puis mon ambulance. Nous franchissons le pont-levis des fortifications et nous nous arrêtons à l'entrée de Villejuif. Lors de l'attaque, nous récupérons plus de 150 blessés que je ne peux transporter à mon ambulance ; je me souviens d'un Commandant que j'opère en urgence car la balle avait traversé la jugulaire. J'avais opéré une amputation du bras puis une castration car la balle avait traversé le scrotum.

En dehors des attaques ou des sorties, je devais occuper mes aides et mes infirmiers, je les formais. Certains propriétaires avaient mis à ma disposition dans leur maison une dizaine de lits. Nélaton avait établi une ambulance chez lui près de l'avenue des Champs-Élysées ».

Les conflits chirurgicaux. Il faut bien comprendre qu'Anger n'était pas médecin militaire. Son Ambulance internationale était privée ; c'était une source de conflits avec les médecins militaires qui lui reprochaient de ramasser trop de blessés. Le général Vilnoy est finalement obligé de s'interposer : « peu m'importe, dit-il, par qui sont ramassés les blessés, le principal c'est qu'ils le soient ».

« Ces jours derniers, des dissentiments ont éclaté dans le personnel médical à l'intérieur de l'ambulance car on appréciait certains chirurgiens avec leur équipe, d'autres, par contre, étaient peu courageux, ils auraient mérité le nom "d'escargot d'ambulance" ».

La vie quotidienne durant les mois du siège de Paris est rude en hiver. Le froid est très rigoureux : on commence à couper les arbres des boulevards pour se chauffer. Le pain est rationné, et quel pain, mélangé de son et de riz. On ne mange plus à sa faim ; j'élevais des rats ; nous avons mangé du chien. Au plateau d'Avron, j'ai perdu quelques hommes qui ont été gelés. La bataille était engagée sur le mont Valérien puis la redoute de Montretout, mais le terrain étant défoncé, les batteries s'embourbèrent.

Les Prussiens ont été surpris, mais ils avaient des réserves d'artillerie, il a fallu battre en retraite, ce fut la panique. « Je jugeai bien vite qu'il nous serait impossible de pouvoir évacuer tous les blessés français et prussiens ; j'ai récupéré des voitures d'ambulance volante ». Un garde national avait eu les deux pieds emportés par un obus : il me fallut à la lueur de quelques bougies, procéder à l'amputation des jambes.

À Paris, le gouvernement perdait la tête et redoutait une nouvelle révolte de la population parisienne : le 22 janvier, des émeutiers réclamaient à grands cris la Commune, la déchéance du gouvernement et la démission du général Trochu.

Le 26 janvier, c'était la fin des hostilités, mais pas encore l'armistice. Le 1^{er} février : « Ce soir, au dîner, le général de Valdan nous a raconté sa visite à Versailles... Après avoir traversé la Seine au pont de Sèvres sur un mauvais petit bateau car les ponts avaient été détruits, Jules Favre et lui sont montés en voiture, et sur la route ont rencontré Bismarck à cheval... Il s'est montré d'une exigence et d'une dureté, politesse froide et implacable sans générosité aucune ».

5 février : « J'ai dîné ce soir chez Nélaton. On croit qu'il y aura fusion entre les deux branches des Bourbons et qu'il en sortira un roi. Il me semble qu'on devrait se préoccuper beaucoup plus de chasser l'invasion allemande et que le terrain républicain est mûr pour la fusion de tous les partis : si le parti **Gambetta** prend le dessus, nous parviendrons d'ici à un an à être maîtres chez nous ».

Le 15 février : « Le général de Valdan n'est pas très content de son voyage à Versailles. Jules Favre était avec lui, ils ont discuté tout l'après-midi avec Bismarck sans arriver à un résultat. L'armistice est prolongé de cinq jours... Favre repart demain pour Bordeaux où il va chercher la Commission qui aura pleins pouvoirs pour traiter ».

Le 25 février : « Pauvre France. Le sacrifice est consommé, te voilà décapitée. La paix est signée et à quel prix : cession de l'Alsace et de la Lorraine. Belfort. Sedan. Cinq milliards d'indemnité. Entrée des Prussiens dans Paris le 1^{er} mars : c'est la décapitation. »

Anger était un patriote, il aurait voulu continuer la guerre à tous crins car nous sommes humiliés ; il parlait de « cette génération de petits crevés », nous sommes un peuple amputé, manchot.

Le 26 février : deuil national, les cafés, les boutiques sont fermés, les statues de la place de la Concorde ont été recouvertes d'un crêpe noir. Désordres, tentatives de pillage. Les gardes nationaux s'emparent des canons. Les femmes sont exaspérées, elles ne pardonnent pas à Trochu de les avoir condamnées tout l'hiver à ces queues dans le froid glacial et aujourd'hui on ouvre les portes de Paris pour recevoir MM. les Prussiens. La tension monte entre le gouvernement officiel et le peuple révolté : les Rouges instituent le 18 mars **la Commune**.

Anger avait terminé sa mission dès la fin des hostilités. Il avait repris son service de chirurgien à Cochin dès le 16 février. L'ambulance Hertford a été reconstituée lors du deuxième siège le 18 avril. Anger avait déjà repris son service à Cochin dès la fin des hostilités.

La société

DIFFUSION MÉDICALE DE L'OUEST

Le matériel médical

fait une proposition de **prix spéciaux** réservés aux membres du Collège de Gynécologie de Normandie sur le matériel à **usage unique** (draps d'examen, doigts, compresses, gel pour examens échographiques, papier pour imagerie médicale, produits de nettoyage et de désinfection) et le **matériel médical** type spéculums de Cusco, Collin, pinces etc...

Cette proposition paraît intéressante !!!

Contactez Mr. Michel Barassin

91 bis, route de Bretagne

14760 Bretteville sur Odon

Tél : 02 31 75 30 33 Fax : 02 31 75 24 33

EPUNG

2^e SESSION Le Généticien et le Gynécologue

18 octobre 2002

Collège responsable : Marseille-Provence (Pdte E. Laplane-Caillol)

2^e SESSION Métabolisme et nutrition

19 octobre 2002

Collège responsable : Sud-Est (Pdte F. Moustéou)

3^e SESSION Pathologie dermatologique et vulvaire

24 janvier 2003

Collège responsable : Lorraine régions de l'Est (Pdte D. Pierre)

3^e SESSION Conseil préconceptionnel

25 janvier 2003

Collège responsable : Midi (Pdte S. Dat)

Le CGN organise au Casino de Deauville, le **samedi 16 novembre 2002**, sa journée scientifique sur le thème :

« La périnéologie »

Le soir, nous fêtons le 25^e anniversaire du Collège par un dîner de gala et un spectacle donné par le comédien Bernard Avron (le Zanni des congrès) et nous danserons.

Le **dimanche 17 novembre 2002**,

le laboratoire Lilly propose à l'Amirauté un symposium ayant pour thème :

« Prise en charge de l'ostéoporose en gynécologie ».

Nous espérons vous retrouver tous au cours de ces deux journées.

CONGRÈS DE NOVEMBRE 2002

VIOLENCES FAITES AUX FEMMES

La Direction Générale de la Santé (sous-direction Santé et Société) et le Professeur HENRION, à la tête d'un groupe d'experts, nous demandent de porter à votre connaissance la parution du rapport intitulé :

« les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé »

Collection des Rapports Officiels 2001, 80 pages, 7,50 €.

Bon de commande à envoyer à :

La Documentation Française,

124, rue Henri Barbusse

93308 AUBERVILLIERS Cedex France

Tél : 01 40 15 70 70 - Fax : 01 40 15 68 00

Le CGN organise un **séminaire** sur l'« Amélioration des connaissances en échographie gynécologique » au grand Hôtel de Cabourg les 6 et 7 décembre 2002. Chaque adhérent **à jour de sa cotisation** sera bientôt prévenu du programme et des modalités de participation à cette formation.



UN PERSONNAGE MYSTÉRIeux SE GLISSERA DANS NOTRE JOURNÉE SCIENTIFIQUE. CURIEUX, ASTUCIEUX, IL REGARDERA, ÉCOUTERA, PRENDRA DES NOTES. COMME SON ANCÊTRE, LE ZANNI DE LA COMMEDIA DELL'ARTE, LE SOIR VENU, IL NOUS RACONTERA À SA MANIÈRE HUMORISTIQUE ET DÉCAPANTE TOUT CE QU'IL A VU ET ENTENDU.

**EN GYNÉCOLOGIE, COMME DANS LA VIE,
« C'EST BIEN SIMPLE, TOUT EST COMPLIQUÉ ».**

SITE INTERNET DU CGN :

Surfez sur Internet et rejoignez le site du CGN à l'adresse suivante : <http://www.college-gynormand.asso.fr>

